Gesundheitsförderung Schweiz

März 2016

Bericht 5

Gesundheit und Lebensqualität im Alter

Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird.
Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe **«Gesundheitsförderung Schweiz Bericht»** erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen. Die Berichte dienen Fachpersonen in Praxis und Wissenschaft, Medien und Gesundheitspolitik. Sie werden einer Qualitätskontrolle (Reviewboard, Begleitgruppe) unterzogen. Der Inhalt der Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Berichte liegen in der Regel gedruckt und in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber: Gesundheitsförderung Schweiz

Hauptautor: Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren: Bettina Abel, Gesundheitsförderung Schweiz; Dr. des. Günter Ackermann, Gesundheitsförderung Schweiz; Dr. Andreas Biedermann, PHS Public Health Services; Flavia Bürgi, PHS Public Health Services; Dr. Claudia Kessler, PHS Public Health Services; Jvo Schneider, Gesundheitsförderung Schweiz; Dr. Ralph Marc Steinmann, Gesundheitsförderung Schweiz; Franziska Widmer Howald, Gesundheitsförderung Schweiz

Begleitgruppe: Dr. Andreas Biedermann, PHS Public Health Services; Prof. em. Dr. François Höpflinger, Universität Zürich; Markus Loosli, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern; Prof. Dr. Pasqualina Perrig-Chiello, Universität Bern; Dr. Ralph Marc Steinmann, Gesundheitsförderung Schweiz; Christine Vögele, Kantonsärztlicher Dienst Aargau; Prof. Dr. Stefan Felder, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Basel (Kapitel 4); Prof. Dr. Reto W. Kressig, Universitäre Altersmedizin, Felix Platter-Spital (Kapitel 18); Dr. Corina Salis Gross, Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Kapitel 21); Hans Rudolf Schelling, Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich (Kapitel 19 und 23)

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz: Bettina Abel, Gesundheitsförderung Schweiz; Dominik Weber, Gesundheitsförderung Schweiz

Reihe und Nummer: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5

Zitierweise: Weber, D.; Abel, B.; Ackermann, G.; Biedermann, A.; Bürgi, F.; Kessler, C.; Schneider, J.; Steinmann, R. M.; Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter».* Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne

Fotonachweis Titelbild: Peter Tillessen

Auskünfte/Informationen: Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6, Tel. +41 31 350 04 04, Fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext: Deutsch

Bestellnummer: 04.0138.DE 03.2016
Diese Publikation ist auch in französischer Sprache erhältlich (Bestellnummer 04.0138.FR 03.2016).

ISSN: 2296-5629

Download PDF: www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, März 2016

Editorial

Erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz

Im Rahmen der Aktionsprogramme «Gesundes Körpergewicht» engagieren sich Gesundheitsförderung Schweiz und die Kantone seit 2007 gemeinsam für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Programme werden in 20 Kantonen erfolgreich umgesetzt und tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche einen gesunden Lebensstil pflegen und in einem gesundheitsfördernden Umfeld aufwachsen. Durch die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und regelmässiger Bewegung konnte der Trend zu Übergewicht, einem bedeutenden gesundheitlichen Risikofaktor, bei Kindern und Jugendlichen gebremst werden.

Bedarfsorientierte Weiterentwicklung der kantonalen Aktionsprogramme

Mit den Aktionsprogrammen «Gesundes Körpergewicht» wurde in den letzten Jahren schweizweit eine positive Dynamik in der Gesundheitsförderung ausgelöst. Heute können weitere Schritte getan werden, die auf den bisherigen Erfahrungen aufbauen. Neben ihrem Engagement für Kinder und Jugendliche setzen sich viele Kantone bereits heute für die Gesundheit älterer Menschen und für die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung ein. Angesichts dieser Entwicklung hat der Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz 2013 beschlossen, die kantonalen Aktionsprogramme weiterzuentwickeln und einerseits für die Zielgruppe der älteren Menschen zu öffnen und andererseits das Thema Psychische Gesundheit zu integrieren.

Die Weiterentwicklung der kantonalen Aktionsprogramme ist in die gesundheitspolitischen Ziele auf nationaler und kantonaler Ebene eingebettet. Sie entspricht insbesondere der Stossrichtung, die von der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vorgegeben wird. Eine Erweiterung der kantonalen Aktionsprogramme wird von den Kantonen und dem Eidgenössischen Departement des Inneren (EDI) mitgetragen und kann ab 2017 ins Visier genommen werden.

Grundlage für die Förderung der Gesundheit und der Lebensqualität älterer Menschen

Der vorliegende Bericht soll den Kantonen und interessierten Fachorganisationen eine Grundlage für die Lancierung von Aktionsprogrammen «Gesundheitsförderung im Alter» bieten. Der Bericht zeigt auf, warum ein Engagement für die Gesundheit älterer Menschen wichtig ist und welche Chancen die Gesundheitsförderung im Alter bietet. Aufbauend auf wissenschaftlichen Evidenzen wird dargelegt, warum gerade die Themen Bewegung, Sturzprävention, Ernährung und Psychische Gesundheit grundlegende Pfeiler für ein Altern mit hoher Lebensqualität sind. Zu jedem der vier erwähnten Themen werden Interventionen und Handlungsansätze vorgestellt, die sich in der Praxis bewährt haben.

Wünschenswert für die Zukunft ist ein gemeinsames Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz, den Kantonen und Fachorganisationen im Alters- und Gesundheitsbereich zugunsten einer besseren Gesundheit und höheren Lebensqualität von Menschen ab 65 Jahren. Eine gut koordinierte Gesundheitsförderung im Alter dient nicht nur der Ausdehnung der gesunden Lebensjahre und dem Erhalt der Autonomie älterer Menschen, sondern auch der Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Heidi Hanselmann
Präsidentin des Stiftungsrates

Thomas Mattig
Direktor Gesundheitsförderung Schweiz

Inhaltsverzeichnis

Management Summary **8**

Ziele und Rahmenbedingungen des Berichts **14**

Teil 1: Demografische, gesundheitliche und ökonomische Ausgangslage **17**

1 Die demografische Alterung weltweit und in der Schweiz **18**
2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s **21**
3 Gesundheit und Krankheit im Alter **23**
3.1 Gesunde Lebensjahre und subjektiv eingeschätzte Gesundheit 24
3.2 Krankheitsmuster, Krankheitslast und Todesursachen 24
3.3 Wichtigste nicht übertragbare Krankheiten 25
3.4 Psychische Gesundheit und Erkrankungen 26
3.5 Multimorbidität 27
3.6 Sturzunfälle 27
3.7 Funktionale Gesundheit und Einschränkungen 28
4 Gesundheitsausgaben in einer alternden Gesellschaft **30**
4.1 Demografische Alterung und Gesundheitsausgaben 31
4.2 Steigende Ausgaben vor allem in der Langzeitpflege 32
4.3 Gesundes Altern trägt massgeblich zur Dämpfung der Kostenentwicklung bei 32
5 Evidenzen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung im Alter **35**
6 Das Wichtigste der Kapitel 1–5 in Kürze **37**

Teil 2: Aktuelle Entwicklungen und Akteure in der Gesundheitsförderung im Alter **39**

7 Internationale Ebene **40**
7.1 WHO Region Europa 40
7.2 Europäische Union 40
7.3 Deutschland 41
7.4 Frankreich 41
8 Die Schweiz – nationale Ebene **42**
9 Kantone **43**
9.1 Rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter 44
9.2 Zusammenarbeit und Rollen in den Kantonen 44
9.3 Interventionen 46
10 Gemeinden **47**
11 Nichtregierungsorganisationen **48**

12 Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» 49
12.1 Ziele und Zielgruppen 49
12.2 Methodische Grundlagen 50
12.3 Massnahmen und Dienstleistungen 50
12.4 Via-Erfolgsfaktoren und Evaluationserkenntnisse 52
12.4.1 Allgemeine und strategische Erfolgsfaktoren 52
12.4.2 Operative Erfolgsfaktoren 53
12.4.3 Erkenntnisse und Empfehlungen der Evaluation 53
13 Das Wichtigste der Kapitel 7–12 in Kürze 55

Teil 3: Kernelemente der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» 57

14 Programmziele und Handlungsfelder 58
14.1 Wissenschaftliche Grundlagen 58
14.2 Zielgruppe, Ziele und Handlungsfelder 60
14.3 Handlungsebenen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» 62
15 Wirkungsmanagement 64
15.1 Arbeit mit Wirkungsmodellen 64
15.2 Monitoring 65
15.3 Evaluation 67
15.4 Ein kleiner Ausblick 68
16 Das Wichtigste der Kapitel 14 und 15 in Kürze 69

Teil 4: Interventionsthemen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» 71

17 Bewegungsförderung im Alter 72
17.1 Warum sich die Bewegungsförderung im Alter lohnt 72
17.2 Bewegungsempfehlungen und -verhalten im Alter 73
17.3 Interventionen zur Förderung der Bewegung im Alter 73
17.3.1 Bewegungsförderung durch Lifestyle-Interventionen 74
17.3.2 Bewegungsförderung durch spezifische Bewegungsprogramme 75
17.4 Individuelle Anpassung der Bewegungsempfehlungen 75
17.5 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung 76
17.6 Das Wichtigste in Kürze 77
18 Sturzprävention im Alter 79
18.1 Warum sich die Sturzprävention im Alter lohnt 79
18.2 Sturzursachen im Alter 80
18.3 Interventionen der Sturzprävention 81
18.3.1 Körperliches Training 81
18.3.2 Häusliche Anpassungen 82
18.4 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung 82
18.5 Das Wichtigste in Kürze 84

19 Förderung der psychischen Gesundheit mit Fokus auf die soziale Teilhabe 85
19.1 Warum sich die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter lohnt 86
19.2 Was die psychische Gesundheit im Alter gefährdet und stärkt 86
19.3 Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter 87
19.4 Fokus: Soziale Teilhabe im Alter 88
19.4.1 Kritische Lebensereignisse im Alter und Einsamkeit 88
19.4.2 Einsamkeit und soziale Teilhabe 88
19.4.3 Einsamkeit und ihre gesundheitlichen Folgen 88
19.4.4 Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe 89
19.4.5 Zugänge zu älteren Menschen 89
19.5 Das Wichtigste in Kürze 91
20 Förderung einer ausgewogenen Ernährung 93
20.1 Warum sich die Förderung einer ausgewogenen Ernährung im Alter lohnt 93
20.2 Ernährungsempfehlungen und -verhalten im Alter 93
20.3 Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten im Alter 95
20.4 Interventionen zur Förderung der ausgewogenen Ernährung 95
20.4.1 Screening und Früherkennung in der medizinischen Praxis 95
20.4.2 Qualitätsförderung bei Mahlzeitendiensten und Lebensmittelanbietern 96
20.4.3 Sensibilisierung der Zielgruppe 96
20.5 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung 96
20.6 Das Wichtigste in Kürze 97

Teil 5: Querschnittsthemen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» 99

21 Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit im Alter 100
21.1 Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung für die Gesundheitsförderung 100
21.2 Wirkungszusammenhang soziale Ungleichheit und Gesundheit 101
21.3 Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit 101
21.3.1 Gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen 101
21.3.2 Soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren 104
21.4 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung 104
21.4.1 Akteure und Vermittlungsinstanzen 104
21.4.2 Allgemeine strategierelevante Empfehlungen und Leitlinien 105
21.5 Das Wichtigste in Kürze 106
22 Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen 107
22.1 Hintergrund der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft 107
22.2 Hausärztinnen und Hausärzte in der Gesundheitsförderung im Alter – ihre Perspektive 108
22.3 Barrieren und Problembereiche in der Zusammenarbeit 108
22.4 Begünstigende Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit 109
22.5 Relevante Themenbereiche für die Gesundheitsförderung im Alter in der Arztpraxis 109
22.6 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung 110
22.7 Das Wichtigste in Kürze 112

23 Beratung, Veranstaltungen und Kurse 113
23.1 Voraussetzungen für gesundheitsrelevantes Lernen im Alter 113
23.2 Angebotsformen der Gesundheitsförderung im Alter 114
23.3 Veranstaltungen und Kurse 115
23.4 Gesundheitsberatung 117
23.5 Das Wichtigste in Kürze 118

Fazit und Empfehlungen zum Aufbau der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» 119

Glossar 121

Quellenverzeichnis 130

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersgruppen in Prozent gemäss dem Referenzszenario «A-00-2015» 20
Abbildung 2: Gesundheitskosten im Jahr 2013 nach Alter, in Franken pro Einwohner 30
Abbildung 3: Schlüsselakteure in der Gesundheitsförderung im Alter 44
Abbildung 4: Prioritäten bei den Interventionsthemen 46
Abbildung 5: Prioritäten bei den Querschnittsthemen 46
Abbildung 6: Der Via-Wissenszyklus 50
Abbildung 7: Der Via-Modul-Baukasten 2014–2016 51
Abbildung 8: Stufen des Wirkungsmanagements 64
Abbildung 9: Rahmenwirkungsmodell für ein Programm «Gesundheitsförderung im Alter» 66
Abbildung 10: Dosis-Wirkungs-Beziehung 73
Abbildung 11: Bewegungspyramide 74
Abbildung 12: Angebotspalette der Gesundheitsförderung im Alter 115
Abbildung 13: Übersicht Tools «Veranstaltungen und Kurse» 116
Abbildung 14: Übersicht Tools «Gesundheitsberatung im Alter» 118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Globale Kennzahlen zur demografischen Alterung 19
Tabelle 2: Kennzahlen zur demografischen Alterung in der Schweiz 20
Tabelle 3: Die 25 wichtigsten Ursachen der Krankheitslast in der Schweiz, 2010 24
Tabelle 4: Aufgabenverteilung in den Kantonen 44
Tabelle 5: Auszug aus dem Indikatorenset Monitoring Gesundheitsförderung im Alter (Via) 67
Tabelle 6: Gesundheitsprobleme, die durch Bewegung positiv beeinflusst werden 72
Tabelle 7: Sturzrisikofaktoren im Alter 80
Tabelle 8: Zugangsmöglichkeiten zu älteren Menschen 90
Tabelle 9: Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen 94
Tabelle 10: Menge der konsumierten Lebensmittelgruppe bei 65- bis 74-Jährigen 94
Tabelle 11: Praxistipps zur Integration der Ernährungsempfehlungen in den Alltag 96
Tabelle 12: Angebotsformen der Gesundheitsförderung im Alter 114

Management Summary

Ältere Menschen sind die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe

Heute erreichen mehr Personen als je zuvor ein hohes Alter. Frauen und Männer, die heute in der Schweiz pensioniert werden, haben noch ungefähr einen Viertel ihres Lebens vor sich. Aufgrund der tiefen Geburtenziffer und der steigenden Lebenserwartung wird die Schweizer Bevölkerung in Zukunft weiter altern:

- Gegenwärtig sind 1,46 Millionen Menschen in der Schweiz mindestens 65 Jahre alt. Bis 2045 wird diese Zahl voraussichtlich auf 2,7 Millionen ansteigen
- Die Zahl der hochaltrigen Personen (ab 80 Jahren) dürfte sich im gleichen Zeitraum mehr als verdoppeln. 2045 werden mehr als eine Million Menschen über 80 Jahre alt sein
- In weniger als zehn Jahren wird es mehr Personen ab 65 Jahren geben als Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, mehr als ein Viertel der Bevölkerung dürfte 2045 über 65-jährig sein

Aufgrund der demografischen Alterung gibt es in den Kantonen und der Bevölkerung wachsende Bedürfnisse bezüglich der Gesundheit im Alter. Die Gesundheitsförderung muss diese Entwicklung zum Anlass nehmen, die älteren Menschen stärker als Zielgruppe zu berücksichtigen und die bisherigen Aktivitäten im Altersbereich auszubauen und optimaler aufeinander abzustimmen (mehr zur demografischen Alterung in Kapitel 1).

Ältere Menschen sind sehr unterschiedlich …

Wenn man vom «Alter» und den «älteren Menschen» spricht, ist zu beachten, dass Menschen ab 65 Jahren eine äusserst heterogene Bevölkerungsgruppe sind. Das Alter und das Altern lassen sich kaum normieren, denn der Alterungsprozess und die Lebenssituation im Alter sind geprägt von der eigenen Biografie und persönlichen Merkmalen. Die gesundheitlichen Unterschiede sind im Alter deshalb grösser als in jeder anderen Lebensphase zuvor (mehr zur Diversität im Alter in Kapitel 2).

… sie bleiben länger gesund und verfügen über wichtige Ressourcen …

Trotz der grossen Diversität lassen sich einige gesundheitliche Trends im Alter feststellen. Die Menschen in der Schweiz werden nicht nur älter, sie bleiben auch länger gesund. Dies zeigt sich in einer steigenden Anzahl der gesunden Lebensjahre, die weitgehend ohne funktionale Einschränkungen und Behinderungen verbracht werden. Die grosse Mehrheit der über 65-jährigen Personen in der Schweiz fühlt sich gesund, auch wenn die eigene Gesundheit mit steigendem Alter als weniger gut bezeichnet wird.

Insbesondere im dritten Lebensalter (65–79 Jahre) sind die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, die Vitalität und das Wohlbefinden in der Regel hoch und sogar höher als in jüngeren Altersgruppen. Diese positiven Befunde erklären sich damit, dass Menschen auch im Alter über wichtige Ressourcen verfügen und zu hohen Anpassungsleistungen (adaptivem Coping) fähig sind. Ressourcen und Potenziale bieten wichtige Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung im Alter und sind besonders zu erhalten und fördern (mehr zu Gesundheit und Krankheit im Alter in Kapitel 3).

… sind insgesamt besonders von gesundheitlichen Herausforderungen betroffen

Das Alter ist angesichts der ausgeprägten Heterogenität und der Ressourcen älterer Menschen nicht pauschal mit Krankheit und schlechter Befindlichkeit gleichzusetzen. Dennoch gehören körperliche und kognitive Einbussen als Folge biologischer Abbauprozesse in der Regel zum Älterwerden. Diese Abbauprozesse verursachen eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität älterer Menschen, die sich – verglichen mit jüngeren Altersgruppen – in häufigeren Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen äussert. Speziell der Übertritt in das vierte Lebensalter (ab 80 Jahren) ist heute für viele Personen in der Schweiz mit zunehmenden gesundheitlichen Problemen und einem markant ansteigenden Bedarf an Pflege und Hilfe im Alltag verbunden.

Der grösste Teil der Krankheitslast im Alter wird durch nicht übertragbare Krankheiten verursacht *(non-communicable diseases, NCDs).* Das Risiko, an nicht übertragbaren Krankheiten zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter an. In der Schweiz ist fast jede zweite Person ab 65 Jahren von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Zu den wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten im Alter gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenz, Atemwegserkrankungen, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen. Auch Beeinträchtigungen des Seh-, Hör- und Gehvermögens sind im Alter weiter verbreitet als in jüngeren Altersgruppen.

Ältere Menschen weisen ein hohes Risiko für Sturzunfälle auf. Jede vierte Person ab 65 Jahren, die in einem Schweizer Privathaushalt lebt, stürzt mindestens einmal pro Jahr. Die Sturzhäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter an, sodass 30 % der selbstständig lebenden Personen ab 80 Jahren mindestens einmal pro Jahr stürzen.

In mancher Hinsicht ist die psychische Gesundheit im Pensionsalter besser als im mittleren Erwachsenenalter. Dennoch ist in der Schweiz davon auszugehen, dass 15–25 % der älteren Menschen an mindestens einer psychischen Erkrankung leiden. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter gehören Depressionen, Angsterkrankungen, Delir, Suchterkrankungen und Schlafstörungen. Aufgrund kritischer Lebensereignisse sind ältere Menschen zudem besonders gefährdet, in die soziale Isolation zu geraten und zu vereinsamen.

Ältere Menschen leiden häufig gleichzeitig an zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Jede dritte Person ab 80 Jahren ist von Multimorbidität betroffen (mehr zu Gesundheit und Krankheit im Alter in Kapitel 3).

Individuelle und gesellschaftliche Folgen der erhöhten Krankheitshäufigkeit im Alter

Nicht übertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen und Sturzunfälle können die Lebensqualität älterer Menschen empfindlich reduzieren und zu dem führen, wovor sich viele ältere Menschen fürchten: zu funktionellen Einbussen, Abhängigkeit von Pflege und Hilfe sowie der Unfähigkeit, weiterhin selbstständig im eigenen Zuhause zu leben. Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen älterer Menschen bedeuten für deren Angehörige häufig hohe Belastungen aufgrund des zeitintensiven Pflege- und Unterstützungsbedarfs. Angehörige leisten umfassende emotionale, soziale und praktische Unterstützung, die bei vielen zu negativen Folgen für die eigene Gesundheit führt.

Die erhöhte Morbidität im Alter schlägt sich auch auf volkwirtschaftlicher Ebene nieder. Aufgrund der hohen Gesundheitsausgaben, die insbesondere in den letzten Lebensjahren anfallen, steigen die durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Einwohner mit zunehmendem Alter stark an. Die gesamten Gesundheitsausgaben für Personen ab 60 Jahren sind etwa gleich hoch wie die Ausgaben für die unter 60-Jährigen. Allein bei Personen ab 75 Jahren fallen fast ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben an.

In Zukunft dürften insbesondere die Kosten der Langzeit- und Alterspflege aufgrund der demografischen Alterung stark ansteigen, während die Kosten im Bereich der Akutmedizin vergleichsweise weniger stark beeinflusst werden. Aufgrund heute gültiger Finanzierungsordnungen wird angenommen, dass die grössten finanziellen Zusatzlasten wegen der steigenden Pflegeausgaben bei den Kantonen und Gemeinden anfallen werden (mehr zu den Gesundheitsausgaben in Kapitel 4).

Ziele von Gesundheitsförderung Schweiz im Altersbereich

Vor diesem Hintergrund sind auch die Gesundheitsförderung und Prävention aufgerufen, einen Beitrag zum Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Folgen der demografischen Alterung zu leisten. Verschiedene Kantone haben bereits Massnahmen und Programme lanciert, die ältere Menschen dabei unterstützen, ihre körperliche und psychische Gesundheit möglichst lange zu erhalten. Gesundheitsförderung Schweiz ist seit 2011 gemeinsam mit zehn Kantonen im Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» aktiv. Damit schweizweit Erfahrungen ausgetauscht, Aktivitäten optimal koordiniert und Ressourcen gezielt eingesetzt werden können, strebt Gesundheitsförderung Schweiz ein alle Kantone umfassendes Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung im Alter an.

Mit ihren neuen kantonalen Aktionsprogrammen (KAP) im Altersbereich, die gemeinsam mit den Kantonen entwickelt wurden, verfolgt Gesundheitsförderung Schweiz zwei prioritäre Ziele:

1) Angesichts einer steigenden Lebenserwartung sollen ältere Menschen die gewonnenen Lebens-

jahre möglichst lange bei guter Gesundheit und hoher Lebensqualität verbringen. Im Fokus stehen die Ausdehnung der gesunden Lebensjahre, der Erhalt und die Stärkung der selbstständigen Lebensführung, der Mobilität und sozialen Integration sowie die Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Pflegende Angehörige von älteren Menschen sollen unterstützt und entlastet werden.

2) Durch die Verbesserung der Gesundheit und die Reduktion von Pflegebedürftigkeit im Alter soll ein Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung in der Langzeitpflege und der Akutversorgung geleistet werden.

Im Fokus der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» stehen Menschen ab 65 Jahren, die zu Hause leben und allenfalls ambulant gepflegt und unterstützt werden. Der Bereich der stationären Pflege wird aus Gründen der Ressourcenfokussierung vorerst ausgeklammert.
Die Gesundheitsförderung im Alter ist als ein zentraler Bestandteil der breit angelegten Bekämpfung von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD) zu verstehen, weil ältere Menschen in besonderem Masse von solchen Erkrankungen betroffen sind (mehr zu den Zielen der KAP in Kapitel 14).

Primäre Handlungsfelder der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»
Die Entstehung nicht übertragbarer Krankheiten ist zu einem wesentlichen Teil auf lebensstilbedingte und physiologische Risikofaktoren zurückzuführen. Die mangelnde Bewegung, der Tabak- und übermässige Alkoholkonsum sowie eine unausgewogene Ernährung gelten als wichtigste lebensstilbedingte Risikofaktoren. Diese können gleichzeitig auch physiologische Risikofaktoren wie Bluthochdruck, hohen Cholesterinspiegel, Übergewicht und hohen Blutzucker (Diabetes) nach sich ziehen.
Für das körperliche Krankheitsgeschehen im Alter sind beeinflussbare Faktoren folglich besonders bedeutsam. Insbesondere die regelmässige Bewegung ist auch für den Erhalt und die Förderung der psychischen und kognitiven Gesundheit im Alter wichtig. Eine besonders günstige Wirkung auf die psychische Gesundheit haben zudem personale Ressourcen, wie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, und soziale Ressourcen, wie die soziale Teilhabe und Unterstützung.

Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sich im Altersbereich auf die Themen Bewegungsförderung, ausgewogene Ernährung und psychische Gesundheit (insbesondere soziale Teilhabe). Dieser Fokus entspricht der langjährigen Strategie der Stiftung und leitet sich aus der nationalen NCD-Strategie und dem Dialogbericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» ab. Die Sturzprävention ist ein viertes entscheidendes Handlungsfeld, um eine selbstständige Lebensweise älterer Menschen zu bewahren. Diese vier Handlungsfelder sind besonders geeignet, um Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter zu verbessern oder zumindest möglichst lange zu erhalten:

- **Bewegungsförderung:** Regelmässige Bewegung zeigt hinsichtlich der Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter die stabilste Nutzenevidenz. Dank körperlicher Aktivität im Alter können nicht nur zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden, auch bereits bestehende chronische Leiden lassen sich positiv beeinflussen. Regelmässige Bewegung senkt ebenfalls das Sturzrisiko, reduziert das Auftreten und das Ausmass von Gebrechlichkeit, verhindert oder verzögert die Pflege- und Hilfebedürftigkeit und fördert die selbstständige Lebensführung (mehr zur Bewegungsförderung in Kapitel 17).
- **Sturzprävention:** Sturzunfälle kommen im Alter nicht nur häufig vor, sie führen auch oft zu Verletzungen, Einbussen in der Mobilität und der Selbstständigkeit oder sogar zum Tod. Jährlich sterben in der Schweiz fast 1300 ältere Menschen als Folge von Stürzen. Eine wirksame Sturzprävention im Alter eignet sich in hohem Masse, um gesundheitliche Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden sowie die Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter zu erhalten. Angesichts der jährlichen Kosten von 1,4 Milliarden Franken, die durch Sturzunfälle von Personen ab 65 Jahren verursacht werden, dient die Sturzprävention auch der Kostensenkung im Gesundheitswesen (mehr zur Sturzprävention in Kapitel 18).
- **Förderung einer ausgewogenen Ernährung:** Physiologische Veränderungen im Alter, wie vermindertes Appetit- und Durstempfinden sowie Schluck- und Kaubeschwerden, erschweren eine ausgewogene Ernährung. Die Prävalenz von Mangelernährung steigt mit dem Alter deshalb

markant an. Die Folgen einer Fehl- oder Mangelernährung reichen von nachlassender Muskelkraft und erhöhter Infektanfälligkeit über Bluthochdruck, Über- oder Untergewicht, bis hin zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und einem erhöhtem Risiko für kognitiven Abbau und Demenz. Die Förderung der ausgewogenen Ernährung ist eine wichtige Massnahme, um älteren Menschen möglichst lange ein gesundes und selbstständiges Leben zu ermöglichen (mehr zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung in Kapitel 20).

- **Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe:** Die psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt von Lebensqualität. Im Alter kommt der psychischen Gesundheit eine besondere Bedeutung zu, da sie den Umgang mit körperlichen Einbussen und kritischen Lebensereignissen wie der Pensionierung, eigenen Erkrankungen sowie einer Verwitwung erleichtert. Kritische Lebensereignisse im Alter sind geprägt von gesundheitlichen und sozialen Verlusten und bergen in sich das Risiko, zu sozialer Isolation und Einsamkeit zu führen. Einsamkeit im Alter hat ernsthafte soziale und gesundheitliche Auswirkungen und ist hinsichtlich der Morbidität und Mortalität so ungesund wie Rauchen oder Übergewicht. Die Förderung von sozialer Teilhabe und sozialen Ressourcen ist im Alter deshalb besonders wichtig (mehr zur Förderung der psychischen Gesundheit in Kapitel 19).

In allen vier Handlungsfeldern sind neben gesundheitsförderlichen Veränderungen der individuellen Ressourcen und Verhaltensmuster auch Veränderungen auf der Verhältnisebene unabdingbar. Wichtige Massnahmen auf der Verhältnisebene betreffen eine gesundheitsfördernde und altersgerechte Raumplanung, die Versorgung und Vorsorge, altersspezifische Dienstleistungen sowie das soziale Umfeld und Aktivitätsmöglichkeiten. Massnahmen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene verstärken sich gegenseitig und tragen so zur besseren Zielerreichung bei.
Gesundheitsförderung im Alter ist jedoch multidimensional und geht über die vier priorisierten Handlungsfelder hinaus. Es ist empfehlenswert, weitere Themen wie Suchterkrankungen, medizinische Vorsorge und Früherkennung sowie orale Gesundheit in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und in Abstimmung mit deren Angeboten anzugehen.

Gesundheitsförderung im Alter wirkt
Mittlerweile liegen klare Belege dafür vor, dass sich die Gesundheit auch nach dem Eintritt ins Pensionsalter noch erheblich verbessern lässt und sich Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit deutlich hinauszögern oder sogar verhindern lassen. Gut belegt ist beispielsweise die Wirksamkeit der Sturzprävention sowie der Förderung der körperlichen Bewegung, der psychischen Gesundheit und der ausgewogenen Ernährung im Alter:

- Die Häufigkeit von Stürzen im Alter kann mit spezifischen Trainings um rund 30–50 % reduziert werden [1–4]
- Das Risiko für das Auftreten beziehungsweise Fortschreiten funktioneller Einschränkungen und einer Hilfsbedürftigkeit im Alltag kann mithilfe von Interventionen zu Bewegungsförderung und Krafterhalt um fast die Hälfte reduziert werden [5]
- Regelmässige Bewegung im Alter reduziert das Risiko, an Demenz zu erkranken, um über 10 % beziehungsweise verzögert das Auftreten demenzieller Erkrankungen um zwei bis drei Jahre [6]
- Depressionen und Angststörungen im Alter lassen sich beispielsweise durch die Förderung von regelmässiger Bewegung, durch Entspannungstrainings und durch die Förderung der sozialen Teilhabe nachweislich positiv beeinflussen [7–11]
- Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung können unterschiedliche körperliche und psychische Funktionen positiv beeinflussen und dadurch die Gesundheit älterer Menschen nachweislich verbessern [12]

Werden einfachere verhaltensorientierte Massnahmen (wie die oben genannten) durch verhältnisorientierte Massnahmen ergänzt und längerfristig verankert, kann deren Wirkungspotenzial noch gesteigert werden.
Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Alter erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen das dritte und vierte Lebensalter lange selbstständig zu Hause, in guter Gesundheit und mit einer hohen Lebensqualität verbringen können. Gleichzeitig ist Gesundheitsförderung im Alter geeignet, Heimeinweisungen zu verzögern, Pflegebedürftigkeit zu verringern und damit das prognostizierte Ausgabenwachstum für Krankheit und Pflege zu dämpfen (mehr zum Wirkungsnachweis in Kapitel 5).

Gesundes Altern trägt massgeblich zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei

Für das zukünftige Kostenwachstum im Gesundheitswesen ist es entscheidend, wie gesund die Menschen alt werden. Durch die Verbesserung der Gesundheit und Selbstständigkeit von älteren Menschen kann das Kostenwachstum deutlich abgeschwächt werden. Umgekehrt kann eine Ausdehnung der Lebenszeit bei schlechter Gesundheit das Kostenwachstum zusätzlich verschärfen.

In der Schweiz wurden in jüngerer Vergangenheit zwei Studien publiziert, die Szenarien zum Einfluss der Gesundheit im Alter auf die Entwicklung der gesamten Gesundheitsausgaben erstellen: Der Bundesrat berechnete kürzlich, dass der zukünftige Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen um bis zu 40 % geringer ausfallen könnte, falls die Zahl der Lebensjahre in Krankheit und Pflegebedürftigkeit reduziert werden kann [13]. Eine Studie des Bundesamts für Statistik bestätigt die grosse volkswirtschaftliche Bedeutung einer gesunden älteren Bevölkerung. Diese Studie kommt zum Ergebnis, dass die Gesundheitsausgaben im Jahr 2030 über 11 Milliarden Franken tiefer liegen dürften, falls sich die Gesundheit im Alter verbessert [14]. Vor diesem Hintergrund folgert der Bundesrat: «Im Licht der vorgestellten Szenarien kommt dem Ziel der Förderung des gesunden Alterns eine ganz besondere Bedeutung zu» [13].

