



**Freude, Traurigkeit,
Zuversicht...**

**Seelische
Gesundheit im Alter**

GESUND&AKTIV
ÄLTER WERDEN

DOKUMENTATION

**Regionalkonferenz
Schleswig-Holstein**

3. September 2014



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Impressum

Bearbeitung

Siri Hirsch

Redaktion

Dr. Elfi Rudolph

Herausgeberin

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Flämische Str. 6 -10 - 24103 Kiel

Tel.: 04 31/9 42 94

Fax: 04 31/9 48 71

E-Mail: gesundheit@lvgfsh.de

www.lvgfsh.de

Gefördert

von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Postfach 910152

51071 Köln

www.bzga.de

Satz und Druck

Wanitzek Satz- und Printstudio

Neustädter Straße 26-29

23758 Oldenburg in Holstein

Fotos

Umschlagseite: itsmejust, Fotolia.com

Innenteil: Margret Witzke, Lübeck, im Auftrag der Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V.

Bestellnummer: 61412022

Kooperationspartner der Regionalkonferenz



**Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich
des Bundesministeriums für Gesundheit



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung

**Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
-Geriatrizentrum-**



**LÜBECK STADT DER
WISSENSCHAFT**



Inhaltsverzeichnis

Eröffnung, Einführung in die Thematik, Grußworte 4

Bernd Heinemann

Landtag Schleswig-Holstein, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Dr. Renée Buck

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung, Schleswig-Holstein

Gabriele Schopenhauer

Stadt Lübeck

Martina Egen

DRK-Schwesternschaft Lübeck

Fachvorträge

Bedeutung von seelischer Gesundheit für gesundes und aktives Älterwerden 12

Dr. Martin Willkomm

Krankenhaus Rotes Kreuz – Geriatriezentrum, Lübeck

Lebenslage und Ressourcen im Alter 17

Dr. Gerhard Berger

Institut für Sozialwissenschaften, Christian-Albrechts-Universität Kiel

Praxisbeispiele

Bewegungstreffpunkt St. Lorenz Nord Lübeck 22

Dr. Iris Kläßen

Wissenschaftsmanagement Lübeck

Bürgerengagement, die neue Chance für die kommunale Daseinsvorsorge? Das Projekt Bürgernetzwerke für Schleswig-Holstein 24

Holger Wittig-Koppe

Der Paritätische Schleswig-Holstein, Kiel

Peer Support für psychische Störungen 26

Betroffene für Betroffene - Angehörige für Angehörige

Candelaria Mahlke, Maike Witte

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

MITTENDRIN statt AUSSENVOR 28

Silke Gaffal

KIELER-FENSTER, Kiel

Abschlussvortrag

Unterstützungsnetzwerk Familie – Was Angehörige tun können und was nicht 30

Prof. Dr. Jeanette Bischkopf

Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Kontaktdaten 34



Bernd Heinemann
Landtag Schleswig-Holstein,
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein



Sehr geehrte Grußwortredner
Frau Dr. Köster,
Frau Dr. Buck,
Frau Stadtpräsidentin Schopenhauer,
Frau Oberin Egen,
Sehr geehrter Herr Dr. Willkomm,
Sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich Sie heute zur Regionalkonferenz „Freude, Traurigkeit, Zuversicht... Seelische Gesundheit im Alter“ im Rahmen der bundesweiten Veranstaltungsreihe „Gesund und aktiv älter werden“ in Schleswig-Holstein begrüßen zu dürfen. Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit und mit Förderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung statt. Herzlich danken möchte ich allen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, die zum Gelingen dieser Veranstaltung beitragen.

Dies ist bereits die 4. Regionalkonferenz in Schleswig-Holstein, die wir im Rahmen der Veranstaltungsreihe durchführen.

Die 1. Regionalkonferenz hat 2011 zum Thema „Selbstbestimmung im Alter“ stattgefunden, gefolgt von „Weiter wie gewohnt? Wohnen im Alter“ 2012, wo es um neue, zukunftsfähige Wohn- und Lebensformen mit Blick auf den demographischen Wandel ging. Dass durch Bewegung Alterungsprozesse positiv beeinflusst und Lebensqualität gesteigert werden können, stand in der 3. Regionalkonferenz 2013 im Fokus. Heute geht es um seelische Gesundheit und ich freue mich, dass wir wieder in den Räumlichkeiten der DRK-Schwesternschaft Lübeck die Veranstaltung stattfinden lassen können.

Psychische Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für individuelle Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Hierdurch trägt sie entscheidend zum menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Erfolg einer Gesellschaft bei. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit sind weit verbreitet und haben erhebliche individuelle und gesellschaftliche Folgen. Dabei gehören Depressionen zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Erkrankungen. Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ aus dem Jahre 2009 zum Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und gesunder Lebensweise bei Erwachsenen in Deutschland zeigen, dass eine aktuelle seelische Belastung bei 13 % der Frauen und 8 % der Männer besteht. 8 % der Frauen und 5 % der Männer geben eine in den letzten 12 Monaten diagnostizierte Depression an. Personen im Alter von 50 bis 60 Jahren sind insgesamt häufiger in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt als Personen in anderen Altersgruppen. Wichtige Schutzfaktoren, nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risikofaktoren, sondern auch für die psychische Gesundheit, sind eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität. Auch die soziale Teilhabe ist ein wichtiger Faktor. 15 Prozent der Seniorinnen und Senioren in Schleswig-Holstein leisten ein freiwilliges bürgerschaftliches Engagement.

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung hat seit Jahren einen Arbeitsschwerpunkt mit Gesundheitsförderung im Alter. Die Einbindung in den Europaprojekten HANC - Healthy Ageing Network of Competences - und EVARS - Elderly volunteers - a resource for the society - tragen auch auf

europäischer Ebene dazu bei, das Thema weiter in den Fokus zu rücken. In dem Projekt HANC geht es um die Schaffung eines Netzwerkes unterschiedlichster Gesundheitsanbieter und Akteure aus dem Gesundheitsbereich, Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft. Aufgabe der Landesvereinigung in diesem Projekt ist, als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis zu fungieren und z.B. die Verbindung zu Multiplikatoren herzustellen.

Das Projekt EVARS wurde aus dem Lifelong Learning Programm der EU bewilligt. Als erstes Ergebnis liegt ein Bericht vor, der die Situation des Ehrenamtes auf nationaler, Schleswig-Holstein weiter und regionaler Ebene darstellt. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass das Ehrenamt sich im Wandel befindet. Das Interesse, sich zu engagieren, geht immer weniger in Richtung klassischem Ehrenamt, das häufig mit der Ausübung eines Amtes für eine bestimmte Zeit verbunden ist, als vielmehr zum bürgerschaftlichen Engagement. Dies meint ein zeitlich und inhaltlich flexibleres Engagement. Als Kommune konnte die Stadt Kiel mit dem Projekt „Älter werden in Kiel Gaarden“ gewonnen werden, das gleichzeitig mit einer Kooperation der Uni Flensburg verknüpft ist. Alle gewonnenen Partner bringen in Bezug auf das ehrenamtliche Engagement ihrer Bürgerinnen und Bürger ganz unterschiedliche Bedingungen in das Projekt ein.

In allen Partnerkommunen haben bereits Veranstaltungen mit kommunalen Vertreterinnen aus Politik, Verwaltung und Ehrenamt stattgefunden, um eine Basis für die Umsetzung von EVARS zu schaffen und Seniorinnen und Senioren für ehrenamtliches Engagement zu gewinnen. Bemerkenswert ist, dass der Begriff Seniorinnen und Senioren als Hindernis gesehen wird, älter werdende Menschen für ehrenamtliches Engagement zu finden. Um auch nach Abschluss des Europaprojektes eine kontinuierliche Entwicklung und Umsetzung des ehrenamtlichen Engagements zu ermöglichen, wurde das Projekt „Bürgernetzwerke für Schleswig-Holstein“ des Paritätischen als Partner gewonnen, der die Umsetzung nach Bedarf begleitet. In dieser Veranstaltung werden Sie die Bürgernetzwerke noch kennenlernen.

Zur Umsetzung verschiedenster Aktionen und Maßnahmen im Bewegungsbereich wurde im Rahmen des Nationalen Aktions-

plan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ das Zentrum für Bewegungsförderung gegründet. Durch Unterstützung des Gesundheitsministeriums konnte auch nach Ablauf der offiziellen Projektlaufzeit eine Weiterführung erfolgen.

Neben der Bewegungsförderung für ältere Menschen ist ein weiterer Arbeitsbereich der Landesvereinigung die Zahngesundheit. Seit Jahren in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein aktiv, setzt sie sich für eine Verbesserung der Zahngesundheit von Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ein.

Mit dem Sozialverband Deutschland konnte die Landesvereinigung für Ihre Arbeit einen neuen Kooperationspartner gewinnen. Der Sozialverband Deutschland führt gemeinsam mit der Universität Kiel ein Projekt zum Thema „Soziale Teilhabe und Gesundheit im Alter“ durch, das aus der Studie „Armut im Alter“ von Herrn Dr. Berger vom Institut für Sozialwissenschaften hervorgeht. Die Landesvereinigung ist Kooperationspartner. Die daraus entstandene Initiative „Komm mit...Aktiv draußen!“ war aufgrund der hohen Beteiligung ein großer Erfolg und wird nun ergänzt um die Aktion „Komm mit...-Engagiere Dich!“.

Ich freue mich, dass wir heute von Herrn Dr. Berger aus seiner Studie Ergebnisse hören in seinem Vortrag „Lebenslage und Ressourcen im Alter“.

Ich wünsche uns allen eine gelingende Tagung mit lebhaften Impulsen für die eigene Arbeit und anregende Diskussionen! Die Ergebnisse der Tagung werde ich gerne in den Landtag tragen. Ich danke Ihnen fürs Zuhören.

Dr. Monika Köster
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln



Sehr geehrter Herr Heinemann,
 sehr geehrte Frau Dr. Buck,
 sehr geehrte Frau Schopenhauer,
 sehr geehrte Frau Oberin Egen,
 sehr geehrter Herr Dr. Willkomm,

meine sehr geehrten Damen und Herren,
 ich freue mich, dass wir heute nun schon
 die 4. gemeinsame Veranstaltung zum
 Thema „Gesund und aktiv älter werden“ in
 Schleswig-Holstein durchführen können.
 Sehr schön ist es auch, dass ich Sie wieder
 hier in den wunderbaren Räumen in der
 DRK-Schwesternschaft begrüßen kann. So
 geht ein besonderer Dank hierfür an Frau
 Oberin Egen für die Gastfreundschaft.

Wir haben hier an diesem Ort in den ver-
 gangenen Jahren einige Male gemeinsam
 sehr konstruktiv und umsetzungsbezogen
 diskutiert und zentrale Fragen des Älter-
 werdens in der heutigen Gesellschaft
 erörtert.

Bedanken möchte ich mich auch bei dem
 Ministerium für Soziales, Gesundheit,
 Familie und Gleichstellung, bei der Stadt
 Lübeck und bei Herrn Dr. Willkomm für die
 gute fachliche Zusammenarbeit, ebenso bei
 den weiteren Mitwirkenden. Ein herzlicher
 Dank geht auch an die Landesvereinigung
 für Gesundheitsförderung in Schleswig-
 Holstein für die gute Organisation der
 Tagung.

2011 haben wir (in Kiel) über das Thema
 „Selbst ist das Alter (selbstbewußt, selb-
 ständig, selbstbestimmt das Leben im Alter

gestalten)“ diskutiert. 2012 ging es – hier in
 Lübeck – um das Thema Wohnen, 2013 um
 Bewegung.

Der gesundheitliche Nutzen geeigneter
 Bewegungs- und Mobilitätsförderung
 sind für verschiedene Bereiche gut belegt.
 Beweglichkeit, Koordination, Körperkraft
 und Ausdauer können auch im Alter durch
 entsprechendes Training beibehalten und
 gestärkt werden. Körperlich aktive Personen
 (20 Minuten pro Tag ca. 2,5 Stunden pro
 Woche) haben ein um 25 Prozent reduzier-
 tes Risiko, den Verlust der Selbstständigkeit
 im täglichen Leben zu erfahren.
 Und: Bewegungsaktivitäten, z.B. in der
 Gruppe, bringen auch etwas mit Blick
 auf Wohlbefinden, Spaß, Geselligkeit,
 soziale Kontakte und Steigerung der
 Lebensqualität.

Heute steht das Thema Seelische Gesund-
 heit im Alter im Vordergrund, ein sehr wich-
 tiges Thema. Denn die psychische Gesund-
 heit hat Einfluss auf viele Bereiche und ist
 von zentraler Bedeutung für Wohlbefinden
 und die Lebensqualität. In diesem Zusam-
 menhang ist auch die Forderung relevant,
 das Alter als eigenen und durchaus auch
 längeren Lebensabschnitt mit eigener und
 besonderer Wertigkeit sowie vielen Mög-
 lichkeiten der Gestaltung zu begreifen.

Fest steht – dies zeigt die Datenlage – dass
 noch nie so viele Männer und Frauen ein
 so hohes Alter erreicht haben wie heute.
 Und wir wissen auch, dass sich glücklicher-
 weise über die Hälfte der älteren Menschen
 gut fühlt und in der Lage ist, den Alltag
 zu meistern. Das ist wichtig mit Blick auf
 die Lebensqualität. Aber was ist mit den
 anderen?

Es geht um die Frage, wie fühlen sich ältere
 Menschen in ihren jeweiligen Lebenslagen
 und Lebenssituationen. Wie fühlen sie sich
 dann, wenn sie schwierige und belasten-
 de Lebenssituationen erleben, wenn Um-
 brüche anstehen wie z.B. der Übergang in
 die Nacherwerbsphase, das Auftreten von
 gesundheitlichen Problemen und Beschwer-
 den, die Übernahme von Pflegetätigkeit,
 der Verlust des Partners, demenzielle Er-
 krankungen in der Familie? Wie gehen die
 Menschen damit um? Welche Unterstüt-
 zung haben sie? Welche Formen der Unter-
 stützung bieten sich an? Welche Netzwerke
 werden benötigt.

Und hier kommt die Bedeutung sozialer Kontakte ins Spiel. Wir wissen, dass fehlende soziale Integration, besondere Lebensbelastungen und einschneidende Lebensereignisse das Risiko steigern krank zu werden. Gerade die genannten Beispiele, die ja teils tiefgreifende psychosoziale Veränderungen mit sich bringen, können z.B. das Risiko, an Depressionen zu erkranken, erhöhen. Das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden oder gar anderen zur Last zu fallen oder auch hilflos und auf andere angewiesen zu sein, sein Leben nicht mehr selbst bestimmen zu können, kann zu tiefer Niedergeschlagenheit führen.

Meine Damen und Herren, es gibt ja viele Gefühlsvarianten: Es gibt Freude, Überraschung, Angst, Trauer, Niedergeschlagenheit, Zuversicht, vor allem auch viele Nuancen, nicht nur schwarz-weiß, sondern unterschiedliche Farb- und Grautöne, je nachdem, wie es uns geht, wie unser Leben verlaufen ist bzw. gerade verläuft, welche Probleme und Belastungen es gibt oder auch, welche Ereignisse Freude und Glücksgefühl auslösen.

Nach Schätzungen ist etwa ein Viertel der über 65jährigen von psychischen Problemen betroffen, oft verknüpft mit somatischen Beschwerden. Depressionen treten bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männern (oder werden ggf. auch häufiger diagnostiziert? weil Frauen bei Beschwerden eher zum Arzt gehen). Ein Blick auf die Suizidraten zeigt dann, dass die Zahl der Selbsttötungen, die oftmals im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen, bei Männern dreimal so hoch ist wie bei Frauen.