Auch wenn die beiden genannten Modellrechnungen mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sind, lässt sich grundsätzlich folgendes Fazit ziehen: Die volkswirtschaftliche Bedeutung einer wirksamen Gesundheitsförderung im Alter nimmt im Gleichschritt mit der demografischen Alterung zu. Von einem gedämpften Ausgabenanstieg aufgrund einer besseren Gesundheit im Alter profitieren insbesondere die Sozialversicherungen, die Kantone und die privaten Haushalte beziehungsweise die älteren Menschen selbst (mehr zum kostendämpfenden Potenzial in Kapitel 4).

Wichtige Erfolgsfaktoren in der Gesundheitsförderung im Alter

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung markant verbessert. Davon profitieren allerdings nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse, und so sind Gesundheit sowie Erkrankungen oft ungleich verteilt. Obwohl sie höheren Risiken ausgesetzt sind, werden sozial benachteiligte Gruppen unzureichend von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht. Anzustreben ist deshalb eine ungleichheits- und **diversitätsgerechte Gesundheitsförderung im Alter,** die a) die Heterogenität der älteren Menschen anerkennt, b) deren unterschiedliche Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse berücksichtigt und c) sich am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit orientiert (mehr dazu in den Kapiteln 2 und 21).

Die **Partizipation der Zielgruppe** ist ein zentraler Aspekt von Empowerment und ein wesentlicher Erfolgsfaktor in der Gesundheitsförderung. Es empfiehlt sich, älteren Menschen eine aktive Rolle in der Planung, Umsetzung und Evaluation von gesundheitsfördernden Interventionen zu ermöglichen. Die Partizipation der Zielgruppe selbst kann die Glaubwürdigkeit, Alltagsnähe und Akzeptanz der Massnahmen erhöhen und fördert die Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen. Zudem liegt Organisationen und informellen sozialen Netzwerken älterer Menschen ein grosses Selbsthilfepotenzial inne, das es sich in der Gesundheitsförderung zu nutzen lohnt.

Um die Gesundheit im Alter umfassend zu fördern und gesundheitliche Einschränkungen zu vermeiden, braucht es eine **koordinierte Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Versorgungssystem.** Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Fachpersonen aus Psycho-, Physio- und Ergotherapie sind unverzichtbare Partner der Gesundheitsförderung im Alter. Für eine intensive Zusammenarbeit der beiden Systeme sprechen insbesondere zwei Gründe: Erstens sind physiologische Risikofaktoren wesentliche Ursachen der Krankheitslast im Alter und bedürfen einer systematischen Früherkennung sowie Behandlung durch Gesundheitsfachleute. Zweitens haben Akteure des Versorgungssystems häufig einen privilegierten Zugang zu älteren Menschen. Dadurch können sie Gesundheitskompetenzen vermitteln und zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen motivieren (mehr dazu im Kapitel 22).

Die Politik und die Gesamtbevölkerung sind dazu aufgerufen, Grundlagen für **gesundheitsfördernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen** zu schaffen. Dazu gehören eine altersgerechte Gestaltung des Wohn- und Lebensumfelds genauso wie die gesellschaftliche Aufwertung der Lebensphase Alter. Angesprochen ist dabei eine Vielzahl an relevanten Akteuren auf sämtlichen Staatsebenen, wie Verwal-

tungen, NGOs und Netzwerke älterer (und jüngerer) Menschen. Eine besondere Bedeutung spielt dabei die multisektorielle Zusammenarbeit, da alle Sektoren an der positiven Beeinflussung der strukturellen und materiellen Determinanten von Gesundheit beteiligt sind. So geht beispielsweise die Reduktion von sozialer Benachteiligung über den alleinigen Einflussbereich der Gesundheitsförderung hinaus und liegt insbesondere im Zuständigkeitsbereich der Bildungs-, Sozial-, Raumplanungs- und Arbeitsmarktpolitik.

Ziele und Rahmenbedingungen des Berichts

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts findet in vielen Ländern weltweit ein umfassender demografischer Wandel statt. Ein zentraler Aspekt dieses Wandels ist die Alterung der Bevölkerung, die sich am sinkenden Anteil junger Menschen an der Bevölkerung und dem steigenden Anteil älterer Menschen zeigt. Die demografische Alterung ist ein Resultat der im letzten Jahrhundert erzielten Fortschritte und Entwicklungen in den Bereichen Ernährung, Hygiene, Medizin, Bildung, Arbeitswelt und soziale Sicherheit. Die Vereinten Nationen bezeichnen die steigende Lebenserwartung deshalb als «eine der grössten Errungenschaften der Menschheit» [15].

Gleichzeitig stellt die demografische Alterung eine Gesellschaft wie jene der Schweiz vor neue, sowohl ideelle als auch organisatorische Herausforderungen. Auf ideeller Ebene werden zeitgemässe Vorstellungen vom Alter und dem Altern ebenso diskutiert wie die gesellschaftliche Rolle von älteren Menschen, die nach der Pensionierung im Durchschnitt noch einen Viertel ihres Lebens vor sich haben [16–18]. Organisatorische, das heisst finanzielle und politische Herausforderungen stellen sich in der Alterssicherung (z. B. AHV), im Arbeitsmarkt und insbesondere auch im Gesundheitswesen, das sich mit einer steigenden Zahl an pflegebedürftigen älteren Menschen und mit wachsenden Gesundheitskosten konfrontiert sieht.

Angesichts dieser Herausforderungen sind auch die Gesundheitsförderung und Prävention aufgerufen, einen Beitrag zum Umgang mit individuellen und gesellschaftlichen Folgen der demografischen Alterung zu leisten. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen in der Praxis stärken die Einsicht, dass es bis ins hohe Alter möglich ist, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Die Gesundheitsförderung verfolgt zwei prioritäre Ziele im Altersbereich:

1. Angesichts einer steigenden Lebenserwartung sollen ältere Menschen die gewonnenen Lebensjahre möglichst lange bei guter Gesundheit und hoher Lebensqualität verbringen. Im Fokus stehen die Ausdehnung der gesunden Lebensjahre, der Erhalt und die Stärkung der selbstständigen Lebensführung, der Mobilität und sozialen Integration sowie die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Pflegende Angehörige von älteren Menschen sollen unterstützt und entlastet werden.
2. Durch die Verbesserung der Gesundheit und die Reduktion von Pflegebedürftigkeit im Alter soll ein Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung in der Akutversorgung und Langzeitpflege geleistet werden.

Verschiedene Kantone haben bereits Massnahmen und Programme lanciert, die ältere Menschen dabei unterstützen, ihre körperliche und psychische Gesundheit möglichst lange zu erhalten. Gesundheitsförderung Schweiz ist seit 2011 mit dem Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» gemeinsam mit aktuell zehn Kantonen aktiv (vgl. Kapitel 12). Dabei hat sich gezeigt, dass sich Gesundheitsförderung im Alter in der Praxis gut umsetzen und verbreiten lässt.

Damit schweizweit Erfahrungen ausgetauscht, Aktivitäten optimal koordiniert und Ressourcen gezielt eingesetzt werden können, strebt Gesundheitsförderung Schweiz ein alle Kantone umfassendes Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung im Alter an. Im Fokus des Programms stehen Menschen ab 65 Jahren, die zu Hause leben und allenfalls ambulant gepflegt und unterstützt werden. Der Bereich der stationären Pflege wird aus Gründen der Ressourcenfokussierung vorerst ausgeklammert.

Gesundheitsförderung Schweiz ist es ein Anliegen, ein ressourcenorientiertes Altersbild in der Gesellschaft zu stützen. Es zeigt sich in Erhebungen immer wieder, dass ältere Menschen einen hohen Grad an Zufriedenheit ausweisen und viel von ihren Potenzialen zugunsten der Gesamtgesellschaft und damit auch der jüngeren Generationen einbringen.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick zum Thema Gesundheitsförderung im Alter geben. Er richtet sich in erster Linie an strategische und politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, an Fachpersonen in Kantonen und Gemein-

den sowie an Fachorganisationen. Der Bericht soll es diesen Adressatengruppen ermöglichen, Strategien und Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter nach dem aktuellen Stand des Wissens auszurichten. Der Bericht ist nicht als operative Umsetzungshilfe gedacht, diese Funktion wird durch Beratungen, Checklisten und weitere Praxismaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz erfüllt.
Der Bericht bildet die allgemeine Grundlage für kantonale Aktionsprogramme zum Thema Gesundheitsförderung im Alter. Dazu verfolgt er drei Ziele:

1) Überblick über den Hintergrund und die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung im Alter, insbesondere die Handlungsnotwendigkeit, die aktuellen Entwicklungen und Akteure sowie die gesundheitsökonomischen Implikationen gesunden Alterns
2) Zusammenfassung der Ziele und Handlungsfelder der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»
3) Sammlung der wissenschaftlichen Evidenzen zu wirksamen Interventionen

Was finden Sie wo im Bericht?

Die **Kapitel 1–6** im Berichtsteil «Demografische, gesundheitliche und ökonomische Ausgangslage» informieren über die demografische Alterung, das soziodemografische Profil der älteren Menschen in der Schweiz, deren Gesundheit und über gesundheitsökonomische Auswirkungen einer alternden Gesellschaft. Diese Kapitel **zeigen den Handlungsbedarf auf.**
Die Kapitel **7–13** des Berichtsteils «Aktuelle Entwicklungen und Akteure in der Gesundheitsförderung im Alter» **informieren über die Rahmenbedingungen und Bedürfnisse in den Kantonen** bezüglich der Gesundheitsförderung im Alter und illustrieren, welche Ansätze international verfolgt werden und welche Erfahrungen in der Schweiz auf nationaler Ebene im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter bestehen.
Die **Kapitel 14–16** im Berichtsteil «Kernelemente der KAP Gesundheitsförderung im Alter» **skizzieren die Ziele und Handlungsfelder,** die Gesundheitsförderung Schweiz für ein kantonales Programm vorschlägt.

Die **Kapitel 17–23** der Berichtsteile «Interventionsthemen» und «Querschnittsthemen» fassen aktuelle wissenschaftliche Evidenzen zusammen und **zeigen, welche Interventionen sich bewähren.**
Im Anhang findet sich ein **Glossar** mit pragmatischen Definitionen zentraler Begriffe.

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser
Die strategierelevanten Informationen werden im **Management Summary** zusammengefasst. Wer sich rasch zu bestimmten Themen informieren möchte, findet am Ende von jedem Kapitel ein kurzes Fazit **(«Das Wichtigste in Kürze»),** in welchem die jeweiligen Kernaussagen zusammengefasst werden. Die wesentlichen Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind zudem ganz zum Schluss des Berichts im Teil **«Fazit und Empfehlungen zum Aufbau der KAP Gesundheitsförderung im Alter»** zusammengefasst.

Teil 1

Demografische, gesundheitliche und ökonomische Ausgangslage

In diesem Teil des Berichts sollen demografische, epidemiologische und ökonomische Informationen zusammengefasst werden, die für den Aufbau und die Planung der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) «Gesundheitsförderung im Alter» besonders relevant sind. In einem ersten Schritt werden die demografische Alterung weltweit und national skizziert und aktuelle Prognosen zur Altersstruktur in der Schweiz zusammengefasst. Anschliessend werden das Profil der älteren Menschen in der Schweiz und die soziodemografische Diversität im Alter betrachtet. Schliesslich folgt ein Überblick über die Gesundheit und die Krankheitslast in der älteren Bevölkerung, bevor die ökonomische Bedeutung der Gesundheitsförderung im Alter reflektiert wird.

1 Die demografische Alterung weltweit und in der Schweiz

Das Gesicht der Weltbevölkerung hat sich von Mitte des 20. Jahrhunderts bis heute grundlegend verändert. Besonders auffallend ist, dass die Bevölkerung in den meisten Ländern der Welt zunehmend altert[1]. In fast allen Weltregionen steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung, weil einerseits die Zahl der älteren Menschen sowie deren Anteil an der Gesellschaft steigen und andererseits der Anteil an jungen Menschen sinkt. Die demografische Alterung ist damit keine europäische Besonderheit, sondern ein weltweiter Prozess [vgl. 15].

Die demografische Alterung ist das Ergebnis von drei schrittweisen Entwicklungen [19, 20]:

- demografischer Übergang (von hohen Geburten- und Sterberaten zu niedrigen Geburten- und Sterberaten)
- epidemiologischer Übergang (dank verbesserter Hygiene, Ernährung und Gesundheitsversorgung weichen Infektionskrankheiten chronischen und nicht übertragbaren Krankheiten)
- wirtschaftlicher Übergang (wirtschaftlicher Aufschwung sowie generelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Lebensverhältnisse)

Diese Entwicklungen sind insbesondere in Europa untrennbar mit einem tiefgehenden gesellschaftlichen Wertewandel verbunden (wie Individualisierung, lebenslanges Lernen, steigende Gleichberechtigung von Männern und Frauen oder veränderte Familienplanung).

Obwohl die demografische Alterung heute als weltweites Phänomen gilt, variieren Beginn, Ausmass und Geschwindigkeit der demografischen Alterung zwischen stärker entwickelten und weniger entwickelten Ländern[2] deutlich. Das Durchschnittsalter der Weltbevölkerung ist seit 1950 um fünf Jahre gestiegen (von 24 auf 29 Jahre)[3]. Im gleichen Zeitraum sind die stärker entwickelten Gesellschaften durchschnittlich sogar um zwölf Jahre gealtert (von 28 auf 40 Jahre). In Zukunft wird das Durchschnittsalter in stärker entwickelten Ländern deutlich langsamer ansteigen, während sich die demografische Alterung in weniger entwickelten Ländern markant beschleunigen dürfte.

Die Zahl der älteren Menschen[4] wird sich zwischen 1950 und 2050 weltweit voraussichtlich verzehnfachen. Die meisten älteren Menschen leben nicht in Europa oder Nordamerika, sondern in ökonomisch weniger entwickelten Staaten. Bereits heute leben zwei Drittel aller Menschen über 60 Jahren in weniger entwickelten Ländern, bis 2050 werden es sogar 80 % sein (siehe Tabelle 1).

Demgegenüber weisen stärker entwickelte Nationen den höchsten Anteil älterer Personen an der Gesamtbevölkerung auf. In Europa und Nordamerika ist bereits heute fast ein Viertel der Bevölkerung über 60 Jahre alt. Bis 2050 dürfte etwa ein Drittel aller Einwohnerinnen und Einwohner auf diesen Kontinenten 60 Jahre oder älter sein.

Anhand von drei demografischen Kerngrössen können die demografische Alterung in der Schweiz erklärt und Szenarien[5] zur zukünftigen Altersstruktur berechnet werden. Dabei handelt es sich um die Faktoren «Geburten und Fertilität», «Lebenserwartung» sowie «internationale Migration».

[1] Weitere demografische Veränderungen auf globaler Ebene betreffen zum Beispiel die Zusammensetzung der Weltbevölkerung nach Herkunftsregion (Asien, Europa, Afrika, Amerikas usw.), Konfessionszugehörigkeit und urbaner beziehungsweise ruraler Lebensweise oder auch die zunehmenden Migrationsbewegungen und wachsende Diversität in Ländern weltweit.

[2] Die Vereinten Nationen [15] unterscheiden zwei Ländergruppen anhand von demografischen und sozioökonomischen Eigenschaften: stärker entwickelte und weniger entwickelte Länder («*more developed countries*» und «*less developed countries*»). Die Gruppe der weniger entwickelten Länder umfasst alle Staaten in Afrika, Asien (ausser Japan), Lateinamerika und der Karibik sowie Ozeanien (ausser Australien und Neuseeland). Zu den stärker entwickelten Ländern werden alle Staaten in Europa und Nordamerika gezählt sowie Japan, Australien und Neuseeland.

[3] Die folgenden demografischen Daten zur Weltbevölkerung wurden, sofern nicht anders ausgewiesen, UN [15] entnommen.

[4] Im Anschluss an die Vereinten Nationen [15] sind in Kapitel 1 mit «älteren Menschen» Personen ab 60 Jahren gemeint.

[5] Sämtliche Angaben zu den Zukunftsszenarien beziehen sich auf das Referenzszenario «A-00-2015» zur Bevölkerungsentwicklung, welches das Bundesamt für Statistik erarbeitet hat.

TABELLE 1

Globale Kennzahlen zur demografischen Alterung. Quelle: [15]

	1950	2013	2050
Anzahl ältere Menschen weltweit (60 Jahre und mehr)	202 Mio.	841 Mio.	2 Mrd.
Anteil der älteren Menschen (60 Jahre und mehr) an der gesamten Weltbevölkerung	8 %	12 %	21 %
Anteil der älteren Menschen (60 Jahre und mehr) an der Bevölkerung in stärker entwickelten Ländern	12 %	23 %	32 %

- **Geburten und Fertilität:** Seit dem Ende des Babybooms (Mitte der 1960er-Jahre) werden in der Schweiz jedes Jahr weniger Kinder geboren als für den Generationenerhalt[6] notwendig wären [21]. In seinen aktuellen Szenarien geht das Bundesamt für Statistik davon aus, dass sich die zusammengefasste Geburtenziffer[7] von aktuell 1,54 auch in Zukunft nicht wesentlich verändern und damit deutlich unter dem Wert von 2,07 bleiben wird, der für den Generationenerhalt notwendig wäre [22]. Diese sogenannte **Alterung von unten** ist der Hauptgrund für die demografische Alterung [23].
- **Lebenserwartung:** Gleichzeitig hat sich in der Schweiz die Lebenserwartung bei Geburt und die Lebenserwartung mit 65 innerhalb der letzten 140 Jahre verdoppelt [24]. Der Grund dafür liegt in der reduzierten Kinder- und Altersmortalität. Frauen und Männer, die heute pensioniert werden, haben statistisch gesehen noch ungefähr einen Viertel ihres Lebens vor sich. In jüngster Zeit steigt die Lebenserwartung in der Schweiz etwas langsamer an. Dennoch wird diese **Alterung von oben** auch in Zukunft zur demografischen Alterung beitragen.
- **Internationale Migration:** Die internationalen Migrationsbewegungen haben – anders als die Fertilität und Lebenserwartung – einen verjüngenden Effekt auf die Altersstruktur vieler westeuropäischer Länder. Ausländische Staatsangehörige waren 2014 in der Schweiz im Durchschnitt sieben Jahre jünger als Schweizer Bürger (36,8 Jahre gegenüber 43,5 Jahren [25]). Die höhere Fertilitätsrate von Frauen ausländischer Staatsangehörigkeit trägt zudem zu einer Verlangsamung der Alterung von unten bei: 2014 betrug diese 1,87 im Vergleich zu 1,43 von Frauen mit Schweizer Pass [26].

Mit dem Rückgang der Fertilität und der Erhöhung der Lebenserwartung sind zwei demografische Trends aufeinandergetroffen, die ausschlaggebend sind für die Veränderung der Altersstruktur. Diese beiden Faktoren werden gemäss aktuellen Szenarien auch in Zukunft zu einer **doppelten Alterung** führen, die durch den dritten Faktor, die Migration, nicht verhindert, sondern nur abgeschwächt werden kann. Für die Schweizer Bevölkerung bedeutet dies, dass die demografische Alterung weiter voranschreiten wird:

- **Steigendes Durchschnittsalter der Bevölkerung:** Das Durchschnittsalter der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz lag 2014 bei 41,9 Jahren und wird gemäss Referenzszenario des Bundesamts für Statistik bis 2045 rasch auf 47,1 Jahre ansteigen und sich anschliessend zwischen 47 und 48 Jahren stabilisieren [30, 31].
- **Mehr ältere und hochaltrige Menschen:** Die Zahl der älteren Menschen wird innerhalb der nächsten drei Jahrzehnte stark zunehmen. Waren 2014 über 1,46 Millionen Personen in der Schweiz mindestens 65 Jahre alt, dürften es bis 2030 fast

[6] Das Bundesamt für Statistik definiert den Generationenerhalt als «durchschnittliche Kinderzahl je Frau, die notwendig wäre, damit die Anzahl der Mädchen in der Generation der Kinder gleich gross ist wie die Anzahl der Frauen in der Generation der Eltern».

[7] Das Bundesamt für Statistik definiert die zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) als die «durchschnittliche Anzahl Kinder, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn die altersspezifischen Fruchtbarkeitsverhältnisse eines bestimmten Kalenderjahres zukünftig konstant bleiben würden». Diese bezieht sich auf die gesamte ständige Wohnbevölkerung.

TABELLE 2

Kennzahlen zur demografischen Alterung in der Schweiz. Quellen: [21, 22, 24, 27–29]

	1876	1900	1950	2014	2045
Zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ)	4,38	3,68	2,40	1,54	1,58
Lebenserwartung in Jahren bei Geburt, Frauen	42,4	48,8	71,1	85,2	89,4
Lebenserwartung in Jahren bei Geburt, Männer	39,1	46,2	66,6	81,0	86,2
Lebenserwartung in Jahren mit 65, Frauen	9,5	9,8	14,3	22,4	25,9
Lebenserwartung in Jahren mit 65, Männer	9,3	9,9	12,6	19,4	23,4

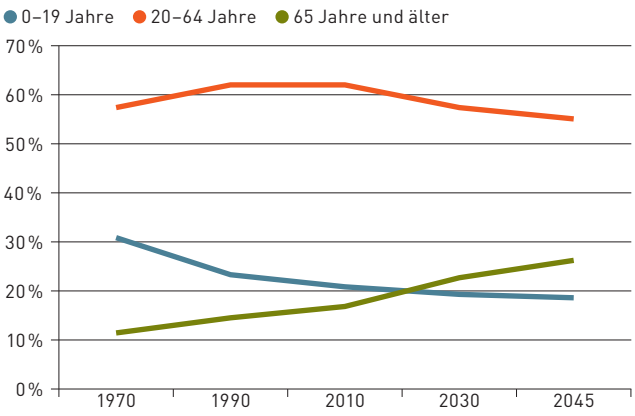
2,2 Millionen und bis 2045 sogar 2,7 Millionen Menschen sein [22, 32]. Die Zahl der hochaltrigen Personen (ab 80 Jahren) liegt heute bei rund 410 000 und wird sich in weniger als 30 Jahren voraussichtlich mehr als verdoppeln. Bis 2045 dürften mehr als eine Million Menschen in der Schweiz 80 Jahre alt oder älter sein [33].

- **Wachsender Anteil älterer und hochaltriger Menschen an der Bevölkerung:** Aufgrund der wachsenden Zahl der Personen ab 65 Jahren wird sich die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung markant verändern. Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung dürfte von heute 17,8 % auf 22,8 % (2030) und 26,4 % (2045) ansteigen (siehe Abb. 1). Bis 2045 dürften 10,4 % der Gesamtbevölkerung sogar 80 Jahre und älter sein [32, 33]. Parallel dazu wird der Anteil an Personen unter 20 Jahren weiter sinken. In weniger als zehn Jahren wird es in der Schweiz voraussichtlich mehr Personen ab 65 Jahren geben als Personen unter 20 Jahren.
- **Höhere Abhängigkeitsquoten:** Der Altersquotient[8] liegt bereits heute bei fast 29 % und wird auf 39,6 % (2030) und schliesslich auf 48,1 % (2045) ansteigen [22, 32]. Im Jahr 2045 wird eine Person im aktuell gültigen Pensionsalter ungefähr zwei Personen im erwerbstätigen Alter gegenüberstehen. Heute beträgt dieses Verhältnis noch 1:3,5.

Die demografische Alterung verändert nicht nur die Altersstruktur der Bevölkerung, sondern hat auch weitreichende Folgen für die Gesellschaft: Der steigende Altersquotient bedeutet beispielsweise eine Herausforderung für die Finanzierung der Altersicherung und der Gesundheitskosten und kann Fragen nach der Generationensolidarität nach sich ziehen. Für viele Personen liegt heute um das 80. Lebensjahr eine Schwelle, nach der Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen deutlich zunehmen [35, 36]. Angesichts einer wachsenden Zahl an hochaltrigen Personen ist deshalb von einem stark wachsenden Bedarf an Pflege- und Hilfeleistungen sowie einem entsprechenden Ausgabenanstieg auszugehen. Und schliesslich können veränderte Werte und Normen, wie die zunehmende Individualisierung oder eine destandardisierte Lebens- und Familienplanung, die informelle Pflege durch Angehörige erschweren und stattdessen professionelle Pflegeleistungen notwendig machen.

ABBILDUNG 1

Altersgruppen in Prozent gemäss dem Referenzszenario «A-00-2015». Quellen: [22, 34]



[8] Der Altersquotient gibt an, wie viele Personen ab 65 Jahren 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren gegenüberstehen.

2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s

Die Begriffe «das Alter» und «die älteren Menschen» suggerieren Uniformität und erwecken leicht den Eindruck, dass es sich bei Menschen ab 65 Jahren um eine homogene Bevölkerungsgruppe handelt. Der Alterungsprozess, die Lebenslage und die Gesundheit im Alter sind jedoch abhängig von der jeweiligen Biografie und persönlichen Merkmalen. Das heisst, Menschen leben unterschiedlich, altern unterschiedlich und stehen im Alter unterschiedlichen Lebensrealitäten gegenüber. Das Alter und das Altern lassen sich nicht normieren, und Gerontologen postulieren, dass die Unterschiede in Gesundheit, Lebensstil und Bedürfnissen mit fortschreitendem Alter zunehmen und schliesslich grösser sind als in jeder anderen Lebensphase zuvor [37]. Speziell für das dritte und vierte Lebensalter gilt, dass die Unterschiede innerhalb einer Generation oft grösser sind als diejenigen zwischen den Generationen. Es drängt sich daher auf, die Kategorien «Alter» und «ältere Menschen» differenziert zu denken, um sich die Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe zu vergegenwärtigen.

Im Hinblick auf die Gesundheit werden ältere Menschen in drei Hauptgruppen unterteilt[9]:

1) aktive, sich gesund fühlende, selbstständig lebende Menschen («vital»)
2) Personen mit ersten Gebrechlichkeitssymptomen, erhöhter Anfälligkeit für Erkrankungen, ein bis zwei chronischen Erkrankungen und ersten Anzeichen von Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten («vorgebrechlich»)
3) Personen, die aufgrund funktionaler Einschränkungen alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbstständig erledigen können («gebrechlich»)

Der grösste Teil der Personen über 65 Jahren lebt in den eigenen vier Wänden. Gegenwärtig leben nur 6 % der Personen im Pensionsalter seit mehr als einem Monat in einem Alters- und Pflegeheim [38, 39]. Mit zunehmendem Alter steigen in der Regel der Gebrechlichkeitsgrad und damit der Unterstützungsbedarf sowie die Pflegequoten: Gut 18 % der über 80-jährigen Personen leben in Alters- und Pflegeheimen, bei den über 95-jährigen Frauen sind es fast 60 %.

Neben der beträchtlichen Varianz in der Gesundheit unterscheiden sich ältere Menschen insbesondere auch aufgrund von soziodemografischen Merkmalen. Der Bildungshintergrund, die ökonomischen Verhältnisse und die berufliche Stellung werden mit am häufigsten als Dimensionen der Diversität diskutiert, aufgrund derer sich über 65-jährige Menschen unterscheiden und die das Älterwerden und Älterseins massgeblich prägen. Tatsächlich bestehen markante Unterschiede im Hinblick auf den sozioökonomischen Status der älteren Menschen in der Schweiz:

- **Ökonomische Verhältnisse:** In keiner Altersgruppe sind Einkommen und Vermögen ungleicher verteilt als bei Personen im Pensionsalter [40]. Während die Mehrheit der älteren Menschen wirtschaftlich gut abgesichert ist, mussten 2013 dennoch 12 % aller AHV-Rentnerinnen und -Rentner Ergänzungsleistungen beziehen. Bei rund 180 000 Personen im Pensionsalter reichten die AHV-Renten und Pensionskassenbezüge also nicht, um die minimalen Lebenskosten zu decken. Im Jahr 2012 verfügten Personen mit tertiärer Ausbildung über ein Bruttoeinkommen (primär aus AHV und Pensionskassen), das um mehr als 80 % höher lag als jenes von Personen ohne nachobligatorische Schulbildung [41].
- **Bildungshintergrund:** Jede fünfte Person im Alter von 65 bis 74 Jahren gab 2014 die obligatorische Schule als höchste abgeschlossene Ausbildung an, 54 % die Sekundarstufe II und 25 % die Tertiärstufe [42]. Die heutigen Hochaltrigen haben seltener eine höhere Ausbildung absolviert als die Babyboom-Generationen, die erst ab 2020 allmählich die Hochaltrigkeit erreichen werden. Zu-

[9] Diese Kategorisierung ist weder abschliessend noch trennscharf und entstand in Anlehnung an Kessler et al. [123].

dem weisen ältere Frauen heute noch deutlich seltener höhere und weiterführende Bildungsabschlüsse auf als gleichaltrige Männer.

Über 65-jährige Menschen unterscheiden sich nicht nur aufgrund von sozioökonomischen Ungleichheiten, sondern auch aufgrund weiterer demografischer Merkmale. Dabei ist insbesondere an folgende Dimensionen der Diversität zu denken:

- **Biologisches Alter:** Das biologische Alter von Personen, die der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen zugeordnet werden, beträgt heute in der Schweiz 65 bis ungefähr 110 Jahre. Dies entspricht einer Spannweite von über vier Jahrzehnten. Die Gruppe der älteren Menschen altert kontinuierlich: 2014 waren rund 28 % der Gruppe «65-Jährige und Ältere» über 80 Jahre alt [32]. Dieser Anteil dürfte bis 2045 auf fast 40 % ansteigen [33].
- **Geschlecht:** Das Geschlechterverhältnis verändert sich im Alter. Während vor dem 60. Lebensjahr der Männeranteil in der Bevölkerung überwiegt, ist der Frauenanteil ab dem 60. Lebensjahr grösser und steigt mit fortschreitendem Alter kontinuierlich an [43]. Das Alter und insbesondere die Hochaltrigkeit werden deshalb häufig als weiblich bezeichnet. Während in der Altersklasse «65–79 Jahre» die Frauen nur leicht überrepräsentiert sind, beträgt der Frauenanteil bei den 80- bis 89-Jährigen 62 %, bei den 90- bis 99-Jährigen 72 % und bei den Personen im Alter ab 100 Jahren sogar fast 82 % [44].
- **Zivilstand und private Haushaltsstruktur:** Mit fortschreitendem Alter wird das Alleinleben, aufgrund von Verwitwung oder Scheidung, immer wahrscheinlicher. Zwei Drittel (68 %) der 65- bis 69-Jährigen in der Schweiz sind verheiratet oder leben in eingetragener Partnerschaft. Bei den 80- bis 84-Jährigen sind es fast die Hälfte (49 %) und bei den 90- bis 94-jährigen Personen nur noch 20 % [45]. Ältere Frauen leben dabei deutlich seltener in einer Paarbeziehung als gleichaltrige Männer, weil Männer generell früher sterben und nach einer Scheidung im Alter häufiger wieder eine Paarbeziehung eingehen. Rund 40 % der 70- bis 79-jährigen Personen und mehr als die Hälfte (53 %) der Personen ab 80 Jahren leben alleine [38].
- **Migrationsstatus:** Die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in die Schweiz eingewanderten Personen kommen zunehmend ins Pensionsalter. Folglich wird der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Zukunft steigen. Fast ein Viertel der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 65 und 79 Jahren wurde im Ausland geboren, bei den über 80-jährigen Personen beträgt dieser Anteil fast 19 %[10] [46].
- **Sexuelle Orientierung und Identität:** Eine weitere Diversitätsdimension, die jedoch nur schwer zu quantifizieren ist, betrifft die unterschiedlichen sexuellen Orientierungen und Identitäten älterer Menschen. Obwohl gesicherte Angaben nicht zuletzt aufgrund definitorischer Schwierigkeiten fehlen, gehen Fachleute beispielsweise von einem homosexuellen Bevölkerungsanteil von 3 % bis 10 % aus [47].

Diese und weitere Diversitätsdimensionen können die gesundheitsrelevanten Ressourcen und Risikofaktoren, die Gesundheitskompetenz und den gesundheitsrelevanten Lebensstil oder den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und deren effektive Inanspruchnahme beeinflussen [48, 49]. Als Folge davon entstehen grosse gesundheitliche Unterschiede (vgl. Kapitel 21).

Anzustreben ist deshalb eine ungleichheits- und diversitätsgerechte Gesundheitsförderung im Alter, die a) die Heterogenität der älteren Menschen anerkennt, b) deren unterschiedliche Ressourcen, Belastungen, Chancen und Bedürfnisse berücksichtigt und c) sich am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit orientiert. Einige bewährte Strategien im Umgang mit Diversität werden in Kapitel 21 aufgezeigt.