Hier hinein spielen die Lebensumstände und das Lebensumfeld. Es geht um individuelle sowie auch die infrastrukturelle Ressourcen. Es geht hierbei auch um gesellschaftliche Teilhabe, um soziale Kontakte als Beitrag zum gesunden Älterwerden, es geht um die Gestaltung des Umfelds, um generationenübergreifende Ansätze, auch und vor allem für die älteren Menschen, die keine Familie haben bzw. keine Angehörigen in der Nähe haben.

Welche Strategien und Formen der Unterstützung werden benötigt, welche Ansätze gibt es? Wie sind die Erfahrungen damit? Zu betrachten im Zusammenhang psychischer Erkrankungen ist auch das Thema Alkohol-

konsum/Alkoholmissbrauch (vor allem bei Männern) sowie die Einnahme von Psychopharmaka (vor allem bei Frauen). In Deutschland gibt es 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängige. Zwei Drittel davon sind Frauen über 65. Und hier kommen dann weitere Punkte hinzu wie Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, gerade bei Multimorbidität, die ja in der Regel mit der Einnahme zahlreicher Arzneimittel verbunden ist.

D.h.: Viele Bereiche und Zusammenhänge müssen wir sehr genau ansehen, wenn wir uns mit Fragen der seelischen Gesundheit älterer Menschen beschäftigen. Wir werden ja heute noch einige Daten dazu hören. Vor allem wollen wir uns mit den folgenden Fragen auseinandersetzen: Welche Ressourcen sind da bzw. können gestärkt werden? Was können wir als diejenigen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Gesundheitsversorgung unterwegs sind, beitragen?

In diesem Zusammenhang sollten wir auch einen Blick auf das Thema Pflege und Pflegenden Angehörige werfen, vor allem auch im Zusammenhang des Themas Demenz, denn auch hier sind Stärkung und Unterstützung erforderlich: In Deutschland gibt es derzeit ca. 2,5 Millionen Pflegebedürftige. Über zwei Drittel dieser Pflegebedürftigen (1,8 Mio.) werden zu Hause versorgt. 77% der Pflegenden (überwiegend Frauen mittleren und höheren Alters) fühlen sich durch die Pflege belastet und benötigen Ihrerseits Unterstützung und Stärkung. D.h. es ist von besonderer Bedeutung, dass wir unseren Blick auf vulnerable Personengruppen richten.

Heute Nachmittag werden wir einige konkrete Ansätze und Beispiele aus der Praxis diskutieren können: Netzwerke, Beratungsangebote, Anlaufstellen, Bewegungstreffpunkte. Meine Damen und Herren, ich freue mich auf die Beiträge und die Diskussion mit Ihnen und danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Renée Buck
Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung,
Schleswig-Holstein



Sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
 sehr geehrte Frau Egen,
 sehr geehrter Herr Heinemann,
 sehr geehrte Frau Dr. Köster,
 sehr geehrte Frau Schopenhauer,
 liebe DRK-Schwestern,
 meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für die freundliche Einladung zu Ihrer Veranstaltung, der 4. Regionalkonferenz, zum Thema „Seelische Gesundheit im Alter“. Gerne halte ich wieder einmal ein Grußwort für die Landesregierung und es kommt von Herzen.

Seelische Gesundheit im Alter hängt ganz eng zusammen mit „gesund und aktiv älter werden“. Freude am Leben, Traurigkeit über Verlorenes und Zuversicht für die Zukunft, das habe ich in Ihrer Ankündigung für diese Veranstaltung herausgelesen. Das Älterwerden ist doch mit vielen Verlusten oder Einschränkungen verbunden. Nicht nur Verlust an Gesundheit im Allgemeinen, sondern auch von sozialen Beziehungen, von Verlusten innerhalb der Familie - insbesondere von Lebenspartnern - prägen unser Leben. Und was die Persönlichkeit und Fähigkeiten des Menschen selbst betrifft, so werden die sensorischen und motorischen Fertigkeiten weniger und auch der Verlust von Sinnesempfindungen - von Gefühlen im wahrsten Sinne des Wortes - kann zu Einschränkungen der Lebensqualität führen. Schleswig-Holstein besitzt eine seit zwei Jahrzehnten gewachsene geriatrische

Versorgung. Wir entwickeln dieses Versorgungskonzept gemeinsam weiter, wir behalten die Qualität der Versorgung im Blick, aber auch - zwangsläufig - die Bezahlbarkeit durch z.B. gestufte Versorgungsangebote (amb/TK/stat.).

Und wir kümmern uns um Prävention. Da kann man sich fragen, was denn Prävention im Alter soll, da ist das Kind doch schon längst in den Brunnen gefallen.

Nein, meine sehr verehrten Damen und Herren, ganz im Gegenteil! „Gesund älter werden“ ist eines der nationalen Gesundheitsziele, das 2012 formuliert wurde. Eng mit dem Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ verbunden ist das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“. Hier geht es um Lebenskompetenz, wie z.B. mehr Bewegung und ausgewogenere Ernährung. Und das gilt für junge und ältere Menschen. Der demografische Wandel in Deutschland verändert unsere Gesellschaft langfristig und nachhaltig. Wir stehen vor einer großen Herausforderung, da erzähle ich Ihnen aber nichts Neues. Bei diesen nationalen Gesundheitszielen aus dem Jahr 2012 wurden 13 Ziele formuliert: ein Ziel davon ist die psychische Gesundheit älterer Menschen, die es zu erhalten gilt. Psychische Gesundheit muss gestärkt werden oder wieder hergestellt werden, wenn sie eingeschränkt ist.

Psychische Erkrankungen sind im Alter genauso häufig wie im jungen und mittleren Erwachsenenalter, sie werden bei älteren Menschen jedoch häufig übersehen oder tabuisiert oder vielfach nicht richtig diagnostiziert und behandelt. Suizide, d.h. Selbstmorde, treten bei älteren Menschen häufiger auf als bei jüngeren. Außerdem gibt es einen auffällig hohen Anteil an alkoholkranken Menschen im Alter. Diese Patienten gilt es zu identifizieren und Ihnen zu helfen. Dazu passt Ihr Workshop „Mittendrin statt außen vor“. Eine besondere Herausforderung an die Gesellschaft stellt die Zunahme an dementiellen Erkrankungen dar; aber auch hier gibt es in Schleswig-Holstein bereits beispielgebende hervorragende Projekte, wie das Alzheimer-Therapiezentrum.

Ein Gesundheitsrisiko im Alter stellt insbesondere eine Zu-Vielversorgung (Poly-medikation) mit Medikamenten dar, da ältere Menschen - genauso wie Kinder - anders und sensibler auf Medikamente und den damit verbundenen Nebenwirkungen

reagieren, ein riesengroßes Problem. Insbesondere auch bei der Verabreichung von Psychopharmaka.

Ein Ziel für das gesunde Altern muss es sein, ältere Menschen mit guten Informationen über die Möglichkeit zur Erhaltung und Stärkung der psychischen Gesundheit zu unterstützen: hier gilt es, um die Bedeutung der sozialen Kontakte bzw. dem Zusammenhang von Inaktivität und Depression aufzuklären.

Gesellschaftliche Angebote, meine sehr verehrten Damen und Herren, die älteren Menschen die Möglichkeiten zur sozialen Integration eröffnen, sind außerordentlich bedeutsam für die Stärkung der psychischen Gesundheit.

Besonders wichtig ist es aber auch, die Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den verschiedensten Gesundheitsberufen in Bezug auf psychische Gesundheit und auf psychische Störungen zu verbessern. Dabei gilt es, das Bewusstsein und die Qualifikation bei den beteiligten Berufsgruppen zu stärken und Kenntnisse zur Erkennung von Depression und Demenzen zu verbreitern.

Altern gehört zum Leben und beginnt schon bei der Geburt. Und wir werden insgesamt immer älter.

Wenn unser Gedächtnis nachlässt, dann unterstützen altersgerechte Freizeitaktivitäten die Strukturierung des Tages- und Wochenablaufes. Dann bewähren sich soziale Beziehungen, sie vermitteln Anregungen und dienen der Erholung und Entspannung, sie machen Freude und vermitteln Zuversicht.

- Permanentes lebenslanges Lernen,
- besonders neugierig sein und
- beweglich bleiben,
- den Grips herausfordern und
- soziale Kontakte beibehalten, meine Damen und Herren, das sind die Anti-Aging Maßnahmen.

Im Jahr 2012 hat das Gesundheitsministerium hier in SH eine repräsentative Befragung durchgeführt. Stellvertretend für rund 783.000 ältere Menschen in Schleswig-Holstein haben uns 1.077 Personen ab dem 60. Lebensjahr einen Einblick in ihre Gesundheits- und Lebenssituation gegeben. Diese umfassende Bestandsaufnahme ist in dem Bericht über die Gesundheit älterer

Menschen in Schleswig-Holstein zusammengefasst. Die Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein ist in mehreren wichtigen Befragungsergebnissen festgehalten:

- 2 von 3 Schleswig-Holsteinern ab dem 60. Lebensjahr beurteilen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut,
- nur 12 % mit schlecht oder sehr schlecht.

Damit ist die subjektive Gesundheit im Land deutlich höher als im Bundesdurchschnitt.

Und was haben die Glücksforscher herausgefunden? Wir sind am glücklichsten in Deutschland, nur die Dänen sind noch glücklicher, aber die wohnen ja auch woanders. Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand sinkt mit steigendem Alter und geringerem Netto-Monatseinkommen. 31 % aller älteren Bewohnerinnen und Bewohner Schleswig-Holsteins leiden unter einer chronischen Krankheit. Durch diese verspüren sie in der Regel einige Einschränkungen in ihrem Alltag.

- 2 von 3 Schleswig-Holsteinern ab dem 60. Lebensjahr bewegen sich zu wenig, und diese Quote nimmt mit steigendem Alter immer weiter zu.
- 80 % der Schleswig-Holsteiner ab dem 60. Lebensjahr besitzen mindestens eine aktive Mitgliedschaft in Gruppen oder Vereinigungen, aber auch diese Quote sinkt mit zunehmendem Alter.
- Darüber hinaus leisten 15 % der Seniorinnen und Senioren freiwilliges bürgerschaftliches Engagement, weil das Gefühl, gebraucht zu werden, sie glücklich macht.

Mit der 4. Regionalkonferenz hier in Lübeck tun wir etwas für die seelische Gesundheit im Alter. Wir sollten nicht nachlassen in diesem Engagement.

Für die Veranstaltung wünsche ich Ihnen

- viel Erfolg
- einen regen Austausch untereinander und
- viele gute Ideen und Impulse, denn seelische Gesundheit im Alter ist ein Topthema der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik in einer älter werdenden Gesellschaft. Und wir sind ein Teil davon.

Gabriele Schopenhauer
Stadt Lübeck



Sehr geehrte Frau Egen,
 Sehr geehrter Herr Dr. Willkomm,
 Sehr geehrter Herr Heinemann,
 Sehr geehrte Frau Dr. Köster, Sehr geehrte
 Frau Dr. Buck und sehr geehrte Frau Dr.
 Rudolph – in Zusammenarbeit mit Ihnen
 gelingen hier in Lübeck sehr ergiebige
 Regionalkonferenzen, die bundesweite
 Beachtung finden. Ich möchte Sie und alle
 Teilnehmenden ganz herzlich begrüßen und
 freue mich auch Herrn Dr. Hamschmidt, den
 Leiter unseres Gesundheitsamtes, sowie
 zahlreiche Mitglieder des Seniorenbeirates
 willkommen zu heißen.
 Sie widmen sich mit der vierten Regional-
 konferenz einem Thema, das in unserer
 Stadt viele Menschen bewegt – Gesund und
 aktiv älter zu werden ist wohl der innigste
 Wunsch jeder Person!
 Spätestens wenn das Renten – bzw.
 Pensionsalter erreicht ist, stehen wir vor
 mehr Freizeit und weniger Verpflichtungen,
 d.h. wir können freier mit unserer Zeit
 umgehen, das tun, wofür sonst nie genug
 Zeit war, uns vielleicht sogar einen lang
 gehegten Traum erfüllen.
 Tatsächlich aber ist diese neue Lebensphase
 nicht für alle gleichermaßen eine Herausfor-
 derung, diese mit neuen Inhalten zu füllen
 und eine ganz neue Ausrichtung zu geben.
 Das liegt vor allem daran, wie man sich auf
 diese neue Lebensphase vorbereiten konnte

und ob man das überhaupt vermochte. Es
 braucht eine Zeit der Neuorientierung, alte
 Kontakt- und Bezugspersonen sieht man
 nicht mehr täglich; für manche kommt sogar
 ein Gefühl der Leere auf. Sinnerfüllende
 Aktivitäten für die neue Lebensphase müs-
 sen erst gefunden werden. Natürlich könnte
 man sich ein Haustier zulegen, z.B. einen
 Hund, mit dem man täglich unterwegs sein
 muss, der sich freut, wenn man nach Hause
 kommt. Doch Menschen – insbesondere
 wenn sie als Single leben – brauchen vor
 allem die Gesellschaft anderer Menschen,
 um nicht zu vereinsamen. Ein Ehrenamt
 suchen sich manche, sie werden Mitglied in
 einem Verein, investieren Zeit für andere,
 spüren dabei ihre Selbstwirksamkeit, fühlen,
 dass sie noch gebraucht werden. Andere
 schaffen diesen Weg nicht so leicht, trauen
 sich das möglicherweise auch nicht zu –
 bräuchten dazu einen Anstoß und Hilfe – so
 wie es das Konzept des „E-Punktes“ vor-
 sieht.

Hunderte von traumatisierten Flüchtlingen
 brauchen im Prinzip eine Patin / einen Paten,
 um sich in unserer Stadt zurechtzufinden,
 doch um diese Aufgabe leisten zu können
 muss man in sich ruhen, Stabilität ausstrah-
 len, d.h. seelisch belastbar, also gesund
 sein. Zu erkennen, was mir gefällt, was ich
 zu leisten vermag – auch für andere – das
 braucht Zeit! Es können und sollten ver-
 schiedene Optionen ausprobiert werden. Die
 Grundvoraussetzung ist, eigene schwierige
 Situationen überwinden und wieder Freude
 empfinden zu können. Das ist im Alter
 vielfach schwerer als in jüngeren Jahren. In
 Bewegung zu bleiben, geistig wie körperlich,
 ist dafür eine notwendige Voraussetzung.
 Mit den eigenen Ressourcen verantwortlich
 umzugehen, ohne sich zu überfordern, ist
 eine weitere Maßgabe, die zu beachten ist.
 Gesunde Ernährung und Seniorensport-
 angebote tragen zur körperlichen Bestform
 bei. Und schließlich das eigene Wohnum-
 feld, in dem ich meinen Alltag verbringe.
 Auch hier bieten sich zahlreiche Kontakt-
 und Unterstützungsmöglichkeiten, von
 denen man gegenseitig profitieren kann,
 indem man sich der Gemeinschaft öffnet.
 Wenn wir aber die Fakten heranziehen, dass
 viele ältere Menschen zu viel Zeit in Arztpra-
 xen verbringen, täglich eine stattliche
 Anzahl an Medikamenten konsumieren und
 die größte Bevölkerungsgruppe in der
 Suizidstatistik ausmachen, erkennen wir,
 dass hier die Gesellschaft an sich reagieren
 und gegensteuern muss.

Ich wünsche der vierten Regionalkonferenz einen erfolgreichen Verlauf, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern neue Erkenntnisse und Impulse und hoffe auf die Etablierung von unterstützenden Bürgernetzwerken.

Martina Egen
DRK-Schwwesterschaft Lübeck



Sehr geehrter Herr Heinemann,
 sehr geehrte Frau Dr. Köster,
 sehr geehrte Frau Dr. Buck,
 sehr geehrte Frau Dr. Rudolph,
 sehr geehrte Frau Schopenhauer,
 liebe Gäste,

es freut mich, Sie alle hier und heute zur vierten Regionalkonferenz Schleswig-Holstein der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung begrüßen zu dürfen. In diesem Jahr steht die „seelische Gesundheit im Alter“ auf der Agenda.

Und wer mich kennt, weiß, dass mir dieses Thema besonders am Herzen liegt. Vor allen Dingen darf die Freude aus meiner Sicht nicht zu kurz kommen, sie ist nämlich Ausdruck von Lebensqualität, auch und gerade im Alter. Dass Lachen gesund macht, ist mehr als eine Volksweisheit. Und gemäß dieser Devise haben wir in diesem Jahr in unserem Pflegeheim, dem Erika-Gerstung-Haus, zwei Sommerfeste gefeiert, auf denen viel gelacht und getanzt wurde.

Dabei kam unserem neu gegründeten Chor im Erika-Gerstung-Haus eine besondere Rolle zu:

Er hat bekannte Lieder zum Besten gegeben. Fast alle Bewohner und ihre Angehörigen konnten diese mitsingen, was erheblich zur guten Stimmung an diesen Nachmittagen beitrug und allen Anwesenden viel Freude bereitete. Die Bewohner sprachen tagelang von diesem Fest. Sie waren quasi mittendrin, statt außen vor. Aber dazu hören Sie nachher noch mehr in einem Beitrag.

Ich möchte noch einmal betonen, dass es uns in der DRK-Schwwesterschaft Lübeck sehr freut, dass die Veranstaltungsreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in unserem Mutterhaus stattfindet. Und dies nicht nur, weil die Lübecker Rotkreuzschwestern im Bereich Geriatrie sehr aktiv sind.

Aufgrund unseres Pflegealltages – gerade im Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum – können wir nur bestätigen, welch enormen Stellenwert die seelische Gesundheit für ein gesundes und aktives Älterwerden einnimmt.

Doch gerade im Alter liegen Freud und Leid oft nah beieinander. Der Körper muckt des Öfteren auf und es geht nicht mehr so schnell und schmerzfrei wie in jungen Jahren. Mit dieser Erfahrung muss man lernen umzugehen. Man muss „Ja“ zum Alter sagen und allem, was dieses mit sich bringt. Ich erinnere daran, dass wir im vergangenen Jahr das Thema körperliche Aktivität im Alter hatten. Es ging darum, „bewegt zu altern“ – getreu dem Motto: Wer rastet, der rostet.

In diesem Jahr kommt neben der körperlichen Gebrechlichkeit noch ein anderer Aspekt des Alterns hinzu. Wichtig ist es, in schwierigen Lebensphasen die Zuversicht nicht zu verlieren – und das kann im Alter vielfach schwerer fallen als in jungen Jahren. Nicht umsonst hat Albert Schweitzer einmal gesagt: „Du bist so jung wie deine Zuversicht.“ Je älter man selbst wird, desto häufiger kommt es beispielsweise zu Todesfällen in näherer Umgebung, sei es familiär oder im Freundeskreis oder der Sinn des Lebens geht verloren.

Nun will ich Sie beruhigen: Das Alter hat nicht nur Schattenseiten, es hat ein eigenes Gesicht, eigene Freuden – aber eben auch Nöte, denn diese gehören zum Leben mit dazu. Das Thema heute ist aber nicht nur

Traurigkeit und Krisen im Alter und wie man damit umgeht, sondern auch, wie man Hoffnung, Vertrauen und Zuversicht in dieser Lebensphase aktiviert bzw. entdeckt, die eben oft mit Ängsten und Depressionen einhergeht.

Gerade uns hier mit der ambulanten geriatrischen Versorgung, der geriatrischen Tagesklinik, der familialen Pflege und dem Geriatriezentrum ist es wichtig, auch die seelische Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten im Blick zu haben. Die Frage, wie es gelingen kann, mit Zuversicht auf das gelebte Leben zu schauen und in der Kunst des gelingenden Alterns weiter zu wachsen, wird Ihnen hoffentlich heute beantwortet. Zahlreiche Praxisbeispiele sowie Impulse werden Sie dazu heute noch hören.

Ich wünsche Ihnen und uns eine erfolgreiche Veranstaltung mit regen Diskussionen und natürlich ganz viel Spaß.

Bedeutung von seelischer Gesundheit für gesundes und aktives Älterwerden

Dr. Martin Willkomm
Krankenhaus Rotes Kreuz –
Geriatriezentrum, Lübeck



Im Vordergrund einer erfolgreichen Planung des eigenen Alters steht die Überlegung, die eigene Gesundheit und Selbständigkeit möglichst lange zu erhalten. Idealerweise wird bereits vor Eintreten einer Erkrankung gehandelt. Erfolgreiche Altersplanung bedeutet, die eigene Gesundheit und Selbständigkeit erhalten, im eigenen Zuhause bleiben und im Bedarfsfall sozial und medi-

zinisch gut eingebettet sein. Mit „Teilhabe“ ist gemeint, dass man auch mit persönlichen Einschränkungen im sozialen Umfeld verbleiben und Kontakte pflegen kann. Es ist möglich, einen abwechslungsreichen Alltag zu erleben, soziale Räume zu nutzen und die Mobilität zu erhalten. Dies gilt neben der somatischen auch für die seelische Gesundheit. Als seelische Gesundheit wird das Wohlbefinden mit „normalem Stress“ im Lebensalltag mit der Möglichkeit, die eigenen Potentiale zu entwickeln, produktiv und leistungsfähig zu sein, in Anlehnung an die WHO-Definition beschrieben. Einfacher formuliert bedeutet seelische Gesundheit die Abwesenheit einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung. Das Alter geht mit unterschiedlichen Veränderungen einher:

Altersweisheit

- Gezieltes Neulernen im Alter
- Nutzung von Erlerntem
- Mehr Gelassenheit
- Weniger Spontaneität
- Weniger Flexibilität und Anpassungsfähigkeit
- Höhere Vergesslichkeit
- Geringeres Leistungs- und Lerntempo
- Übergang in die Rentenphase
- Beruflicher und familiärer Rollenverlust
- Verlust körperlicher Unversehrtheit und Mobilität
- Verlust des Partners, der Familie (Kinder), der Freunde
- Neue Wohnsituation
- Verlust der Selbständigkeit

Kompressionstheorie

- Der Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung hat sich seit 1999 deutlich verbessert

Daten aus dem Mikrozensus

- Der Grad der Behinderung sinkt bei Personen > 65 Jahren von 26,2% (1982) auf 19,7% (1999)

Fries et al., 2003, Daten aus den nationalen Surveys der USA

- Die körperliche und geistige Vitalität im Alter verbessert sich von Kohorte zu Kohorte

Robert Koch Institut 2013
Zitiert in: Kuhlmei A. Psychische Gesundheit, Bremen 20.06.13

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatriezentrum-

50% der 70-79-jährigen Männer und rund 44% der Frauen dieser Altersgruppe sind mit ihrer Gesundheit sehr zufrieden oder zufrieden. Bundesgesundheits-Survey. Zitiert in: Kuhlmei A. Psychische Gesundheit, Bremen 20.06.13. Die behandlungsbedürftige psychiatrische

Gesamtmorbidität bei über 65-Jährigen wird zwischen 17-20% geschätzt. Die häufigsten psychischen Störungen des hohen Alters sind Demenz und Depression (beide ca. 15%). Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). Demenz-Report. Zitiert in: Kuhlmei A. Psychische Gesundheit, Bremen 20.06.13.

Depression

Immerhin jeder Vierte erleidet im Laufe seines Lebens eine Depression, als deren Ursachen u.a. der Verlust von persönlich wichtigen Mitmenschen, der Rückzug aus dem Arbeits- und sozialen Umfeld sowie gesundheitliche Einschränkungen wie Schmerzen genannt werden. Durch eine persönliche Strategie mit Stärkung der eigenen Widerstandskraft sowie einer positiven Bewältigungsstrategie bei Eintreten eines der genannten Faktoren, kann die seelische Gesundheit jedoch in vielen Fällen mindestens erhalten bleiben. Eine Depression im Alter kann atypisch verlaufen, d.h. dass vegetative Symptome ganz im Vordergrund stehen können („Somatisierung“). Es kann zu einer Überlappung mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern kommen, z.B. Angst, Suchtkrankheiten (Alkohol, Schlafmittel) und auf Grund der erhöhten Vulnerabilität im Alter werden Suizidversuche seltener überlebt.

Körperliche Symptome einer Depression können sein

- Kopf- und Rückenschmerzen
- Herz- und Kreislaufbeschwerden
- Atemnot
- Oberbauchbeschwerden (Magen, Darm)
- Unterleibsbeschwerden

Als Ursache vorliegen kann eine psychosoziale Belastung, eine genetische Prädisposition, Persönlichkeitsfaktoren oder körperliche Erkrankungen. Aus der Depression kann schnell ein Teufelskreis entstehen. Aufgrund einer Depression entsteht ein sozialer Rückzug, gefolgt von sozialer Isolation, dies löst ein Verlusterlebnis aus und es kommt zu einer Verstärkung der Depression. Geht eine Depression mit Antriebsmangel und Mutlosigkeit einher und kommen körperliche Beeinträchtigungen, Schmerzen und Immobilität hinzu, kann dies zu Stürzen und degenerativen Gelenkleiden führen, woraus Operationen und eine weitere Immobilisierung resultieren. Arlt S, UKE, Vortrag „Seelische Gesundheit im Alter“ 2013.

Faktoren, die auf Depression Einfluss haben, sind der Verlust von nahestehenden Men-

schen, der Verlust von Sozialkontakten, Aufgaben und Hobbys, gesundheitliche Einschränkungen, Überlastung durch Pflege und chronische Schmerzen. Praktische Geriatrie, GeorgThiemeVerlag 2013.

In Deutschland sind 4 Millionen Menschen von einer Depression betroffen, wovon 2,4-2,8 Mio. in hausärztlicher Behandlung sind. Korrekt diagnostiziert sind 1,2-1,4 Mio. Menschen und eine adäquate Therapie erhalten 0,4 Mio. Menschen.

Arlt S, UKE, Vortrag „Seelische Gesundheit im Alter“ 2013.

10-30% der über 60-Jährigen bedürfen einer Psychotherapie, erreicht werden etwas mehr als 3%.

GEK-Report 2007.

Demenz

Rund 2% der Bevölkerung ist von einer Demenz betroffen. Eine dementielle Entwicklung ist stark geschlechts- und altersabhängig. Männer sind deutlich häufiger betroffen, die Erkrankung hat einen eindeutigen Gipfel im höheren Lebensalter. Die Erkrankung betrifft ca. 17% der 85-jährigen Frauen und ca. 40% der 85-jährigen Männer. Demenz macht sich deutlich durch

- Gedächtnisstörung (vorrangig Kurzzeitgedächtnis)
- Veränderung der Urteilsfähigkeit und den Denkvermögens
- Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistung (Activities of daily living, ADL)
- Dauer (mindestens 6 Monate)
- Ausschlusskriterien: Keine Bewusstseinsstörung

Die Betroffenen sind etwas „tüddelig“, vergesslich, aber im Alltag adäquat. Zu 50% folgt ein Übergang in eine Demenz, zu 50% bleibt ein stabiles Bild ohne wesentliche Verschlechterung der kognitiven Leistung.

Formen der Demenz:

- Alzheimer Demenz ca. 60%
- Vaskuläre Demenz ca. 30%
- Frontotemporale Demenz (FTD, früher: M. Pick)
- Demenz bei Morbus Parkinson
- Lewy-Körperchen Demenz
- Andere

Abzugrenzen ist eine Demenz von anderen (ähnlichen) Krankheitsbildern wie dem Delir, Depression oder internistischen Erkrankungen (z.B. Exsikkose, Hyponatriämie, cerebrale Durchblutungsstörung).

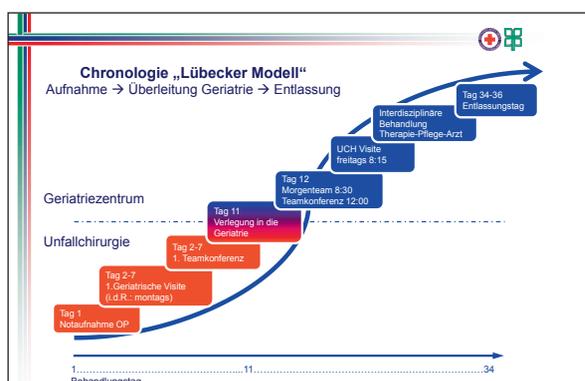
Abgrenzung Pseudodepression / Demenz		
	Quelle: Praktische Geriatrie, Georg-Thieme-Verlag 2013	
	Kognitive Störung bei Depression	Depressive Symptome bei Demenz
Affektive Symptome	Niedergedrücktheit, Gefühllosigkeit, Grübeln, wenig Stimmungswechsel	Sorgen um kognitive Funktion
Antrieb / Psychomotorik	Antriebslosigkeit, Schwere im Alltag	Rückzug in komplexen Aufgaben / sozialen Aktivitäten
Wahnhinhalte	Versündigung, Verarmung	Gefühl, bestohlen oder hintergangen zu werden
Formales Denken	Grübeln, Denkhemmung, Konzentrationsstörung	Fadenverlust, weniger „Denkarbeit“
„Somatisches Syndrom“	Früherwachen, Morgentief, körperliche Symptome	Fehlen

Bei einer Demenz ist ein unmittelbarer, ursächlicher Zusammenhang mit beeinflussbaren Umgebungsfaktoren nicht herzustellen. Wichtiger ist der Erhalt der Teilhabe für Betroffene und (pflegende) Angehörige. Eine Heilung ist nicht möglich, allenfalls kann die Erkrankung im Verlauf verlangsamt werden. Daher gerät im Spätstadium der Erkrankung auch ein noch so breit angelegtes ambulantes Versorgungskonzept an seine Grenzen.

Ein klinisches Beispiel am Lübecker Modell zeigt die Versorgungsstruktur im Zentrum für Alterstraumatologie. Dazu gehören die Sektion Unfallchirurgie, UKSH, Campus Lübeck und das Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum. Die Unfallgeriatrie und die Geriatrie befinden sich an zwei benachbarten Standorten mit einer festen Kooperation.

Der Beispielpatient Helmut P., 82 Jahre alt, stürzte und zog sich am 10.8.2014 eine Oberschenkelfraktur zu. Am gleichen Tag erfolgte die Versorgung durch einen Hüft-nagel („Gamma-Nagel“) im Zentrum für Alterstraumatologie, Bereich Unfallchirurgie.

Am 20.8. erfolgte die Verlegung in den Bereich Geriatrie. Herr P. hat bisher im häuslichen Umfeld gemeinsam mit der Ehefrau gelebt. Seit einiger Zeit sei er etwas „tüddelig“ geworden.



Am Beispiel von Helmut P. zeigt sich nach Untersuchung die Notwendigkeit für eine kognitive Unterstützung und es erfolgte die Übernahme in den Schwerpunkt „Kognitiv Eingeschränkte“. Dieses beinhaltet ein Tageskonzept, Begleitung, Therapien, aber keinen geschlossenen Bereich. Ziele der Schwerpunktstationen „Kognitiv Eingeschränkte“ sind:

- Verhinderung einer kognitiven Verschlechterung
- Verhinderung eines Delirs
- Unterstützung durch ein „therapeutisches Milieu“ (frei nach U. Lehr)
- Überleitungsplanung in die weitere häusliche Versorgung

Im Durchschnitt haben 10% der Patienten in der Geriatrie einen zusätzlichen Bedarf an kognitiver Unterstützung.