[10] Die Zahlen schliessen sowohl im Ausland geborene Schweizerinnen und Schweizer als auch ausländische Staatsbürgerinnen und -bürger mit ein.

3 Gesundheit und Krankheit im Alter

Die individuelle Gesundheit eines älteren Menschen ist zu einem bedeutenden Teil die Folge der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Verhältnisse, die im Laufe seines Lebens prägend waren [50–52]. Im Laufe des Lebens finden jedoch auch natürliche Veränderungen auf molekularer und zellulärer Ebene statt, die einen graduellen Abbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit verursachen [53, 54]. Diese biologischen Abbauprozesse führen im Alter zu unterschiedlich starken körperlichen und kognitiven Einbussen sowie zu einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität. Die erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität äussert sich unter anderem darin, dass Personen ab 65 Jahren höhere Prävalenzen unterschiedlicher Erkrankungen aufweisen (vgl. Kapitel 3.3), häufiger zum Arzt gehen sowie häufiger und länger hospitalisiert werden[11] [55].

Trotz erhöhter Krankheitshäufigkeit ist das Alter nicht pauschal mit Krankheit und schlechter Befindlichkeit gleichzusetzen. Eine solche Schlussfolgerung ist nicht nur angesichts der grossen gesundheitlichen Unterschiede im Alter unzulässig, sie widerspricht auch einem zeitgemässen und altersgerechten Gesundheitsverständnis. So betont beispielsweise die Weltgesundheitsorganisation [54], dass das Vorliegen einer Erkrankung nicht zwingend bedeutet, dass eine Person nicht mehr als gesund gelten kann. Gesundheit ist insbesondere im Alter nicht mit dem Fehlen von Erkrankungen, Beschwerden und Gebrechen gleichzusetzen. Während körperliche und kognitive Einbussen die Gesundheit mitbestimmen, gibt es weitere wesentliche Merkmale von Gesundheit im Alter. Dazu gehören unter anderem das subjektive Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, die Verwirklichung individueller Bedürfnisse sowie das Ausmass an Selbstständigkeit in der Lebensführung [54, 56, 57]. Angesichts der Verbreitung chronischer Erkrankungen wird ergänzt, dass insbesondere der gelingende Umgang mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen bezeichnend ist für Gesundheit [58]. Aufgrund von psychischen Anpassungsleistungen können ältere Menschen auch angesichts von Erkrankungen und Beschwerden eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen.

Im Folgenden soll anhand ausgewählter Indikatoren die Gesundheit älterer Menschen in der Schweiz be-

INFOBOX: Die wichtigsten Datenquellen

Die Datenlage zur Gesundheit älterer Menschen wird international als unvollständig bemängelt [59]. In der Schweiz sind die einzigen objektiven, das heisst von Gesundheitsfachpersonen registrierten Daten in Form der Statistiken zu den Todesursachen und Hospitalisierungen zugänglich [60]. Diese informieren aber nicht über gesundheitliche Herausforderungen und Krankheiten, die entweder ambulant oder nicht von Gesundheitsfachpersonen behandelt werden [60]. Um diesen Teil der Krankheitslast abzubilden, stützt sich der Bericht im Folgenden auch auf epidemiologische Befragungsdaten, die im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 und des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) 2012 gesammelt wurden. Dabei ist zu beachten, dass in der SGB und der SHP ausschliesslich in Privathaushalten lebende Personen befragt werden.

Die Hauptquellen der folgenden epidemiologischen Daten sind:

- Statistik der Todesursachen und Totgeburten (eCOD)
- medizinische Statistik der Krankenhäuser
- Schweizerische Gesundheitsbefragung (SBG) 2012
- Schweizer Haushalt-Panel 2012

[11] Die Aufenthaltsdauer in allgemeinen Krankenhäusern ist bei älteren Menschen länger als bei jüngeren Personengruppen, in Spezialkliniken hingegen ist die Aufenthaltsdauer jüngerer Personen höher.

schrieben werden. Dabei werden sowohl positive Aspekte wie die gesunde Lebenserwartung und die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit als auch die wichtigsten gesundheitlichen Herausforderungen und Erkrankungen im Alter betrachtet. Die Identifikation solcher grundlegenden Gesundheits- und Krankheitsmuster ermöglicht eine Priorisierung des Handlungsbedarfs in der Gesundheitsförderung im Alter.

3.1 Gesunde Lebensjahre und subjektiv eingeschätzte Gesundheit

Die gestiegene Lebenserwartung bei Geburt und im Alter von 65 Jahren weist auf eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung hin. Epidemiologische Daten belegen darüber hinaus, dass die Menschen in der Schweiz nicht nur länger leben, sondern auch länger gesund bleiben. Diese Entwicklung zeigt sich in einer steigenden Anzahl der gesunden Lebensjahre, die weitgehend ohne funktionale Einschränkungen und Behinderungen verbracht werden. In der Schweiz ist die Anzahl der gesunden Lebensjahre zwischen 2008 und 2012 schneller angestiegen als die Lebenserwartung [61]. Gegenwärtig können Personen im Alter von 65 Jahren noch durchschnittlich 14,2 (Frauen) beziehungsweise 13,6 (Männer) gesunde Lebensjahre erwarten [61].

Dieser positive objektive Befund widerspiegelt sich auch in der Wahrnehmung der älteren Menschen selbst. Auch wenn die eigene Gesundheit mit steigendem Alter als weniger gut bezeichnet wird, fühlt sich dennoch die grosse Mehrheit der über 65-jährigen Personen in der Schweiz gesund [55]. Von den 65- bis 74-Jährigen nehmen 73 % ihre Gesundheit als gut wahr und nur 4,6 % als schlecht [62]. Bei den Personen ab 75 Jahren betragen diese Werte 62 % (gute Gesundheit) und 8 % (schlechte Gesundheit). Entsprechend sind 63 % der 65- bis 74-Jährigen mit der eigenen Gesundheit zufrieden und lediglich 14 % sind unzufrieden [63]. Bei zu Hause lebenden Personen ab 75 Jahren waren etwas mehr als die Hälfte (54 %) zufrieden und 22 % waren unzufrieden mit der eigenen Gesundheit.

3.2 Krankheitsmuster, Krankheitslast und Todesursachen

Medizinische Fortschritte und gesellschaftliche Entwicklungen haben im Laufe des 20. Jahrhunderts zu neuen Krankheitsmustern in der Schweiz geführt. Die Prävalenz von Infektionskrankheiten ist innerhalb der letzten 100 Jahre stark zurückgegangen, und stattdessen sind nicht übertragbare Krankheiten zur Hauptursache der Krankheitslast in der Schweiz geworden. Nicht übertragbare Krankheiten (englisch: *non-communicable diseases, NCDs*) sind

TABELLE 3

Die 25 wichtigsten Ursachen der Krankheitslast in der Schweiz, 2010. Quelle: [65], eigene Übersetzung und Darstellung

	2010
1	Ischämische Herzerkrankung
2	Schmerzen im unteren Rücken
3	Depression
4	COPD
5	Sturz
6	Schlaganfall
7	Lungenkrebs
8	Nackenschmerzen
9	Diabetes
10	Andere muskuloskelettale Erkrankungen
11	Selbstverletzung
12	Alzheimer
13	Strassenunfall
14	Dickdarmkrebs
15	Brustkrebs
16	Migräne
17	Angststörung
18	Drogenmissbrauch
19	Asthma
20	Alkoholmissbrauch
21	Arthrose
22	Infektion der unteren Atemwege
23	Prostatakrebs
24	Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung
25	Chronische Nierenkrankheit

● Übertragbare Krankheiten
● Nicht übertragbare Krankheiten
● Verletzungen

chronische Erkrankungen, die mit fortschreitendem Alter häufiger auftreten. In der Schweiz geben fast die Hälfte (49 %) der Personen über 65 Jahre an, seit mindestens sechs Monaten eine chronische Krankheit zu haben [64].

Die Krankheitslast[12] in Westeuropa ist heute zu über 80 % auf nicht übertragbare Krankheiten zurückzuführen [65]. Die Tabelle 3 zeigt ein Ranking der Gesundheitsprobleme, die über alle Altersgruppen hinweg am meisten zur Krankheitslast in der Schweiz beitragen.

Dieses Ranking unterstreicht die hohe gesamtgesellschaftliche Bedeutung von NCDs. Allein fünf NCD-Gruppen[13] verursachen in der Schweiz gegenwärtig fast 80 % der Todesfälle[14] von Personen ab 65 Jahren [66]: Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Haupttodesursache (in 37 % der Todesfälle), gefolgt von Krebs (23 %), Demenz (10 %), Atemwegserkrankungen[15] (7 %) und Diabetes (2 %).

3.3 Wichtigste nicht übertragbare Krankheiten

Ausgehend von den oben genannten Daten der *«Global Burden of Disease»*-Studien und der Schweizer Todesursachenstatistik werden im Folgenden die wichtigsten nicht übertragbaren beziehungsweise chronischen Erkrankungen im Alter kurz diskutiert. Dabei handelt es sich um Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes, muskuloskelettale Erkrankungen und Demenz.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen umfassen Erkrankungen des Herzens, der peripheren Blutgefässe und des Blutkreislaufs, wie Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit, hoher Blutdruck und Schlaganfall, aber auch generelle und unspezifische Schwächungen des Herz-Kreislauf-Systems. Die hohe Krankheitslast zeigt sich unter anderem an Daten zu stationären und ambulanten Behandlungen. So wurde 2013 bei jeder fünften Person über 70 Jahren, die hospitalisiert wurde, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung als Hauptdiagnose festgestellt [67]. Mehr als eine halbe Million Menschen über 65 Jahren gaben 2012 zudem an, innerhalb des letzten Jahres wegen hohem Blutdruck in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein [55].

In der Schweiz erkranken vier von zehn Personen im Laufe ihres Lebens an **Krebs,** wobei 90 % aller Krebsleiden Personen ab 50 Jahren betreffen [60]. Insbesondere Personen im Alter von 65 bis 84 Jahren sterben häufig an bösartigen Tumoren. Die häufigsten Krebsarten beim Mann sind Prostata-, Lungen- und Dickdarmkrebs, bei der Frau sind es Brust-, Dickdarm- und Lungenkrebs. Zusammen machen diese Krebsarten über die Hälfte der jährlich rund 37 000 neu diagnostizierten Krebsfälle aus [60].

Neun von zehn der durch **chronische Atemwegserkrankungen** verursachten Todesfälle betreffen Menschen ab 65 Jahren [66]. Die wichtigsten konkreten Todesursachen sind die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), die Lungenentzündung[16] und Asthma. In der Schweiz leiden zwischen 9 % (60- bis 69-Jährige) und 15 % (ab 70 Jahren) der Männer an COPD [68, 69]. Frauen sind weniger häufig von COPD betroffen: Bei 60- bis 69-jährigen Frauen beträgt die Prävalenz 5 %, bei Frauen ab 70 Jahren 2,4 %. Insgesamt leiden in der Schweiz zwischen 400 000 und 550 000 Personen an COPD [68, 69].

Auch **Diabetes** setzt in der Regel erst im fortgeschrittenen Lebensalter ein. Dies gilt insbesondere für den am häufigsten vorkommenden Typus II, der 90–95 % aller Diabetesfälle ausmacht [60]. Obwohl die Krankheit als Todesursache eine untergeordnete

[12] In den *«Global Burden of Disease»*-Studien wird die Krankheitslast anhand der *disability-adjusted life years* (DALYs) gemessen [65]. DALYs sind die Summe der vorzeitig verlorenen Lebensjahre und der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre (letztere werden anhand der Behinderungsschwere gewichtet). DALYs werden auch als «verlorene gesunde Lebensjahre» bezeichnet.

[13] Die *«Global Burden of Disease»*-Studie 2013 unterscheidet folgende Kategorien von nicht übertragbaren Krankheiten [328]: Krebs; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; chronische Atemwegserkrankungen; Leberzirrhose; Erkrankungen des Verdauungstrakts; neurologische Erkrankungen (inkl. Demenz); psychische Störungen und Substanzmissbrauch; Diabetes, urogenitale, Blut- und Stoffwechsel-Erkrankungen; muskuloskelettale Erkrankungen.

[14] In der Todesursachenstatistik des Bundesamts für Statistik ist diejenige Krankheit die Haupttodesursache, die am Anfang eines Krankheitsverlaufs steht. Die Kausalkette ist damit ausschlaggebend [vgl. 329].

[15] Unter Todesursachen, die die Atmungsorgane betreffen, sind auch infektiöse Atemwegserkrankungen wie Lungenentzündungen und Grippe eingerechnet. Lungenentzündungen sind verantwortlich für rund 2 % aller Todesfälle von Personen ab 65 Jahren [66].

[16] Bei der Lungenentzündung handelt es sich um eine infektiöse Erkrankung. Sie tritt im Alter vermehrt auf und wird aus diesem Grund an dieser Stelle ergänzend zu den nicht übertragbaren Atemwegserkrankungen aufgeführt.

Rolle spielt, führt sie dennoch zu einer erheblichen Krankheitslast. Rund 9 % der Frauen im Pensionsalter leben mit einer Diabetesdiagnose, bei den gleichaltrigen Männern beträgt dieser Anteil sogar 14 % (65- bis 74-Jährige) beziehungsweise 18 % (ab 75 Jahren) [55]. Bei Diabetes handelt es sich nicht nur um eine eigenständige Krankheit, sondern gleichzeitig um einen wichtigen Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [60].

Muskuloskelettale Erkrankungen beinhalten alle Erkrankungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und Knochen, beispielsweise Rückenbeschwerden, Arthrose oder Osteoporose. Erkrankungen des Bewegungsapparates werden bei 15 % der hospitalisierten Personen ab 70 Jahren als Hauptdiagnose festgestellt [67]. Weit verbreitet sind insbesondere Rücken- oder Kreuzschmerzen (betreffen fast die Hälfte der Personen ab 65 Jahren) sowie Schulter-, Nacken- und Armschmerzen (bei fast 40 %). Zudem geben je nach Alter 15–20 % der älteren Menschen an, im letzten Jahr wegen Arthrose beziehungsweise rheumatischer Arthritis in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein [55]. Frauen sind nach den Wechseljahren zudem besonders gefährdet, an Osteoporose zu erkranken: 12 % der 65- bis 74-Jährigen und 18 % der über 75-Jährigen geben an, im letzten Jahr wegen Osteoporose in Behandlung gewesen zu sein [61].

Die Inzidenz- und Prävalenzraten von **Demenzerkrankungen,** deren häufigste Erscheinungsform der Morbus Alzheimer ist, steigen mit zunehmendem Alter ebenfalls markant an. In der Altersgruppe 65–69 Jahre sind weniger als 2 % von Demenz betroffen, jedoch bereits 13 % der 80- bis 84-Jährigen, und ab dem 90. Lebensjahr ist sogar jede dritte Person an Demenz erkrankt [70]. Gegenwärtig leben hierzulande mehr als 110 000 Menschen mit Demenz und jedes Jahr erkranken rund 25 000 Menschen neu. Zwei Drittel der demenzkranken Personen sind Frauen, was primär damit zu erklären ist, dass Frauen häufiger ein hohes Alter mit entsprechend hoher Demenzprävalenz erreichen [70].

3.4 Psychische Gesundheit und Erkrankungen

Analog zur körperlichen Gesundheit lassen sich auch bezüglich der psychischen Gesundheit älterer Menschen grosse Unterschiede feststellen. Über die gesamte ältere Bevölkerung hinweg betrachtet lässt sich jedoch ein Phänomen beobachten, das als Paradoxon des Alters bezeichnet wird: Aufgrund von hohen Anpassungs- und Selbstregulationsleistungen (adaptivem Coping) nimmt das psychische Wohlbefinden im Alter trotz körperlicher und kognitiver Einbussen nicht ab, sondern stabilisiert sich sogar auf höherem Niveau [71]. Die gute psychische Gesundheit von älteren Menschen, die in Privathaushalten leben, zeigt sich unter anderem an folgenden Indikatoren:

- **Lebenszufriedenheit:** Ältere Menschen sind generell zufriedener mit dem eigenen Leben als jüngere Menschen, und neun von zehn Personen im Pensionsalter bezeichnen ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut [55, 63].
- **Energie und Vitalität:** Keine andere Altersgruppe fühlt sich so häufig voller Energie und Vitalität wie die 65- bis 74-Jährigen (fast 72 % der Befragten). Erst in der Altersgruppe ab 75 Jahren werden tiefere Werte für Energie und Vitalität berichtet, als dies im Durchschnitt aller Altersgruppen der Fall ist [55].
- **Optimismus und Wohlbefinden:** Optimismus und Wohlbefinden steigen mit zunehmendem Alter an und sinken erst im hohen Alter. Zwischen 65 und 74 Jahren geben 72 % hohe bis sehr hohe Werte für Optimismus und Wohlbefinden an. Ab 75 nimmt dieser Wert zugunsten mittlerer Werte auf 55 % ab [63].

Eine zentrale personale Ressource ist die Überzeugung, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können (internale Kontrollüberzeugung oder *mastery*). Analog zu den oben genannten Indikatoren von psychischer Gesundheit ist auch diese Ressource in keiner anderen Altersgruppe so stark ausgeprägt wie bei Personen im Pensionsalter [55].

Der Alterungsprozess ist zudem nicht mit einer höheren Gesamtrate psychischer Erkrankungen verbunden, einzig hirnorganische Erkrankungen, insbesondere Demenzerkrankungen[17], nehmen mit steigendem Alter zu [72, 73]. Die psychische Belastung bei älteren Menschen ist dennoch nicht zu unterschätzen. Fast 4 % der 65- bis 74-Jährigen fühlen sich in starkem und 11 % in mittlerem Masse psy-

[17] Auf Demenzerkrankungen wird in Kapitel 3.3 eingegangen.

chisch belastet [55]. Bei den Personen über 75 Jahren betragen diese Werte 3 % beziehungsweise 15 %. Laut Schuler und Burla [74] ist bei einer mittleren psychischen Belastung das Vorliegen einer psychischen Erkrankung aus klinischer Sicht wahrscheinlich, bei einer starken Belastung sogar sehr wahrscheinlich. Bei 15–18 % der Personen im Pensionsalter ist also das Vorliegen mindestens einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich. Internationale Studien legen nahe, dass sogar ein Viertel der über 65-jährigen Menschen an mindestens einer psychischen Erkrankung leiden könnte [72, 75]. In der Schweiz sind im Alter die folgenden psychischen Erkrankungen am weitesten verbreitet (vgl. [76, 77]):

- Depressionen *(major depressions),* an denen je nach Alter und mit unterschiedlichem Schweregrad 17–22 % der Personen im Pensionsalter leiden [55].
- Angsterkrankungen, die bei 3–15 % der Personen auftreten und sowohl spezifische Phobien als auch generalisierte Angststörungen umfassen [76].
- Delir, dessen Kernsymptome akut auftretende Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, des Denkens, des Gedächtnisses und der Psychomotorik sind, betrifft 1–2 % der Allgemeinbevölkerung und rund 14 % der über 85-Jährigen [72, 78].
- Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, wobei Männer und Frauen etwa gleich häufig einen chronisch riskanten Alkoholkonsum aufweisen (5–6 % der Personen), während das Rauschtrinken bei Männern deutlich häufiger vorkommt als bei Frauen [55]. Die Einnahme von Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln nimmt mit dem Alter stark zu und ist insbesondere bei Frauen mit einem nicht zu unterschätzenden Abhängigkeitsrisiko verbunden [79, 80].
- Schlafstörungen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf und sind oft Folge, aber auch Ursache anderer Erkrankungen. Gemäss Gesundheitsbefragung 2012 leiden rund ein Drittel der Personen ab 65 Jahren an Schlafstörungen, andere Quellen schätzen diesen Anteil sogar auf 50 % [77]. Frauen sind häufiger von Schlafstörungen betroffen als Männer [55].

Psychische Erkrankungen, und insbesondere Depressionen, können schliesslich auch zu Suizidalität führen. Vollendete Suizide häufen sich mit zunehmendem Alter, und insbesondere ältere, verwitwete Männer vollziehen überdurchschnittlich häufig Suizide[18]. Ohne die begleiteten Suizide einzurechnen, ist die Suizidrate bei älteren Männern zweimal (65- bis 84-Jährige) bis viermal (ab 85 Jahren) höher als in der gesamten männlichen Bevölkerung [66].
Schliesslich sind soziale Isolation und Einsamkeit im Alter wichtige psychosoziale Herausforderungen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen (vgl. Kapitel 19.4).

3.5 Multimorbidität

Ältere Menschen sind häufig multimorbid, das heisst, sie leiden gleichzeitig an zwei oder mehr chronischen Krankheiten. Mehrfacherkrankungen nehmen ab dem mittleren Lebensalter stark zu. Während 13 % der in Privathaushalten lebenden 50- bis 64-Jährigen gleichzeitig an zwei oder mehr chronischen Krankheiten leiden, sind es bei den 65- bis 79-Jährigen 25 % und bei Personen ab 80 Jahren über 41 % [81]. Das Zusammenfallen mehrerer chronischer Krankheiten führt zu einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität und hat negative Auswirkungen insbesondere auf die Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit, die Schwere der Erkrankungen und die Therapiekosten [54, 61, 74]. Körperliche Krankheiten gehen häufig mit psychischen Erkrankungen einher. So sind drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung gleichzeitig von starken körperlichen Beschwerden betroffen [74]. Insbesondere im hohen Alter werden psychische Belastungen und körperliche Beschwerden auch durch sensorische Einschränkungen wie Hör- und Sehbehinderungen verstärkt (vgl. Kapitel 3.7).

3.6 Sturzunfälle

Seniorinnen und Senioren weisen eine deutlich erhöhte Sturzinzidenz auf [82, 83]. Jede vierte Person ab 65 Jahren (25 %), die in einem Schweizer Privat-

[18] Während das Risiko eines Suizidversuchs in der Altersgruppe 16 bis 29 Jahre am grössten ist, sind die Raten der vollendeten Suizide insbesondere bei Männern im dritten und vierten Lebensalter deutlich höher als in jüngeren Altersgruppen [330].

haushalt lebt, stürzt mindestens einmal pro Jahr[19] [84]. Die Sturzhäufigkeit steigt mit fortschreitendem Alter weiter an, sodass 30 % der selbstständig zu Hause lebenden Personen ab 80 Jahren mindestens einmal jährlich stürzen [60]. Viele dieser Personen stürzen sogar mehrmals pro Jahr [55]. Zwischen 2002 und 2012 ist der Anteil der älteren Bevölkerung, der in einem Jahr mindestens einmal stürzt, zudem angestiegen [61].

Die Hälfte aller Stürze von Personen ab 65 Jahren ereignet sich im privaten Wohnbereich, ein Viertel (26 %) in der öffentlichen Infrastruktur (wie Trottoirs oder öffentliche Strassen) und gut 10 % in der Natur [85]. Drei Viertel aller Stürze in dieser Altersgruppe ereignen sich dabei auf gleicher Ebene – also durch Stolpern oder Ausrutschen – und die restlichen Stürze geschehen zu etwa gleichen Anteilen entweder auf einer Treppe oder aus der Höhe [82].

3.7 Funktionale Gesundheit und Einschränkungen

Die zuvor beschriebenen Gesundheits- und Krankheitstrends prägen das Ausmass der funktionalen Gesundheit im Alter. Eine weitere körperliche Ressource, die die funktionale Gesundheit massgeblich mitbestimmt, ist die Körperkraft [86]. Eine gute funktionale Gesundheit ist entscheidend für eine selbstständige Lebensführung. Die Fähigkeit, den eigenen Alltag gemäss den eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu gestalten und selbstständig zu bewältigen, sagt in der Regel mehr über die Lebensqualität im Alter aus als das Vorliegen einzelner Erkrankungen [54].

Die funktionale Gesundheit wird anhand der Indikatoren «instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL)» und «grundlegende Alltagsaktivitäten (ADL)» gemessen [54, 87]. Einschränkungen der funktionalen Gesundheit liegen vor, wenn eine Person mindestens eine der folgenden Alltagsaktivitäten nicht alleine oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausführen kann [87]:

- Instrumentelle Alltagsaktivitäten *(instrumental activities of daily living, IADL)* wie selbstständig Essen zubereiten, einkaufen, Hausarbeiten erledigen oder den öffentlichen Verkehr benutzen. In der Schweiz kann jede fünfte Person über 65 Jahren, die in einem Privathaushalt lebt, mindestens eine instrumentelle Alltagsaktivität nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ausführen [87, 88]. Diese Einschränkungen nehmen mit fortschreitendem Alter zu, sodass 38 % der Personen ab 80 Jahren mindestens eine instrumentelle Alltagsaktivität nicht oder nur schwer ausführen können.
- Grundlegende Alltagsaktivitäten *(activities of daily living, ADL)* wie selbstständig essen, ins oder aus dem Bett steigen, sich an- und ausziehen, duschen oder zur Toilette gehen. In der Schweiz sind 3 % der über 65-Jährigen in Privathaushalten von vollumfänglichen oder starken Einschränkungen in mindestens einer Alltagsaktivität betroffen [87, 88]. Im hohen Alter (ab 80 Jahren) sind es sogar 8 % der in Privathaushalten lebenden Menschen.

Diesen beiden Indikatoren zufolge verfügen ältere Menschen mehrheitlich über eine gute funktionale Gesundheit. Funktionale Einschränkungen sowie eine damit verbundene Hilfs- und Pflegebedürftigkeit[20] nehmen in der Regel erst im hohen Alter zu. Es ist jedoch zu beachten, dass sowohl im dritten als auch im vierten Lebensalter grosse individuelle Unterschiede in der funktionalen Gesundheit bestehen. Gesamthaft betrachtet ist auch im hohen Alter ein eher kleiner Anteil der Menschen wesentlich in den grundlegenden Alltagsaktivitäten eingeschränkt und damit pflegebedürftig. Demgegenüber sind deutlich mehr ältere Menschen in instrumentellen Alltagsaktivitäten eingeschränkt, und damit ist auch die Hilfebedürftigkeit weiter verbreitet.

Funktionale Einschränkungen entstehen insbesondere durch das Zusammenfallen mehrerer chronischer körperlicher oder psychischer Krankheiten, durch sensorische Beeinträchtigungen (Seh- und Hörvermögen) und Einschränkungen der Mobilität (Gehvermögen). Der grösste Teil der Personen im Pensionsalter, die in einem Schweizer Privathaushalt leben, verfügt über keine oder nur geringe Be-

[19] Seniorinnen und Senioren, die in Alters- und Pflegeheimen leben, stürzen aufgrund ihrer schlechteren funktionalen Gesundheit deutlich häufiger als selbstständig zu Hause lebende Personen im Pensionsalter: Sogar 39 % der nicht selbstständig lebenden Personen ab 65 Jahren stürzen mindestens einmal im Jahr [84].

[20] Die Pflegebedürftigkeit bemisst sich anhand der Fähigkeit, grundlegende Alltagsaktivitäten selbstständig auszuführen. Die Hilfebedürftigkeit bemisst sich anhand der Fähigkeit, instrumentelle Alltagsaktivitäten selbstständig auszuführen [113].

einträchtigungen des Hör-, Seh-, Sprech- und Gehvermögens. Diese Beeinträchtigungen verteilen sich wie folgt in der Bevölkerung ab 75 Jahren [55]:

- Knapp 1 % können nicht oder nur mit starken Schwierigkeiten sprechen
- Mehr als 3 % sind in ihrem Hörvermögen stark oder umfassend eingeschränkt, sodass sie einem Gespräch von zwei Personen nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten folgen können
- 4 % weisen starke oder umfassende Einschränkungen des Sehvermögens auf, sodass sie nicht oder nur mit grossen Schwierigkeiten ein Buch lesen können (auch mit Brille)
- Mehr als 13 % sind in ihrem Gehvermögen eingeschränkt, sodass sie nicht mindestens 200 Meter ohne Hilfe und ohne anzuhalten gehen können

INFOBOX: Gesundheitliche Ungleichheit im Alter

Die im Kapitel 3 genannten Krankheiten, Unfälle und gesundheitlichen Probleme sind nicht gleichmässig über die ältere Bevölkerung verteilt. Gesundheit, und damit auch unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsprofile in der Bevölkerung, entsteht durch komplexe Interaktionen folgender Determinanten [89]:

- Alter, Geschlecht und genetische Dispositionen
- Faktoren individueller Lebensweise, das heisst der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten einer Person (z. B. Bewegungs- und Ernährungsgewohnheiten, Tabak- und Alkoholkonsum oder häusliche und öffentliche Gewalt)
- soziale und kommunale Netzwerke, das heisst die soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke (Freundeskreis, Familie, Vereine, Kommune oder Stadtteil)
- Lebens- und Arbeitsbedingungen wie Bildung, Wohnumfeld, Verkehr, sozialer Status, Gesundheitssystem sowie Beruf und Arbeitssituation
- allgemeine sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen wie Gesetze, wirtschaftliche Entwicklung, Lebensräume und technische Errungenschaften

In sämtlichen Lebensphasen lassen sich grosse Unterschiede in der Lebenserwartung und der Prävalenz von Erkrankungen feststellen, die mit Unterschieden im sozioökonomischen Status, das heisst den materiellen Verhältnissen und des Bildungshintergrunds, zusammenhängen [90]. Darüber hinaus finden sich auch markante Geschlechterunterschiede in der Gesundheit. Diese betreffen zum Beispiel die Lebenserwartung, die Suizidraten, die Verbreitung von NCDs wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Demenzerkrankungen, aber auch das gesundheitsrelevante Verhalten und die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen. Für die Schweiz gibt der Gender-Gesundheitsbericht einen differenzierten Überblick über solche Geschlechterunterschiede [91]. Das Schweizerische Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung [92, 93] belegt zudem, dass auch der Migrationsstatus einer Person mit der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zusammenhängt.

Die gesundheitliche Ungleichheit ist ein zentrales Thema, das sich wie ein roter Faden durch die Gesundheit, die Gesundheitsversorgung und die Gesundheitsförderung im Alter hindurchzieht. Im Kapitel 21 werden Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit eingehender diskutiert.

4 Gesundheitsausgaben in einer alternden Gesellschaft

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wachsen die Gesundheitsausgaben in der Schweiz insgesamt schneller als die Gesamtwirtschaft. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) hat sich innerhalb der letzten 50 Jahre sogar mehr als verdoppelt. 2013 betrugen die Kosten für die Leistungen des Gesundheitswesens fast 70 Milliarden Franken oder 10,9 % des BIP [94]. 1995 machten die Gesundheitsausgaben 8,8 % des BIP aus, 1960 sogar nur 4,9 % [95].

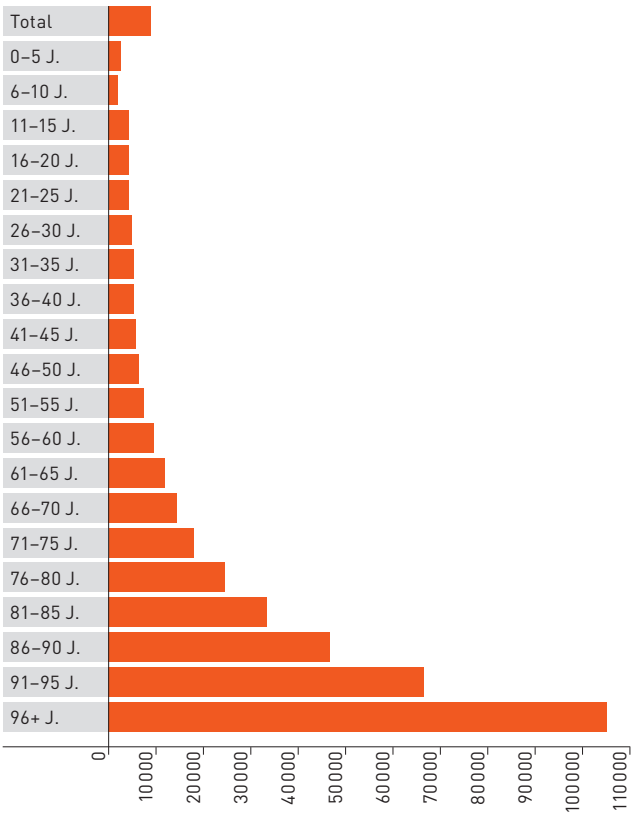
Ein genaueres Verständnis der Gesundheitskosten ergibt sich, wenn diese hinsichtlich der Leistungsarten, der kostenverursachenden Gesundheitsprobleme, des Alters der behandelten Personen und der Finanzierungsquellen aufgeschlüsselt werden [96]:

- **Leistungsarten:** Etwas weniger als die Hälfte (45 %) der Gesundheitsausgaben von 2013 gehen auf stationäre Behandlungen zurück, gefolgt von ambulanten Behandlungen (34 %), dem Verkauf von Gesundheitsgütern wie Medikamenten (10,6 %), Verwaltungsaufwand (4,3 %), anderen Leistungen (3,4 %) und der Prävention (2,2 %).
- **Kostenverursachende Gesundheitsprobleme:** Nicht übertragbare Krankheiten verursachten im Jahr 2011 rund 80 % der direkten Gesundheitskosten in der Schweiz [97]. Die direkten Kosten verteilen sich folgendermassen:
  - Herz-Kreislauf-Erkrankungen: CHF 10,3 Mrd.
  - muskuloskelettale Erkrankungen: CHF 8,7 bis 11,4 Mrd.
  - psychische Erkrankungen: CHF 4,0 bis 6,3 Mrd.
  - Krebs: CHF 4,0 bis 5,0 Mrd.
  - chronische Atemwegserkrankungen: CHF 1,6 bis 3,9 Mrd.
  - Demenz: CHF 1,0 bis 2,5 Mrd.[21]
  - Diabetes: CHF 0,8 bis 1,0 Mrd.

  Die Anteile für Nicht-NCDs (wie Verletzungen oder übertragbare Krankheiten) betragen rund 15 % und für Nicht-Krankheiten (wie normal verlaufende Schwangerschaften und Geburten) fast 5 %
- **Gesundheitskosten nach Alter:** Die Gesundheitskosten sind nicht gleichmässig über die unterschiedlichen Altersgruppen verteilt, sondern steigen mit zunehmendem Alter stark an (siehe Abb. 2). Das Bundesamt für Statistik [60] berechnet, dass die gesamten Gesundheitsausgaben für Personen ab 60 Jahren etwa gleich hoch sind wie die Ausgaben für die unter 60-Jährigen, obwohl erstere nur 23 % der Gesamtbevölkerung

ABBILDUNG 2

Gesundheitskosten im Jahr 2013 nach Alter, in Franken pro Einwohner. Quelle: [98]



[21] Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie 2014–2017 [186] werden höhere Kosten der Demenz referiert. Demnach beliefen sich die direkten Kosten der Demenz 2009 sogar auf 3,9 Milliarden Franken.

ausmachen. Fast ein Drittel (30 %) der gesamten Gesundheitsausgaben fallen allein bei Personen ab 75 Jahren an, die einen Anteil von lediglich 8 % an der Gesamtbevölkerung ausmachen [60].

- **Finanzierungsquellen:** Eine Analyse der wichtigsten Direktzahlenden zeigt, dass 2013 rund 43 % der Leistungen des Gesundheitsbereichs über Sozialversicherungen abgerechnet (Kranken- und Unfallversicherungen), 24 % direkt von privaten Haushalten bezahlt und 20 % vom Staat (insbesondere von den Kantonen) getragen wurden.

Die steigende Prävalenz von Erkrankungen und Einschränkungen im Alter (vgl. Kapitel 3) sowie die mit dem Lebensalter ansteigenden Gesundheitskosten haben eine Diskussion darüber ausgelöst, inwiefern die demografische Alterung und die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich zusammenhängen. Von gesundheitspolitischer Relevanz ist dabei insbesondere die Frage, inwiefern aufgrund der demografischen Alterung in Zukunft mit einem stärkeren Kostenwachstum zu rechnen ist.

4.1 Demografische Alterung und Gesundheitsausgaben

Die Auswirkungen der demografischen Alterung auf die Gesundheitsausgaben sind nicht eindeutig, und folglich ist der entsprechende Wirkungszusammenhang bis heute nicht abschliessend geklärt [99, 100]. In der diesbezüglichen Diskussion sind unter anderem die folgenden empirischen Erkenntnisse zu berücksichtigen:

- Gesundheitsökonomen warnen vor der vereinfachenden Gleichung «je älter der Mensch, desto höher die Gesundheitskosten». Viele unter ihnen postulieren, dass nicht das Lebensalter, sondern die verbleibende Lebenszeit für die Höhe der Gesundheitskosten ausschlaggebend sei. Anhand von Daten aus der Schweiz belegten Zweifel et al. [101] als Erste, dass der grösste Bedarf an Leistungen des Gesundheitssystems, und damit die hohen Kosten, erst im letzten Lebensjahr anfallen – und zwar unabhängig davon, wie alt eine Person ist. Das Bundesamt für Statistik bestätigt, dass diese sogenannten Sterbekosten ungefähr zehnmal höher sind als die Gesundheitskosten einer überlebenden, gleichaltrigen Person [102]. Die höheren durchschnittlichen Gesundheitsausgaben im Alter erklären sich folglich dadurch, dass mit zunehmendem Lebensalter der Anteil der Personen ansteigt, die sich im letzten Lebensjahr befinden. Dieser Zusammenhang minimiert gemäss Zweifel et al. den Einfluss, den die steigende Lebenserwartung auf den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen hat.
- Die Weltgesundheitsorganisation weist darauf hin, dass die erhöhte Krankheitshäufigkeit im Alter nicht zwingend bedeutet, dass Leistungen des Gesundheitswesens intensiver genutzt werden [54]. Daten aus der Schweiz und anderen europäischen Ländern zeigen, dass ältere Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status trotz gleichem Bedarf seltener medizinische Leistungen beanspruchen als wohlhabendere Personen im gleichen Alter [103]. Dies betrifft insbesondere Leistungen von Spezialisten und Zahnärzten, weniger jedoch Hospitalisierungen und Besuche bei Hausärzten. Jene Personen, die besonders von Erkrankungen und Beschwerden betroffen sind, beziehen also nicht zwingend auch (teure) medizinische Leistungen [vgl. 104].
- Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird von unterschiedlichen Kostentreibern beeinflusst. Das Ausgabenwachstum der letzten Jahrzehnte lässt sich grösstenteils auf Faktoren zurückführen, die nichts mit dem Alter der Bevölkerung und der Anzahl älterer Menschen in der Gesellschaft zu tun haben [19, 105–109]. Ausschlaggebend für das Kostenwachstum waren vielmehr ein verändertes Nachfrageverhalten der Patientinnen und Patienten sowie medizinische Fortschritte, die neue und vielfach teurere Behandlungsmöglichkeiten eröffnen und das Behandlungsvolumen pro Patientin und Patient erhöhen.

Vor diesem Hintergrund kommen neuere Studien zwar zum Schluss, dass die demografische Alterung zu einem zukünftigen Wachstum der Gesundheitsausgaben beitragen dürfte [107, 109, 110]. Mit anderen Worten: Der Konsum medizinischer und pflegerischer Leistungen nimmt in einer alternden Bevölkerung auch unabhängig der Sterbekosten zu [vgl. 19, 54]. Hingegen besteht keine Einigkeit über das genaue Ausmass, in dem die demografische Alterung in Zukunft die Gesundheitsausgaben steigen lassen wird.

4.2 Steigende Ausgaben vor allem in der Langzeitpflege

Ein grundsätzlicher Konsens besteht dahingehend, dass insbesondere die Kosten der Langzeit- und Alterspflege aufgrund der demografischen Alterung steigen werden, während die Kosten im Bereich der Akutmedizin vergleichsweise weniger stark beeinflusst werden dürften [13, 107, 109, 111, 112].

Dadurch, dass die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer nun zunehmend ins dritte und vierte Lebensalter kommen, wächst die Zahl der älteren Menschen in der Schweiz. Parallel zur Zahl der älteren und insbesondere hochaltrigen Menschen steigt der Bedarf an Pflegeleistungen. Bis im Jahr 2030 wird die Anzahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich von gut 125 000 auf über 180 000 ansteigen – vorausgesetzt, dass sich bezüglich Risikoexposition, Präventionsanstrengungen und Therapiemöglichkeiten nichts Grundlegendes verändert. Dies entspricht einer Zunahme von 46 % [113]. Neben der wachsenden Zahl an pflegebedürftigen Menschen ist auch mit einer steigenden Zahl an hilfebedürftigen Personen zu rechnen, die bei instrumentellen Alltagsaktivitäten wie Kochen und Einkaufen auf Hilfe angewiesen sind (vgl. Kapitel 3.7).

Die Ausgaben im Pflegebereich (Pflegeheime und Spitexdienste) sind im Vergleich zu den restlichen Gesundheitsausgaben bereits in jüngerer Vergangenheit überdurchschnittlich stark gewachsen: Zwischen 1995 und 2013, das heisst in weniger als 20 Jahren, haben sich die Pflegeausgaben mehr als verdoppelt [114]. 2013 betrugen die Pflegeausgaben mehr als 11 Milliarden Franken und machten damit über 16 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus. Die Ausgaben für Pflegeheime beliefen sich 2013 auf gesamthaft 9,2 Milliarden beziehungsweise auf 25 Millionen Franken pro Tag; die Ausgaben für Spitexdienste beliefen sich im gleichen Jahr auf knapp 2 Milliarden Franken beziehungsweise auf 5 Millionen Franken pro Tag [114].

Eine kürzlich publizierte Studie der Universität Basel berechnet, dass die Pflegeausgaben in der Schweiz aufgrund der wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen und der Preisentwicklung für Pflege sehr stark zunehmen werden [115]. Sofern die heutige Rate der Pflegebedürftigkeit im Alter auch in Zukunft stabil bleibt, würden die Pflegeausgaben bis 2035 real um 177 % oder jährlich um 4,7 % steigen. Steigt hingegen die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit im Alter, dürften die Pflegeausgaben bis 2035 sogar um 233 % wachsen. Dabei ist zu beachten, dass das Ausgabenwachstum je nach Kanton sehr unterschiedlich ausfallen wird.

Eine Studie der eidgenössischen Finanzverwaltung lässt ebenfalls steigende Pflegekosten erwarten und berechnet, dass sich der Anteil der Pflegeausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben bis 2060 verdoppeln wird [111]. Aufgrund der heutigen Finanzierungsordnungen der Spitäler sowie der Langzeitpflege der über 65-Jährigen ist anzunehmen, dass die grössten Zusatzlasten aufgrund der steigenden Pflegeausgaben bei den Kantonen und Gemeinden anfallen werden [13, 111].

4.3 Gesundes Altern trägt massgeblich zur Dämpfung der Kostenentwicklung bei

Wie am Beispiel der Pflegeausgaben gezeigt wurde, hängt das zukünftige Ausgabenwachstum aufgrund der demografischen Alterung auch davon ab, wie gesund die Menschen alt werden[22]. Massgeblichen Einfluss haben demnach die Krankheitsprävalenz und die Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit im Alter [19, 113]. Durch die Verbesserung der Gesundheit und Selbstständigkeit von älteren Menschen kann das Kostenwachstum aufgrund der demografischen Alterung deutlich gedämpft werden. Umgekehrt kann eine Ausdehnung der Lebenszeit bei schlechter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit das Kostenwachstum zusätzlich verschärfen [113].

In hoch entwickelten und reichen Ländern scheint sich die Lebenszeit mit Behinderung und intensiver Pflege- und Hilfebedürftigkeit – trotz der Zunahme an chronischen Krankheiten – zu verkürzen [59, 116]. Dieses Phänomen, das als «Morbiditätskompression» bekannt ist [117], lässt sich jedoch nicht in allen Ländern Europas feststellen [100]. In der Schweiz hat sich die schwere Morbidität generell auf eine re-

[22] Eine aktuelle Studie der Universität Basel zeigt, dass das zukünftige Wachstum der Gesundheitsausgaben nicht nur durch die Veränderung der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit beeinflusst wird, sondern beispielsweise auch eine zunehmende Verschiebung hin zu ambulanter Pflege das Ausgabenwachstum beträchtlich reduzieren dürfte [115].

lativ kurze Phase am Lebensende reduziert. Dies zeigt sich daran, dass die steigende Lebenserwartung in den letzten 30 Jahren mit einer steigenden Anzahl der gesunden Lebensjahre einherging [61, 113].

Die positiven Trends der letzten Jahrzehnte bleiben angesichts der sich laufend verändernden Lebensbedingungen und Lebensstile nicht zwangsläufig stabil [77, 118]. So weisen beispielsweise Daten zur Situation in den USA auf eine mögliche Trendwende bezüglich der Lebenszeit mit Behinderung hin [119]. In den USA wächst eine zukünftige ältere Generation heran, die – insbesondere aufgrund der steigenden Prävalenz von Adipositas und deren Begleiterkrankungen wie Diabetes – eine höhere Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit aufweisen könnte als gleichaltrige Personen heute. Die OECD und die WHO befürchten, dass aufgrund eines veränderten Lebensstils auch in der Schweiz eine Zunahme der Gesundheitsrisiken zu erwarten ist [120].

Vor diesem Hintergrund und als Grundlage für zukünftige finanz- und gesundheitspolitische Entscheide interessiert die folgende Frage: In welchem Ausmass wirken sich mögliche Veränderungen der Prävalenz von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit im Alter auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben aus? Modellrechnungen zu dieser Frage sind, genauso wie die in Kapitel 4.2 genannten Entwicklungsszenarien zu den Pflegeausgaben, naturgemäss mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Gleichzeitig ist die Finanz- und Gesundheitspolitik aufgefordert, langfristige Entwicklungen wie die demografische Alterung zu berücksichtigen und Ansatzpunkte für mögliche Steuerungs- und Korrekturmassnahmen zu suchen[23]. In der Schweiz wurden in jüngerer Vergangenheit deshalb zwei Studien durchgeführt, die Szenarien zum Einfluss der Gesundheit im Alter auf die gesamten Gesundheitsausgaben entwickelten.

Die Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen bis 2060, die der Bundesrat kürzlich vorgelegt hat [13], basieren auf der Annahme, dass sich die geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht ändern. Sie sollen damit illustrieren, wie stark sich allein allfällige Veränderungen der Gesundheit im Alter auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben auswirken. Das Referenzszenario der Studie basiert auf der Annahme, dass die Bevölkerung die Hälfte der gewonnenen Lebensjahre in einem guten Gesundheitszustand verbringen kann (teilweise Ausweitung der Morbidität). Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen:

- Im Vergleich zum Referenzszenario dürften die Gesundheitsausgaben in Zukunft um mehr als 1 % des Bruttoinlandprodukts (BIP) höher sein, falls die gewonnenen Lebensjahre in schlechter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit verbracht werden *(pure ageing)*
- Falls die steigende Lebenserwartung hingegen mit einer im gleichen Ausmass ansteigenden Anzahl gesunder Lebensjahre einhergeht, dürften die Gesundheitsausgaben um 1 % des BIP tiefer liegen im Vergleich zum Referenzszenario *(healthy ageing)*
- Gelingt es, die absolute Anzahl der Lebensjahre in Krankheit und Pflegeabhängigkeit zu reduzieren, dürften die Gesundheitsausgaben in Zukunft sogar zwei BIP-Prozente tiefer liegen als im Referenzszenario *(compression of morbidity)*

Im Jahr 2013 hätte ein BIP-Prozent einem Ausgabenvolumen von 6,3 Milliarden Franken und zwei BIP-Prozente 12,6 Milliarden Franken entsprochen. Der zukünftige Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen dürfte gemäss dieser Modellrechnung um über 40 % geringer ausfallen, falls die Lebensjahre in Krankheit und Pflegebedürftigkeit reduziert werden können *(compression of morbidity).*

Eine ähnliche Studie des Bundesamts für Statistik [14] unterstreicht ebenfalls die grosse volkswirtschaftliche Bedeutung einer gesunden älteren Bevölkerung. Diese Studie kommt zum Ergebnis, dass die Gesundheitsausgaben im Jahr 2030 über 11 Milliarden Franken tiefer liegen dürften, falls die Gesundheit im Alter verbessert werden kann.

Vor diesem Hintergrund folgert der Bundesrat: «Im Licht der vorgestellten Szenarien kommt dem Ziel der Förderung des gesunden Alterns eine ganz besondere Bedeutung zu» [13]. Auch wenn die referierten Modellrechnungen mit erheblichen Unsicherheiten verbunden sind, lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die volkswirtschaftliche Bedeutung einer

[23] Vgl. hierzu den Artikel 8 der Finanzhaushaltverordnung, der die gesetzliche Grundlage schafft für längerfristige Entwicklungsszenarien, die die Entwicklung der Finanzen auf allen drei Staatsebenen beleuchten.

wirksamen Gesundheitsförderung im Alter nimmt im Gleichschritt mit der demografischen Alterung zu. Von einem gedämpften Ausgabenanstieg aufgrund einer besseren Gesundheit im Alter profitieren insbesondere die primären Direktzahlenden im Gesundheitswesen, das heisst die Sozialversicherungen, die Kantone und die privaten Haushalte beziehungsweise die älteren Menschen selbst.

5 Evidenzen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung im Alter

Gesundheit und Wohlbefinden im Alter werden bereits in frühen Jahren vorgespurt (vgl. Kapitel 3). Um die Aussicht auf gesundes Altern zu verbessern, ist es wünschenswert, dass die Gesundheit im ganzen Lebensverlauf gepflegt und gefördert wird.

Doch auch nach dem Eintritt ins Pensionsalter lässt sich die Gesundheit durch gezielte Gesundheitsförderung und Prävention noch verbessern oder zumindest erhalten. Im Rahmen des europäischen *«Healthy Ageing»*-Projekts wird sogar davon ausgegangen, dass die gesundheitlichen Gewinne *(health gains)* aufgrund von Gesundheitsförderung und Prävention in kaum einer anderen Altersgruppe so gross sind wie im Alter [121]. Dies wird damit begründet, dass im Alter das Risiko für Erkrankungen und Unfälle sowie die negativen Folgen von Erkrankungen und Unfällen besonders ausgeprägt sind.

Die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen lässt sich häufig nicht exakt quantifizieren; dies umso weniger, je komplexer eine Intervention, ein Projekt oder ein Programm ist (vgl. Kapitel 15; [122]). Bei der Gesundheitsförderung im Alter handelt es sich zudem um ein relativ neues Themenfeld mit einem hohen Innovationsgrad, für welches wissenschaftliche Evidenzen erst in beschränktem Umfang vorliegen. Die Wirksamkeit von einfacheren verhaltensorientierten Massnahmen ist jedoch bereits heute für viele Interventionsbereiche gut belegt [123]. Gut belegt ist beispielsweise die Wirksamkeit der Sturzprävention sowie der Förderung der körperlichen Bewegung, der psychischen Gesundheit und der ausgewogenen Ernährung.

Sturzprävention: Die Häufigkeit von Stürzen kann mit spezifischen Trainings um 30–50 % verringert werden [1–4]. Sollte es dennoch zu einem Sturz kommen, ziehen sich körperlich trainierte Personen signifikant seltener leichte und schwere Verletzungen zu als gleichaltrige Vergleichsgruppen, die ihre Muskulatur und ihr Gleichgewicht nicht trainieren [124, 125]. Damit ist ein beträchtliches Kostenreduktionspotenzial verbunden, da in der Schweiz jedes Jahr Unfallkosten von 1,4 Milliarden Franken durch Stürze im Alter verursacht werden [82]. Mit einem einzigen vermiedenen Oberschenkelhalsbruch können ca. 15 000 Franken an Spitalkosten eingespart werden [126].

Bewegungsförderung: Dank körperlicher Aktivität im Alter können nicht nur zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden, auch bereits bestehende chronische Leiden lassen sich positiv beeinflussen (siehe Kapitel 17.1). Dazu gehören nicht übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten und muskuloskelettale Beschwerden, affektive Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen sowie kognitive Erkrankungen wie eine Demenz [8, 9, 127–130]. Regelmässige Bewegung reduziert beispielsweise das Risiko, an Demenz zu erkranken, um 14 % beziehungsweise verzögert das Auftreten demenzieller Erkrankungen um zwei bis drei Jahre [6]. Selbst bei Personen, die bereits an einer Demenz leiden, lassen sich die kognitiven Funktionen durch regelmässige Bewegung verbessern [131, 132]. Körperliche Aktivität dient auch im Alter der Prävention und der Reduktion von Körperfett und kardiometabolischen Risikofaktoren [133, 134]. Schliesslich zeigt Bewegung auch eine stabile Nutzenevidenz hinsichtlich des Erhalts der funktionalen Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter [135–139]. Das Risiko für das Auftreten beziehungsweise Fortschreiten einer Hilfsbedürftigkeit im Alltag kann mithilfe von Interventionen zur Bewegungsförderung und zum Erhalt der körperlichen Kraft um fast die Hälfte reduziert werden [5]. Kann beispielsweise eine stationäre Pflegebedürftigkeit, sei es als Folge funktioneller Einschränkungen oder einer Demenz, verhindert oder verkürzt werden, hat dies signifikante Einsparungen zur Folge: Mit einem einzigen vermiedenen Pflegeheimjahr können durchschnittlich Kosten von über 100 000 Franken eingespart werden [140].

Förderung der psychischen Gesundheit und der sozialen Teilhabe: Die psychische Gesundheit im Alter lässt sich durch individuumszentrierte, kommunale und strukturelle Interventionen fördern (siehe Kapitel 19.3). Depressionen und Angststörungen im Alter können auf Ebene des Individuums beispielsweise

durch die Förderung eines gesunden und körperlich aktiven Lebensstils (siehe oben) und durch Entspannungstrainings nachweislich positiv beeinflusst werden [7]. Auf kommunaler Ebene können Gruppeninterventionen wie das gemeinsame Singen mit Gleichaltrigen die psychische Gesundheit älterer Menschen nachweislich erhalten und verbessern [10]. Durch Gruppeninterventionen lassen sich nicht nur das psychische Wohlbefinden, affektive Erkrankungen wie Depressionen und die wahrgenommene Lebensqualität positiv beeinflussen, die soziale Teilhabe scheint auch ein Schutzfaktor für die kognitive Gesundheit zu sein [141]. Eine Zürcher Studie zeigt zudem, dass sich auch das Wohlbefinden von Menschen, die bereits kognitiv beeinträchtigt sind, durch soziale Kontakte und Unterstützung verbessern lässt [142]. Es liegt nahe, dass auch Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe zur Dämpfung der Gesundheitsausgaben beitragen. Eine Evaluation von sozialtherapeutischen Interventionen in Finnland (Teilnahme an Kunst-, Diskussions-, Schreib- oder Bewegungsgruppen) hat gezeigt, dass diese Interventionen die Kosten für medizinische und soziale Leistungen um mehr als einen Drittel senkten [11].

Förderung einer ausgewogenen Ernährung: Studien belegen, dass sich das Ernährungsverhalten älterer Menschen durch gezielte Interventionen verbessern und ausgewogener gestalten lässt [12, 143, 144]. Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung können unterschiedliche körperliche und psychische Funktionen positiv beeinflussen (wie die Senkung von Bluthochdruck) und können dadurch die Gesundheit älterer Menschen nachweislich verbessern [12]. Es zeigt sich zudem, dass ältere Menschen in einem guten Ernährungszustand nach Operationen seltener wieder hospitalisiert werden müssen als Gleichaltrige, die von Fehl- oder Mangelernährung betroffen sind [145]. In einer systematischen Literaturanalyse zeigte sich, dass Ernährungsinterventionen bei älteren Menschen auch mit tieferen Gesundheitsausgaben einhergehen können [12].

In der Praxis haben sich multidimensionale Ansätze, das heisst die Kombination von mehreren verhaltensorientierten Interventionen, besonders bewährt. So hat beispielsweise die Kombination von Bewegung und Begegnung, das heisst das gemeinsame Aktivsein in einer Gruppe, sogar noch stärkere positive Effekte auf die psychische Gesundheit als körperliche Aktivität alleine zu Hause [146]. Auch die kognitive Gesundheit lässt sich durch eine Kombination von kognitivem Training und körperlicher Aktivität stärker und nachhaltiger verbessern als mit einem eindimensionalen, ausschliesslich kognitiven oder körperlichen Training [147–149]. Multidimensionale Interventionen haben sich auch in der Förderung der Gesundheit von hochaltrigen Personen sowie bei der Unterstützung von Pflegenden bewährt [150, 151].

Werden einfachere verhaltensorientierte Massnahmen (wie die oben genannten) durch verhältnisorientierte Massnahmen ergänzt und längerfristig verankert, kann deren Wirkungspotenzial noch gesteigert werden. Es gibt gute Belege dafür, dass ganzheitliche Interventionsansätze, die die in der Ottawa-Charta definierten fünf Handlungsfelder kombinieren, am wirksamsten sind [152]. Diese fünf Handlungsfelder sind: die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten [153].

Damit lässt sich festhalten: Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung im Alter erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen das dritte und vierte Lebensalter lange selbstständig zu Hause, in guter Gesundheit und mit einer hohen Lebensqualität verbringen können. Gleichzeitig ist Gesundheitsförderung im Alter geeignet, Heimeinweisungen zu verzögern, Pflegebedürftigkeit zu verringern und damit den prognostizierten Kostenanstieg für Krankheit, Pflege und Infrastrukturen zu dämpfen. Darüber hinaus sind gesunde und selbstständige ältere Menschen besser in der Lage, wichtige Beiträge an die Gesellschaft zu leisten, sei dies bei der Unterstützung von Angehörigen oder in der Freiwilligenarbeit.

6 Das Wichtigste der Kapitel 1–5 in Kürze

- Mit dem Rückgang der Fertilität und der Geburtenraten sowie der Erhöhung der Lebenserwartung sind zwei demografische Trends aufeinandergetroffen, die zu einer anhaltenden Alterung der Bevölkerung führen, die durch Migrationsbewegungen lediglich leicht abgeschwächt wird.
- Bereits vor 2030 dürfte es in der Schweiz mehr Menschen ab 65 Jahren geben als Personen unter 20 Jahren. Die Zahl der hochaltrigen Menschen wird besonders schnell anwachsen.
- Das Alter und das Altern lassen sich kaum normieren, und die gesundheitlichen Unterschiede sind im Alter grösser als in jeder anderen Lebensphase zuvor.
- Der grösste Teil der Krankheitslast bei älteren Menschen wird durch nicht übertragbare Krankheiten verursacht (NCDs). Fast 80 % der Todesfälle von Personen ab 65 Jahren sind die Folge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenzerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Diabetes. Weitere relevante Krankheiten und gesundheitliche Herausforderung im Alter sind psychische Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, Stürze und Beeinträchtigungen des Seh-, Hör-, Tast- und Gehvermögens.
- Ältere Menschen sind häufig multimorbid, das heisst, sie leiden gleichzeitig an zwei oder mehr chronischen Krankheiten (betrifft jede dritte Person ab 80 Jahren).
- Ältere Menschen verfügen über wichtige Ressourcen. Aufgrund von psychischen Anpassungsleistungen können ältere Menschen auch angesichts von Erkrankungen und Beschwerden eine hohe Lebenszufriedenheit aufweisen.
- Ausschlaggebend für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen der letzten Jahrzehnte war nicht die demografische Alterung, sondern ein verändertes Nachfrageverhalten auf Patientenseite, neue und teurere Behandlungsmöglichkeiten und das steigende Behandlungsvolumen pro Patientin und Patient.
- Insbesondere die Kosten der Langzeitpflege beziehungsweise der Alterspflege werden voraussichtlich aufgrund der demografischen Alterung steigen, während die Kosten im Bereich der Akutmedizin vergleichsweise weniger stark beeinflusst werden dürften.
- Die zukünftigen Gesundheitsausgaben dürften um mehrere Milliarden Franken tiefer liegen, falls die Gesundheit und die Selbstständigkeit im Alter verbessert werden können.
- Gesundheitsförderung im Alter erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen das dritte und vierte Lebensalter lange selbstständig zu Hause, in guter Gesundheit und mit einer hohen Lebensqualität verbringen können. Gleichzeitig ist Gesundheitsförderung im Alter geeignet, Heimeinweisungen zu verzögern, Pflegebedürftigkeit zu verringern und damit den prognostizierten Kostenanstieg für Krankheit, Pflege und Infrastrukturen zu dämpfen.

Teil 2

Aktuelle Entwicklungen und Akteure in der Gesundheitsförderung im Alter

In diesem Teil des Berichts wird überblicksartig dargestellt, wie auf internationaler Ebene und in einigen Nachbarländern der Schweiz die Gesundheit und Selbstständigkeit der älteren Bevölkerung gefördert wird. Im Anschluss an einen Blick auf entsprechende nationale Aktivitäten in der Schweiz werden die Resultate einer Umfrage von Gesundheitsförderung Schweiz präsentiert, die für die Entwicklung der in Kapitel 14 skizzierten KAP «Gesundheitsförderung im Alter» wegweisend sind. Abschliessend werden Erfahrungen und Erkenntnisse zusammengefasst, die Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» gesammelt hat und die in den Aufbau der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» einfliessen.

7 Internationale Ebene

Die demografische Alterung ist nicht nur in der Schweiz oder in Europa ein Thema (siehe Kapitel 1), vielmehr steht sie weltweit im Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention. Aus diesem Grund hat die Weltgesundheitsorganisation eine globale Strategie zum Thema Altern und Gesundheit verfasst, die sich gegenwärtig (Stand: Oktober 2015) in der Vernehmlassung befindet. Wie in Kapitel 1 aufgezeigt wurde, ist in europäischen Gesellschaften der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung weltweit am höchsten. Aufgrund einer mit der Schweiz vergleichbaren Altersstruktur werden im Folgenden Handlungsansätze und -schwerpunkte skizziert, die in der europäischen WHO-Region sowie in Deutschland und Frankreich im Rahmen der Gesundheitsförderung im Alter im Zentrum stehen.

7.1 WHO Region Europa

Das WHO-Büro der Region Europa arbeitet gemeinsam mit den Mitgliedstaaten und mit weiteren Partnern zusammen, um die Gesundheit über die ganze Lebensspanne zu fördern. Diese Zusammenarbeit beinhaltet Massnahmen, um einerseits der wachsenden Ungleichheit im Alter entgegenzuwirken und andererseits die Gesundheitssysteme dahingehend zu stärken, dass sie optimaler auf die Bedürfnisse alternder Gesellschaften eingehen können [154].
Ziel der WHO Region Europa ist es, Policy-Grundlagen und Strukturen zu entwickeln, damit alle Menschen in einem unterstützenden Umfeld leben können. Zudem soll der Zugang zu qualitativ hochstehenden, massgeschneiderten, gut koordinierten medizinischen und sozialen Angeboten gewährleistet sein. Die Menschen in Europa sollen schliesslich auch darin unterstützt werden, in jeder Lebensphase ein Maximum an funktionaler Gesundheit zu erlangen sowie in Würde leben und sterben zu können [154]. Durch diese Massnahmen sollen vor allem nicht übertragbare Krankheiten präventiv angegangen und kontrolliert werden.

In der WHO Region Europa stehen folgende Handlungsfelder im Fokus [154]:

- Sturzprävention
- Bewegungsförderung
- Impfen älterer Menschen sowie die Prävention infektiöser Krankheiten in Spitälern und anderen Einrichtungen
- Unterstützung der informellen Pflege zu Hause
- Bildung von Strukturen und Kompetenzen in Geriatrie und Gerontologie
- Prävention von sozialer Isolation
- Qualitätssicherung in der Versorgung älterer Menschen, speziell im Hinblick auf Demenz und Palliative Care von Langzeitpatienten
- Prävention von Gewalt an älteren Menschen

Das Generieren wissenschaftlicher Evidenzen wird zudem als Querschnittsaufgabe bezeichnet, die sämtliche der genannten Handlungsfelder betrifft [154].

7.2 Europäische Union

Die Europäische Kommission befasst sich ebenfalls intensiv mit den (gesundheitspolitischen) Herausforderungen des demografischen Wandels und fordert auf der Webplattform EuroHealthNet, dass die Gesundheit über die gesamte Lebensspanne eines Menschen betrachtet werden muss. So müssen Investitionen in die Gesundheit der Menschen bereits im Kleinkindalter beginnen und bis ins hohe Alter fortgesetzt werden [155].
Die *«European Innovation Partnership on Active Ageing»* ist eine Pilotinitiative, die wichtige Schlüsselakteure, wie öffentliche Verwaltungen, Vertreter der Industrie, Zielgruppenvertreter und weitere Akteure der nationalen und der regionalen Ebene, zusammenbringt. Die Initiative wurde von der Europäischen Kommission lanciert, um Forschung und Innovation zum gesunden Altern zu fördern [156]. Diese «Partnerschaft für aktives Altern» stellt den Schlüsselakteuren ein Forum zur Verfügung, in dem sie kooperieren, sich vernetzen und sich über gemeinsame

Visionen austauschen können. Die Partnerschaft soll einen dreifachen Gewinn für Europa generieren. Erstens wird den Bürgern Europas ermöglicht, im Alter ein aktives und unabhängiges Leben zu führen. Zweitens wird dadurch die Nachhaltigkeit und Effizienz der sozialen und medizinischen Betreuung verbessert. Drittens wird die Wettbewerbsfähigkeit von Märkten für innovative Produkte und Dienstleistungen verbessert.
Ziel der genannten Pilotinitiative ist die Erhöhung der durchschnittlichen gesunden Lebenserwartung in Europa um zwei Jahre bis zum Jahr 2020 [155].