Seelische Gesundheit im Alter: Schlüssel I – Das (positive) Altersbild

Für den Erhalt des seelischen Gleichgewichtes ist die positive Einschätzung des Alters und Älterwerdens mit einem ausgewogenen Verhältnis von positiven und negativen Aspekten nicht hoch genug einzuschätzen. Die Beschäftigung mit dem sogenannten „Altersbild“ zeigt, dass sowohl in der Gesellschaft als auch in der individuellen Blickrichtung Alter seit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts ein eindeutig negativ belegter Begriff geworden ist. Dies war nicht immer so, wie ein kurzer Exkurs in die Historie zeigt. Erst in den letzten zwei Jahrzehnten erfolgt eine gegenläufige Entwicklung, welche dem Altersbegriff zumindest wieder ein neutrales, wenn nicht sogar positives Image gibt. Altersbilder sind individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter bzw. Zustand des Altseins, vom Altern oder von älteren Menschen. In einer pluralisierten und differenzierten Gesellschaft gibt es immer eine Vielzahl von Altersbildern. 6. Altenbericht der Bundesregierung 2012, Dt. Bundestag. Drucksache 17/3815.

Altersbilder haben eine ordnungstiftende Funktion, sie vereinfachen, typisieren und generalisieren. Altersbilder in der Öffentlichkeit („Makroebene“) entstehen in öffentlichen Diskursen über das Alter. Sie zeigen die soziale Stellung der Älteren in der Gesellschaft auf und es stehen Ressourcen und Kompetenzen dem Defizitmodell gegenüber. Große Altersbilder formen das Altersbild in einer Gesellschaft – sie verändern sich langsam. Die Umsetzung von Alltagsbildern in den Alltag erfolgt auf der Meso

ebene. Als Ergebnis öffentlicher Debatten erreicht das „siegreiche“ Altersbild Alltagsrelevanz. Als Beispiel zu nennen wäre die gesetzlich festgelegte Altersgrenze wie das Rentenalter. Altersbilder in der persönlichen Interaktion (Mikroebene) wechseln sich schnell ab; sie können parallel existieren. Altersbilder wirken hier in zwischenmenschlichen Beziehungen, werden dort aber auch generiert. Stereotype ordnen den Gesprächspartner einer Schublade zu (Verhalten Jüngerer gegenüber Älteren).

Die Plastizität des Alterns zeigt:

- Altern ist kein festgefügtter Vorgang
- Altern kann beeinflusst werden
- Ältere können lebenslang lernen
- Es gibt keinen Alterungsvorgang, welcher nicht durch Training oder „Umkonditionierung“ veränderbar wäre.

Aktuelle Altersbilder des 21. Jahrhunderts zeigen, dass eine z.T. groteske Maskerade aus Stoff, Schminke und Farbe einsetzt. Aber auch, dass „heute ältere Menschen zunehmend jedoch auch auf Sport und Gymnastik setzen“. 6. Altenbericht der Bundesregierung 2012.

In Bezug auf Alter und Konsum zeigt sich, dass die Zielgruppe der Alten anstatt als unflexibel, unfähig und unattraktiv zu brandmarken als konsumfreudig, kompetent und kaufkraftstark erkannt werden. Das Marketing rund um die Silver-Ager (nicht wegen der Haare, sondern der „Silberlinge“ im Portemonnaie) kann der Schlüssel zum neuen Altersbild sein. 73% der Deutschen schätzen sich neun Jahre jünger ein als sie sind.

Der Transport von Altersbildern erfolgt vorwiegend durch Bilder. In den Medien geschieht dies durch Massenmedien wie Presse, TV, Internet, aber auch in Single-Medien (Post- und Grußkarten, Werbeplakate). Auch durch unmittelbare körperliche Erfahrungen von Alter („am eigenen Körper“) und durch Sprache werden Altersbilder transportiert.

Fazit: Altersbilder

Nicht nur auf der „Makroebene“ in der öffentlichen Wahrnehmung, sondern vor allem auf der „Mikroebene“ (wie gehe ich mit dem Alter um?) müssen Veränderungen erreicht werden. Eine neue und positive Sicht auf das Alter beeinflusst das seelische Gleichgewicht nachhaltig.

Seelische Gesundheit im Alter: Schlüssel II – Altersgerechtes Wohnen

Mindestens ebenso wichtig ist eine frühe Auseinandersetzung mit der künftigen Wohnsituation für den Erhalt des seelischen Gleichgewichtes. Die drei grundsätzlichen Fragen sind..

Wie möchte ich wohnen?

Wo möchte ich wohnen?

Mit wem möchte ich wohnen?

Es gilt die entscheidenden Weichen zu stellen für ein Bleiben im eigenen Zuhause oder für einen Wechsel des eigenen Zuhauses - weil ich es möchte oder weil ich es muss.

Das „ideale“ Modell beinhaltet ein Wohnen im eigenen Haus mit einem Angehörigen im Nebenhaus und dem ambulanten Pflegedienst gleich daneben. Das „ideale“ Modell sieht natürlich auch die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr vor, zentrale Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung und Begegnungszentren/Cafés.

Wohnen im Alter muss geplant sein! Sie werden zu 90% alt, zu 70% gebrechlich, zu 50% von Fremdhilfe abhängig. Überlegen Sie schon mit 50, wie Sie mit 80 leben wollen! Verlassen Sie sich nicht nur auf Ihren Lebenspartner und beschäftigen Sie sich früh mit dem Thema, beziehen Sie Freunde und Bekannte ein. Behalten Sie ein enges Verhältnis zu Ihren erwachsenen Kindern und gründen Sie Netzwerke.

Fazit: Wohnen als Faktor für seelische Stabilität im Alter

- Wir möchten (fast) alle in den eigenen vier Wänden bleiben
- Leben und Wohnen im Alter muss früh geplant werden
- Die Akzeptanz für Änderungen und Hilfeleistungen (besser: Alltagserleichterungen) muss vorhanden sein → Nutzung niederschwelliger Angebote!
- Spätere Bewohner sollten von Beginn an in die Planung mit einbezogen werden
- Normalität, Individualität!
- Dauerhafte Sicherheit auch bei Krankheit und Pflege

Seelische Gesundheit im Alter: Schlüssel III – Resilienz (Widerstandskraft) und positives Coping (Bewältigung)

Protektive Faktoren für seelische Gesundheit im Alter sind ein intaktes soziales Netz und ein guter (körperlicher) Gesundheitszustand.

Weitere Faktoren sind

- Mobilität, Unabhängigkeit, Autonomie
- Höherer Bildungsgrad
- Erleben von positiven Beziehungen
- Erfahrungen von Zuwendung in der Kindheit

Bezüglich der Coping-Strategien sind positive (funktionale) und negative (dysfunktionale) Strategien zu unterscheiden.

Positive Strategien sind:

- Aktive Beseitigung der Ursachen
- Gut informiert sein
- Suche nach emotionaler Unterstützung
- Suche nach praktischer Unterstützung
- Humor
- Religiöse Coping-Strategien
- Positiv denken

Negative Strategien sind:

- Aufgeben
- Abreagieren
- Ablenkung
- Stress verleugnen
- Gebrauch von Alkohol und Drogen
- Selbstvorwürfe

Arit S, UKE, Vortrag „Seelische Gesundheit im Alter“ 2013.

Prävention I: Gesundheit fördern, sozial sein, gesellschaftliches Umfeld fördern

Der eigene Umgang mit Gesundheit sowie das eigene erlernte Sozialverhalten stellen die individuellen Faktoren dar. Als institutionelle Faktoren werden die sozialen Rahmenbedingungen genannt (materielle Absicherung, Arbeitsleben, soziale Teilhabe) sowie das öffentliche und private Gesundheits- und Versorgungsumfeld.

Prävention II: Sport

Verschiedene Studien zeigen, dass körperliches Training das Auftreten eines kognitiven Defizits und das Auftreten einer Demenz verzögern kann. Dieser Effekt ist schon bei geringem Aufwand zu erreichen.

Körperliches Training zeigt auch noch im hohen Alter einen Effekt auf den aktuellen kognitiven Status. Dabei zählt die Trainingsfrequenz, nicht die Intensität.

Prävention III: Geld und Beruf

Zu einer besseren subjektiven Gesundheit im Alter führen Einkommen und ein qualitativ hochwertiger Beruf. 51% der Befragten mit einem Haushaltseinkommen über 35 T€ schätzen ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein, nur 35,4% der Befragten mit einem Haushaltseinkommen unter 30 T€ sehen dies genauso. v.d. Knesebeck 2004.



Prävention II: Sport

Effekt vorhanden?

Hamer und Chida. „Physical activity an risk of neurodegenerative disease: a Systematic review of prospective evidence“
Psychol Med 2009 Jan;39(1):3-11

Methode: n= 163.797, davon 3.219 erkrankt.

Ergebnisse: Das Risiko einer Demenzerkrankung konnte durch körperliche Aktivität um 28% gesenkt werden

Fazit: Ein Effekt ist vorhanden

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrizentrum-



Prävention II: Sport

Wann muss ich damit beginnen?

Chang M et al.: „The Effect of midlife physical activity on Cognitive Function Among Older Adults: AGES-Reykjavik Study“
J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010 December;65A (12): 1369-1374

Methode: 4.945 Bewohner Reykjaviks, 2039 m./ 2852 w. wurden 1976 / 2002 befragt.

- Frage 1: „Treiben Sie regelmäßig Sport?“
- Bei „Ja“ Frage 2: „Wieviele Stunden pro Woche?“ (weniger / mehr als 5 Stunden)

Ergebnisse 1976: 3.413 (69%) kein Sport, 1.309 (26%) <= 5h, 223 (5%) > 5h

Ergebnisse 2002: MMSE bei Befragten mit sportlicher Midlifeaktivität signifikant höher, außerdem Exekutivfunktion, Gedächtnisleistung und Prozessgeschwindigkeit.

Fazit: Beginnen mindestens um die 50, schon < 5 h/Wo lohnt sich

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrizentrum-



Prävention II: Sport

Wie muss ich es durchführen?

Angevaren M et al.: „Intensity, but not duration, of physical activities is related to cognitive function“
Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007 Dec; 14(6):825-30.

Auch zitiert in: *Ann Epidemiol. 2010 Jun;20(6):473-9.*

Hypothese: Die Intensität der körperlichen Aktivität sowie deren Variationsbreite verändern die kognitive Leistung

Ergebnisse: 1.927 Probanden zeigten durch ein höherfrequentes wöchentliches körperliches Training über fünf Jahre eine Verbesserung der kognitiven Leistung (Prozessgeschwindigkeit, Gedächtnis, mentale Flexibilität, Kognition insgesamt)

Fazit: Trainingsfrequenz zählt mehr als Intensität!

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrizentrum-



Prävention II: Sport

Verhindert körperliches Training wirklich Demenz?

Sofi F et al.: „Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis“
J Intern Med. 2011 Jan; 269(1):107-17

Ergebnis: An Hand von 33.816 nicht dementen Personen zeigte sich über einen Verlauf von bis zu 12 Jahren, dass körperliche Aktivität in (nahezu) jeder Form das Auftreten einer Demenz verringert.

...und das gilt wirklich auch noch im hohen Alter?

Sumic A et al.: „Physical activity and the risk of dementia in oldest old“
J Aging Health. 2007 Apr; 19(2):242-59

Ergebnis: Körperliche Aktivitäten senken das Risiko für das Auftreten einer Demenz auch noch bei über 85jährigen.

© Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck –Geriatrizentrum-

Prävention IV: Bildung

Geringer Bildungsgrad fördert Demenz. Die höchste Prävalenz für eine Alzheimer-Erkrankung weisen Analphabeten und Menschen mit fehlender Schulbildung auf.

Callahan et al. 1996; Seidler 2004.

Prävention V: Sinnerfüllung und Teilhabe

Aktivität, soziale Teilhabe und Sinnerfüllung sind wichtige Einflussgrößen für Wohlbefinden und psychische Gesundheit. RKI 2002.

Die Soziale Partizipation verbessert die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter. Hohes soziales Engagement Älterer bedeutet bessere Kompensationsmöglichkeiten.

Lövdén et al. Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. Psychol Aging 2005 Sep;20(3):423-34.

Zusammenfassung

Die Bedeutung der seelischen Gesundheit für ein aktives und gesundes Älterwerden muss aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden. Es gibt es verschiedene präventive Möglichkeiten, um in seelischer Stabilität gesund alt zu werden.

Ein intaktes Altersbild auf „Makro- und Mikroebene“ hilft dabei.

Die Wohnsituation im Alter ist für das seelische Gleichgewicht nicht hoch genug einzuschätzen. Dabei zählt weniger die „Inneneinrichtung“ als das soziale Umfeld und die Teilhabemöglichkeiten.

Resilienz und gute Coping-Strategie beeinflussen die seelische Gesundheit positiv und schützen zumindest zum Teil vor Demenz und Depression.

Lebenslage und Ressourcen im Alter

Dr. Gerhard Berger

Institut für Sozialwissenschaften,
Christian-Albrechts-Universität Kiel

**Zusammenfassung des Beitrages durch
Siri Hirsch, LVGFSH**



Altersarmt und soziale Teilhabe

Psychische Ressourcen

Die soziale Teilhabe einer älteren Person hängt von ihren Ressourcen ab. Die materiellen wie auch immateriellen Ressourcen wie Bildung, psychische Ressourcen und Sozialkapital haben Einfluss auf Gesundheit und soziale Teilhabe der Person. Insbesondere die psychischen Ressourcen tragen entscheidend dazu bei, dass sich eine Person als sozial eingebunden, als sozial unterstützt, als weniger einsam und ausgeschlossen empfindet:

- die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und der Optimismus einer älteren Person,
- ihr Selbstwertgefühl,
- ihre Lebenszufriedenheit,
- ein positives Bild vom eigenen Älterwerden (Alters- Selbstbild): Altern ist nicht gleichbedeutend mit Problemen (wie z.B. weniger nützlich zu sein, weniger respektiert und gebraucht zu werden), sondern wird als guter, positiver Lebensabschnitt wahrgenommen; Altern bedeutet, eine reifere Person zu werden, z.B. genauer zu wissen, was man will, vielen Dingen gegenüber gelassener zu werden oder sich selbst besser einschätzen zu lernen.

Als psychische Ressource ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung oft genannt. Dies

bedeutet, selbstbewusst zu glauben, Kontrolle (über einen bestimmten Zustands-, Prozess- oder Zielbereich) zu haben, um fähig zu sein, so zu agieren, dass bestimmte Effekte entstehen bzw. verhindert werden (Selbstwirksamkeit, Selbstwirksamkeitserwartung). Eine Person glaubt, dass sie ihr eigenes Schicksal in der Hand hält und dass sie durch ihre eigene Kompetenz die Dinge, die sie umgeben, zum Besseren ändern kann – auch angesichts widriger Lebensumstände. Am effektivsten lässt sich die Selbstwirksamkeitserwartung über direkte Bewältigungserfahrungen in schwierigen Situationen stärken. Das Sozialkapital stellt eine weitere personale Ressource dar: je geringer die soziale Unterstützung ist, je prekärer das Netzwerk persönlich wichtiger Personen wird, je schwächer die Teilnahme am öffentlichen Leben im Sozialraum ausfällt, desto gefährdeter ist die psychische Gesundheit einer älteren Person.