7.3 Deutschland

In Deutschland setzt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das nationale Programm «Gesund und aktiv älter werden» um. Dieses Programm umfasst Bundeskonferenzen, Regionalkonferenzen in allen Bundesländern sowie Kooperationsprojekte mit bundesweit agierenden Verbänden, Hochschulen und Vereinen [157].
Die BZgA entwickelt unter dem Dach dieses Programms das bundesweite Präventionsprogramm «Älter werden in Balance». Ziel dieses Präventionsprogramms ist es, durch körperliche Aktivität und Bewegung die Gesundheit und Lebensqualität von Frauen und Männern ab 65 Jahren in Deutschland zu fördern und die Pflegebedürftigkeit zu verzögern. Im Programm werden multimodale Massnahmen zur Aufrechterhaltung und Stärkung von körperlicher und psychischer Gesundheit, Wohlbefinden und sozialer Teilhabe kombiniert.
IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Mit dem nationalen Aktionsplan von IN FORM will die Bundesregierung erreichen, dass Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben und dass alle Menschen von einer höheren Lebensqualität profitieren. Ziel ist, dass Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mitverursacht werden, deutlich zurückgehen. Auch Seniorinnen und Senioren sind Zielgruppe dieses Aktionsplans [158].

7.4 Frankreich

In Frankreich ist das *«Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)»* federführend für Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler Ebene. Im Rahmen seines Programms *«Vieillir en bonne santé»* will das Institut mithilfe grosser Publikumskampagnen dazu beitragen, die Autonomie älterer Menschen zu erhalten und die Kompetenzen von Fachpersonen, die mit älteren Personen und deren Familien arbeiten, zu stärken.
Das INPES richtet sich dabei an Menschen ab 55 Jahren und vermittelt dieser Zielgruppe Informationen und Ratschläge zum Erhalt ihrer Gesundheit. In seinen Publikationen befasst sich das INPES unter anderem mit den Themen Bewegung, Ernährung, kognitive Funktionen, Schlaf, Gefühlsleben, Unfälle im Alltag und medizinische Vorsorge.
Das INPES beschäftigt zudem Fachpersonen, die direkt mit älteren Menschen arbeiten. Des Weiteren werden Instrumente für die Prävention und die Gesundheitserziehung angeboten, die sich beispielsweise mit den Themen Sturzprävention, Ernährung oder «klimatische Risiken» befassen [159].

8 Die Schweiz – nationale Ebene

In der Schweiz laufen auf nationaler Ebene viele Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention, in welchen die Zielgruppe der älteren Menschen entweder explizit angegangen wird oder aber implizit aufgrund realisierter Massnahmen mitberücksichtigt wird. Bis dato existiert in der Schweiz jedoch kein eigenständiges nationales Programm zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen.

Auf Bundesverwaltungsebene sind die vier nationalen Programme «Alkohol», «Tabak», «Ernährung und Bewegung» sowie «Migration und Gesundheit» zu nennen. Diese Programme wurden vom Bundesrat in Auftrag gegeben und werden in der Verantwortung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) umgesetzt. Einen expliziten Bezug zur Zielgruppe der älteren Menschen haben zudem die nationale Demenzstrategie 2014–2017 und die Strategie zur Langzeitpflege.

Ab 2017 sollen die vier nationalen Programme durch die Massnahmen einer nationalen NCD-Strategie abgelöst werden, die in das Konzept «Gesundheit2020» des Bundesrats [160] eingebettet ist. Diese Strategie wurde vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik – der gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen – in Auftrag gegeben und wird gegenwärtig (Oktober 2015) vom Bundesamt für Gesundheit gemeinsam mit den Kantonen und weiteren Partnern entwickelt. Die Strategie dient der Prävention nicht übertragbarer Krankheiten und befasst sich mit den Themen Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel und unausgewogene Ernährung, die die wichtigsten Risikofaktoren für nicht übertragbare Erkrankungen darstellen (vgl. Kapitel 14.1).

Im Hinblick auf das Thema Ernährung im Alter ist das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) ein wichtiger Akteur. Es ist für die Umsetzung der Schweizer Ernährungsstrategie verantwortlich. Diese will erreichen, dass sich alle Menschen in der Schweiz nachhaltig und gesund ernähren und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil pflegen können [161].

Auf Bundesverwaltungsebene ist auch das Bundesamt für Sport (BASPO) ein wichtiger Akteur in der Bewegungsförderung im Alter. Unter Berücksichtigung der multisektoriellen Zusammenarbeit sind ebenfalls das Bundesamt für Strassen (ASTRA), das Bundesamt für Raumentwicklung (ARE) sowie das Bundesamt für Umwelt (BAfU) wichtige Akteure auf Bundesverwaltungsebene.

9 Kantone

Die Rahmenbedingungen in den 26 Kantonen sind aufgrund des föderalen Systems der Schweiz sehr unterschiedlich. So verfügt jeder Kanton über ein eigenes Gesundheitsgesetz und ein Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Funktionsweisen und Organisationsstrukturen.
Die nachfolgenden Kapitel 9.1 bis 9.3 basieren auf den Ergebnissen einer Umfrage und einem Stakeholder-Workshop, die Gesundheitsförderung Schweiz im Frühjahr/Sommer 2015 durchgeführt hat. Für die schriftliche Umfrage wurde den Leitenden der Gesundheits- und/oder Sozialämter in allen 26 Schweizer Kantonen und den verantwortlichen Personen für Altersfragen in den Gemeinden Lausanne, Lugano, Luzern, Winterthur und Zürich ein Fragebogen zugeschickt. Im Fokus der Umfrage standen die Bedürfnisse und Ziele im Hinblick auf die Förderung der Gesundheit älterer Menschen. Die Rücklaufquote betrug 80,6 % (25 ausgefüllte Fragebogen). Anschliessend wurde eine Stakeholdergruppe mit ausgewählten Personen gebildet, die die ausgewerteten Umfrageergebnisse während eines Workshops bearbeitete und weiterentwickelte. Während sich die schriftliche Befragung ausschliesslich an staatliche Stellen richtete, wurden am Stakeholder-Workshop weitere Akteure einbezogen. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse dargestellt.

INFOBOX: Rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter im Kanton Aargau

Gemäss Gesundheitsgesetz, welches seit dem 1.1.2010 in Kraft ist, ist der Kanton für die Gesundheitsförderung und Prävention zuständig und die Gemeinden unterstützen den Kanton beim Vollzug. Die Gesundheitsförderung im Alter ist in diesem Gesetz nicht explizit erwähnt, lässt sich jedoch in den Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention integrieren. Der Kanton verfügt zudem über ein kantonales Altersleitbild (Leitsätze zur Alterspolitik), das im Januar 2013 vom Regierungsrat genehmigt wurde. In mehreren der zwölf formulierten Leitsätze zur Alterspolitik ist die Gesundheitsförderung im Alter als Querschnittsthema gut zu integrieren. So beispielsweise im Leitsatz 4 *«Im Kanton Aargau leben ältere Menschen eigenverantwortlich»* oder im Leitsatz 9 *«Im Kanton Aargau sind Lebensräume altersfreundlich gestaltet».*
Des Weiteren existiert im Aargau eine gesundheitspolitische Gesamtplanung (GGpl), die am 26.10.2010 vom Kantonsparlament verabschiedet wurde.
Dort ist im Themenbereich 4 das kantonale Schwerpunktprogramm Gesundheitsförderung im Alter erwähnt, das im Kanton erfolgreich umgesetzt wird.
Ausserdem liegen Umsetzungsbeschlüsse vor, die verschiedene kantonale Departemente betreffen. Darunter gehört beispielsweise das Schwerpunktprogramm «Gesundheitsförderung im Alter» (Verantwortung bei der Abteilung Gesundheit), der kantonale Alterskongress, der Schwerpunkt «pflegende Angehörige» (Verantwortung bei der Fachstelle Alter), die Kampagne «Potenzial 50plus» (Verantwortung beim Amt für Arbeit und Wirtschaft), der Informationspool beziehungsweise die verbesserte Angebotsdatenbank für die Vermarktung von Anlauf- und Beratungsstellen, die Sensibilisierung von Arbeitgebern («work & care») sowie die Quartiers- und Lebensraumentwicklung mit der Nachbarschaftshilfe.
Für die Gesundheitsförderung im Alter ist in der kantonalen Verwaltung das Departement Gesundheit und Soziales zuständig. Innerhalb des Departements sind es einerseits die Abteilung Gesundheit, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention und andererseits der Kantonale Sozialdienst, Fachstelle Alter.

9.1 Rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter

Die rechtliche Verankerung in den Kantonen wurde anhand von Gesetzen, Verordnungen und Weisungen bezüglich der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie von Altersleitbildern und Alterskonzepten erhoben. Bei der Auswertung der Umfrageresultate wurde eine Kategorisierung in sehr starke, starke, mittlere, schwache und sehr schwache rechtliche Verankerung vorgenommen.

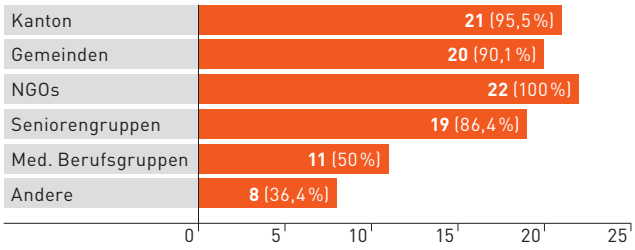
Die Befragung ergab, dass mindestens acht Kantone (30 %) über eine sehr starke rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter verfügen und mindestens zwei weitere Kantone (7 %) über eine starke rechtliche Verankerung verfügen. In diesen Kantonen sind einschlägige Gesetze, Verordnungen und Weisungen sowie Altersleitbilder und weitere strategische Konzepte zum Alter vorhanden.

Mindestens neun Kantone (34 %) verfügen über eine eher schwache rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter und mindestens zwei weitere Kantone (7 %) verfügen über eine sehr schwache rechtliche Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter. Dies zeigt sich an fehlenden oder nur wenigen rechtlichen und konzeptuellen Grundlagen.

Die schwache oder gar sehr schwache Verankerung zeigt sich auch bei der Finanzierung von Umsetzungen, einem weiteren Indikator für die Verankerung von Massnahmen der Gesundheitsförderung im Alter. Gesamthaft betrachtet existieren in mindestens 13 Kantonen (50 %) finanzielle Lücken in der Umsetzung der Gesundheitsförderung im Alter.

ABBILDUNG 3

Schlüsselakteure in der Gesundheitsförderung im Alter
Frage an Kantonsvertretungen: «Welches sind die wichtigsten Schlüsselakteure, die in Ihrem Kanton in der Gesundheitsförderung im Alter aktiv sind?» N = 22



9.2 Zusammenarbeit und Rollen in den Kantonen

In einigen Kantonen ist die Gesundheitsförderung im Alter Teil der Alterspolitik. In mindestens 22 Kantonen (84 %) existieren kantonale Ämter und/oder Verwaltungsstellen, die für die Gesundheitsförderung im Alter zuständig sind. Die Kantone spielen vor allem bei der (Mit-)Finanzierung und bei der Strategieentwicklung eine tragende Rolle. Aber auch in der Koordination von Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter sind viele Kantone tätig.

Neben den Kantonen sind die Gemeinden weitere Schlüsselakteure in der Gesundheitsförderung im Alter. Schweizweit ist dies in mindestens drei Viertel der Kantone der Fall. Die kommunalen Verwaltungen sind stark in der Umsetzung von Massnahmen tätig und finanzieren auch entsprechende Umsetzungen.

Zudem spielen Nichtregierungsorganisationen (NGOs) wie Pro Senectute, Caritas, das SRK und die regiona-

TABELLE 4

Aufgabenverteilung in den Kantonen. N = 21

	Verantwortung in der Umsetzung	Verantwortung in der Koordination	Verantwortung in der Finanzierung	Verantwortung in der Strategie
Kanton	5	16	20	19
Gemeinden	15	9	15	8
NGOs	21	12	6	4
Seniorengruppen	18	5	2	3
Med. Berufsgruppen	17	6		
Andere Gruppen	7	2		

len Rheumaligen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung im Alter. In mindestens 22 Kantonen gelten diese als Schlüsselakteure. Ihre primäre Aufgabe ist die Umsetzung von Massnahmen. Daneben sind NGOs in fast der Hälfte aller Kantone aber auch für die Koordination von Massnahmen zuständig. Seniorengruppen und medizinische Berufsgruppen sind weitere Schlüsselakteure, die vor allem in der Umsetzung von Massnahmen aktiv sind.
Die Tabelle 4 zeigt die Aufgabenverteilung in den Kantonen.

INFOBOX: Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im Kanton Bern

Zu den wichtigsten Akteuren, die im Kanton Bern an der Gesundheitsförderung im Alter beteiligt sind, gehören der Kanton, die Gemeinden, verschiedene NGOs, Seniorengruppen, medizinische Strukturen/ Berufsgruppen sowie weitere Gruppen.

- **Kanton:** Auf Kantonsebene ist die Gesundheits- und Fürsorgedirektion mit der Abteilung Alter des Alters- und Behindertenamts unter anderem auch für die Gesundheitsförderung im Alter zuständig. Es existiert aktuell keine Zusammenarbeit mit anderen kantonalen Verwaltungsstellen. Mit Blick auf die Aufgabenteilung ist der Kanton sowohl für die Finanzierung als auch für die Strategie zuständig. Die Finanzierung erfolgt über einen Leistungsvertrag mit der Pro Senectute des Kantons Bern. Die strategische Leitung beinhaltet das Setzen von Leitplanken in der Alterspolitik sowie die Berichterstattung an die Politik.
- **Gemeinden:** Das kantonale Gesundheitsförderungsprogramm war in den letzten Jahren in rund der Hälfte der 356 Berner Gemeinden mit Gesundheitsförderungsangeboten und Dienstleistungen aktiv. Die Rolle der Gemeindebehörden war dabei sehr unterschiedlich: von der politischen Verankerung und der finanziellen und personellen Unterstützung bis hin zu keiner Unterstützung.
  Mit Blick auf die Arbeitsteilung wirken die Gemeinden in den Bereichen Strategie, Koordination und Umsetzung mit. Gemeinden adaptierten die kantonale Alterspolitik anhand von kommunalen Altersleitbildern und beteiligen sich so an der strategischen Leitung. Die Gemeinden können das durch die Pro Senectute bereitgestellte Angebot der Gesundheitsförderung im Alter kostenlos in Anspruch nehmen und engagieren sich so in der Umsetzung und der Koordination.
  Die Zusammenarbeit zwischen der Pro Senectute Kanton Bern und den Gemeinden geschieht ohne vertragliche Vereinbarungen. Das Budget wird vom Kanton zur Verfügung gestellt.
- **NGOs:** Die Gesundheitsförderung im Alter wird im Kanton Bern von der Pro Senectute mit dem Programm «Zwäg ins Alter» (ZiA) umgesetzt. Die Pro Senectute Kanton Bern arbeitet vernetzt und koordiniert mit weiteren NGOs zusammen. Dazu gehören beispielsweise das Schweizerische Rote Kreuz Kanton Bern, die Caritas Bern, die Berner Alzheimervereinigung, die Berner Rheumaliga, Berner Gesundheit und die Berner Krebsliga .
- **Seniorengruppen:** Diese sind in der Rolle als Multiplikatoren wichtige Partner im Kanton. Mit Blick auf die Arbeitsteilung können sie, genau wie die Gemeinden, die Angebote von ZiA in Anspruch nehmen und damit zur Umsetzung der alterspolitischen Ziele in ihrer Gemeinde beitragen beziehungsweise bei der Koordination der Leistungen unterstützend wirken.
- **Medizinische Berufsgruppen/Strukturen:** Bei den medizinischen Berufsgruppen und Strukturen sind im Kanton Bern Fachakteure wie Spitex, Memory Clinic und andere beteiligt. Ebenfalls involviert sind Physiotherapien, Ergotherapien, Apotheken, Ernährungsberatungen sowie Arztpraxen. Mit Blick auf die Arbeitsteilung sind medizinische Berufsgruppen und Strukturen an der Koordination und der Umsetzung beteiligt. Gesundheitsligen engagieren sich mit einem grossen gemeinsamen Anlass in der Sekundärprävention und medizinische Berufsgruppen setzen Prävention aktiv um.
- **Weitere Gruppen:** Diese umfassen Akteure des zivilgesellschaftlichen Bereichs wie Kirchgemeinden, Frauenvereine, Migrations- und Quartiervereine. Alle zivilgesellschaftlichen Akteure, die den Austausch und gemeinsame Aktivitäten älterer Menschen ermöglichen, übernehmen Verantwortung in der Umsetzung.

Der Kanton Bern ist seit Jahren aktiv in der Gesundheitsförderung im Alter und weit fortgeschritten. An seinem Beispiel werden in der INFOBOX Arbeitsteilung, Koordination und Kooperation illustriert.

9.3 Interventionen

Im Jahr 2015 fanden in mindestens 80 % der Kantone Interventionen zur Gesundheitsförderung im Alter statt. Die Umfrage ergab, dass die Interventionen zur Sturzprävention, allgemeinen Bewegungsförderung und Förderung der sozialen Teilhabe aktuell am häufigsten, diejenigen zur ausgewogenen Ernährung und Vermeidung von Mangelernährung deutlich seltener durchgeführt werden (siehe Abb. 4). Interventionen zur Bewegungsförderung, Sturzprävention oder sozialen Teilhabe werden jeweils in mehr als 20 Kantonen/Gemeinden durchgeführt, Interventionen zur ausgewogenen Ernährung in 16 und Interventionen zur Vermeidung von Mangelernährung in 14 Kantonen/Gemeinden. Die meisten Kantone/Gemeinden, in welchen diese Interventionen nicht durchgeführt werden, wären jedoch an diesen interessiert beziehungsweise geben an, einen ungedeckten Bedarf in diesen Themenbereichen zu haben.
Weitere Interventionen in den Kantonen/Gemeinden betreffen die Suchtprävention im Alter (in 12 Kantonen/Gemeinden) und die Demenzprävention (in 7 Kantonen).
Die befragten Kantons- und Gemeindevertretungen setzten bei den Interventions- und Querschnittsthemen die in den Abbildungen 4 und 5 dargestellten Prioritäten.

ABBILDUNG 4

Prioritäten bei den Interventionsthemen
Frage: «Wie sehen Sie bei den Interventionsthemen ‹Allgemeine Bewegungsförderung›, ‹Sturzprävention›, ‹Förderung einer ausgewogenen Ernährung› und ‹Förderung der sozialen Teilhabe› die Prioritäten für Ihren Kanton?» N = 25

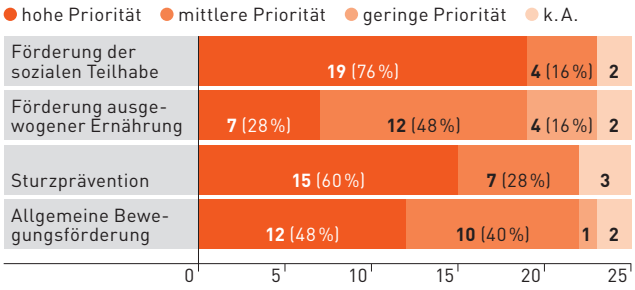
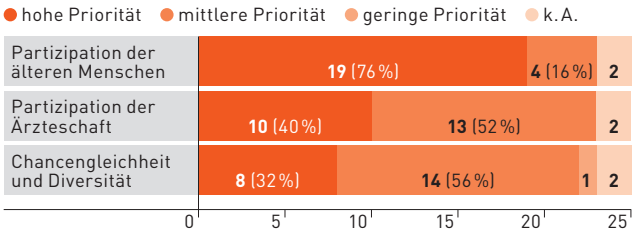


ABBILDUNG 5

Prioritäten bei den Querschnittsthemen
Frage: «Wie sehen Sie bei den Querschnittsthemen ‹Chancengleichheit und Diversität›, ‹Partizipation der Ärzteschaft› sowie ‹Partizipation der älteren Menschen› die Prioritäten für Ihren Kanton?» N = 25



Die Interventionsthemen «Förderung der sozialen Teilhabe» und «Sturzprävention» sind Themen mit hoher Priorität. Im Vergleich dazu wurden die Interventionsthemen «Förderung einer ausgewogenen Ernährung» sowie «Allgemeine Bewegungsförderung» weniger oft mit hoher Priorität bewertet.
Das Querschnittsthema «Partizipation der älteren Menschen» ist ein Thema mit hoher Priorität (vgl. Abb. 5). Im Vergleich dazu wurden die Querschnittsthemen «Partizipation der Ärzteschaft» sowie «Chancengleichheit und Diversität» weniger oft mit hoher Priorität bewertet. Sämtliche der genannten Themen gelten jedoch in ihrer Priorität als mittel bis hoch.
Im Anschluss an die Umfrage und den Stakeholder-Workshop lassen sich folgende Interventions- und Querschnittsthemen für kantonale Aktionsprogramme zur Gesundheitsförderung im Alter priorisieren:

- Förderung der sozialen Teilhabe
- Sturzprävention
- Förderung einer ausgewogenen Ernährung inklusive Vermeidung von Mangelernährung
- Allgemeine Bewegungsförderung
- Förderung der allgemeinen Gesundheitskompetenzen
- Zugang älterer Menschen zu medizinischer Versorgung
- Partizipation der älteren Menschen
- Partizipation der Ärzteschaft
- Chancengleichheit und Diversität

10 Gemeinden

Die Gemeinden sind wichtige Schlüsselakteure in der Gesundheitsförderung im Alter. Schweizweit ist dies in mindestens drei Viertel der Kantone der Fall. Die Schweiz zählte am 1. Januar 2014 2352 Gemeinden [162]. Die vorliegenden Daten aus der genannten Umfrage zeigen, in wie vielen Kantonen die kommunalen Verwaltungen Schlüsselakteure sind und was ihre primären Aufgaben sind. Es lässt sich jedoch keine Aussage darüber machen, wie viele Gemeinden tatsächlich in der Gesundheitsförderung im Alter aktiv sind.

In mehr als der Hälfte aller Kantone setzen Gemeinden Massnahmen um und finanzieren die Gesundheitsförderung im Alter mit. In mehr als einem Drittel aller Kantone sind Gemeinden ausserdem in der Koordination und in der Strategieentwicklung von Massnahmen zur Gesundheitsförderung im Alter tätig.
Eine grosse städtische Gemeinde, die in der Gesundheitsförderung im Alter seit Jahren weit fortgeschritten ist, ist die Stadt Zürich. Nachstehend wird aufgezeigt, wie sich die Gesundheitsförderung im Alter in Zürich gestaltet.

INFOBOX: Gesundheitsförderung im Alter in der Stadt Zürich

In der Stadt Zürich existiert kein kommunales Gesetz, in dem die Gesundheitsförderung im Alter explizit vorgesehen ist, es existiert jedoch eine Altersstrategie aus dem Jahr 2012. In der Altersstrategie werden unter anderem der Grundsatz der partizipativen Gestaltung altersgerechter Lebensräume sowie der hindernisfreie Wohnraum genannt. Ebenso stellt die soziale Teilhabe der älteren Bevölkerung einen Grundsatz dar, der in dieser Strategie verankert ist.
In Zürich existieren verschiedene Verwaltungsstellen, die für die Gesundheitsförderung im Alter zuständig sind. Dies sind beispielsweise die Fachstelle für «präventive Beratung im Alter» sowie die Beratungsstelle «Wohnen im Alter» innerhalb der städtischen Gesundheitsdienste im Gesundheits- und Umweltdepartement. Auch bei den Pflegezentren der Stadt Zürich, die ebenfalls im Gesundheits- und Umweltdepartement angesiedelt sind, hat die Gesundheitsförderung im Alter eine hohe Priorität.

Die Stadt Zürich ist als Gemeinde für die Entwicklung von Strategien, die Finanzierung, die Koordination und auch für die Umsetzung von Massnahmen betreffend die Gesundheitsförderung im Alter verantwortlich.
Als wichtigste Schlüsselakteure für die Gesundheitsförderung im Alter gelten – nebst den genannten Stellen im Gesundheits- und Umweltdepartement – NGOs wie beispielsweise die Pro Senectute. Auch Seniorengruppen und medizinische Strukturen oder Berufsgruppen gelten als wichtige Schlüsselakteure. Kooperationen kommen in der Regel auf der Basis verschiedener Projekte oder Programme zustande.
Folgende Themen sind in der Stadt Zürich Gegenstand der Gesundheitsförderung im Alter (Aufzählung nicht abschliessend):

- Allgemeine Bewegungsförderung
- Sturzprävention
- Förderung ausgewogener Ernährung und Vermeidung von Mangelernährung
- Förderung der sozialen Teilhabe
- Zahngesundheit im Heim

11 Nichtregierungsorganisationen

Es gibt zahlreiche Nichtregierungsorganisationen, die in der Gesundheitsförderung im Alter aktiv sind. Nachstehend sind einige der wichtigsten Organisationen in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

- **bfu:** Die Beratungsstelle für Unfallverhütung ist ein Schweizer Kompetenzzentrum für Unfallprävention. Zu ihren Kerntätigkeiten gehören Forschung, Ausbildung, Beratung, Kommunikation und Vernetzung [163]. Die bfu ist ein wichtiger Akteur im Thema Bewegungsförderung und speziell in der Sturzprävention im Alter.
- **evs:** Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz fördert unter anderem die Verbreitung und Nutzung von evidenzbasiertem Wissen. Der Verband setzt sich zum Ziel, in Zusammenarbeit mit anderen Berufsverbänden gesundheits- und sozialpolitische Entwicklungen mitzugestalten [164]. Insbesondere in der Sturzprävention und der allgemeinen Bewegungsförderung sind der evs sowie Ergotherapeutinnen und -therapeuten wichtige Akteure.
- **physioswiss:** Der Berufsverband der Schweizer Physiotherapeutinnen und -therapeuten besteht aus einem Zentralvorstand, einer Geschäftsstelle und 16 Kantonalverbänden. Ergänzend zum Zentralvorstand und der Geschäftsstelle sind Kommissionen und Projektgruppen aktiv, die Projekte in den Bereichen Bildung, Gesundheit und Kommunikation bearbeiten [165]. Physioswiss und die Schweizer Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind wichtige Akteure im Thema Bewegungsförderung und im Speziellen in der Sturzprävention.
- **Pro Senectute:** Die Pro Senectute setzt sich zusammen aus der Pro Senectute Schweiz sowie aus 22 kantonalen und zwei interkantonalen Pro-Senectute-Organisationen. Mit ihren Dienstleistungen deckt sie wichtige Bedürfnisse älterer Menschen und von deren Angehörigen ab. Sie bietet umfassende Leistungen in den Bereichen Sozialberatung, Bildung und Kultur, Sport und Bewegung, Gesundheitsförderung und Prävention, Hilfen zu Hause, Gemeinwesenarbeit und Generationenbeziehungen [166]. Die Pro Senectute ist unter anderem ein wichtiger Akteur in den Themen Sturzprävention, Bewegungsförderung, Ernährung und soziale Teilhabe.
- **Rheumaliga Schweiz:** Die Rheumaliga ist eine unabhängige Dachorganisation, die aus einer Geschäftsstelle (Rheumaliga Schweiz), 20 selbstständigen kantonalen und regionalen Rheumaligen sowie aus Patientenorganisationen besteht. Die Kerntätigkeiten der Rheumaliga sind Information und Prävention, Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Unterstützung von Fachpersonen, die Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Vertretung der Interessen der Rheumakranken in Politik und Öffentlichkeit [167]. Die Rheumaliga ist ein wichtiger Akteur im Thema Bewegungsförderung und speziell in der Sturzprävention.
- **Schweizerische Herzstiftung:** Die Schweizerische Herzstiftung setzt sich dafür ein, dass weniger Menschen an Herz-Kreislauf-Krankheiten erkranken oder daran sterben. Sie beabsichtigt zudem, die Lebensqualität von Personen mit Herz-Kreislauf-Krankheiten zu fördern. Die Kerntätigkeiten der Schweizerischen Herzstiftung sind die Förderung der Herz-Kreislauf-Forschung, die Beratung und Betreuung von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie die Aufklärung und Prävention der Bevölkerung [168]. Die Schweizerische Herzstiftung ist ein wichtiger Akteur in den Themen Bewegungsförderung und Ernährung.
- **Spitex Verband Schweiz:** Die Spitex besteht aus dem Spitex Verband Schweiz und 26 Spitex-Kantonalverbänden. Die Kerndienstleistungen der Spitex sind Abklärung, Beratung und Koordination, Krankenpflege, Akut- und Übergangspflege, Beratung in Gesundheitsfragen, Prävention sowie Hauswirtschaft. Zu diesen Kerndienstleistungen kommen viele zusätzliche Dienstleistungen wie Onkologiepflege, Palliative Care, Mahlzeitendienst, ambulante Ergotherapie usw. hinzu [169]. Die Spitex ist ein wichtiger Akteur in den Themen Sturzprävention, Bewegungsförderung und Ernährung.

12 Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»

Das Kapitel gibt einen Überblick über die Organisation und Grundlagen sowie die Dienstleistungen und Erfolgsfaktoren von Via[24]. Abschliessend werden die Erkenntnisse und Empfehlungen der Via-Evaluation 2015 aufgeführt.

«Via» ist ein Projekt von Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit Kantonen und weiteren Partnern. Nach der Initiierung des Projekts durch den Kanton Bern und die Stadt Zürich im Jahr 2009 übernahm Gesundheitsförderung Schweiz 2011 auf Wunsch der Kantone die Trägerschaft und Führung. Seit 2012 beteiligen sich folgende zehn Kantone sowohl konzeptionell als auch finanziell am Projekt: Appenzell Ausserrhoden, Bern, Graubünden, Nidwalden, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau, Uri, Waadt, Zug. Das Projekt unterstützt die Partnerkantone mit vielfältigen Dienstleistungen beim Aufbau, bei der Umsetzung sowie der Qualitätsentwicklung und -sicherung ihrer kantonalen Programme.

Zusammen mit der Trägerschaft sind die Partnerkantone in der Steuergruppe zu gleichen Teilen stimmberechtigt vertreten und bestimmen über Strategie, Evaluation und Budget. Ein Projektausschuss mit Fachleuten aus Partnerkantonen und wichtigen Partnerinstitutionen (bfu, FMH, Seniorenschaft) begleitet die operative Umsetzung und Weiterentwicklung in beratender Funktion. In enger Zusammenarbeit mit der Gesamtprojektleitung von Gesundheitsförderung Schweiz ist Public Health Services mit der operativen Umsetzung und Leitung der dafür geschaffenen Koordinationsstelle beauftragt.

Aktuell steht Via ein Jahresbudget von rund 730 000 Franken zur Verfügung, davon tragen Gesundheitsförderung Schweiz gut drei Viertel und die beteiligten Kantone gut einen Viertel bei.

12.1 Ziele und Zielgruppen

Das Projekt «Via» wird von folgenden übergeordneten Zielen auf individueller, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene geleitet:

- Menschen in der Schweiz leben bis ins hohe Alter autonom, sozial integriert, bei hoher Lebensqualität und in tragfähigen Strukturen zu Hause
- Die in der Bevölkerung vorherrschenden Altersbilder spiegeln eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung der älteren Menschen wider und ermöglichen diesen, an der Gesellschaft teilzuhaben und einen freiwilligen, wertgeschätzten Beitrag an die Allgemeinheit zu leisten
- Das Projekt leistet einen Beitrag zur Dämpfung des Anstiegs der Pflege- und Krankheitskosten
- Die Akteurinnen und Akteure sind in ihren Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Alter zweckmässig, ressourcenschonend und wirksam unterstützt

Indirekte Zielgruppe sind alle älteren Menschen der Via-Partnerkantone, die selbstständig und/oder mit ambulanter Unterstützung zu Hause wohnen. Dauerhaft pflegebedürftige Personen, die in Alters- oder Pflegeheimen leben, sind nicht Zielgruppe des Projekts.

Direkte und Hauptzielgruppe sowie **Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** des Projekts sind insbesondere die strategisch und operativ Verantwortlichen der kantonalen Programme der Via-Partnerkantone, und allgemein alle Fachpersonen, die in der Gesundheitsförderung im Alter in einem der vier Via-Settings engagiert sind: private Haushalte, Gemeinde (Quartier) als öffentlicher Raum, öffentliche, private und halbstaatliche Dienstleistungsbetriebe sowie

[24] Für Details siehe die Dokumentation unter www.gesundheitsfoerderung.ch/via, bis Ende 2013: [331] sowie [180].

medizinische und paramedizinische Settings wie Arzt- oder Physiotherapiepraxen [170].