Unter Resilienz versteht man die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen gegenüber Entwicklungsrisiken. Resilienz bezieht sich auf die Bewältigungskompetenz. Es zeigen sich starke Parallelen zum Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky: Nicht was krank macht interessiert, sondern was Menschen gesund hält, trotz gesundheitsgefährdender Risiken. Da eine gute Resilienz erlernt ist, kann jeder seine Resilienz steigern, wenn es ihm daran mangelt. Laut der Resilienzforschung sind nachfolgende Resilienzfaktoren für eine gute seelische und körperliche Widerstandskraft wichtig:

... die Überzeugung, dass wir Einfluss auf unser Leben haben. Das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit ist die wichtigste Fähigkeit resilienter Menschen. Menschen mit einer guten Widerstandskraft übernehmen für ihr Leben und ihr Handeln die Verantwortung. Menschen mit einer geringen Resilienz sehen sich oft in der Opferrolle und fühlen sich deshalb hilflos und ohnmächtig.

... Wir werden akzeptiert und geachtet (Anerkennung, Wertschätzung ->) entwickeln ein gesundes Selbstwertgefühl.

... unser soziales Netzwerk: dass wir enge emotionale Bindungen zu anderen Menschen haben und wissen, wir sind nicht allein, d.h. stabile Beziehungen zu Freunden und Menschen, soziale Netzwerke.

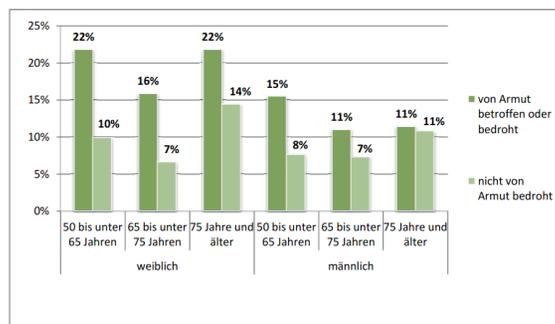
Eine armutsgefährdete Lebenslage (im Kern: Einkommensarmut) geht häufig einher mit

einem signifikant geringeren Niveau jener psychischen Ressourcen, die eine Person überhaupt erst befähigen und motivieren, ihre soziale Teilhabe wahrzunehmen, zu gestalten, zu stärken, gerade unter den einschränkenden Umständen einer drohenden oder bereits bestehenden Altersarmut.

Altersarmut und Gesundheit

Für viele Menschen werden gesundheitliche Beeinträchtigungen im höheren Alter von Ausnahmeerscheinungen zu Alltagsbegleitern. Untenstehende Abbildung veranschaulicht den Aspekt „Angstneigung“, der Häufigkeit der Neigung zu einer generalisierten Angststörung.

Abbildung 7.12: Angstneigung „auffällig“ / nach Altersgruppen, Geschlecht und Einkommen



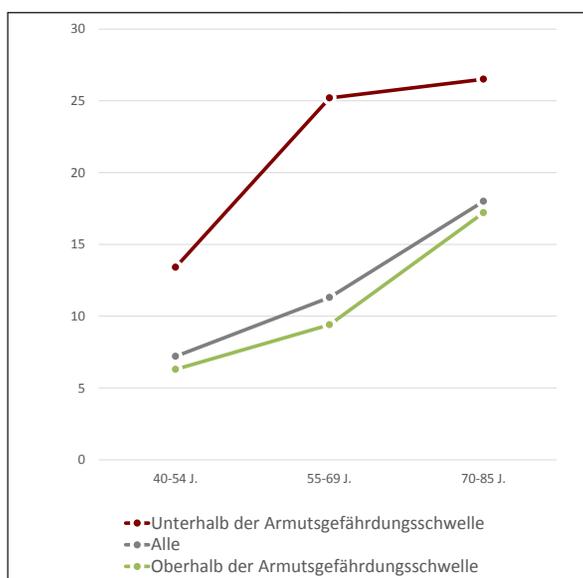
Quelle: Alter werden in Stuttgart - Generation 50^{er} 2012 - Landeshauptstadt Stuttgart, Statistisches Amt, Gesundheitsamt

Menschen mit einer generalisierten Angststörung erleben ein hohes Maß an Sorgen, Nervosität und Anspannung. Sie grübeln sehr viel und machen sich viele Gedanken über persönliche Katastrophen, finanzielle und existenzielle Bedrohungen, Unglück und Schäden, die sie selbst aber auch nahe Angehörige betreffen könnten.

Altersarmut in Schleswig-Holstein

Ca. 607.170 ältere Menschen (65+ Jahre) leben in Schleswig-Holstein (Zensus 2011). Das sind 21,7% der Gesamtbevölkerung. Etwa 14% dieser Älteren sind armutsgefährdet. Es gibt also ca. 85.000 ältere Menschen (65+ Jahre), die in Schleswig-Holstein armutsgefährdet sind. Die Armutsrisikoschwelle, d.h. der monatlich verfügbare Geld-Betrag, der mindestens gegeben sein muss, um nicht mehr von einem Armutsrisiko zu sprechen – beträgt 2011 in Schleswig-Holstein 881,- Euro für einen Ein-Personen-Haushalt und 1.322,- Euro für einen Haushalt mit zwei erwachsenen Personen. Von Armutsrisiko oder Armutsgefährdung (und nicht von Armut) wird im Zusammenhang mit diesen Daten gesprochen, weil es

sich hier um die Betrachtung ausschließlich des Einkommens handelt. Möglicherweise vorhandenes Vermögen und Wohneigentum finden in diesem Indikator keine Berücksichtigung. Älter werden ist gar nicht so einfach, es stellt uns vor ziemliche Herausforderungen: Lebensziele werden nicht erreicht, Krisen verschiedener Art müssen bewältigt werden und gesundheitliche Beeinträchtigungen werden zu Alltagsbegleitern. Der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als schlecht oder sehr schlecht empfinden, steigt über die drei im DEAS (Deutschen Alterssurvey) betrachteten Altersgruppen ganz allgemein, insbesondere aber in der Gruppe derjenigen Älteren, die unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle leben müssen.



Wovon hängt es ab, ob unsere körperliche und seelische Gesundheit und ob unsere Teilhabe am sozialen Leben im Älterwerden eher gestärkt oder eher geschwächt wird?

- Wir messen das Konstrukt „Gesundheit“ einer Person
- über die subjektive Wahrnehmung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes;
- über ihre psychische Gesundheit: da unter (Alters-) Armut die psychische Gesundheit in besonderem Maße leidet, operationalisieren wir das Konstrukt „Gesundheit“ auch über den Aspekt „Depressive Symptomatiken“,
- über die sogenannte körperliche Funktionsfähigkeit (funktionelle Gesundheit), d.h. das Ausmaß der Beeinträchtigungen bei 10 Aktivitäten des täglichen Lebens (Treppen steigen, bücken,...)

- sowie über das Ausmaß, in dem bestimmte Aspekte (Übergewicht, Rauchen, körperliche und geistige Aktivitäten, Spazierengehen, Sport, Schlafqualität) als gesundheitliche Risikofaktoren im Alltag der Befragten vorkommen.

Die Daten des Alterssurveys belegen zunächst auch hier die zu erwartenden Effekte wesentlicher Dimensionen der Lebenslage: je größer der Abstand des Einkommens zur Armutsgefährdungsschwelle und je höher das Bildungsniveau, desto besser ist die gesundheitliche Situation der Menschen in der zweiten Lebenshälfte.

Es sind zweitens sogenannte psychische Ressourcen, die ganz wesentlich dazu beitragen, in welchem Maße eine Person psychisch und körperlich gesund ist:

- ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung bzw. ihr Optimismus,
- ihr Selbstwertgefühl,
- ihre Lebenszufriedenheit,
- ein positives Bild vom eigenen Älterwerden (Alters-Selbstbild): Altern ist nicht gleichbedeutend mit Problemen (wie z.B. weniger nützlich zu sein, weniger respektiert und gebraucht zu werden), sondern wird als guter, positiver Lebensabschnitt wahrgenommen; Altern bedeutet, eine reifere Person zu werden, z.B. genauer zu wissen, was man will, vielen Dingen gegenüber gelassener zu werden oder sich selbst besser einschätzen zu lernen),
- sowie das Ausmaß, in dem die Befragten generell im Älterwerden nicht nur Verluste und Einschränkungen, sondern auch Handlungsspielräume und (Selbst-) Verwirklichungschancen sehen (positives Alters-Fremdbild).

Zudem gibt es eine deutliche Wechselbeziehung zwischen der Lebenslage einer Person und ihren psychischen Ressourcen: ein indirekter Effekt der Lebenslage (über die Stärkung bzw. Schwächung der psychischen Ressourcen) auf eine entsprechende Stärkung bzw. Schwächung der gesundheitlichen Situation gehört daher auch zum Gesamtbild.

Eine armutsbedrohte Lebenslage geht somit häufig zumindest indirekt einher mit einem signifikant geringeren Niveau jener psychischen Ressourcen, die ihrerseits die gesundheitliche Situation beeinträchtigen. Dies gilt wohl insbesondere für die psychische Gesundheit (z.B. depressive

Symptomatiken) und für psychosomatische Erkrankungen.
 (Einkommens-) Armut, geschwächte psychische Ressourcen und Gesundheit stehen in einer engen Wechselwirkung: Gesundheitliche Krisen bilden häufig den Beginn eines „Armutspfades“, zugleich bietet ein andauerndes Leben in Armut oder unter Armutsgefährdung ungünstige Bedingungen dafür, die gesundheitliche Situation (insbesondere die psychische Gesundheit) wieder zu stärken. Insofern könnte man von einem „Teufelskreis“ oder einem Abwärtsstrudel sprechen.

Sind ältere Menschen von Armut betroffen oder armutsgefährdet, sollten auf keinen Fall zugleich die Möglichkeiten ihrer gleichberechtigten, aktiven und selbstbewussten Teilhabe im sozialen Nahraum leiden. Im Gegenteil: ein stabiles Netzwerk, in dem soziale Unterstützung empfunden wird, Möglichkeiten einer Teilnahme am öffentlichen Leben, aber auch das Gefühl, „dazu zu gehören“, sollten dazu beitragen, ein sinnerfülltes Leben trotz materieller Deprivation führen zu können.

Wir messen das Konstrukt „soziale Teilhabe“ einer Person

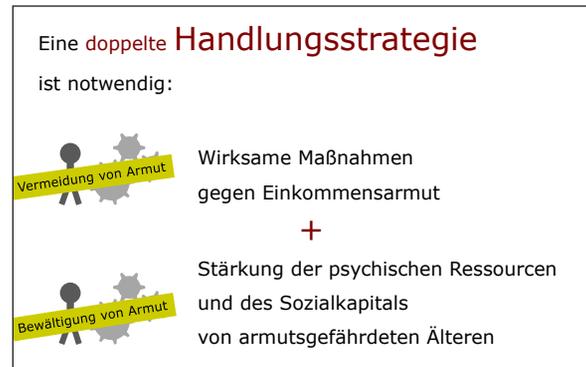
- über ihr soziales Netzwerk, genauer: die Stärke der von ihr empfundenen sozialen Unterstützung in der Beziehung zu anderen Menschen;
- über ihr Ausgrenzungsempfinden (wenig Kontakt zu Nachbarn, Benachteiligung aufgrund des Alters, kein Engagement in Vereinen, Gruppen, Organisationen u.a.)
- und über ihre Teilnahme am öffentlichen Leben (Besuch von Kirche, Kulturveranstaltungen, politischen Veranstaltungen).

Die Intensität der sozialen Teilhabe einer älteren Person hängt einerseits von ihrer Lebenslage (Einkommensarmut, Armutsgefährdung ...) ab, lässt sich aber in besonderem Maße aus den psychischen Ressourcen dieser Person heraus erklären. Es hängt hier noch stärker von den psychischen Ressourcen ab, inwieweit eine Person am öffentlichen Leben teilnimmt, sich als sozial eingebunden, als sozial unterstützt, als weniger einsam und ausgeschlossen empfindet.

Maßnahmen

Eine doppelte Handlungsstrategie ist not-

wendig. Zum Einen müssen wirksame Maßnahmen gegen Einkommensarmut ergriffen werden, zum Anderen müssen psychische Ressourcen und das Sozialkapital von armutsgefährdeten Älteren gestärkt werden.



Handlungsansätze zur Vermeidung von Armut im Alter

Armutsvermeidende Arbeits- und Beschäftigungspolitik:

- Förderung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung
- Altersgerechte und lebenszyklusorientierte Anpassung von Arbeitsbedingungen
- Förderung lebenslangen Lernen, inkl. Weiterqualifizierung Älterer
- Einführung gesetzlicher Mindestlöhne

Handlungsansätze zur Bewältigung von Armut im Alter

- Maßnahmen zum Empowerment und Förderung der Teilhabe von älteren Menschen in benachteiligten Lebenslagen (u.a. durch aktivierende, gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit)
- Gemeinschaftliche Formen der Produktion von Gütern und Dienstleistungen (z.B. Genossenschaften)

Eine Stärkung der Person kann selbstverständlich die negativen Auswirkungen von (Einkommens-) Armut nicht verhindern. Aber: eine Stärkung der Person (ihrer psychischen Ressourcen) kann eine Art „Puffer“ sein, eine wirksame „Schutzimpfung“ gegen die schlimmsten Auswirkungen von (Einkommens-) Armut auf ältere Menschen:

- gegen einen Rückzug aus der sozialen Teilhabe, gegen Vereinsamung, und Ausgrenzung (-sempfinden)
- gegen eine weitere Schwächung der (zumeist ohnehin bereits) bedrohten psychischen (aber auch körperlichen) Gesundheit.

Im Folgenden wollen wir uns der zweiten Komponente der oben angesprochenen Doppelstrategie zuwenden: Maßnahmen, die – meist auf kommunaler Ebene – dazu beitragen, dass armutsgefährdete Ältere ihre Lebenslage durch Stärkung ihrer persönlichen psychischen Ressourcen insbesondere in Bezug auf Gesundheit und Teilhabe möglichst gut bewältigen können.

- Maßnahmen, die psychische Ressourcen stärken, sollten im Kern den folgenden Kriterien genügen:
- sie sind zielgruppenspezifisch und werden im lokalen, nachbarschaftlichen Sozialraum (lebensweltorientiert) angeboten;
 - sie haben aufsuchend-aktivierenden Charakter (ggf. auch ein Beratungsangebot) und durchbrechen die soziale Isolation (die Schwelle zur Teilnahme unter armutsgefährdeten Älteren ist häufig hoch);
 - sie finden in Gruppen statt und stärken so die soziale Teilhabe
 - sie machen die persönliche Kompetenzen älterer Menschen im Rahmen ehrenamtlicher oder auch begrenzt entlohnter Tätigkeiten nutzbar und stärken somit über ein aktives Mitwirken, über eine sinnvolle Aufgabe und ein über ein Gebraucht-Werden das Selbstwertgefühl.

Heute gilt: Armut verringert ehrenamtliches Engagement, d.h. die sinnstiftende, das Selbstwertempfinden stärkenden „Nebenwirkung“ von ehrenamtlichen Engagement sollte nicht nur ein Privileg von Mittelschichten sein, sondern auch armutsgefährdeten Älteren offenstehen;

- sie fördern die Selbstorganisation Älterer in benachteiligten Lebenslagen, führen ihnen so vor Augen, dass auch angesichts einer begrenzenden, armutsgefährdeten Lebenslage Aufgaben des Alltags aus eigener Kraft bewältigt werden können und stärken damit die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ein positives Altersbild.