12.2 Methodische Grundlagen

Via ist dem Best-Practice-Konzept von Gesundheitsförderung Schweiz verpflichtet [171]. Dieses bietet einen normativen konzeptionellen Orientierungsrahmen, der ein Handeln nach den drei folgenden Dimensionen fördert und fordert:

- **Werte:** Die Grundwerte und -prinzipien Autonomie, Chancengleichheit und Partizipation sind im Via-Leitbild «Gutes Altern» verankert und handlungsleitend im Projekt.
- **Wissen:** Der Wissensdimension wird bei Via besonderes Gewicht verliehen – in den Anfangsphasen mit umfassenden, wissenschaftlichen Best-Practice-Studien für alle wichtigen Umsetzungsthemen und davon abgeleiteten Praxishilfen. Der wechselseitige Transfer zwischen Wissen und Erfahrung wird durch das *Prinzip des gemeinsamen Lernens* gefördert und verstärkt. Erkenntnisse aus der Umsetzung werden an speziell dafür geschaffenen Erfahrungsaustausch- und Wissenstransfer-Treffen ausgewertet und fliessen in die Weiterentwicklung ein (Abb. 6).
- **Kontext:** Wichtige Elemente dieser Via-Dimension sind flexible und bedürfnisorientierte Unterstützungsleistungen und Instrumente (z. B. Kontextcheck), die den kantonal-kommunal-lokalen, angebots- und zielgruppenspezifischen, aber auch politischen und gesetzlichen Kontext eines Pilotprojekts berücksichtigen.

In Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine regelmässige systematische Reflexion des Projektstandes für eine fundierte Steuerung unentbehrlich. Dies umso mehr, wenn es sich um ein innovatives Projekt wie «Via» handelt, dessen Handlungsansätze noch wenig erprobt sind. Im Projekt «Via» werden Projektstand und Zielerreichung halbjährlich überprüft und Folgerungen für das nächste (Halb-)Jahr abgeleitet.

12.3 Massnahmen und Dienstleistungen

Die erste Umsetzungsphase 2011–2013 diente vor allem dem Transfer der Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Studien der Vorprojekt- und Konzeptphasen zwischen 2009 und 2010 [123] in die Praxis [173]. Im Mittelpunkt der zweiten, aktuellen Umsetzungsphase 2014–2016 stehen die Vertiefung der bis-

ABBILDUNG 6

Der Via-Wissenszyklus. Quelle: [172]

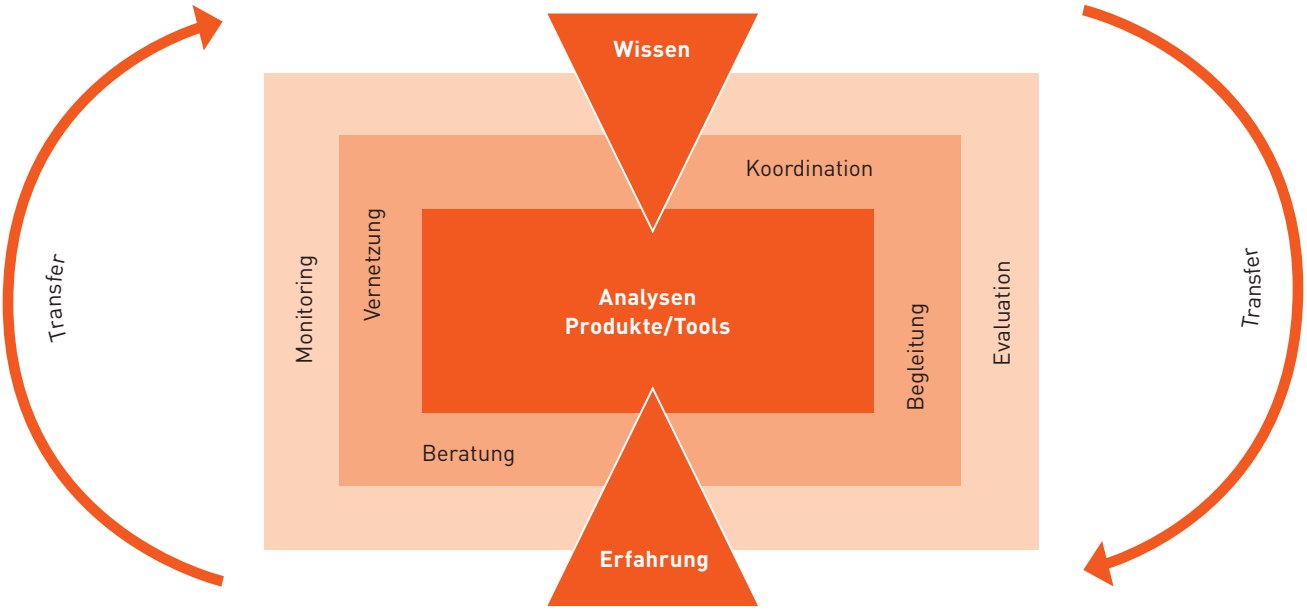
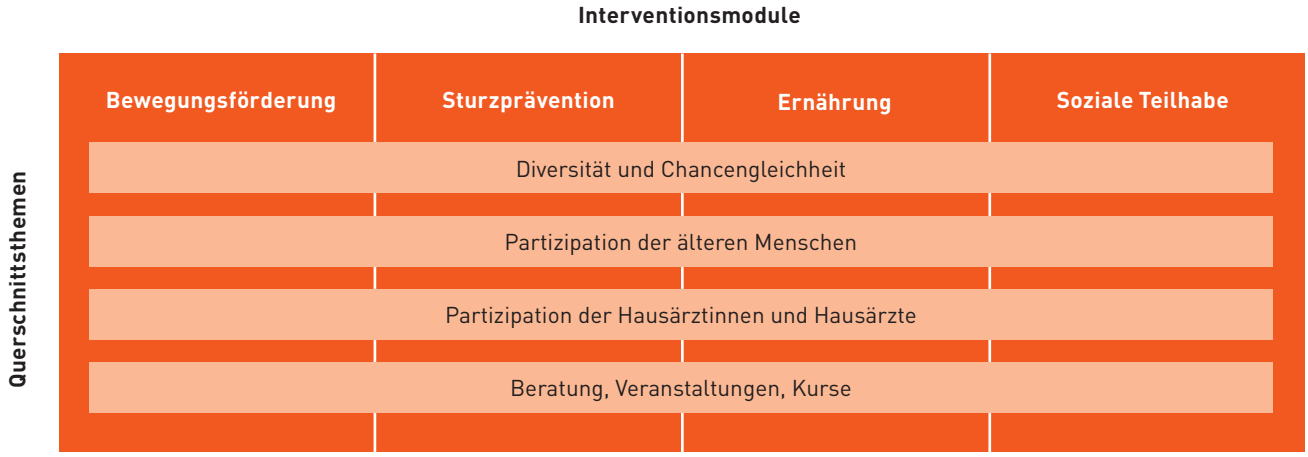


ABBILDUNG 7

Der Via-Modul-Baukasten 2014–2016. Quelle: Via-Factsheet 2014–16



herigen sechs Kernthemen und die Erweiterung durch die Themen «Ernährung» sowie «Partizipation der älteren Menschen» (Abb. 7).

Nachfolgend werden die wichtigsten Massnahmen und Dienstleistungen aufgeführt, die in Zusammenarbeit mit kantonalen, kommunalen und weiteren Partnern umgesetzt werden (Stand: August 2015).

Wissenschaftliche Grundlagen und Umsetzungshilfen: Auf der Grundlage von sechs Best-Practice-Studien und den davon abgeleiteten Empfehlungen und Checklisten sind diverse weitere Grundlagen und Praxishilfen zur Umsetzung der Kernthemen entwickelt worden. Dazu gehören ein politisches Argumentarium [174], ein Orientierungsleitfaden für den Aufbau kommunaler Programme [172], Umsetzungskonzepte und Praxishilfen zur Bewegungsförderung, Sturzprävention und sozialen Teilhabe [175] sowie Toolsammlungen zur Erreichbarkeit Benachteiligter und zu Beratung, Veranstaltungen und Kursen [176–178]. Für den Themenbereich (Mangel-)Ernährung ist zusammen mit nationalen Partnern ein Konzept erarbeitet worden, das 2016 umgesetzt werden soll.

Prioritäre Teilprojekte beziehungsweise Themenbereiche[25]:

- **Bewegungsförderung** (vgl. Kapitel 17): Zwecks Angebotsoptimierung und Verbesserung der Information und Kommunikation unter den Akteuren und mit der Zielgruppe sind fünf kommunale Pilot-Netzwerke für Bewegung und Begegnung aufgebaut worden.
- **Sturzprävention** (vgl. Kapitel 18): Zwecks Optimierung der Erfassung des Sturzrisikos, der Angebote und der Information der Bevölkerung sind vier regionale Pilotprojekte aufgegleist worden. Jenes im Sarganserland hat aufgrund seines interprofessionellen Ansatzes auch auf nationaler Ebene Aufmerksamkeit erregt.
- **Soziale Teilhabe** (vgl. Kapitel 19): Zwecks Erprobung neuer Ansätze zur Vorbeugung gegen die Vereinsamung wurden zwei Pilotprojekte aufgegleist. Eine Multiplikatorenschulung befindet sich in Entwicklung.
- **Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte** (vgl. Kapitel 22): Zur Sensibilisierung der Hausärzteschaft ist eine Fachartikel-Serie zu relevanten Themen publiziert und an medizinischen Kongressen vorgestellt worden (http://medical-forum.ch/archiv). In Zusammenarbeit mit dem Programm «EviPrev» leistet Via einen Beitrag zur verbesserten Kooperation zwischen Ärztinnen und Ärzten und zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren für eine systematische Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen in der Hausarztpraxis.
- **Partizipation der älteren Menschen:** Vertretende von Seniorenverbänden partizipieren seit 2012 am Via-Projekt. 2014 hat der «Via-Seniorenpool» mit

[25] Für Details siehe den Via-Projektabschlussbericht 2017.

neun ausgewählten älteren Frauen und Männern seine Arbeit aufgenommen, um die Projektumsetzung zielgruppengerecht zu gestalten.

Beratung und Begleitung der Partnerkantone: Die beteiligten Kantone und ihre NGO-Partner werden strategisch beim Aufbau, der Durchführung, der Qualitätsentwicklung und der Evaluation von Programmen und Projekten beraten. Neue Projekte werden zusammen mit und für die Kantone und Gemeinden entwickelt und vorzugsweise in den Partnerkantonen pilotiert und mitfinanziert.

Kommunikation und Vernetzung: Zurzeit umfasst das Via-Netzwerk mehr als 200 Fachinstitutionen und über 700 Fachleute, die über das mehrmals jährlich erscheinende «Via-Mail» aktuelle Projektinformationen erhalten. Ein vertiefter Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch wird durch nationale Netzwerk-Tagungen und durch projektspezifische Gruppentreffen sichergestellt. Via beteiligt sich an Tagungen von wissenschaftlichen Partnern mit Referaten und Workshops.

Evaluation und Monitoring: Das Projekt «Via» wird während der gesamten Laufzeit evaluativ begleitet, um Erkenntnisse aus einer externen Fachperspektive laufend in die Weiterentwicklungen aufnehmen zu können [173, 179–181]. Am Schluss dieses Kapitels werden die Ergebnisse der letzten extern durchgeführten Evaluation zusammengefasst.

12.4 Via-Erfolgsfaktoren und Evaluationserkenntnisse

In der bisherigen, fast sechsjährigen Laufzeit hat Via umfangreiches strategisch-konzeptionelles und Umsetzungswissen generiert, das für den Aufbau eines Programms der Gesundheitsförderung im Alter relevant ist. Die in diesem Abschnitt thematisierten Erfolgsfaktoren basieren auf Erfahrungswerten und systematischen Selbstreflexionen der Projektleitung [182] und ergänzen die am Schluss dargestellten Evaluationsergebnisse.

12.4.1 Allgemeine und strategische Erfolgsfaktoren

- **Ein Beispiel guter Praxis für eine organische, idealtypische Projektentwicklung:** Ausgehend von umfassenden Analysen werden wissenschaftliche Grundlagen und Umsetzungshilfen erarbeitet, die dann in die Umsetzungen vor Ort einfliessen. Neue Ansätze werden mit Pilotprojekten getestet, um sie multiplizieren zu können, wenn sie sich bewähren. Dies geschieht auf der Basis einer systematischen Qualitätsentwicklung.
- **Gemeinsame, partnerschaftliche Projektentwicklung und -umsetzung:** Die gemeinsame Erarbeitung und Weiterentwicklung der Strategie und die Umsetzung zusammen mit allen Projektpartnern ist für deren Akzeptanz unerlässlich.

INFOBOX: Die Via-Erfolgsgeschichte auf einen Blick

2011 in die Umsetzung gestartet, hat Via bis heute

- in neun der zehn Partnerkantone, in rund 200 Gemeinden, Tausende von vitalen und (vor-)gebrechlichen, mobilen und weniger mobilen, leicht und schwer erreichbaren älteren Menschen mit Veranstaltungen, Kursen und Beratungen zu Bewegungsförderung, Sturzprävention und sozialer Teilhabe erreicht
- in diesen Kernthemen in 12 Pilotgemeinden und -regionen mit insgesamt mehr als 20 000 mindestens 65-jährigen Einwohnerinnen und Einwohnern Erfolg versprechende Pilotprojekte und Multiplikatoren-Weiterbildungen unter Einbindung von Organisationen, Fachpersonen und älteren Menschen gestartet
- mit seinen Kommunikations- und Austauschgefässen ein nationales, interaktives Netzwerk mit rund 200 Fachinstitutionen und 700 Fachleuten aus allen gesundheitlichen Hauptberufsgruppen geschaffen

Das Projekt ist in der Schweiz zu einer Referenz für evidenzbasierte Gesundheitsförderung im Alter geworden, mit Potenzial für ein neues kantonales Aktionsprogramm.

- **Evidenzbasierter Referenzrahmen als grösster gemeinsamer Nenner:** Voraussetzung für eine Erfolg versprechende Umsetzung ist ein gemeinsam getragener, realistischer Referenzrahmen. Dazu gehört die konsequente, evidenzbasierte Beschränkung auf wenige Kernthemen. Zusammen mit der Publikation von Wirkungsnachweisen [174] dient der Referenzrahmen den Projekt-Stakeholdern und Entscheidungsträgern sowohl gegen innen als auch gegen aussen als Instrument für die fachliche Akzeptanz und die politische Argumentation, Legitimation und das Agendasetting.
- **Commitment der Projektpartner durch erlebten Mehrwert:** Der für die Partnerkantone generierte Mehrwert leitet sich aus den Erfolgsfaktoren und Stärken von Via ab. Er wird insbesondere durch die Tatsache belegt, dass sich die zehn seit Jahren beteiligten Kantone bis heute an der interkantonalen Entwicklung finanziell beteiligen. Gleichzeitig hält dieses finanzielle Engagement die Motivation für die eigene, kantonale Umsetzung hoch. Zu Projektbeginn befanden sich drei, heute neun der zehn Partnerkantone in der Umsetzung.

12.4.2 Operative Erfolgsfaktoren

- **Orientierung an den vier Handlungsebenen Policy, Intervention, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit:** Diese Orientierung – in Anlehnung an das kantonale Aktionsprogramm «Ernährung und Bewegung» – hat sich als strategischer, handlungsleitender Kompass zur regelmässigen Reflexion und bewussten Positionierung und Priorisierung bewährt.
- **Aufbau von integrierten, interdisziplinären Netzwerken:** Aufgrund ihrer massgeschneiderten, kontextsensiblen Vorgehensweise erscheinen die Via-Pilotprojekte der Bewegungsförderung, Sturzprävention und sozialen Teilhabe Erfolg versprechend für den Aufbau integrierter Netzwerke. Dabei sind Dienstleistungsmentalität, soziale Kompetenzen und Anpassungsfähigkeit an die wechselnden kommunalen Bedürfnisse, Sensibilitäten, Strukturen und Abläufe bei gleichzeitiger geduldiger Beharrlichkeit wesentliche Erfolgsfaktoren.
- **Kombinierte Massnahmen und Interventionen:** Die verstärkte Wirkung von kombinierten Massnahmen ist in der Gesundheitsförderung gut bekannt. Im Rahmen des Projekts «Via» hat sich die Verbindung von Interventionen zur Bewegung und Begegnung als Essenz einer besonders wirksamen Gesundheitsförderung im Alter herauskristallisiert.
- **Erreichbarkeit von Zielgruppen:**
  - *Diversität und Chancengleichheit:* Die im Zusammenhang mit dem Zugang zu benachteiligten und schwer erreichbaren älteren Menschen gemachten Erfahrungen gilt es zu synthetisieren und zu erweitern.
  - *Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten:* Die Integration der Hausärzteschaft stellt nach wie vor eine grosse Herausforderung dar, die ohne Anreizsystem nicht zu bewältigen ist.
  - *Partizipation älterer Menschen:* Die Forderung, Betroffene zu Beteiligten zu machen, ist unbestritten, obschon es an wissenschaftlicher Evidenz zur Vorgehensweise mangelt. Zur erfolgreichen Partizipation scheinen ein offener Abgleich der beidseitigen Erwartungen und Möglichkeiten sowie realistische Ziele unabdingbar.
- **Integration der lateinischen Schweiz:** Der Integration der lateinischen Schweiz in ein zukünftiges Programm sollte besonderes Gewicht beigemessen werden. Der Aufbau einer Austauschplattform für die lateinische Schweiz könnte ein möglicher Handlungsansatz sein.

12.4.3 Erkenntnisse und Empfehlungen der Evaluation

Im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms «Gesundheitsförderung im Alter» kommt die Via-Zwischenevaluation 2015 zu nachfolgenden Erkenntnissen und Empfehlungen [181]:

Erkenntnisse

- Aus Sicht der Kantone hat sich Via schweizweit etabliert und ist für die Bereitstellung evidenzbasierter Grundlagen zum Thema Gesundheitsförderung im Alter bekannt
- Heterogene Ausgangslagen in Kantonen und Gemeinden resultieren in sehr unterschiedlichen Ansprüchen an ein kantonales Aktionsprogramm «Gesundheitsförderung im Alter»
- Ein kantonales Aktionsprogramm «Gesundheitsförderung im Alter» wird mehrheitlich begrüsst. Kantone und Gemeinden äussern ähnliche Bedürfnisse bezüglich der Unterstützungsmassnahmen
- Die Dienstleistungen und Produkte von Via werden in den Partnerkantonen unterschiedlich stark genutzt und verschieden beurteilt

- Es besteht Bedarf an einer Übersicht bewährter Interventionen der Gesundheitsförderung im Alter, die über Veranstaltungen und Kurse hinausgehen. Via-Pilotprojekte in verschiedenen Themenbereichen befinden sich erst im Aufbau
- Das Feld der Gesundheitsförderung im Alter entwickelt sich noch und die Akteure positionieren sich

Empfehlungen

- Bewährte Elemente von Via weiterführen: persönlicher Austausch, individuelle Beratung und Begleitung sowie Aufarbeitung von Wissen
- Produktpalette modularisieren und anpassen
- Bisherigen Via-Ansatz konzeptionell erweitern und bestehende Strukturen überprüfen
- Überschaubare Angebotspalette für bewährte Interventionen und für Starthilfen zur Verfügung stellen
- Auf nationaler Ebene den Boden für kantonale Programme der Gesundheitsförderung im Alter bereiten

13 Das Wichtigste der Kapitel 7–12 in Kürze

- Bis heute existiert in der Schweiz kein explizites nationales Programm zur Förderung der Gesundheit der älteren Menschen.
- Auf nationaler Ebene richten sich vier Programme unter anderem auch an ältere Menschen. Darüber hinaus existiert eine nationale Demenzstrategie, deren Fokus jedoch auf der Versorgung und nicht auf der Prävention liegt. 2016 wird dem Bundesrat die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten zur Verabschiedung vorgelegt. Die Förderung des gesunden Alterns wird ein wichtiges Element dieser Strategie sein.
- Im Frühjahr 2015 führte Gesundheitsförderung Schweiz eine schriftliche Umfrage in allen 26 Kantonen und in fünf grösseren Städten der Schweiz durch. Die wichtigsten Erkenntnisse aus der Umfrage:
  - Es bestehen grosse interkantonale Unterschiede in der rechtlichen Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter.
  - In mindestens der Hälfte der Kantone bestehen finanzielle Lücken in der Umsetzung der Gesundheitsförderung im Alter.
  - In mindestens 22 Kantonen existieren kantonale Ämter und/oder Verwaltungsstellen, die für die Gesundheitsförderung im Alter zuständig sind. Die Kantone haben vor allem bei der (Mit-)Finanzierung und bei der Strategieentwicklung eine tragende Rolle.
  - Die primäre Aufgabe von Gemeinden, Nichtregierungsorganisationen, Seniorengruppen und medizinischen Berufsgruppen ist die Umsetzung von Massnahmen. Gemeinden leisten oft auch eine (Mit-)Finanzierung.
  - Interventionen zu den Themen allgemeine Bewegungsförderung und Förderung der sozialen Teilhabe werden aktuell am häufigsten durchgeführt.
- «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» hat als grösstes, interkantonales Projekt im Themenbereich in der Schweiz seit 2010 wertvolles Planungs-, Methoden- und Umsetzungswissen generiert.
- Aufgrund seiner Evidenzbasierung und der regelmässigen, positiven Evaluationen ist Via in der Schweiz zu einer Referenz für Gesundheitsförderung im Alter geworden.
- Das Projekt «Via» wird deshalb als Grundlage für den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms «Gesundheitsförderung im Alter» dienen.

Teil 3

Kernelemente der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»

Dieser Teil des Berichts gibt einen Überblick über die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) «Gesundheitsförderung im Alter». Dazu werden in einem ersten Schritt die Ziele und Handlungsfelder der geplanten Programme vorgestellt, bevor in einem zweiten Schritt aufgezeigt wird, wie die Umsetzung und die Wirkung der Programme beurteilt werden sollen.

14 Programmziele und Handlungsfelder

In diesem Kapitel werden zuerst wissenschaftliche Grundlagen in Form einer Grundlagenstudie und aktueller epidemiologischer Daten diskutiert. Aufbauend auf diesen Evidenzen wird skizziert, welche Ziele die KAP verfolgen und welche Handlungsfelder priorisiert werden.

14.1 Wissenschaftliche Grundlagen

Kessler et al. [123] legten spezifisch für die Schweiz eine wissenschaftliche Grundlage für die Planung der Gesundheitsförderung im Alter vor. Aufbauend auf einer Literaturanalyse und Interviews mit Schweizer Expertinnen und Experten identifizierten sie die wichtigsten Ziele und prioritären Handlungsfelder. Gemäss den Autoren steht die Erhaltung der Lebensqualität im Alter als übergeordnete Zielsetzung im Zentrum. Dies umfasst insbesondere die Ausdehnung der gesunden Lebensjahre, den Erhalt und die Stärkung von Selbstständigkeit, die Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit sowie den Erhalt und die Stärkung der sozialen Integration im Alter. Diese Ziele bedingen einerseits Massnahmen auf individueller Ebene, wie die Erhöhung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen und die Förderung eines gesunden Lebensstils, andererseits aber auch Massnahmen auf der Verhältnisebene, wie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen.
Entsprechend diesen Zielsetzungen priorisieren Kessler et al. [123] folgende, sich gegenseitig verstärkende Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Alter:

- **Stärkung des gesellschaftlichen Bewusstseins um die Notwendigkeit und die Anliegen der Gesundheitsförderung im Alter:** Insbesondere die Erkenntnis, dass sich die Lebensqualität auch bei älteren Frauen und Männern erhalten und verbessern lässt, soll gestärkt werden – dies sowohl in der Gesundheitspolitik, unter Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, als auch bei älteren Menschen und deren Angehörigen.
- **Schaffung eines gesundheitsförderlichen und altersgerechten Umfelds:** Ältere Menschen sollen in sozialen, städtebaulichen und infrastrukturellen Verhältnissen leben können, die ihrer Gesundheit zuträglich sind. Dies betrifft insbesondere das Wohnen, das soziale Umfeld, altersspezifische Dienstleistungen sowie soziale Aktivitäten.
- **Entwicklung von individuumszentrierten Massnahmen:** Besonders relevant sind dabei die Erhöhung der Gesundheitskompetenz, die Sturzprävention, die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, kognitiver Gesundheit (Demenzprävention) und emotionaler Gesundheit sowie die psychosoziale Unterstützung.
- **Intensivierung von Austausch, Koordination und Zusammenarbeit:** Im Alter gibt es eine zunehmende Überlappung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Aus diesem Grund bedarf es der koordinierten Zusammenarbeit von Fachpersonen aus medizinischen, rehabilitativen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Berufen, aber auch der älteren Menschen selbst sowie ihrer Angehörigen.

Aktuelle epidemiologische Daten aus der Schweiz bestätigen die Relevanz der verhaltensbezogenen Massnahmen, die von Kessler et al. [123] priorisiert wurden. In Kapitel 3.2 wurde gezeigt, dass nicht übertragbare Krankheiten (NCDs) und Sturzunfälle die wichtigsten Ursachen der Krankheitslast bei älteren Menschen sind. Für die wichtigsten körperlichen NCDs lassen sich ähnliche Hauptrisikofaktoren identifizieren und in lebensstilbedingte und physiologische Faktoren unterteilen [183]:

- Die wichtigsten **lebensstilbedingten Risikofaktoren** sind mangelnde Bewegung, Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum sowie unausgewogene Ernährung.
- Zu den primären **physiologischen Risikofaktoren** gehören Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht/Adipositas und hoher Blutzucker (Diabetes). Diese Risikofaktoren können erblich

bedingt sein, resultieren in erster Linie aber aus einem ungünstigen Lebensstil und werden durch die oben genannten lebensstilbezogenen Risikofaktoren beeinflusst.

Die beeinflussbaren Risikofaktoren Bewegungsmangel, Fehl- oder Mangelernährung, Rauchen und übermässiger Alkoholkonsum sind folglich besonders bedeutsam für das Krankheitsgeschehen im Alter, denn sie begünstigen das Auftreten und Fortschreiten der wichtigsten (körperlichen) Erkrankungen und erhöhen das Risiko für Pflegebedürftigkeit [vgl. 184].
Insbesondere die regelmässige Bewegung ist auch für den Erhalt und die Förderung der psychischen und kognitiven Gesundheit bedeutsam (siehe Kapitel 19). Grundsätzlich wird die psychische Gesundheit – genauso wie die körperliche Gesundheit – von Faktoren beeinflusst, die sowohl in der Person selbst als auch in ihrem Umfeld liegen können [185]. Im Hinblick auf die psychische Gesundheit werden folgende wichtige Risikofaktoren unterschieden:

- **von innen wirkende Risikofaktoren** wie emotionale Instabilität oder ein negatives Selbstbild
- **von aussen wirkende Risikofaktoren** wie kritische Lebensereignisse (z. B. Verwitwung) und Lebensphasenübergänge (z. B. Pensionierung) sowie soziale Isolation und fehlende Vertrauenspersonen [74, 184, 185]

Eine besonders günstige Wirkung auf die psychische Gesundheit älterer Menschen haben demnach Interventionen, die innere und äussere Schutzfaktoren fördern [185]. Die Überzeugung, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können (internale Kontrollüberzeugung), und die Beziehungsfähigkeit sind Beispiele für wichtige innere Schutzfaktoren. Zu den äusseren Schutzfaktoren gehören die soziale Teilhabe und Unterstützung sowie sinnstiftende Aktivitäten.
Aufbauend auf der Grundlagenstudie von Kessler et al. [123] und aktuellem epidemiologischem Wissen lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die Förderung von Bewegung, ausgewogener Ernährung und psychischer Gesundheit sowie die Prävention von Stürzen und Substanzmissbrauch sind zentrale Handlungsfelder, um die Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter zu erhalten oder zu verbessern. Da Risikofaktoren und Schutzfaktoren sowohl auf der individuellen als auch der gesellschaftlichen Ebene bestehen, sind gesundheitsförderliche Massnahmen auf beiden Ebenen nötig.
Um die Selbstständigkeit der älteren Menschen zu erhalten und zu stärken, setzen auch die WHO Region Europa und Länder wie Deutschland und Frankreich in erster Linie auf die oben genannten Handlungsfelder (vgl. Kapitel 7).

INFOBOX: Prävention von Demenzerkrankungen

Aufgrund der starken Einbussen der Lebensqualität und des grossen Pflegebedarfs lösen insbesondere Demenzerkrankungen grosse gesellschaftliche und individuelle Befürchtungen aus [36]. Die Entstehungsmechanismen von Demenzerkrankungen sind bis heute nicht vollständig geklärt [186]. Neue Forschungsergebnisse zeigen dennoch, dass die Primärprävention die wichtigsten Formen von Demenz erfolgreich vermeiden oder verzögern kann. Solange Demenz nicht heilbar ist, kommt der Prävention und Gesundheitsförderung ein umso höherer Stellenwert zu.
In der Forschung werden unbeeinflussbare und beeinflussbare Risikofaktoren für Demenzerkrankungen unterschieden. Nicht modifizierbare Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht und genetische Dispositionen sind von grosser Bedeutung für die Entstehung von Demenzerkrankungen [70]. Ausgangspunkt für die Primärprävention und die Gesundheitsförderung sind jedoch die beeinflussbaren Risikofaktoren, die ebenso bedeutsam[26] sind und in folgende prioritäre Faktoren unterteilt werden können:

- **Kardiovaskuläre Risikofaktoren:** Sowohl lebensstilbedingte Faktoren, wie Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität und ungesundes Ernährungsverhalten, als auch physiologische Faktoren, wie hoher Blutdruck,

[26] Eine US-amerikanische Studie schätzt, dass bis zu 50 % aller Alzheimer-Demenzen auf das Vorliegen von beeinflussbaren Risikofaktoren zurückgeführt werden können [187].

Übergewicht, erhöhter Cholesterinspiegel und Diabetes, haben sich als bedeutsame Risikofaktoren für degenerative und vaskuläre Demenzerkrankungen erwiesen [51, 187–190].
- **Kognitive Faktoren:** Als einer der stärksten Risikofaktoren für Demenzerkrankungen gilt ein tiefer Bildungsstatus [51, 188].
- **Psychologische Faktoren:** Studien belegen einen engen Zusammenhang zwischen Depressionen und Demenzerkrankungen, wobei noch nicht abschliessend geklärt ist, ob Depressionen ein Risikofaktor oder ein präklinisches Symptom von Demenzerkrankungen sind [51].

Die aktuellen Empfehlungen zur Demenzprävention setzen bei diesen primären Risikofaktoren an und fokussieren insbesondere auf die **Verbesserung der kardiovaskulären Gesundheit** [51, 188–190]. Dies umfasst einerseits die Erkennung und Behandlung der physiologischen Risikofaktoren wie Diabetes und Bluthochdruck. Andererseits aber auch die Reduktion von lebensstilbedingten Risikofaktoren wie Rauchen sowie die Förderung von Schutzfaktoren wie ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung. Eine verbreitete Faustregel lautet: «Was gut für das Herz ist, ist auch gesund für die Hirnleistung» [51].
Ebenso wichtig wie die Förderung der vaskulären Gesundheit ist die Förderung von Bildung und kognitiver Stimulation, die zur sogenannten **kognitiven Reservebildung** beiträgt und dem Schutz vor Demenzerkrankungen dient [51, 188, 189]. Neben der Vermittlung von höherer Bildung gehören hierzu geistige Aktivitäten wie Gedächtnis- und Denktraining, Lesen, Schreiben, Musizieren und Spiele sowie die geistige Anregung durch die Begegnung und den Austausch mit anderen Menschen.
Die Demenzprävention wird idealerweise unter einer Lebenslauf-Perspektive geplant und umgesetzt, denn gemäss einer Meta-Review von Prince et al. [51] sind beispielsweise tiefe Bildung in jungen Jahren und Bluthochdruck in der Lebensmitte besonders bedeutsame Risikofaktoren für das spätere Auftreten von Demenzerkrankungen. Doch auch im hohen Alter ist die Förderung der kardiovaskulären Gesundheit und der kognitiven Reservebildung noch wirksam: Eine finnische Studie bestätigte kürzlich, dass dank einer Multidomänen-Intervention (Ernährung, Bewegung, kognitives Training und Monitoring vaskulärer Risiken) die kognitiven Fähigkeiten von älteren Menschen, die bereits ein Demenzrisiko aufweisen, verbessert oder zumindest stabilisiert werden können [191]. Prince et al. [51] schätzen, dass ein um fünf Jahre verzögertes Krankheitsauftreten zu einer Reduktion der Demenzprävalenz in der Gesellschaft um ungefähr 50 % führen könnte.
Es lässt sich folgendes Fazit ziehen: Die allgemeine Belastungsreduktion und die Stärkung eines gesunden Lebensstils scheinen gegenwärtig den besten, wenn auch nicht absoluten Schutz vor Demenzerkrankungen zu bieten. Die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, kognitiver Reservebildung und psychischer Gesundheit sowie die Prävention von Tabak- und übermässigem Alkoholkonsum sind damit zentrale Elemente der Demenzprävention. Die Diagnose und Behandlung von physiologischen Risikofaktoren spielen ebenfalls eine zentrale Rolle in der Demenzprävention.