- Maßnahmen, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung stärken sollen, sollten speziell den folgenden Kriterien genügen:
- sie ermöglichen „Urheberschaftserfahrungen“ (Erfahrung, selbst Verursacher von Effekten zu sein);
 - sie fördern das Kontrollerleben(u.a. auch die Fähigkeit, schlecht kontrollierbare

- Situationen von kontrollierbaren zu unterscheiden);
- sie fördern die Fähigkeit, Erfolge/Effekte in realistischer Weise auf das eigene Handeln zu beziehen (internale Attribution);
 - sie stärken das Kompetenzerleben („ich kann etwas erreichen, habe dazu die Fähigkeiten, auch bei Gegenwind ...“)

Die genannten Kriterien könnten etwa gut von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Sozialraum erfüllt werden. Kumpers (2012) spricht von „spezifischen Teilhabe- und Gesundheitsförderungsansätzen für benachteiligte Ältere“. Zum Beispiel: ein Kurs zur Bewegungsförderung

- hat direkte positive Effekte auf die körperliche und seelische Gesundheit,
- fördert die soziale Teilhabe in der Gruppe,
- stärkt die psychischen Ressourcen, in dem er spürbar macht, dass ein Selbstwertgefühl durchaus berechtigt ist, dass selbstgestellte
- (hier: gesundheitsrelevante) Aufgaben aus eigener Kraft bewältigt werden können, dass ein gesundheitsbezogen pessimistisches Altersbild nicht zwangsläufig und vollständig die eigene Zukunft beschreibt.

Kumpers, Susanne (2012): Soziale Teilhabe im armen Alter? Die Bedeutung des Stadtteils. Gemeinsam für ein gesundes Hamburg! Kongress des Paktes für Prävention 2012. Hamburg.



Die Auswahl und Präsentation von Beispielen guter Praxis leisten einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Einzusehen unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de.

Bewegungstreffpunkt St. Lorenz Nord Lübeck

Dr. Iris Kläßen
Wissenschaftsmanagement Lübeck



Werden die Menschen in Schleswig-Holstein befragt, steht der „Demographische Wandel“ ganz oben in der Liste der Herausforderungen, vor denen unsere Gesellschaft steht. Für 84 Prozent ist er das Top-Thema für Politik, Wirtschaft und Wissenschaft, dicht gefolgt von Themen wie „nachhaltiges Wirtschaften“ (77 Prozent) oder „die Wissensgesellschaft“ (73 Prozent). Die IHK Schleswig-Holstein hat zudem gefragt, wie gut das Land nach Einschätzung der Bürgerinnen und Bürger in diesen Themenfeldern aufgestellt ist. Hier meinen nur 11 Prozent, dass man den Herausforderungen des demografischen Wandels gewachsen sei. Zeit also, dass etwas getan wird.

Als Hochschulstandort hat die Hansestadt Lübeck den Vorteil, die Nähe zu Wissenschaft und Forschung für die Bewältigung globaler Herausforderungen nutzen zu können. Ausgewählte Projekte veranschaulichen den Bürgerinnen und Bürgern, inwieweit sie selbst von Entwicklungen betroffen sind und wie sie aktiv zur Verbesserung der Lebensqualität in ihrer Stadt beitragen können. Eines davon ist die „Humboldt-wiese“, die als „Bewegungstreffpunkt in St. Lorenz Nord“ für Jung und Alt gemeinsam mit der Interessensgemeinschaft Dornbreite

e.V. entwickelt wird. Es handelt sich um eine Art Mehrgenerationenspielplatz, der ein Modellprojekt im Bereich der Gesundheitsprävention und sozialen Integration sowie für die wissensbasierte Stadtentwicklung darstellt. Das Miteinander von Jung und Alt ist in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Stellschraube in der demografischen Entwicklung einer Stadt. Die Konzeption dieses Bewegungstreffpunkts vereint soziale, gesundheitliche und städtebauliche Aspekte, die durch wissenschaftliche Impulse aus den Hochschulen vor Ort begleitet werden sollen.

Und darum geht es: Ziel des Bewegungstreffpunkts ist die Aufwertung der Lebensqualität im Stadtteil, indem dezentrale Angebote aktiver Freizeitgestaltung und Gesundheitsförderung (Angebot von dezentralen Präventionsmaßnahmen) für jeden Bewohner und jede Bewohnerin zur Verfügung gestellt werden. Weiterhin soll das Miteinander der Generationen gefördert werden. Der Ansatz des Bewegungstreffpunkts ist es, altersübergreifend spielerisch ein hohes Maß an „Alltagsfitness“ zu ermöglichen und somit zur Vorbeugung vieler Krankheiten beizutragen, die durch Bewegungsmangel ausgelöst werden. Kinder und Kleinkinder können in spielerischer Form an den speziell für die jüngere Altersgruppe entwickelten Geräten ihre Grenzen erkunden. Erwachsene haben die Möglichkeit, an neu entwickelten Bewegungsstationen in einem sicheren Umfeld ihre alltagsrelevante Geschicklichkeit zu verbessern. Jeweils ein Spielgerät für Kinder und Jugendliche wird im Tandem mit einem Gerät für Ältere aufgebaut. So trainiert man in Sicht- und Rufweite zueinander und bleibt im Kontakt.

Wie in Unternehmen, in denen Tandems aus Jung und Alt für den Wissenstransfer gebildet werden, findet man sie zukünftig auch hier: Großeltern, die ihre Enkel betreuen und auch die eigene Fitness fördern möchten, Eltern, die nach einem anstrengenden Arbeitstag mit den Kindern noch einmal ungeplant etwas unternehmen möchten, ältere und jüngere Geschwister oder Freunde, die sich gemeinsam an den Geräten erproben. Die Ausnutzung von Zeit wird optimiert, denn oft fehlt Menschen die nötige Zeit für Sport und Bewegung: Nun kann beispielsweise die Betreuungszeit für das Kind aktiv genutzt werden. Regel-

mäßige Bewegung an Outdoor-Fitnessgeräten erzielt nicht nur einen Trainingseffekt, sondern fördert auch die Kommunikation unter den Nutzern und damit das seelische Wohlbefinden.

Die Nutzung des Parcours ist kostenfrei. Dadurch haben gerade auch Familien mit geringerem Einkommen die Möglichkeit, sich sportlich zu betätigen. „Medizinisch sind die vielfältigen gesundheitsfördernden Aspekte von Bewegung heute nachgewiesen. Bewegung, Wohlbefinden und soziale Integration wirken sich positiv auf die physische Fitness und auf das geistig-psychische Wohlbefinden aus und tragen somit zur Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit in einem ganzheitlichen Sinn bei“, heißt es in einer Studie der FH-Wiesbaden in Kooperation mit dem Frauenreferat und dem Grünflächenamt Frankfurt/Main aus Oktober 2008.

Um dem Aspekt des generationenübergreifenden Freizeitangebots gerecht zu werden, soll als Modellversuch in dem Lübecker Stadtteil eine attraktive und

hochwertige Geräte-Serie realisiert werden. Neben der Materialästhetik wird auch auf ein klares und robustes Design geachtet.

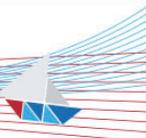
Der Bewegungstreffpunkt auf der Humboldtweiese (Straße Dornbreite, gegenüber Hausnummer 130) ist als Idee im Wissenschaftsjahr 2012 entstanden und wird als Kooperationsprojekt von Wissenschaftsmanagement Lübeck, Interessengemeinschaft Dornbreite e.V. und mit Unterstützung der Hansestadt Lübeck Schritt für Schritt umgesetzt.

Das Vorhaben stellt einen Baustein der wissensbasierten Stadtentwicklung in Lübeck dar. Insgesamt soll der Bewegungstreffpunkt zehn „Spielgeräte-Paare“ umfassen und auch Naturprojekte wie das Pflanzen von Obstbäumen der Initiative „Hanse-Apfel“ beheimaten. Die Finanzierung erfolgt über Spenden im Sinne einer Public-Private-Partnership.



**HANSE
STADT
LÜBECK**

**LÜBECK STADT DER
WISSENSCHAFT**



HIER ENTSTEHT DER

BEWEGUNGSTREFFPUNKT HUMBOLDTWIESE

Über Sport und Spiel die Begegnung und Kommunikation zwischen den Generationen ermöglichen und verstärken.



Geplant ist ein Trimm-Pfad mit 10 Sportgeräte-Paaren von für Jung und Alt:

①	Partnerstepper + Trinity	1
②	Duplex Rückentrainer + Angel Cascade	2
③	Beweglichkeitstrainer + Grand Canyon	3
④	Ganzkörpertrainer + Amazon Basin	4
⑤	Rudergerät + Magellan Straits	5
⑥	Massagegerät + Hogs Back	6
⑦	Rückenmassage + Gaping Ghyll	7
⑧	Duplex Schultertrainer + Canopy Walk	8
⑨	Sprungkrafttrainer + Pillars of Hercules	9
⑩	Schulter-Rücken Station + Cheddar Gorge	10

- Spielgeräte für Erwachsene
- Spielgeräte für Jugendliche
- Ihr Standort
- 🌳 Obstbäume Hanseapfel

Bürgerengagement, die neue Chance für die kommunale Daseinsvorsorge?

Das Projekt Bürgernetzwerke für Schleswig-Holstein

Holger Wittig-Koppe
 Der Paritätische Schleswig-Holstein,
 Kiel



Vom therapeutischen zum sozialräumlichen Setting

Wird der Klient zum selbstbestimmten Bürger, dann wird sich die Unterstützung, die ihm zusteht, orientieren an seiner Lebenswelt, sozialen Netzen und an dem Gemeinwesen, in dem er lebt. Soziale Arbeit wird sozialräumlich und inklusiv. Damit haben wir einen neuen Klienten: Das Gemeinwesen. Denn es stellt sich die Frage, erträgt das Gemeinwesen das Anders-Sein unser NutzerInnen? Was wir brauchen sind Empowermentprozesse, die das Gemeinwesen befähigen Vielfalt zu verehren, füreinander Verantwortung zu entwickeln, eine Kultur zu entwickeln, in der jeder ohne Angst anders sein kann - also inklusiv zu werden. Bürgerschaftliches Engagement wird (wieder) zu einem konstitutiven Element sozialer Arbeit. Engagierte Bürger sind nicht vorrangig als unbezahlte Reservearmee für soziale Dienstleistungen zu sehen, sondern als Motoren einer lebendigen Bürgergesellschaft, in der BürgerInnen Verantwortung für sich und andere übernehmen. Sozialpolitik wird Demokratiepoltik. Herausforderungen wie demografischer Wandel, Energiewende, Klimawandel, ökonomische Strukturkrisen, Weiterentwicklung von Demokratie etc. sind nur zu lösen in Verantwortungspartnerschaften von Politik, Verwaltung, Bürgerinnen und

Bürgern, zivil-gesellschaftlichen Akteuren und Wirtschaft, in dem die Bürgergesellschaft und Bürgerkommunen als neues Leitbilder gelten.

Es gibt mindestens drei Vorstellungen von Bürgergesellschaft:

- die (neo)liberale Bürgergesellschaft
- die (werte)konservative Bürgergesellschaft
- die partizipative / dialogische Bürgergesellschaft

Bürgerschaftliches Engagement wandelt sich. Immer wichtiger werden

- Selbstverwirklichung und soziale Gesinnung
- Interesse an Themen
- Gemeinwesen mitgestalten wollen
- Polygam statt monogam
- Suche nach sinnvoller Tätigkeit
- Wunsch nach Gestaltung und Mitbestimmung.

Damit ändern sich auch die institutionellen Settings des bürgerschaftlichen Engagements. Traditionelle, hierarchische und mit dem Staat verflochtene Formen des Engagements gehen zurück (auch bei Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfeorganisationen und sozialen Vereinen) und selbstorganisierte, unabhängige, lebenswelt- und gemeinwesenorientierte, flüchtige Formen des Bürgerengagement nehmen zu. Daher braucht bürgerschaftliches Engagement eine Infrastruktur, die es unterstützt. Bisher gibt es vor allem eine Infrastruktur, die das Engagement einzelner Bürger erhöhen und sie in Einsatzfelder vermitteln soll (Freiwilligenagentur, Freiwilligendienste, Ehrenamtsmessen, Bildungsprogramme, Ehrenamtskarten und -preise). Eine Infrastruktur, die den Innovationsbedarf traditioneller oder in professionelle Settings eingebundene Formen des Engagements beantworten kann, fehlt weitgehend. Es gibt nur rudimentär eine Infrastruktur, die engagierte Bürger in ihrer Selbstorganisation und bei ihren Projekten unterstützt (Organisations- und Projektberatung, Vernetzung, Aktivierungsmethoden, Anregung von Selbstorganisation). Der Paritätische Schleswig-Holstein versucht, Bürgergesellschaften mit Leben zu füllen und Verantwortungspartnerschaften zu inszenieren.



Wir versuchen Akteure aus unterschiedlichen Bereichen vor Ort zusammenzubringen, die Interesse an einem Thema haben. Wir schaffen den Raum, Handlungsmöglichkeiten zu entdecken, die man gemeinsam bearbeiten kann. Wir fokussieren die Akteure auf konkrete, umsetzbare Projekte. Wir begleiten die Projekte.

Bürgernetzwerke für Schleswig-Holstein

Im Zuge des demographischen Wandels ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahrzehnten immer mehr Menschen eine immer größere Lebensspanne nach der Erwerbstätigkeit erleben werden. Es bildet sich eine sogenannte vierte Lebensphase nach dem Beruf und vor dem hohen Alter, in der viele Menschen das Bedürfnis haben, weiterhin aktiv zu sein.

Ein Großteil dieser Menschen jedoch wird von den herkömmlichen Strukturen ehrenamtlichen oder freiwilligen Engagements nicht mehr angesprochen, hat aber Interesse, Zeit und Potenzial in neuere Formen von gegenseitiger Unterstützung zu investieren. Dies kann die Gründung eines Vereins oder einer Genossenschaft sein, die Initiierung eines Nachbarschaftsnetzes, einer Tauschbörse oder die Entwicklung gemeinsamer Ideen für Projekte im Gemeinwesen.

Die Vorhaben sind hierbei so individuell, wie die Menschen und ihre jeweiligen Sozialräume.

Das gemeinschaftliche Tun steht im Vordergrund:

- Telefonkette
- Haus- und Straßenfeste
- Einkaufsgemeinschaften
- Gemeinsames Mittagessen
- Hol- und Bringdienste
- Aufbau eines Treffpunktes
- Interessengruppen
- Fahrgemeinschaften
- Tauschbörsen

- Wohnen für Hilfe
- Gemeinschaftsgärten ...

Was sind die Inhalte?

In vier Modulen wird vermittelt, wie aktiv an der Entwicklung eines Nachbarschaftsnetzes mitgewirkt werden kann. Dabei geht es unter anderem um theoretische Grundlagen des bürgerschaftlichen Engagements, den demographischen Wandel und Netzwerkarbeit. Vermittelt werden unterschiedliche Methoden zu:

- Gesprächsführung
- Moderationskompetenz
- Öffentlichkeitsarbeit.

Der Kurs ist so konzipiert, dass parallel an einer praktischen Umsetzung vor Ort gearbeitet wird. Hierbei kann es um ganz neue Initiativen oder bereits im Prozess befindliche Projekte gehen.

Aus diesem Engagement entwickeln sich spezielle Fragestellungen und individuelle Herausforderungen, die im Kurs gemeinsam bearbeitet werden.

Peer Support für psychische Störungen

Betroffene für Betroffene

Angehörige für Angehörige

Candelaria I. Mahlke

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Peer – Projekt
Maike Witte, Peer-Begleiterin



Candelaria I. Mahlke (links) und Maike Witte

Das hier vorgestellte Projekt implementiert und beforcht Peer-Beratung flächendeckend in Hamburg. Das Beratungsangebot richtet sich an Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen, die häufig verzögert in Behandlung kommen, nachfolgend eine schlechte Prognose, häufige Behandlungsabbrüche und somit ein hohes Chronifizierungsrisiko haben, sowie hohe direkte und indirekte Kosten verursachen (Gustavsson, 2011). Insbesondere sollen Patienten mit Schizophrenie, bipolaren, affektiven oder Persönlichkeits-Störungen erreicht werden – auch wenn Sucht als Komorbidität vorliegt. In Deutschland gibt es bisher keine Untersuchungen zum Einsatz von Peer-BeraterInnen. Im Rahmen des Hamburger Netzes Psychische Gesundheit – psychenet (www.psychenet.de) – geht Hamburg daher einen neuen Weg. Unter Peer-Beratung wird ein Netzwerk verstanden, in dem sich erfahrene Betroffene und Angehörige denjenigen als Genesungsbegleiter und als Gesundheitslotsen zur Verfügung stellen, die zum ersten oder wiederholten Male selbst mit psychischen Problemen konfrontiert sind. Voraussetzung für Betroffenen-Peer-Berater ist die einjährige Aus-/Fortbildung EX-IN (Experienced-Involvement, Utschakowski, 2007, s.u.). Für die Angehörigen wurde in Kooperation mit

dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. ein eigenes Curriculum entwickelt, erprobt und umgesetzt. Ziel ist auch, die Autonomie und Inklusion benachteiligter Gruppen zu steigern sowie soziale Gerechtigkeit und Gleichbehandlung zu fördern (Alegria et al. 2011).

Besonders in den englischsprachigen Ländern ist diese Beteiligung in der Versorgung, sowie in der Forschung mittlerweile gesundheitspolitisch gestützt und als wertvolle Ressource weit verbreitet (Gillard et al. 2013).

International

Im internationalen Raum bekommen peer-gestützte Angebote immer mehr Bedeutung und werden auch zunehmend mit quantitativen und qualitativen Methoden beforcht (Lawton-Smith, 2013, Davidson et al., 2012). Viele Studien konnten belegen, dass peer gestützte Angebote positive Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben und Genesung unterstützen (Davidson et al., 2012). So zeigt sich auf Seiten der Patienten, eine hohe Behandlungszufriedenheit, eine stärkere Behandlungsanspruchnahme und eine gesteigerte Adhärenz. Im Rahmen der klinischen Outcomes zeigt sich eine verbesserte Symptomatik, höheres Funktionsniveau, gesteigerte Lebensqualität und eine Abnahme von Substanzmissbrauch hinsichtlich komorbider Suchtstörungen (Doughty&Tse, 2011, Repper, 2011). Aus ökonomischer Sicht können stationäre Aufenthalte reduziert werden und nicht zuletzt sinken die Kosten durch eine konstantere Behandlung im ambulanten Bereich (z.B. Proudfoot et al., 2012, Castelein et al., 2008, Forchuk et al., 2005, Campbell, 2004). Darüber hinaus zeigte sich auf der subjektiven Ebene eine Steigerung der Hoffnung bezüglich eines positiven Verlaufs der Erkrankung (Recovery), des persönlichen Wachstums, gesteigertes Kontrollempfinden und erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung. Die Peer-Berater haben internationalen Untersuchungen zufolge auch eine Wirkung auf Empowerment, die Stärkung der Eigenverantwortung, das Selbstmanagement sowie auf den Abbau von Selbststigmatisierung (Resnick & Rosenheck, 2008). Des Weiteren hat begleitende Peer-Arbeit positiven Einfluss auf Selbstfürsorge, die Einbindung in ein soziales Netzwerk sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit (Druss et al., 2010). Bei

der Untersuchung von Angehörigen zeigt sich eine Verringerung der Belastung durch Peer Support (Chiu, 2011), eine verbesserte Frühbehandlung des betroffenen Familienmitglieds durch die Einbindung der Angehörigen bei bipolarer Störung sowie ein verbesserter Krankheitsverlauf durch die Einbindung der Angehörigen von Bipolar- und Psychoseerkrankten (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010). Auf Seiten der Mitarbeiter und professionell Tätigen zeigen sich positivere Einstellungen gegenüber psychisch Erkrankten sowie eine Reduktion stigmatisierender Einstellungen (Davidson et al., 2012; Doughty, 2011).

Implementierung

Besonders in den englischsprachigen Ländern ist die Implementierung von Peer Support in den letzten 20 Jahren schnell fortgeschritten. Es gab jeweils gesundheitspolitische Beschlüsse zur „Recovery-Orientierung“ im Versorgungssystem (Lawton-Smith, 2013). Im Zuge dessen wurde vielerorts Peer-Beratung in Versorgungseinrichtungen angeboten. Aufgrund der positiven Resonanz nahmen die Anzahl der Einrichtungen rasant zu, in einigen Ländern gestützt von weiteren gesundheitspolitischen Programmen, mit dem Beschluss Peer Support in die Regelversorgung aufzunehmen (Davidson, 2013). In den vereinigten Staaten haben mittlerweile 31 Staaten Peer Support in die Kostenerstattung von Medicare/Medicaid aufgenommen und Level-of-care Kriterien als Grundlage für evidenzbasierte Behandlung aufgestellt (Daniels, 2013). In Großbritannien ist der Einsatz von Peer Support, sowohl in der Versorgung psychisch Kranker, sowie in der Forschung, gesetzlich verpflichtend. Australien, Kanada und Neuseeland haben ebenfalls gestützt durch gesetzliche Bestimmungen Peer Support zunächst erprobt, wissenschaftlich begleitet und daraufhin aufgrund der positiven Resonanz regelhaft in die Versorgung psychisch Erkrankter aufgenommen. Auch in den Niederlanden, Israel und Brasilien wurden, finanziert durch die jeweiligen Gesundheitsministerien, Programme geschaffen, deren zentraler Bestandteil Peer Support ist (Weingarten, 2012).

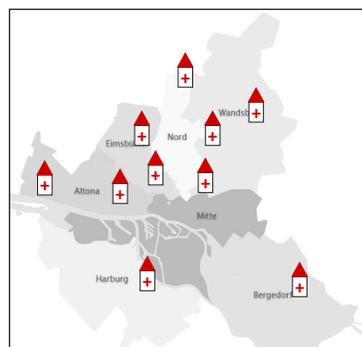
National

In Deutschland gibt es bisher noch keine Untersuchungen zu peer-gestützten Interventionen, obwohl die aktuellen Leitlinien für

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen die Bedeutung von Peer-Angeboten betonen und empfehlen (DGPPN 2012). Peer-Beratung kommt in unterschiedlichen Settings dennoch schon zum Einsatz – stationär, ambulant, in Integrierten Versorgungsmodellen (SGB5) und in Bereichen (Eingliederungshilfe SGB 12) der sozialen Arbeit (Utschakowski, 2009). Neben den Auswirkungen auf die symptomatische Belastung und subjektorientierte Probleme spielen auch das Lernen am Verhalten der Peer-Berater, gegenseitiger Respekt, das aktive Einbeziehen von Betroffenen und Recovery-Orientierung eine große Rolle, sodass die Berater einen bedeutenden Beitrag zu klinischen Behandlungen und deren Wirkungen leisten (Moran 2013). Sowohl Gesundheitsförderung wie auch individualisierte, differenzierte Versorgungsangebote können durch Peer-Arbeit gestärkt werden (Amering, 2012) und bekommen auch im Rahmen der 2009 unterzeichneten UN-Behindertenrechtskonvention Bedeutung – Stichwort: Inklusion. Das Peer-Projekt in Hamburg untersucht somit als erstes strukturiert die Auswirkungen von Peer-Beratung in Deutschland und versucht die Lücke der fehlenden nationalen Forschung zu schließen, um diese wertvolle Ressource auch hier in der Regelversorgung bereitzustellen.

Im Rahmen des Forschungsprogramms psychenet ist es gelungen, in allen psychiatrischen Kliniken Hamburgs Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung als Peer-Berater und Genesungshelfer zu etablieren, an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Behandlung.

Ein Team pro Klinik besteht aus zwei Betroffenen Peer-Beratern und einem Angehörigen Peer-Berater. Dies ermöglicht auch Familiengespräche und Perspektivwechsel.



Standorte in Hamburg mit Peer-Beratung

Eine psychische Erkrankung ist eine Belastung und Herausforderung, eine Beeinträchtigung und ein Erfahrungsschatz. Peer-Berater nutzen diese Erfahrung, absolvieren eine einjährige EU-zertifizierte EXperienced-INVOLVEMENT-Ausbildung – und dienen dann anderen Betroffenen als Genesungsbegleiter und Gesundheitslotse. Das Angebot kann als Teil des Entlassungsmanagements der Klinik angesehen werden und gilt zunächst für ein halbes Jahr. Häufigkeit, Art und Ziele der Beratung sind dabei an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen ausgerichtet.

Die wissenschaftliche Untersuchung zur Wirksamkeit der Peer-Beratung erfolgt im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie mit drei Messzeitpunkten in drei der teilnehmenden Kliniken, sowie in einer weiter laufenden Umsetzungsstudie. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass die Zielgruppe der eher chronifizierungsgefährdeten und benachteiligten Patienten erreicht wird. Gerade Patienten mit diesen Diagnosen und z.T. mehr-fachen stationären Aufenthalten brauchen Ermutigung und Hilfe bzw. Nachteilsausgleich bei der Suche nach geeigneten Hilfen – innerhalb und v.a. außerhalb des Gesundheitssystems. Ziele des Projekts aus Versorgungssicht sind

- nach stationärem Aufenthalt den Weg in den Alltag zu erleichtern, zu unterstützen
- Betroffenen ohne Behandlung den Weg in das Hilfesystem zu bahnen
- Liegezeiten, Rehospitalisierung und Zwangsmaßnahmen zu reduzieren
- Orientierung im Hilfesystem zu bieten
- in Selbsthilfe zu begleiten

Ziele aus Betroffenen-sicht sind Förderung des Selbstmanagement, weniger ausgeprägte Symptome und eine Steigerung von Lebensqualität, Funktionsniveau. Angehörige sollen entlastet und informiert werden.

MITTENDRIN statt AUSSENVOR – Inklusionsprojekt des KIELER FENSTER

Silke Gaffal
KIELER FENSTER, Kiel



Das Inklusionsprojekt MITTENDRIN statt AUSSENVOR des KIELER FENSTER besteht seit September 2008. Ziel des Projektes ist es, erwachsenen psychisch erkrankten Menschen die Teilhabe an Freizeitangeboten im Gemeinwesen – wie z.B. Sport, Kultur, Bildung – zu ermöglichen. Dabei sollen bestehende Hemmschwellen, die der Zielgruppe den Besuch von kulturellen und sozialen Angeboten vereiteln, durch passgenaue Unterstützungsmaßnahmen reduziert werden.

Im Vorfeld von MITTENDRIN statt AUSSENVOR hat 2008 eine Befragung zu Barrieren bei der Teilhabe an Freizeitaktivitäten im Gemeinwesen stattgefunden. Teilgenommen haben 63 NutzerInnen des KIELER FENSTER.

Einige genannte Gründe, die die Befragten abhalten, (mehr) Freizeitangebote im Gemeinwesen wahrzunehmen sind:
„Ich bin meistens zu k.o. und muss viel schlafen.“

„Ich habe Angst davor negativ aufzufallen, Befürchtungen, dass ich zuviel rede.“

„Ich fühle mich wie auf dem Präsentierteller.“

„Ich habe Angst, dass ich wegen meiner Erkrankung komisch angeguckt werde.“

Bei der Frage, ob sie mit dem Umfang ihrer Freizeitaktivitäten im Gemeinwesen zufrieden sind, antworteten 71,4 % aller Befragten, dass sie ihre Teilnahme am Gemeinwesen gerne erweitern und z.B. auch

eigenes ehrenamtliches Engagement übernehmen möchten (28,6 % sind mit dem Umfang zufrieden).



84 % gaben die psychische Erkrankung als Barriere an. Antrieb und Ängste sind dabei die größten Schwierigkeiten, ebenso ein geringes Selbstwertgefühl.

Gefragt wurde auch, wie viel Geld für Freizeitgestaltung zur Verfügung steht. Circa 60 % haben weniger als 20,- Euro zur Verfügung. 80 % der Befragten werden dadurch an Freizeitaktivitäten im Gemeinwesen gehindert.

53 % der Befragten haben schon einmal Ausgrenzungserfahrungen gemacht!
Zum Beispiel:

- Mobbing: Übergangen, gemieden, ignoriert werden, 44 %
 - beschimpft und angestarrt werden: Schnittwunden, Figur, 21 %
 - Kontaktabbruch wegen Erkrankung, 9 %
- Dies wird von 83 % als sehr belastend erlebt.

Genannte Veränderungswünsche sind der Wunsch nach finanzieller Unterstützung und einer stärkeren Öffnung der Gesellschaft für Menschen mit psychischen Problemen. Bezüglich der psychischen Erkrankung geht es um Überwindung von Ängsten und den Aufbau von Selbstwertgefühl (Stichwort: Recovery).

Die Frage, ob die Schwelle zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten mit Begleitung kleiner wäre, entstand schon mit der Idee im Hinterkopf, den Menschen eine Begleitung anzubieten. Die Befragung zeigte, dass für 83 % der Interviewten die Hemmschwelle kleiner wäre, wenn sie nicht alleine gehen müssten. Hierbei wurde der Wunsch nach Begleitung durch andere Betroffene deut-

lich. Ebenso groß ist der Wunsch nach Begleitung durch gesunde Freunde. 18% der Befragten nannten eine ehrenamtliche Begleitung als vorstellbar.

Dem professionellen Betreuer werden wohl eher andere Aufgaben zugeschrieben (12 %) sowie andere Personen (10 %) und Verwandte (4 %) werden hier nicht so sehr gesehen.

Da Inklusion immer ein wechselseitiger Prozess zwischen den psychisch erkrankten Menschen einerseits und der Gesellschaft andererseits ist, besteht das Inklusionsprojekt aus mehreren Säulen. Es umfasst:

- die individuelle Unterstützung der psychisch erkrankten Menschen bei der Wahrnehmung von Freizeitangeboten im Gemeinwesen
- die Anwerbung und begleitende Unterstützung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen und die passgenaue Vermittlung von Freizeitpatenschaften
- die Freizeit-Kontaktbörse
- Antistigma-Arbeit in der Bevölkerung (mit dem Ziel, dass sich die Gesellschaft stärker Menschen mit psychischen Problemen öffnet)

Die Freizeitpatenschaften waren von Anfang an als Idee für das Projekt vorhanden, konzipiert nach dem Vorbild der Buddys in den Niederlanden.

Es engagieren sich sowohl psychisch gesunde als auch psychisch erkrankte Menschen als ehrenamtliche Paten. Ehrenamtliche Patenschaften sind auch als eine Brücke in die Gesellschaft zu sehen. Die Anwerbung, Vermittlung und begleitende Unterstützung der Freizeitpaten geschieht durch die hauptamtlichen MitarbeiterInnen. Die Partner müssen hierbei zueinander passen (Alter, Interessen, etc.). Die Nachfrage nach einer Begleitung durch eine andere Person übersteigt zurzeit das Angebot vorhandener Paten.

Zum Ende des Vortrages berichtete Michael Milke von seinen positiven Erfahrungen als Freizeitpate.



Unterstützungsnetzwerk Familie – Was Angehörige tun können und was nicht

Prof. Dr. Jeannette Bischkopf
 Fachhochschule Kiel, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit



Seelische Gesundheit im Alter wird nicht nur durch unsere Lebensführung erhalten, sie wird auch wesentlich durch die sozialen Beziehungen geprägt, die wir gestalten. Für ein aktives und erfolgreiches Altern werden soziale Beziehungen als ebenso wichtige Ressource angesehen wie die kognitive Leistungsfähigkeit oder körperliche Gesundheit.