14.2 Zielgruppe, Ziele und Handlungsfelder

Im Zentrum der kantonalen Aktionsprogramme (KAP) «Gesundheitsförderung im Alter» stehen Menschen im dritten und vierten Lebensalter, die selbstständig in einem privaten Haushalt leben und allenfalls ambulant gepflegt und unterstützt werden. Da in der Praxis eine Abgrenzung zwischen vorgebrechlichen *(pre-frail)* und gebrechlichen *(frail)* Personen schwierig ist und der Chancengleichheit widersprechen würde, gehören neben den vitalen und vorgebrechlichen auch die gebrechlichen älteren Menschen zur Zielgruppe der KAP. Aus Gründen der Ressourcenfokussierung sind Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, gegenwärtig nicht Teil der Zielgruppe. Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen älterer Menschen bedeuten für deren Angehörige häufig hohe Belastungen aufgrund des zeitintensiven Pflege- und Unterstützungsbedarfs. Angehörige leisten umfassende emotionale, soziale und praktische Unterstützung, die bei vielen zu negativen Folgen für die eigene Gesundheit führt [192]. Pflegende Angehörige gelten deshalb als eine wichtige Risikogruppe, für die ebenfalls Massnahmen zu entwickeln sind.

Aufbauend auf den in Kapitel 14.1 genannten Evidenzen und unter Berücksichtigung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) definiert Gesundheitsförderung Schweiz – gemeinsam mit den Schweizer Kantonen (siehe Kapitel 9) – folgende übergeordnete Ziele[27], zu denen die KAP «Gesundheitsförderung im Alter» beitragen sollen:

- Die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Lebensqualität von älteren Menschen bleiben erhalten oder werden wenn möglich verbessert
- Immer mehr ältere Menschen sind in der Lage, zu Hause eine selbstständige Lebensweise zu führen
- Weniger ältere Menschen erkranken an vermeidbaren nicht übertragbaren Krankheiten
- Weniger ältere Menschen erleiden Stürze mit schwerwiegenden Folgen
- Die Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen wird verringert oder zumindest verzögert, Heimeinweisungen werden reduziert
- Pflegende Angehörige von älteren Menschen sind unterstützt

Mit diesen übergeordneten Programmzielen leisten die KAP «Gesundheitsförderung im Alter» auch einen Beitrag zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Die Programmziele sollen indirekt auch zu einem positiven Altersbild in der Gesellschaft beitragen.

Die übergeordneten Programmziele bedingen neben gesundheitsförderlichen Veränderungen der individuellen Ressourcen und Verhaltensmuster auch Veränderungen auf der Verhältnisebene. Zu den prioritären Massnahmen auf der Verhältnisebene gehören die Förderung einer alters- und bedürfnisgerechten Raum- und Infrastrukturplanung, die Optimierung von Vorsorge und Versorgung sowie die Koordination und Vernetzung von Angeboten der Gesundheitsförderung im Alter.

Um die übergeordneten Ziele der KAP zu erreichen, werden folgende Handlungsfelder priorisiert:

- allgemeine Bewegungsförderung bei älteren Menschen inklusive der allgemeinen Sturzprävention
- spezifische Sturzprävention bei vorgebrechlichen und gebrechlichen Menschen
- Förderung einer ausgewogenen Ernährung bei älteren Menschen (inkl. Vermeidung von Mangelernährung)
- Förderung und Ermöglichung der sozialen Teilhabe älterer Menschen, vor allem auch mithilfe des Auf- und Ausbaus von Strukturen zur Erreichung von schwer erreichbaren Zielgruppen
- Partizipation und aktiver Einbezug der älteren Menschen in die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter
- Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Dies umfasst die Anerkennung der Heterogenität der älteren Menschen und die Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Belastungen, Ressourcen und Bedürfnisse sowie die Förderung eines chancengleichen Zugangs zu Angeboten der Gesundheitsförderung und medizinischen Versorgung
- Optimierung der Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen wie der Ärzteschaft, den Apothekerinnen und Apothekern, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen und den aufsuchenden Pflegediensten

Die KAP «Gesundheitsförderung im Alter» beabsichtigen demnach nicht, einzelne Erkrankungen zu verhindern, sondern – übereinstimmend mit dem allgemeinen Ziel von Gesundheitsförderung – in erster Linie wichtige Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken sowie Risikofaktoren und Belastungen zu reduzieren, um Gesundheit und Selbstständigkeit umfassend zu erhalten und zu verbessern.

Der Fokus auf die Themen Bewegungsförderung, ausgewogene Ernährung und psychische Gesundheit (insbesondere soziale Teilhabe) entspricht der langjährigen Strategie der Stiftung [193] und leitet sich gleichzeitig aus der nationalen NCD-Strategie und dem Dialogbericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» [185] ab. Die Sturzprävention ist ein viertes Handlungsfeld, das für die Bewahrung einer selbstständigen Lebensweise älterer Menschen entscheidend ist. Diese vier Handlungsfelder dienen dem Schutz vor nicht übertragbaren Krankheiten, psychischen Erkrankungen und Stürzen. Damit sind sie besonders geeignet, um die Gesundheit, Selbstständig-

[27] Les objectifs cités répondent aussi aux souhaits de personnes âgées qui voudraient mener une vie indépendante le plus longtemps possible et craignent plus particulièrement les limitations physiques, la dépendance aux soins et les maladies comme la démence [332].

keit und Lebensqualität im Alter zu verbessern oder zumindest möglichst lange zu erhalten. Gleichzeitig tragen diese Handlungsfelder wesentlich dazu bei, die Abhängigkeit von Pflege und Hilfe im Alter zu reduzieren und damit den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen zu dämpfen. In den Kapiteln 17–20 wird ausführlicher auf diese vier Interventionsthemen eingegangen.

Bei der Umsetzung dieser vier Interventionsthemen sind weitere Handlungsfelder zu beachten, die im Folgenden als Querschnittsthemen bezeichnet werden. Angesichts der grossen Heterogenität älterer Menschen (vgl. Kapitel 2) sind Massnahmen zur Gewährleistung gesundheitlicher Chancengleichheit unerlässlich. Die Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Grundversorgung sowie die Partizipation von älteren Menschen sind ebenfalls entscheidend für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Alter (vgl. Kapitel 14.1). Die Querschnittsthemen gesundheitliche Chancengleichheit, Zusammenarbeit mit der Grundversorgung sowie Qualitätssicherung in Beratungen und Kursen werden in den Kapiteln 21–23 vertieft diskutiert[28].

In allen Handlungsfeldern beziehungsweise Interventions- und Querschnittsthemen sind neben gesundheitsförderlichen Veränderungen der individuellen Ressourcen und Verhaltensmuster auch Veränderungen auf Verhältnisebene notwendig. Wichtige Massnahmen auf Verhältnisebene betreffen eine gesundheitsfördernde und altersgerechte Raumplanung, die Versorgung und Vorsorge, altersspezifische Dienstleistungen sowie das soziale Umfeld und Aktivitätsmöglichkeiten. Massnahmen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene verstärken sich gegenseitig und tragen so zur besseren Zielerreichung bei.

Gesundheitsförderung Schweiz setzt in den KAP «Gesundheitsförderung im Alter» klare Handlungsschwerpunkte, die wissenschaftlich abgestützt sind und von Kantonen priorisiert werden. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass Gesundheitsförderung im Alter multidimensional ist und über die oben priorisierten Handlungsfelder hinausgeht. In der Praxis sind ebenfalls die Förderung der kognitiven Gesundheit, die medizinische Vorsorge, die Früherkennung und Prävention im Bereich der Sinneswahrnehmungen (Gehör- und Sehvermögen), die Themen Substanzmissbrauch und Sucht (Alkohol, Tabak und Medikamente) oder die orale Gesundheit im Alter [vgl. 194] sehr relevant. Diese Themen werden über die priorisierten Handlungsfelder nur teilweise abgedeckt. Es ist daher wichtig, diese Themen in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und in Abstimmung mit ihren Angeboten und Handlungsschwerpunkten anzugehen.

14.3 Handlungsebenen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»

Aufbauend auf den Erfahrungen im bestehenden kantonalen Aktionsprogramm «Gesundes Körpergewicht» empfiehlt es sich, auch in den KAP «Gesundheitsförderung im Alter» auf folgenden vier Ebenen aktiv zu sein, da sich Massnahmen auf diesen Ebenen gegenseitig verstärken und kombiniert die grösstmögliche Chance für nachhaltige Wirkung erzielen [195]:

- **Interventionen:** Die KAP-Ebene Interventionen beinhaltet umfassende altersspezifische Interventionspakete, die auf Gesundheitsförderung und Prävention bei Seniorinnen und Senioren, deren Support-Systemen (wie Familie, Nachbarschaft, Gemeinde) sowie deren Umfeld (Verhältnisse) ausgerichtet sind.
- **Policy:** Die Policy-Ebene umfasst die nachhaltige Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen, die Seniorinnen und Senioren einen gesunden und aktiven Lebensstil ermöglichen und dazu motivieren, diesen zu pflegen.
- **Vernetzung:** Die Ebene Vernetzung beinhaltet die Zusammenarbeit über die Grenzen von Bereichen, Disziplinen, Hierarchiestufen, Organisationen und Projekten hinweg. Dies, um die Kohärenz und Koordination sicherzustellen, um Kräfte zu bündeln und um Allianzen zu fördern.
- **Öffentlichkeitsarbeit:** Die Ebene Öffentlichkeitsarbeit informiert und sensibilisiert die breite Öffentlichkeit zu Themen der Gesundheitsförderung im Alter. Gleichzeitig sollen eine positive Einstellung in Bezug auf die Thematik gefördert und verfügbare Angebote bekannt gemacht werden.

[28] Gesundheitsförderung Schweiz wird in Zukunft auch zum vierten Querschnittsthema, «Partizipation der älteren Menschen», wissenschaftliche Grundlagen entwickeln.

Die detaillierten konzeptuellen Grundlagen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» werden gegenwärtig finalisiert (Stand: November 2015) und den Kantonen zeitgerecht zugestellt. Das Konzept informiert über Aspekte wie Rahmenbedingungen, Umsetzungsmethodik, Steuerung sowie Finanzierung der KAP und skizziert die Dienstleistungen, welche Gesundheitsförderung Schweiz den Kantonen im Altersbereich anbieten wird. Im Hinblick auf die Umsetzungsmethodik hat sich insbesondere der kommunale Ansatz bewährt [172].

15 Wirkungsmanagement

Es ist das Ziel von Projekten und Programmen, bei ausgewählten Bevölkerungsgruppen und in definierten Settings Wirkungen zu erzeugen. Diese Wirkungen können auf verschiedenen Ebenen anfallen. Nicht nur die Wirkung auf die Gesundheit älterer Menschen interessiert, sondern auch vorgelagerte Wirkungen. Wenn beispielsweise eine ausgeschriebene Veranstaltung zur Bewegungsförderung gut besucht wird oder wenn sich Verantwortliche in Gemeinden aufgrund von Information und Sensibilisierung für das Thema engagieren, sind dies wichtige Zwischenstufen in längeren Wirkungsketten. Wirkungsmanagement befasst sich mit der Frage, wie Wirkungen geplant, erzeugt und nachgewiesen werden und wie die Erkenntnisse valorisiert werden können (vgl. Abb. 8).
Zweck des Wirkungsmanagements ist es:
a) Lernprozesse zu unterstützen
b) Aktivitäten und Ressourceneinsatz zu legitimieren
c) das Controlling zu unterstützen – durch Bereitstellen von Informationen zu erbrachten Leistungen, Zielerreichung und Entwicklungen im Umfeld[29]

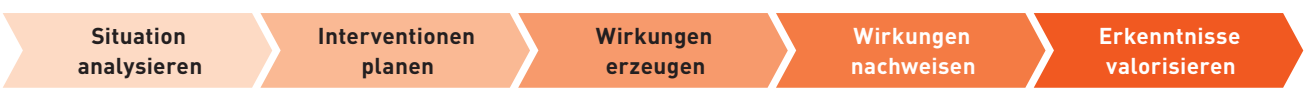
Während auf der einen Seite die Praxis gefordert ist, wirksame Projekte und Programme zu entwickeln und umzusetzen, ist auf der anderen Seite die Evaluation gefordert, die Wirkungsweise von Projekten und Programmen zu beurteilen und Wirkungen nachzuweisen. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie Gesundheitsförderung Schweiz vor dem Hintergrund der Komplexität sozialer Interventionen mit Wirkungsfragen umgeht. Es werden einige zentrale Aspekte des Wirkungsmanagements erläutert und anhand der breiten Erfahrungen, die über die letzten Jahre im kantonsübergreifenden Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter» (vgl. Kapitel 12) gesammelt werden konnten, beispielhaft illustriert.

15.1 Arbeit mit Wirkungsmodellen

Als Grundlage für ihr Wirkungsmanagement erarbeitet Gesundheitsförderung Schweiz für ihre Projekte und Programme Wirkungsmodelle, an welchen sie ihre Monitoring- und Evaluationsaktivitäten orientiert. Sie stützt sich dabei auf das Ergebnismodell, das hilft, zwischen verschiedenen Wirkungsebenen zu differenzieren und Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen [196, 197]. Die Wirkungsmodelle zeigen im Wesentlichen, welche Massnahmen in einem Projekt umgesetzt werden und über welche Wege und Zwischenziele die letztlich erwünschten Wirkungen auf der Ebene der Gesundheit erreicht werden sollen. Wirkungsmodelle helfen auch, die vielfältigen Informationen übersichtlich zu strukturieren. Sie machen die Wirkungsvermutungen und Wirkungsketten, die einem Programm zugrunde liegen, explizit und bilden damit die Basis, um die Wirksamkeit eines Programms beurteilen zu können. Sind unterschiedliche Akteure in ein Projekt involviert, so hilft die Erarbeitung eines Wirkungsmodells dabei, ein gemeinsames Problem- und Wirkungsverständnis

ABBILDUNG 8

Stufen des Wirkungsmanagements



[29] Aus der unveröffentlichten Roadmap zum Wirkungsmanagement von Gesundheitsförderung Schweiz, Version Juni 2014.

zu entwickeln. Ein solches Modell, das die Wirkungslogik eines Programms aufzeigt, ist eine gute Basis für eine disziplinen- oder sektorenübergreifende Verständigung. Wirkungsmodelle unterstützen nationale, kantonale und kommunale Akteure bei der Analyse der Situation zu Gesundheitsförderung im Alter, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen, bei der Reflexion von Wirkungszusammenhängen, bei der Messung von Wirkungen sowie bei der Valorisierung der Erkenntnisse (vgl. Abb. 9).

Auf Basis der verschiedenen Grundlagenberichte, die im Rahmen des Projekts «Via» entstanden sind, wurden im Jahr 2010 erste Entwürfe für Wirkungsmodelle zu den bearbeiteten Themen erarbeitet [198]. Auf dieser Grundlage und mit Blick auf die Erfahrungen im Projekt «Via» und die Vorarbeiten für ein Programm «Gesundheitsförderung im Alter» wurde ein visuelles Gesamtwirkungsmodell entwickelt. Es fasst die wichtigsten Elemente der Wirkungslogik des Programms schematisch zusammen (vgl. Abb. 9).

Das nationale Programm soll seine Wirkung über die kantonalen Programme entfalten, die es mit Dienstleistungen unterstützt. Auf dieser Ebene können die Wirkungen von Via konkret beurteilt werden, beispielsweise: Wie werden die Dienstleistungen von den Programmen genutzt? Wie schätzen sie deren Nützlichkeit ein? Wie fliessen die Dienstleistungen in die kantonalen Programme ein? Die Wirkungen auf der Ebene der älteren Menschen sowie der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind als Gesamtwirkungen der kantonalen Programme inklusive der national erbrachten Dienstleistungen zu verstehen. Der Beitrag, den das nationale Programm an diese Gesamtwirkungen leistet, kann bestenfalls qualitativ abgeschätzt, nicht aber exakt gemessen werden.

Die möglichst gute Kenntnis der zu intervenierenden Settings und Lebenswelten hilft bei der Einschätzung, inwiefern beobachtete Veränderungen tatsächlich Ergebnisse von umgesetzten Massnahmen sind oder inwiefern auch eine Stabilisierung der Situation auf einem bestimmten Niveau ein Erfolg eines Programms sein kann. Auf der Basis von Wirkungsmodellen werden Monitoring und Evaluation geplant und miteinander verknüpft. Während Monitoring periodisch Daten zu vorgängig definierten Indikatoren liefert, um spezifische Aspekte eines Projekts über die Zeit zu beobachten (Leistungsumfang, Qualität, Entwicklungen im Kontext usw.), untersucht die Evaluation vertieft spezifische Fragestellungen mittels unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Perspektiven und nimmt eine kritische Beurteilung des Projekts oder ausgewählter Aspekte vor. Monitoring eignet sich gut, um die Leistungen eines Projekts zu dokumentieren und so Aussagen über sein quantitatives Wirkungspotenzial zu machen. Für die Beurteilung der Wirkungsmechanismen und der Wirksamkeit eines Programms braucht es Evaluationen.

15.2 Monitoring

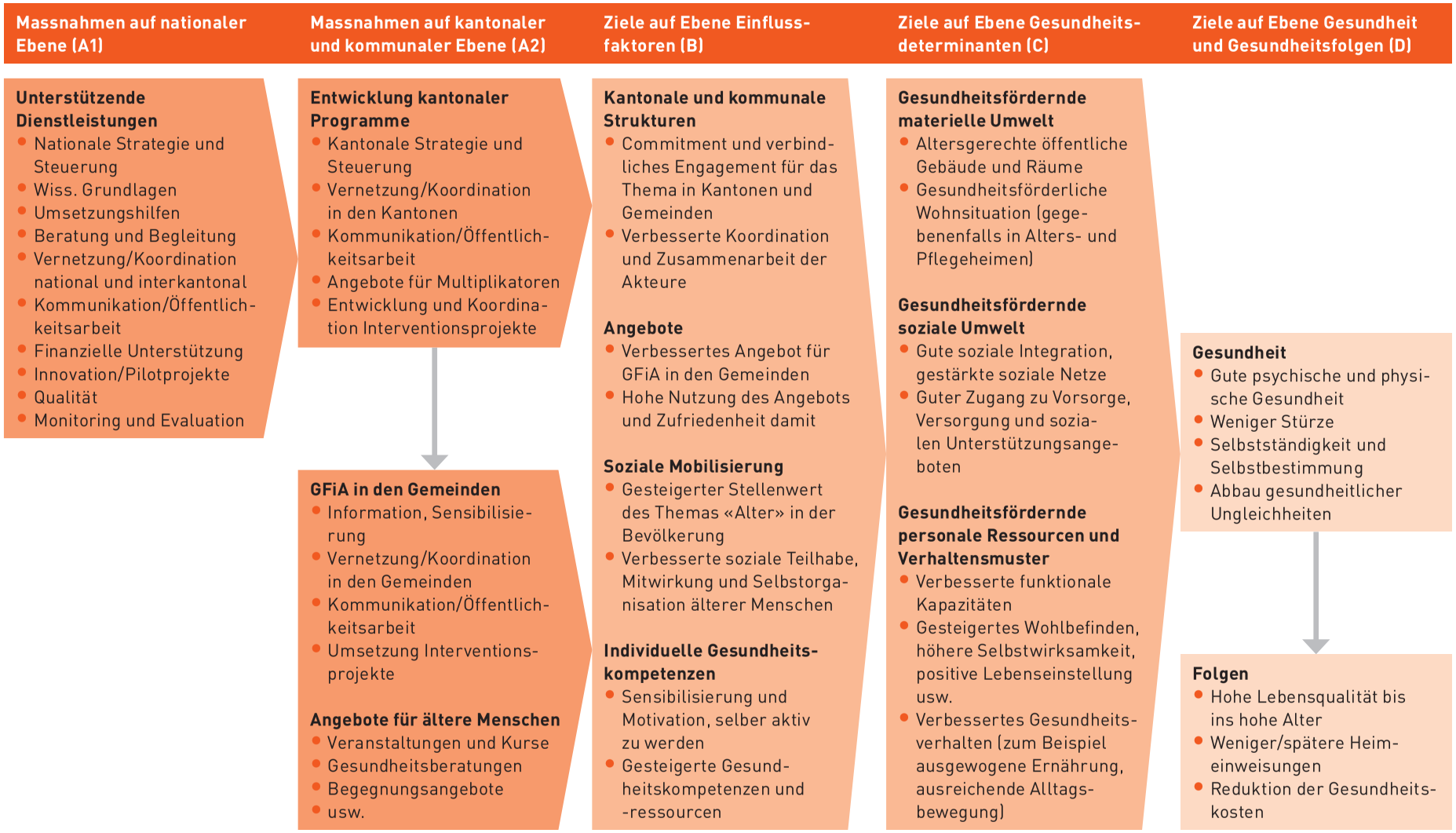
In einem Monitoring werden wiederkehrend und systematisch Daten zu festgelegten Indikatoren gesammelt und ausgewertet. Monitorings sind auf verschiedenen Ebenen möglich. So können Monitoringdaten:

- einen Überblick über die eingesetzten Ressourcen liefern *(Input),* zum Beispiel die pro Thema aufgewendete Arbeitszeit oder die für bestimmte Massnahmen der Gesundheitsförderung im Alter verwendeten Gelder
- Hinweise zur Qualität der *Prozesse* geben, beispielsweise die Länge der Wartezeiten für Gesundheitsberatungen
- die Verbreitung von Massnahmen dokumentieren *(Output),* zum Beispiel die Anzahl durchgeführter Bewegungskurse in einem Kanton
- Entwicklungen aufgrund von Massnahmen dokumentieren *(Outcome),* zum Beispiel die Nutzung von Kursen und unmittelbare Auswirkungen auf die Teilnehmenden (zusätzliche Bewegungszeit)
- Entwicklungen von Kontextfaktoren dokumentieren *(Kontext),* wie beispielsweise politische Entwicklungen im betreffenden Kanton
- oder den angestrebten *Impact* dokumentieren, ohne dabei aber einen Kausalzusammenhang zwischen Intervention und Impact nachweisen zu können. Dies zum Beispiel, wenn auf Bevölkerungsebene Daten zum Bewegungsverhalten älterer Menschen genutzt werden

Die Beobachtung von Entwicklungen eines Projekts und seines Umfeldes ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von wichtigen Veränderungen sowie ein angemessenes Reagieren. Gesundheitsförderung Schweiz setzt Monitorings systematisch dort ein, wo sie mit vertretbarem Aufwand regelmässig steuerungsrelevantes Wissen erhält. Zudem ermöglichen

ABBILDUNG 9

Rahmenwirkungsmodell für ein Programm «Gesundheitsförderung im Alter»



breit abgestützte Monitoringdaten, die Wirksamkeit von Projekten zu plausibilisieren, da gleichzeitig Veränderungen auf unterschiedlichen Wirkungsebenen beobachtet werden. Während in anderen Altersgruppen beispielsweise Schulen oder Betriebe zentrale Settings darstellen, die in einem Monitoring berücksichtigt werden, ist in der Gesundheitsförderung im Alter das Setting Gemeinde/Quartier von primärem Interesse.

Im Projekt «Via» wurden neben dem Wirkungsmodell für das Gesamtprojekt auch für die grösseren Teilprojekte mit Interventionscharakter (kommunale Netzwerke Bewegung und Begegnung, Sturzprävention und soziale Teilhabe) Wirkungsmodelle erarbeitet, die Grundlage für Evaluationen sind. Zudem werden seit zwei Jahren die durch die Koordinationsstelle erbrachten Dienstleistungen (Beratungen, Vernetzungsaktivitäten, Publikationen, Grundlagen usw.) systematisch erhoben. Seit 2015 werden zusätzlich in den Partnerkantonen Daten zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter gesammelt. Diese erlauben beispielsweise einen Überblick darüber, wie viele Gemeinden Gesundheitsförderung im Alter anbieten, wie viele Veranstaltungen und Kurse angeboten werden oder welche Begegnungsmöglichkeiten wo neu geschaffen werden. Das Set an Indikatoren, die in diesem Monitoring verfolgt werden, ist bewusst klein gehalten; einerseits, um den Erhebungsaufwand in den Kantonen und Gemeinden niedrig zu halten, und andererseits, weil sich die kantonalen Programme teilweise stark voneinander unterscheiden und nur wenige für alle Programme relevante Kernindikatoren definiert werden konnten. Die Tabelle 5 zeigt den Grossteil der Indikatoren aus dem Monitoring der kantonalen Programme; es handelt sich dabei schwergewichtig um Output-Indikatoren, andere Ebenen werden vorläufig noch nicht berücksichtigt.

15.3 Evaluation

Gesundheitsförderung Schweiz lässt die Entwicklung von grösseren Projekten und Programmen evaluativ begleiten, um wichtige Fragestellungen vertieft beurteilen zu können und so Hinweise für die Steuerung und die Weiterentwicklung der Projekte und Programme zu erhalten. Dabei können sich der Zweck der Evaluation, der Fokus und die Fragestellungen mit den Entwicklungen eines Projekts/Programms verändern. Das weiter oben skizzierte Wirkungsmodell (Abb. 9) liefert eine wichtige Orientierungshilfe für die Planung von Evaluationsmassnahmen. So kann die Evaluation beispielsweise auf die Erbringung von Unterstützungsleistungen auf nationaler oder kantonaler Ebene fokussieren (Spalten A1 und A2) oder Auswirkungen auf einzelne Zielbereiche untersuchen, wie zum Beispiel auf die Zusammenarbeit der Akteure in einem Kanton (B) oder auf die soziale Integration von älteren Menschen (C). Es ist Aufgabe der Evaluation, vermutete Wirkungszusammenhänge zu hinterfragen, zu analysieren und den Beitrag der Interventionen an beobachtete Veränderungen auf unterschiedlichen Zielbereichen abzuschätzen. Dabei gilt es zu beachten, dass Interventionen der Gesundheitsförderung im Alter nur einen kleinen Teil der Gesamteinflüsse auf die Gesundheit älterer Menschen darstellen. Die Evaluation fragt nach Faktoren, welche erwünschte Wirkungen begünstigen und unerwünschte verhindern. Sie hat zudem die Aufgabe, einmal gesetzte Ziele kritisch zu hinterfragen und mögliche, nicht beabsichtigte Nebenwirkungen, zum Beispiel eine Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von Sensibilisierungskampagnen, im Auge zu behalten.

Während mittels Monitoring Daten zu den verschiedenen Ebenen gesammelt und aufbereitet werden,

TABELLE 5

Auszug aus dem Indikatorenset Monitoring Gesundheitsförderung im Alter (Via)

Bereiche	Indikatoren
Veranstaltungen	Art und Anzahl der Veranstaltungen, Sprache/n, Durchführungsort, Datum, Anzahl Teilnehmende
Kurse	Art und Anzahl der Kurse, Sprache/n, Durchführungsort, Anzahl Teilnehmende, Anzahl Stunden Kursdauer insgesamt, Zeitraum der Durchführung, behandelte Themen
Gesundheitsberatungen	Anzahl Beratungen, Anzahl beratene Personen
Treffs/Begegnungsangebote	Art des Treffs/Angebots, Durchführungsort, Anzahl Durchführungen pro Jahr, durchschnittliche Anzahl Teilnehmende, Art der organisierenden/durchführenden Stelle

um Entwicklungen über die Zeit erkennen zu können, interessiert sich die Evaluation stärker für Zusammenhänge zwischen diesen Ebenen. Sie fragt beispielsweise danach, inwiefern die nationalen Dienstleistungen die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in den Kantonen und die Angebote für Gesundheitsförderung im Alter verändern oder in welchem Umfang Treffangebote genutzt werden und zu einer besseren sozialen Integration älterer Menschen führen. Eine Gesamtbeurteilung eines Programms «Gesundheitsförderung im Alter» erfordert das Zusammenführen von Erkenntnissen aus unterschiedlichen Monitorings und Evaluationen entlang der Kategorien des zugrundeliegenden Wirkungsmodells[30]. In einem Gesamtkonzept zur Programmevaluation werden nach Bedarf mehrere Evaluationen mit unterschiedlichem Fokus kombiniert (formative und summative Evaluationen, Selbst- und Fremdevaluationen, Konzept-, Struktur-, Prozess- und Wirkungsevaluationen). In Programmen, die im Aufbau begriffen sind, sollte Evaluation zudem wissenschaftliches Wissen und Erfahrungen aus anderen Interventionen mit einbeziehen.
Die letzte extern durchgeführte Evaluation zum Projekt «Via» fokussierte auf Erfahrungen und Erkenntnisse, die für den Aufbau eines Programms «Gesundheitsförderung im Alter» nützlich sind [181]. In Kapitel 12.4 des vorliegenden Grundlagenberichts findet sich eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieser Evaluation.

15.4 Ein kleiner Ausblick

Mit Blick auf ein nationales Programm «Gesundheitsförderung im Alter» ergeben sich auch für das Wirkungsmanagement neue Herausforderungen und Aufgaben:

- **Wirkungsmessungen:** Bisher beurteilte die Evaluation primär Umsetzungs- und Qualitätsaspekte sowie Nützlichkeit und Zufriedenheit mit den erbrachten Dienstleistungen aus Sicht der beteiligten Kantone. Weiter gehende Wirkungen auf der Ebene der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der älteren Menschen standen nicht im Fokus. Mit der Weiterentwicklung des Projekts zu einem Programm wird die Wirkungsmessung zunehmend wichtiger werden, um die grösser werdenden Investitionen legitimieren zu können.
- **Evaluation von Pilotprojekten:** Eine der grossen Aufgaben der nächsten Phase wird es sein, bewährte und wirksame Projekte in die Verbreitung zu bringen. Der Evaluation kommt hier eine wichtige Aufgabe zu, wobei es nicht nur um Wirkungsbeurteilungen geht, sondern auch darum, herauszufinden und aufzuarbeiten, wie die Projekte in unterschiedlichen Kontexten erfolgreich implementiert werden können.
- **Differenzierung und Erweiterung des Monitorings:** Im Bereich Monitoring wurde mit einem kleinen und wenig differenzierten Set an Indikatoren gestartet. Wenn sich das Monitoring für die verschiedenen Akteure als nützlich erweist, kann es aufgrund der gemachten Erfahrungen differenziert und ausgebaut werden. Zudem ist zu prüfen, ob und in welcher Form ein Monitoring zu Gesundheitsaspekten älterer Menschen in der Schweiz nützlich wäre, analog den von Gesundheitsförderung Schweiz betriebenen Monitorings zu Bewegung, Ernährung und Gewicht sowie zur psychischen Gesundheit. Um die Datenerfassung und -auswertung zu vereinfachen, wäre die Einführung eines Online-Monitoring-Tools zu prüfen. Hierzu gibt es interessante Entwicklungen in den Kantonen, auf welchen aufgebaut werden kann.

[30] Vgl. dazu die Erfahrungen aus Monitoring und Evaluation des Schwerpunktprogramms «Gesundes Körpergewicht» von Gesundheitsförderung Schweiz [333].

16 Das Wichtigste der Kapitel 14 und 15 in Kürze

- Die Förderung der Bewegung, der ausgewogenen Ernährung und der psychischen Gesundheit (insbesondere auch der sozialen Teilhabe) sowie die Prävention von Stürzen und Substanzmissbrauch sind zentrale Handlungsfelder, um die Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter zu verbessern beziehungsweise zu erhalten.
- Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sich auf die Themen Bewegungsförderung, Sturzprävention, ausgewogene Ernährung und psychische Gesundheit (soziale Teilhabe) und positioniert sich damit innerhalb der langjährigen Strategie der Stiftung und auch innerhalb der NCD-Strategie.
- Im Fokus der KAP «Gesundheitsförderung im Alter» stehen Menschen im dritten und vierten Lebensalter, die selbstständig in einem privaten Haushalt leben und allenfalls ambulant gepflegt und unterstützt werden.
- Um die Gesundheit im Alter zu erhalten, sind gesundheitsförderliche Veränderungen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene notwendig.
- Das medizinische Versorgungssystem spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsförderung im Alter. Dies insbesondere im Hinblick auf eine integrierte Versorgung, die frühzeitige Erkennung und Behandlung physiologischer Risikofaktoren sowie die Stärkung eines gesundheitsfördernden Lebensstils.
- Das Wirkungsmodell «Gesundheitsförderung im Alter» unterstützt nationale, kantonale und kommunale Akteure bei der Ist-Analyse, bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen, bei der Reflexion von Wirkungszusammenhängen, bei der Messung von Wirkungen sowie bei der Valorisierung der Erkenntnisse.
- In Zukunft soll die Wirkungsmessung intensiviert werden. Ausserdem sollen Pilotprojekte evaluiert und das Monitoring differenziert und erweitert werden.