Freude, Traurigkeit und Zuversicht miteinander zu teilen, verstärkt enge Bindungen. Die emotionale Kompetenz – also die Fähigkeit, seine eigenen Emotionen und die anderer wahrnehmen und verändern zu können, nimmt mit dem Alter zu. Hierzu zählt vor allem die Fähigkeit, negative Emotionen und Situationen in einem positiven Licht zu sehen und den jeweiligen Lebenslagen dennoch etwas Gutes abzugewinnen. Aus dieser Ressource heraus gelingt es vielen Familien, auch schwierige Lebenssituationen gemeinsam zu bewältigen.

Ist ein Familienmitglied erkrankt, verändert sich jedoch das familiäre Zusammenleben und neue Anpassungsleistungen werden für alle Familienmitglieder notwendig. Depressionen zum Beispiel haben nach Ansicht sowohl der Patienten als auch ihrer Partner einen stärkeren Einfluss auf das Zusammenleben als Rheuma oder eine Herzerkrankung (Bouras et al. 1986). Am Beispiel Depression soll in dem Beitrag aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten Angehörige haben, den anderen zu unterstützen, gemeinsam

Zuversicht wiederzufinden, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zu erkennen und einen für alle Beteiligten hilfreichen Umgang zu gestalten.

Familie als Unterstützungsnetzwerk

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend führte 2010 eine repräsentative Befragung in der Bevölkerung durch, die auch die folgende Frage enthielt:

„Wenn Sie einmal in eine schwierige Lage geraten und auf Hilfe angewiesen sind, können Sie dann auf die Hilfe von Familienangehörigen bauen, oder sind Sie sich da nicht so sicher?“ 74 % erlebten ihre Familie als unterstützend in Krisensituationen und nur 13 % waren sich unsicher, ob sie Hilfe erhalten würden.¹ Die Familie wird von den meisten Menschen positiv und unterstützend wahrgenommen. Wir wissen auch, dass Menschen, die in Beziehungen leben, generell gesünder sind als diejenigen, die allein leben oder geschieden sind (Schütz & Wiesner, 2000). Und ältere Menschen, die nicht in ihrer Familie, sondern z.B. im betreuten Wohnen leben, sind gesünder, wenn sie sich ehrenamtlich sozial engagieren und sich damit ein soziales Netz und Sinn erhalten (Kahana et al., 2013).

Familie kann daher nicht nur die Ursprungsfamilie betreffen, sondern zunehmend auch Freundschaften und damit die „Wahlverwandten“, die man im Leben findet, einschließen. Wird in diesem Netzwerk an Kontakten und Beziehungen ein Mensch psychisch krank, dann wirkt sich das auch auf die anderen Netzwerkmitglieder aus. Depressionen haben z.B. einen fast ansteckenden Charakter, da sich die Stimmungen auch auf diejenigen Menschen übertragen, die mit dem depressiven Menschen in Kontakt stehen oder mit ihm leben. Depressionen haben folglich auf die Gesundheit und den Alltag der Angehörigen einen enormen Einfluss.

Depressionen im Alter

Depressionen treten in allen Lebensaltern auf, finden sich jedoch besonders bei Menschen, die unter schwierigen sozialen Bedingungen, z.B. in Armut leben und wenn Menschen sozial isoliert sind und wenig soziale Unterstützung haben. Beides können Risiken sein, eine Depression zu entwickeln,

¹ Quelle: bmfsfj.de

die im Alter zunehmen durch z.B. Altersarmut und Verluste, die man erlebt, z.B. durch Krankheit oder Tod von Menschen, die einem nahestanden.

Ist man selbst in seiner Mobilität eingeschränkt, kann sich das auch auf die sozialen Kontakte auswirken, so dass Einsamkeit und Isolation Themen im Alter sind, die Depressionen bedingen können. Häufig werden Depressionen im Alter nicht erkannt. Das wird mit einem negativen Altersstereotyp in Verbindung gebracht. Das bedeutet, der Rückzug und der Verlust von Interessen und Kontakten werden als „normale“ Alterserscheinungen gewertet und nicht als Anzeichen depressiver Entwicklungen. Das kann dazu führen, dass Depressionen einen chronischen Verlauf nehmen und die Suizidrate im Alter ansteigt. Laut der Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) war in den letzten 12 Monaten 6 % der erwachsenen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland als depressiv diagnostiziert (Busch et al., 2013). Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz und ist am höchsten in der Altersgruppe von 60 bis 69 Jahren, wo sie bei Männern bei 22,9 % und bei Frauen bei 11,6 % liegt. Danach nehmen die Zahlen wieder ab. Frauen zeigen in allen Altersgruppen höhere Prävalenzen und entwickeln etwa doppelt so häufig wie Männer eine Depression. Entgegen dieses hohen Bedarfs, Depressionen im Alter zu behandeln und ihrer Entwicklung vorzubeugen, gibt es wenig spezialisierte Angebote (Kessler, 2013).

Wie die Familie Depressionen miterlebt

Fragt man die Partner depressiver Patienten, welche spezifischen Belastungen sie erleben, dann geben sie folgende an (Benazon & Coyne, 2000):

- Minderwertigkeitsgefühle der Patienten
- Sorge über zukünftige depressive Episoden
- Emotionale Belastung der Partner
- Traurigkeit der Patienten
- Energieverlust der Patienten

Zu den emotionalen Reaktionen gehört vor allem

bei lang andauernden Phasen oder chronischen depressiven Verläufen das zunehmende Gefühl der Einsamkeit, welches sich bei den Angehörigen einstellt. Das kann den Verlust des gemeinsamen Alltags betreffen,

weil der depressive Angehörige sich zurückzieht oder stationär behandelt wird. Angehörige erleben sich häufig wie durch eine Wand getrennt vom anderen, den sie emotional nicht mehr erreichen. Sie fragen sich, ob die Negativität des depressiven Angehörigen ein Anzeichen von Engstirnigkeit oder Depressivität ist. Die meisten Gespräche kreisen um die Krankheit und eigene Themen können von den Angehörigen kaum eingebracht werden. Besonders schwer ist es, einen guten Umgang mit der pessimistischen Grundhaltung und den steten und unvorhersehbaren Absagen des anderen zu finden.

Alle diese Aspekte wirken dann auch auf die Partnerschaft und die Familie, die sich durch langandauernde Depressionen deutlich verändert (Bischkopf, 2010). Depressionen können sich auch in gereiztem, zynischen Verhalten oder wütenden Ausbrüchen zeigen. Das hat das Ehepaar Johnstone mit einem schwarzen Hund als Sinnbild für Depression illustriert, die wie ein nasser Hund sich Wasser aus dem Fell schüttelt, negative Anfeindungen oder Worte der Sinn- und Hoffnungslosigkeit an das Umfeld abgibt (Johnstone und Johnstone, 2009). Angehörige müssen dann sinnbildlich den Schirm aufspannen und sich vor der Depression in konkreten Situationen schützen und die Dinge nicht auf sich beziehen. Sie müssen aber auch hin und wieder ihre eigenen Auszeiten finden und sich von der Depression abschirmen lernen.

Was Angehörige tun können und was nicht

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. hat in langjähriger Arbeit mit den betroffenen Familien hilfreiche Tipps herausgegeben (<http://www.psychiatrie.de/bapk/rat/regeln/>). Da die meisten Angehörigen sich an der Frage aufreiben, welches Verhalten ihres depressiven Familienmitglieds der Krankheit und welches der Person und ihrem Charakter geschuldet ist, ist es hilfreich, zunächst eine akzeptierende und wohlwollende Haltung einzunehmen. Mit vielen Verhaltensweisen und Veränderungen kann man außerdem besser umgehen, wenn man gut über die Krankheit informiert ist. Schließlich hilft der Austausch mit anderen, die eine ähnliche Lebenssituation erleben oder erlebt haben.

Da Angehörige von depressiven Menschen ein erhöhtes Risiko haben, eigene Depressionen zu entwickeln, ist es besonders wichtig, dass sie auf ihre Gesundheit achten. In der Prävention von Depressionen hat man u.a. folgende Aspekte gefunden:

- Ein soziales Netz, d.h. Familie und Freunde
- Aktivitäten, die als sinnvoll erlebt werden, z.B. Freiwilligenarbeit und Ehrenamt
- Aktivitäten, die positive Gefühle hervorbringen (Fredrickson, 2009)
- Aktivitäten in der Natur
- Bewegung und Freude an der Bewegung, z.B. im Tanz
- Eine akzeptierende und achtsame Haltung
- Wertschätzung sich selbst und seinem gelebten und zukünftigen Leben gegenüber

Vor allem der letzte Aspekt wurde sehr schön in einem Gedicht von Charlie Chaplin dargestellt, das er an seinem 70. Geburtstag am 16. April 1959 schrieb. Unter dem Titel „Das ist das Leben...“ spricht er u.a. von Authentisch-sein, Selbstachtung, Reife, Ehrlichkeit, Selbstliebe, Einfach-sein und Herzensweisheit. Ein aktives, wechselvolles und damit reiches Leben zu führen, kann Depressionen vorbeugen, aber auch helfen, sie gemeinsam zu überwinden und Hoffnung auf Gesundung zu finden. Selbstakzeptanz und die Achtsamkeit auf den Augenblick sind wichtige Aspekte für diesen Weg und beides Bereiche, die auch für Weisheit und Glück im Alter stehen.

Literatur

Benazon N.R., Coyne J.C. (2000). Living with a Depressed Spouse. *J Fam Psychol.*, 14(1),71-79.

Bischkopf, J. (2010). So nah und doch so fern. Mit depressiv erkrankten Menschen leben. Bonn: Balance.

Bouras, N., Vanger, P., Bridges, P. K. (1986): Marital problems in chronically depressed and physically ill patients and their spouses. *Comprehensive Psychiatry* 27, 127-130.

Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733-739.

Fredrickson. B. (2011). Die Macht der guten Gefühle. Campus.

Johnstone M. & Johnstone, A. (2009). Mit dem schwarzen Hund leben. Wie Angehörige und Freunde depressiven Menschen helfen können, ohne sich dabei selbst zu verlieren. München: Kunstmann.

Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B. & Midlarsky, E. (2013). Altruism, Helping, and Volunteering: Pathways to Well-being in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 25, 159-187.

Kessler, E.-M. (2013). Mehr ältere Menschen mit psychischen Störungen: Ausbildungsinstitute sollten sich wachsenden Bedarf einstellen. Umfrage ergibt: Alternspsychotherapie hat noch kaum Eingang in die Curricula gefunden. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45 (4), 960-962.

Schütz, A. & Wiesner, C. (2000). Partnerschaft und Gesundheitszustand. In: P. Kaiser (Hrsg.), *Partnerschaft und Paartherapie*. Hogrefe, Göttingen.

Bewertung der Veranstaltung durch die Teilnehmenden

Zum Abschluss der Veranstaltung wurden Evaluationsbögen ausgegeben. Die Rücklaufquote betrug dabei 41 %.

Die Teilnehmenden der Fachtagung kamen aus unterschiedlichen Bereichen:

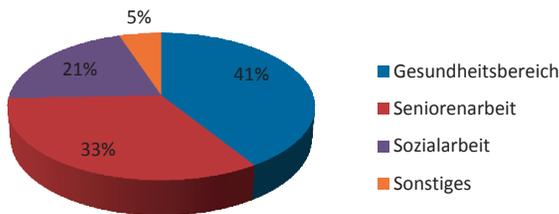


Abbildung 1 In welchen Bereichen sind Sie tätig? (n=39)

Die Veranstaltung hinterließ bei 100 % der befragten Teilnehmenden einen sehr guten bis guten Gesamteindruck („sehr gut“ 31 %, „gut“ 69 %).



Auch die Themenauswahl („sehr gut“ 28 %, „gut“ 59 %, „geht so“ 10 %, Enthaltung 3 %) sowie die Organisation („sehr gut“ 62 %, „gut“ 33 %, Enthaltung 5 %) wurden von fast allen Befragten positiv bewertet.

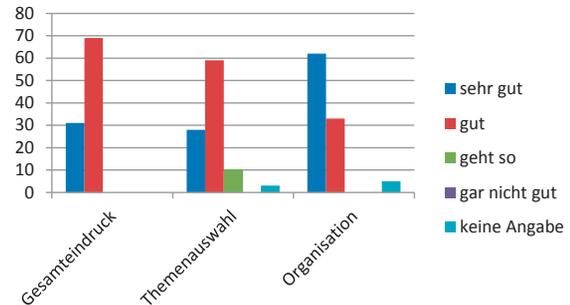


Abbildung 2 Wie zufrieden sind Sie? Was hat Ihnen gefallen? (n=39, Angaben in %)

Auf die Frage, ob der Besuch der Fachtagung ein Zugewinn war, gaben die Teilnehmenden hauptsächlich einen Zugewinn in den Bereichen „neue Informationen/Erkenntnisse“ (33 Nennungen) an sowie „Anregungen für die eigene Arbeit“ (30 Nennungen) erlangt zu haben. Für 12 Personen brachte die Fachtagung zudem einen Zugewinn an „neuen Kontakten/Gesprächen“, neun Personen gaben eine „Bereichs-greifende Vernetzung“ an (Mehrfachnennungen möglich).





Kontaktdaten

Eröffnung, Grußworte und Einführung in die Thematik

Bernd Heinemann

Landtagsvizepräsident Schleswig-Holstein,
Vorstandsmitglied der Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein
Schleswig-Holsteinischer Landtag,
Landeshaus Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Dr. Monika Köster

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Dr. Renée Buck

Abteilungsleiterin im Ministerium für
Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und
Gleichstellung, Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung
Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Gabriele Schopenhauer

Stadtpräsidentin der Hansestadt Lübeck
Hansestadt Lübeck
Breite Straße 62
23539 Lübeck

Martina Egen

Oberin der DRK-Schwesternschaft
Lübeck e.V.
DRK-Schwesternschaft Lübeck e.V.
Marlstraße 10
23566 Lübeck

Fachvorträge und Praxisbeispiele

Dr. Martin Willkomm

Chefarzt und Ärztlicher Direktor des
Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck
-Geriatrizentrum
Rabenhorst 1
23568 Lübeck
Tel.: 04 51 - 98 902-490

Dr. Gerhard Berger

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Institut für Sozialwissenschaften
Westring 400
24118 Kiel
Email: gberger@soziologie.uni-kiel.de

Dr. Iris Klaßen

Wissenschaftsmanagement Lübeck
im Haus der Kaufmannschaft
Breite Straße 6 - 8
23552 Lübeck
Tel: 04 51- 122 1322
Email: wissen@luebeck.de

Holger Wittig-Koppe

Der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein
Zum Brook 4
24143 Kiel
Tel.: 04 31-56 02-76

Candelaria Mahlke

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Peer - Projekt
Martinistr. 52, W37
20246 Hamburg
Email: c.mahlke@uke.de

Silke Gaffal

KIELER FENSTER
Ambulantes Zentrum
Alte Lübecker Chaussee 1
24114 Kiel
Tel: 04 31-6 49 80 50
Email: s.gaffal@kieler-fenster.de

Prof. Dr. Jeannette Bischkopf

Fachhochschule Kiel
Fachbereich Soziale Arbeit
und Gesundheit
Sokratesplatz 2
24149 Kiel
Email: jeannette.bischkopf@fh-kiel.de

Veranstalter

Landesvereinigung für Gesundheits-
förderung in Schleswig-Holstein e.V.
Flämische Straße 6-10
24103 Kiel
www.lvgfsh.de
Email: gesundheit@lvgfsh.de

Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
Tel.: 02 21-89 92-0
www.bzga.de
Email: poststelle@bzga.de