Teil 4

Interventionsthemen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»

Aufbauend auf dem Kapitel 14 werden in diesem Teil des Berichts wissenschaftliche Grundlagen zu den Themen zusammengefasst, die in den KAP «Gesundheitsförderung im Alter» im Handlungsfokus stehen. Dabei handelt es sich um die Förderung von Bewegung, psychischer Gesundheit und ausgewogener Ernährung sowie um die Prävention von Stürzen im Alter.

17 Bewegungsförderung im Alter[31]

Die Förderung der Bewegung ist eines der wichtigsten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Alter (vgl. Kapitel 14). In diesem Kapitel wird aufgezeigt, welche positiven Gesundheitseffekte aufgrund von körperlicher Aktivität zu erwarten sind und wie viel Bewegung im Alter zu empfehlen ist. Im Anschluss an einen Blick auf das heutige Bewegungsverhalten von älteren Menschen werden bewährte Interventionen und praktische Erfolgsfaktoren der Bewegungsförderung im Alter vorgestellt.

17.1 Warum sich die Bewegungsförderung im Alter lohnt

Regelmässige Bewegung ist ein zentraler Schutzfaktor für die Gesundheit und zeigt hinsichtlich der Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter die stabilste Nutzenevidenz [135]. Bewegung kann dabei sowohl eine gesundheitserhaltende als auch eine therapeutische Wirkung haben: Dank körperlicher Aktivität im Alter können nicht nur zahlreiche körperliche und psychische Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden, auch bereits bestehende Leiden lassen sich positiv beeinflussen [199].
Die positive Wirkung von regelmässiger Bewegung auf die körperliche und psychische Gesundheit (affektive und kognitive Ebene) ist wissenschaftlich gut belegt. Gute Evidenz zur gesundheitsfördernden Wirkung von Bewegung liegt insbesondere hinsichtlich der in Tabelle 6 zusammengefassten Erkrankungen und Beschwerden vor.
Ein körperlich aktiver Lebensstil trägt wesentlich zu einem gesunden Altern bei [57, 202]. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Regelmässige, angepasste Bewegung im Alter erhöht die Anzahl gesunder Lebensjahre sowie die Vitalität und Lebensqualität und fördert die selbstständige Lebensführung im eigenen Zuhause. Körperliche Aktivität scheint das Ausmass und Auftreten von Gebrechlichkeit zu reduzieren [139, 203] und vermindert die Abhängigkeit von Pflege und Betreuung nachweislich: Das Risiko für das Auftreten beziehungsweise Fortschreiten einer Hilfsbedürftigkeit im Alltag kann mithilfe von Bewegungsinterventionen um fast die Hälfte reduziert werden [5].

TABELLE 6

Gesundheitsprobleme, die durch Bewegung positiv beeinflusst werden. Quellen: [199–201]

Körperliche Ebene	• Herz-Kreislauf-Krankheiten wie Schlaganfall und Bluthochdruck • Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes Typ II • Krebs, zum Beispiel Dickdarm-, Brust-, Lungen- und Gebärmutterkrebs • Atemwegserkrankungen, zum Beispiel allgemeine Lungenfunktion • Muskuloskelettale Beschwerden wie Rücken- und Gelenkschmerzen, Verlust der Knochenmasse (Osteoporose) und der Muskelmasse (Sarkopenie) • Sturzhäufigkeit und Risiko eines Knochenbruchs
Affektive Ebene	• Depressionen • Angststörungen • Stresstoleranz • Schlafqualität
Kognitive Ebene	• Denkleistung, Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit • Demenzerkrankungen wie Alzheimer • Desorientierung

[31] Das Kapitel zur Bewegungsförderung im Alter basiert im Wesentlichen auf der Studie von Seematter-Bagnoud et al. [200], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurde.

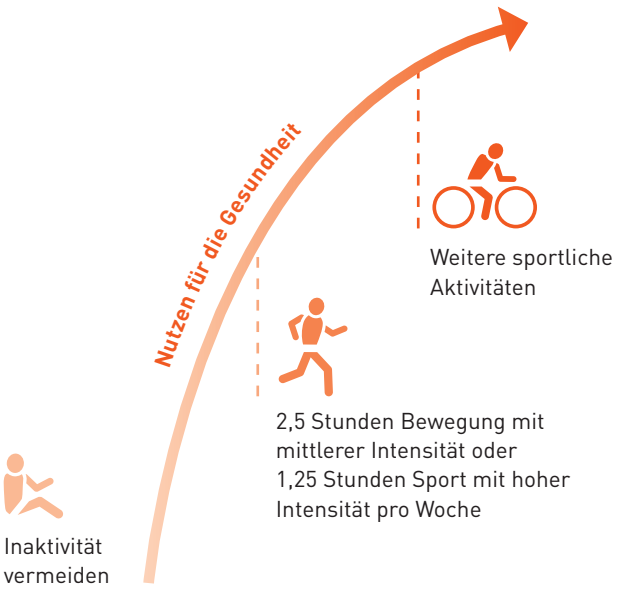
Auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive ist Bewegungsförderung in jedem Alter sinnvoll, da die Kosten von körperlicher Inaktivität hoch sind und «ein Mehr an körperlicher Aktivität ein Weniger an Gesundheitsausgaben bewirkt» [204]. Bewegungsmangel verursacht in der Schweiz pro Jahr und über alle Altersgruppen hinweg betrachtet mehr als 325 000 Krankheitsfälle, über 1150 Todesfälle und direkte medizinische Kosten von über 1,165 Milliarden Franken [205].

17.2 Bewegungsempfehlungen und -verhalten im Alter

Während früher bei eingeschränkter Gesundheit im Alter körperliche Ruhe empfohlen wurde, weiss man heute, dass regelmässige Bewegung in jedem Lebensalter und unabhängig vom Gesundheitszustand in aller Regel gesundheitsförderlich ist [206, 207]. Es gibt keine absolute Kontraindikation für moderate Bewegung, und auch ältere Menschen mit Gesundheitsproblemen oder Behinderungen profitieren von körperlicher Aktivität, wenn diese an die persönlichen Voraussetzungen angepasst ist [135, 199].
Das Bundesamt für Sport und die Weltgesundheitsorganisation empfehlen für ältere Menschen wöchentlich mindestens 2,5 Stunden körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität oder 1,25 Stunden Sport mit hoher Intensität[32] [199, 208]. Damit gilt die Faustregel: «Bewegen Sie sich täglich oder fast täglich während mindestens einer halben Stunde mit mittlerer Intensität». Diese halbe Stunde pro Tag kann auf Phasen von jeweils mindestens zehn Minuten verteilt werden, das heisst, bereits kurze regelmässige Bewegungsepisoden fördern die Gesundheit [199].
Die sogenannte Dosis-Wirkungs-Beziehung verdeutlicht, dass jede regelmässige Bewegung gesundheitswirksam ist, auch wenn diese unterhalb der Basisempfehlung für ältere Menschen liegt (Abb. 10). Selbst wenig intensive körperliche Aktivitäten haben demnach einen vergleichsweise grossen gesundheitlichen Nutzen. Und: Auch ältere Personen, die bisher kaum oder gar nicht aktiv waren, können durch eine geringe, aber nachhaltige Steigerung der körperlichen Aktivität einen grossen gesundheitlichen Nutzen erwarten [199, 209].

ABBILDUNG 10

Dosis-Wirkungs-Beziehung. Quelle: [199]



Das Bewegungsverhalten einer Person hängt einerseits von nicht veränderbaren Faktoren wie Erbanlagen, Alter und Geschlecht ab, andererseits von veränderbaren Faktoren wie personenspezifischen Merkmalen sowie dem sozialen und physischen Umfeld [199, 210]. Zu den personenspezifischen Merkmalen gehört zum Beispiel die individuelle Einstellung gegenüber dem Thema Bewegung. Einflüsse des physischen Umfelds umfassen insbesondere Siedlungsstrukturen und den Zugang zu Pärken oder Bewegungsangeboten im eigenen Wohnumfeld.
Das Ausmass der körperlichen Aktivität ist altersabhängig und steigt in der Regel unmittelbar nach der Pensionierung leicht an, reduziert sich anschliessend ab 75 Jahren jedoch massiv [211]. Fast jede vierte Person (24 %) zwischen 65 und 74 Jahren und fast jede zweite Person (45 %) ab 75 Jahren bewegt sich nicht ausreichend.

17.3 Interventionen zur Förderung der Bewegung im Alter

Aufbauend auf der Bewegungspyramide (Abb. 11) empfiehlt es sich, zwei unterschiedliche, sich ergänzende Bewegungsformen zu fördern: Einerseits ist

[32] Zur Unterscheidung von körperlicher Aktivität mit mittlerer und hoher Intensität siehe Kapitel 17.4.

die alltägliche Bewegung zu fördern, sodass ältere Menschen in ihrem normalen Tagesablauf häufiger körperlich aktiv sind (Lifestyle-Interventionen). Andererseits sind spezifische Bewegungsprogramme zu empfehlen, die entweder unter Anleitung in Gruppenkursen oder selbstständig zu Hause umgesetzt werden.

17.3.1 Bewegungsförderung durch Lifestyle-Interventionen

Die Bewegung im Alltag bildet die Grundlage, auf der die weitere körperliche Aktivität aufbaut (siehe Abb. 11). Gemeint sind damit Alltagsaktivitäten wie die Fortbewegung zu Fuss oder mit dem Fahrrad (zum Beispiel, um Besorgungen zu erledigen), tägliche Spaziergänge, die Erledigung des Haushalts, Treppensteigen, Gartenarbeit und Ähnliches. Diesen Tätigkeiten ist gemeinsam, dass sie nicht primär der Bewegung an sich dienen, sondern die körperliche Aktivität vielmehr eine positive Nebenwirkung alltäglicher Verrichtungen darstellt.

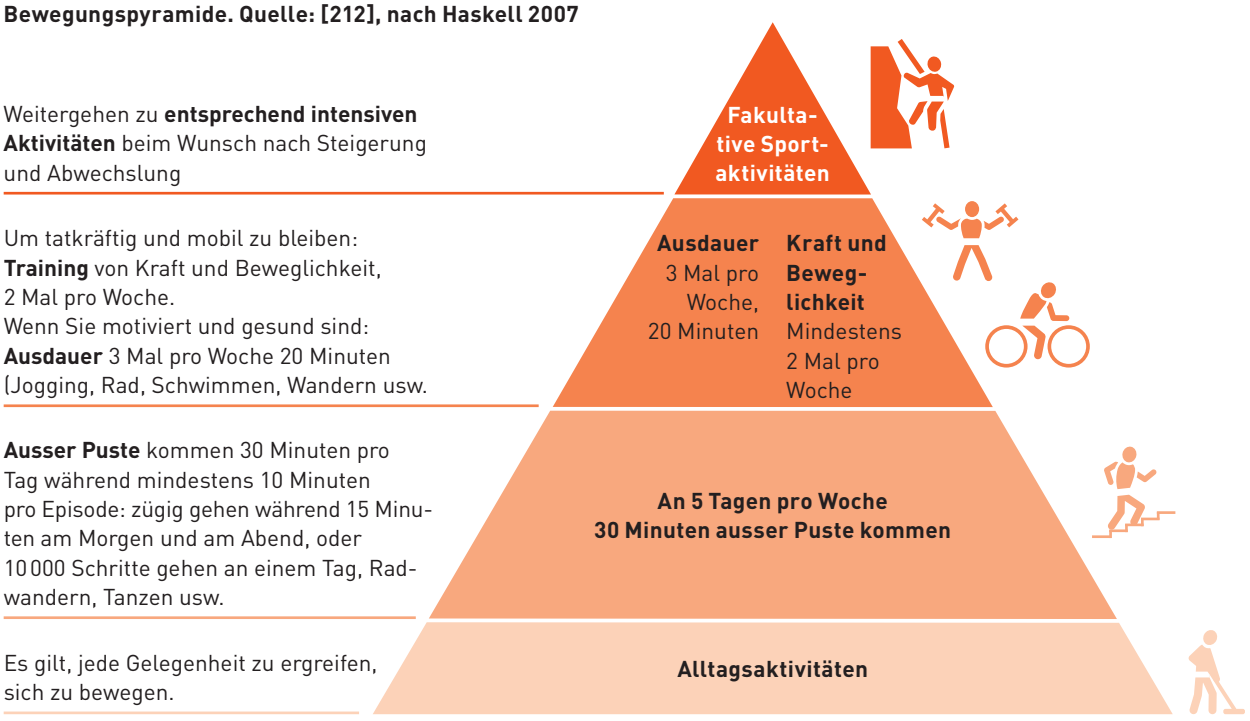
Für eine Förderung der Alltagsbewegung sprechen insbesondere folgende Gründe:

- Diese Bewegungsform ist mit weniger gesundheitlichen Risiken verbunden als Aktivitäten mit höherer Intensität [200]
- Studien aus der Schweiz und dem Ausland weisen nach, dass insbesondere die Fortbewegung zu Fuss eine Bewegungsform ist, die grosse Akzeptanz und Beliebtheit bei älteren Menschen geniesst [213, 214]
- Die Förderung eines aktiven Lebensstils im Alltag verbessert die Gesundheit nachweislich und kann sich sogar nachhaltiger auf das Bewegungsverhalten einer Person auswirken als die Teilnahme an spezifischen Bewegungsprogrammen [215, 216]

Aus diesen Gründen empfehlen Gesundheitsorganisationen weltweit, der Alltagsbewegung eine wichtige Rolle im Rahmen der Bewegungsförderung beizumessen [208]. Bis heute gibt es jedoch wenig Fachliteratur über die Förderung von Alltagsbewegung. Grund dafür ist insbesondere, dass die Quantifizierung alltäglicher Aktivitäten schwieriger ist als die Beobachtung und Bewertung strukturierter Bewegungsprogramme. In Kapitel 17.5 werden einige grundlegende Erfolgsfaktoren diskutiert, die insbesondere auch für die Bewegungsförderung durch Lifestyle-Interventionen wesentlich sind. Als Erfolgsfaktoren gelten beispielsweise klare und leicht umsetzbare Empfehlungen, der Einbezug von Ge-

ABBILDUNG 11

Bewegungspyramide. Quelle: [212], nach Haskell 2007



sundheitsfachpersonen sowie eine bewegungsfördernde Umwelt und Infrastruktur.

17.3.2 Bewegungsförderung durch spezifische Bewegungsprogramme

Der wesentlichste Schritt zur Verbesserung der Gesundheit ist derjenige von der Inaktivität zur regelmässigen Bewegung im Alltag [199]. Aufbauend darauf sind spezifische Bewegungsprogramme zu empfehlen, die gezielt dem Training der Muskulatur, der Beweglichkeit, des Gleichgewichts und der Ausdauer von älteren Menschen dienen (siehe Bewegungspyramide).

Bewegungsprogramme finden heute in der Schweiz häufig in Form von Gruppenkursen in gemeindenahen Räumlichkeiten wie Turnhallen, öffentlichen Schwimmbädern und Fitnesscentern statt. Die Fachliteratur zeigt, dass Häufigkeit und Intensität zwei entscheidende Elemente für die Wirksamkeit dieser Bewegungsmassnahmen sind. So sind zwei bis drei Trainingseinheiten pro Woche am besten geeignet, um die erwünschte Gesundheitswirkung zu erzielen [199]. Bei der Planung von zukünftigen Programmen zur Bewegungsförderung im Alter ist darauf zu achten, dass Bewegungskurse mehrmals pro Woche angeboten werden. Hinsichtlich der Intensität gilt, dass Ausdauer- oder Muskeltrainings am effektivsten sind, wenn eine mittlere Anstrengung erreicht wird [217].

Bewegungsprogramme trainieren idealerweise verschiedene Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit. Dazu gehören insbesondere folgende motorische Beanspruchungsformen:

- die Ausdauer (auch kardiorespiratorisches oder aerobes Training genannt), die zum Beispiel durch Jogging, Nordic Walking, Radfahren, Tanz oder Wassergymnastik trainiert wird
- die Kraft beziehungsweise Muskulatur, die mit dem eigenen Körpergewicht, mit Geräten oder Freihanteln gestärkt werden kann
- die Beweglichkeit, die beispielsweise durch Yoga, Tai Chi, Gymnastik oder Tanz verbessert wird
- das Gleichgewicht, das ebenfalls durch Tai Chi, Tanz oder spezifische Gleichgewichtsübungen trainiert werden kann

Ein regelmässiges, kombiniertes Training aller vier primären Beanspruchungsformen erhält und fördert die Fähigkeit zur selbstständigen Alltagsbewältigung. Dabei ist zu beachten, dass Bewegung nicht gleich Bewegung ist. Das heisst, dass bestimmte Bewegungsformen geeigneter sind, um einzelnen Krankheiten vorzubeugen oder eine bestimmte gesundheitsförderliche Wirkung zu erzielen. Während beispielsweise das aerobe Training bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielt, ist das Krafttraining, kombiniert mit Übungen zur Schulung des Gleichgewichts, für die Prävention von Stürzen besonders wichtig [200].

Grundsätzlich können spezifische Bewegungsprogramme nicht nur in Gruppenkursen stattfinden, sondern auch individuell zu Hause als Trainingseinheiten durchgeführt werden. Bei Bewegungsprogrammen zu Hause hat sich eine regelmässige Supervision durch persönliche Bewegungscoaches bewährt, um die Motivation aufrechtzuerhalten und die korrekte Ausführung der Übungen zu gewährleisten. Eine motivierende und anleitende Rolle spielen darüber hinaus auch Broschüren mit Fotoillustrationen der Übungen[33] sowie Videos, Computerprogramme und Apps mit kommentierten Bewegungsprogrammen.

17.4 Individuelle Anpassung der Bewegungsempfehlungen

Wie einleitend erwähnt, können auch ältere Menschen mit Gesundheitsproblemen oder Behinderungen von regelmässiger Bewegung profitieren. Allenfalls sind jedoch eine ärztliche Beurteilung und eine individuelle Anpassung der Bewegungsempfehlungen und Bewegungsprogramme bezüglich der Art, Häufigkeit und Intensität in Zusammenarbeit mit Fachpersonen sinnvoll [199, 208].

Eine ärztliche Untersuchung vor Aufnahme eines neuen Bewegungsprogramms ist für vorgebrechliche und gebrechliche Personen unablässig, aber auch für vitale Seniorinnen und Senioren zu empfehlen, insbesondere wenn Warnsignale (Schmerzen in der Brust, Schwindel, Ohnmacht, Kurzatmigkeit

[33] Ein gutes Beispiel zum Thema Sturzprävention findet sich unter www.bfu.ch («Sicher stehen – sicher gehen»); eine ansprechende Broschüre aus den USA zur allgemeinen Bewegungsförderung findet sich hier: https://niaprodfiles.s3.amazonaws.com/s3fs-public/workout-to-go.pdf

usw.) oder chronische Erkrankungen vorliegen. Im Hinblick auf die Intensität ist zu beachten, dass die gleiche Aktivität von zwei Personen als unterschiedlich intensiv wahrgenommen werden kann: Je nach Alter, Gesundheit und Trainingszustand nimmt eine Person beispielsweise zügiges Gehen als moderat intensiv wahr (etwas ausser Atem kommen, freies Sprechen ist noch möglich), während die gleiche Aktivität bei einer anderen Person bereits einer hohen Intensität entspricht (zumindest ein leichtes Schwitzen und beschleunigte bis schnelle Atmung). Ausschlaggebend bei der Gestaltung und Umsetzung eines Bewegungsprogramms ist folglich immer die sogenannte relative Intensität.

17.5 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung

Die regelmässige körperliche Aktivität ist die Voraussetzung für anhaltende gesundheitliche Gewinne, gleichzeitig aber auch die primäre Herausforderung in der Umsetzung von Bewegungsförderung in jedem Alter. Studien zeigen, dass Leistungssteigerungen durch mehr Bewegung und Sport nach etwa drei Monaten Inaktivität wieder verloren gehen [200]. Im Folgenden werden einige Lösungsansätze skizziert, die eine nachhaltige Veränderung des Bewegungsverhaltens begünstigen und sich bei der Planung und Umsetzung der Bewegungsförderung im Alter bewährt haben:

- **Bewegungsförderliche und altersgerechte Städteplanung:** Umweltbedingungen können sich günstig oder ungünstig auf die körperliche Aktivität auswirken (siehe Determinanten des Bewegungsverhaltens, Kapitel 17.2). Eine günstige Wirkung auf das Bewegungsverhalten haben insbesondere Grünzonen, Spazier- und Fahrradwege, aber auch Sport- und Aktivitätsinfrastrukturen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sind. Auch Transportstrategien und -systeme, die das Zufussgehen und Fahrradfahren fördern, tragen zur Erhöhung des täglichen Bewegungsausmasses bei [218, 219]. Im Bereich der strukturellen Bewegungsförderung besteht grosses Handlungspotenzial [210, 219].
- **Sensibilisierung für die Bewegungsförderung im Alter:** Die Bedeutung von ausreichender Bewegung für die Gesundheit im Alter ist durch Öffentlichkeitsarbeit und massenmediale Kampagnen zu unterstreichen [218].
- **Integrierte Programme in Gemeinden und kleinräumliche Koordiniation:** Umfassende Gemeindeprogramme setzen dort an, wo ältere Menschen leben und ihre Freizeit verbringen. Sie verbinden lokale Strategien, Programme und Öffentlichkeitsarbeit zur Bewegungsförderung und nutzen so Synergien.
- **Integration der Bewegungsförderung in die medizinische Grundversorgung und begleitete Umsetzung durch Gesundheitsfachpersonen:** Eine fortlaufende Beratung und Unterstützung durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Gesundheitsfachpersonen sind wichtig, um den körperlichen Aktivitätsgrad von älteren Menschen kurz- und mittelfristig zu erhöhen. Gesundheitsfachpersonen können motivieren und die Einhaltung der Bewegungsprogramme fördern, aber auch einer Selbstüberschätzung und möglichen Verletzungen vorbeugen (vgl. Kapitel 22). In der Schweiz zeigt zum Beispiel das Projekt «Paprica» (www.paprica.ch) der Medizinischen Poliklinik der Universität Lausanne auf, wie Bewegungsförderung in die Grundversorgung integriert werden kann.
- **Anschauliche, praxisnahe und niederschwellige Bewegungsempfehlungen:** Bewegungsempfehlungen sollten konkret sein, leicht ins Alltagsleben integriert werden können und motivieren, indem sie den Zusammenhang zwischen Bewegung und Lebensqualität sowie Autonomie aufzeigen. Empfehlungen gehen auf individuelle Voraussetzungen ein und bieten ein angepasstes und umsetzbares Bewegungsprogramm. Bewegungsungewohnten Menschen gegenüber ist darauf hinzuweisen, dass bereits kurze, wenig intensive und über den Tag verteilte Bewegungssequenzen gesundheitswirksam sind (siehe Kapitel 17.2).
- **Vielfältige Bewegungsprogramme und -angebote:** Angesichts der grossen Heterogenität älterer Menschen (vgl. Kapitel 2) sind auch die Angebote im Bereich der Bewegungsförderung vielfältig und abwechslungsreich zu gestalten – im Hinblick auf das Intensitätsniveau, aber auch bezüglich der Inhalte oder der Zusammensetzung von Teilnehmenden und Leitenden.
- **Bewegung und Begegnung kombinieren – soziale Teilhabe und Unterstützung stärken:** Die Kombination von Bewegung und Begegnungsmöglichkeiten fördert die Teilnahme an Bewegungskursen.

Das gemeinsame und freudvolle Aktivsein, die Gruppendynamik und die Gelegenheit zu Gesprächen vor, während und im Anschluss an ein Training wirken sich ebenso positiv auf die Teilnahmemotivation aus wie die Unterstützung durch Familie, Freunde oder Gesundheitsfachleute [220]. Die Basler Stiftung Hopp-la (www.hopp-la.ch) zeigt mit ihren Projekten, dass die Bewegung und Begegnung auch generationenübergreifend erfolgen kann.

- **Gleichaltrige als Leitende von Bewegungsprogrammen:** Ergänzend zu gut ausgebildeten Fachpersonen ist die (Co-)Leitung durch Gleichaltrige sehr Erfolg versprechend, da sogenannte *Peer-led*-Programme mit mehr Teilnehmenden rechnen können und zu mehr Zufriedenheit seitens der Teilnehmenden führen [220].
- **Physische und finanzielle Zugänglichkeit von Bewegungskursen:** Bewegungskurse finden idealerweise in der Nähe des Wohnortes statt, sind mit dem öffentlichen Verkehr gut erreichbar, werden mit einem Transportdienst verbunden oder bieten Parkmöglichkeiten an. Im Hinblick auf die grossen sozioökonomischen Unterschiede ist darauf zu achten, dass Bewegungskurse mit möglichst tiefen Nutzungskosten verbunden und dadurch auch für finanziell schwächere Personen zugänglich sind.
- **Verhaltenspsychologisch begründete Interventionen und Apps zur Motivationssteigerung:** Der Einbezug von verhaltenspsychologischen Theorien *(Health Belief Model, Theory of Planned Behaviour, Transtheoretical Model)* bei der Gestaltung von Interventionen zur Bewegungsförderung ist empfehlenswert [221], ebenso der Einsatz von Schrittzählern oder anderen technischen Geräten und Apps, die ein direktes Feedback zum Trainingsfortschritt und zur Zielerreichung geben und so zur Stärkung der Selbstwirksamkeit beitragen. Gute Erfahrungen wurden beispielsweise in Graubünden mit der App «Bisch fit?» und in Zürich mit dem Trainingsprogramm «Active Lifestyle» gemacht, das iPads als Motivationshilfen nutzt.

17.6 Das Wichtigste in Kürze

- Regelmässige Bewegung ist ein zentraler Schutzfaktor für die Gesundheit und zeigt die stabilste Nutzenevidenz hinsichtlich der Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter.

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: Weiterbildungskurs «Bewegungsförderung im Alter»

Der Via-Pilotkurs «Bewegungsförderung im Alter» entstand auf Wunsch von Fachpersonen aus der Praxis und richtet sich an qualifizierte Kursleitende, die im Bereich Bewegungsförderung für ältere Menschen tätig sind. Es handelt sich um eine Multiplikatoren-Schulung, die der Qualitätssicherung und -förderung der Bewegungsangebote für ältere Menschen dient. Der Kurs wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Basel konzipiert und erstmals 2013 unter der Leitung von Prof. Dr. Lukas Zahner durchgeführt. Der Pilotkurs wurde evaluiert und aufgrund der positiven Ergebnisse in einen regulären Weiterbildungskurs an der Universität Basel überführt, der im Auftrag des Projekts «Via» durchgeführt wird. Im Rahmen einer 4-tägigen Weiterbildung wird in Vorlesungen und Praxisworkshops Fachwissen zu folgenden Themenmodulen vermittelt:

- Bewegungsförderung im Alter: Best-Practice-Modelle aus dem Projekt «Via»
- Veränderungen und medizinische Besonderheiten bei älteren Menschen und Konsequenzen für die Trainingspraxis
- Ausdauer und Beweglichkeit im Alter
- Kraft, Gleichgewicht und Stürze im Alter

Siehe [222] und https://advancedstudies.unibas.ch/studienangebot/kurs/bewegungsfoerderung-im-alter-19773

Weitere Praxis-Beispiele: Pas de retraite pour ma santé (VD); Gemeinde bewegt (SG); Netzwerk Bewegung und Begegnung (BE, SG, ZG); Hopp-la, Generationen in Bewegung (BS); Sport- und Bewegungsangebote von Pro Senectute (CH); Seniorenwandergruppen des SAC (CH); Veteranenangebote der Turnvereine (CH).

- Dank körperlicher Aktivität im Alter können nicht nur zahlreiche körperliche, affektive und kognitive Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden, auch bereits bestehende chronische Leiden lassen sich positiv beeinflussen.
- Auch ältere Menschen mit Gesundheitsproblemen oder Behinderungen profitieren von körperlicher Aktivität, wenn diese an die persönlichen Voraussetzungen angepasst ist.
- Die aktuelle Bewegungsempfehlung für ältere Menschen lautet: wöchentlich mindestens 2,5 Stunden körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität oder 1,25 Stunden Sport mit hoher Intensität.
- Fast jede vierte Person (24 %) zwischen 65 und 74 Jahren und fast jede zweite Person (45 %) ab 75 Jahren bewegt sich nicht ausreichend.
- Es empfiehlt sich, zwei verschiedene, sich ergänzende Bewegungsformen zu fördern: die alltägliche Bewegung, das heisst die Förderung der körperlichen Aktivität im normalen Tagesablauf, und die Teilnahme an spezifischen Bewegungsprogrammen. Zu diesem Zweck sind neben Veränderungen individueller Verhaltensweisen auch Anpassungen der physischen Verhältnisse notwendig.
- Wichtige Elemente in der Bewegungsförderung sind eine seniorengerechte und bewegungsförderliche Infrastruktur; die Nutzung verhaltenspsychologischer Theorien und Technologien zur Motivationssteigerung; klare und niederschwellige Empfehlungen; der Einbezug von Gesundheitsfachpersonen; die soziale Unterstützung und Kombination von Bewegung und Begegnung.

18 Sturzprävention im Alter[34]

Gemäss Daten des *«Global Burden of Disease»*-Projekts sind Stürze die fünftwichtigste Ursache der Krankheitslast in der Schweiz [65]. Seniorinnen und Senioren weisen eine deutlich erhöhte Sturzinzidenz auf (vgl. Kapitel 3.6). Insbesondere im Alter und im Hinblick auf die funktionale Gesundheit sowie die selbstständige Lebensführung kommt der Sturzprävention deshalb eine hohe Bedeutung zu. Im folgenden Kapitel sollen die Ursachen und Folgen von Stürzen im Alter skizziert und darauf aufbauend aufgezeigt werden, mit welchen Interventionen das Sturzrisiko von älteren Menschen wirksam gesenkt werden kann.

18.1 Warum sich die Sturzprävention im Alter lohnt

Das Problem der Sturzunfälle im Alter liegt nicht allein in der hohen Sturzinzidenz begründet, sondern ebenfalls in der hohen Verletzungsanfälligkeit von älteren Menschen: Stürze im Alter führen häufig zu schweren Verletzungen, langwierigen gesundheitlichen Komplikationen oder sogar zum Tod [83].
In der Schweiz sterben jedes Jahr über 1380 Personen als Folge von Stürzen, wobei 94 % der tödlich verlaufenden Stürze Personen über 65 Jahre betreffen [83, 85]. Das bedeutet, dass jährlich fast 1300 Seniorinnen und Senioren in der Schweiz aufgrund von Sturzunfällen sterben. Sturzunfälle fordern im Alter etwa 13-mal mehr Todesopfer als Verkehrsunfälle [85].
20–30 % der Stürze sind mit schweren Komplikationen verbunden, sodass die Betroffenen medizinische Betreuung benötigen; bei etwa 5 % der Stürze treten Knochenbrüche auf und die gefürchteten, oft mobilitätseinschränkenden Oberschenkelhalsfrakturen treten bei 1–2 % der Gestürzten auf [125, 223, 224]. Schädel-Hirn-Traumen gehören ebenfalls zu den typischen Verletzungen, die sich ältere Menschen bei Stürzen zuziehen [224].
Darüber hinaus erleben Betroffene nach Stürzen oft starke Einbussen in ihrer funktionalen Gesundheit, Lebensqualität und Selbstständigkeit. Dauerhafte Mobilitätseinschränkungen und Schwierigkeiten bei grundlegenden Alltagsaktivitäten (vgl. Kapitel 3.7) sind häufige Sturzfolgen, die schliesslich sogar den Umzug in eine Pflegeinstitution unvermeidbar machen [224, 225]. Aus Angst vor erneuten Stürzen beschränken ältere Menschen zudem häufig ihre körperlichen Aktivitäten und leiten so ungewollt eine Abwärtsspirale ein: Aufgrund der fehlenden Bewegung verlieren sie an Muskelkraft und Gleichgewicht, wodurch wiederum das Sturzrisiko steigt [225]. Ausserdem führen der eingeschränkte Bewegungsradius und die Bewegungsarmut häufig zu sozialer Isolation, Einsamkeit sowie körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen.
Stürze führen schliesslich auch zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Gegenwärtig verursachen Sturzunfälle von Personen ab 65 Jahren jährliche Kosten von über 1,4 Milliarden Franken [82]. Im Vergleich zu den Sturzkosten bei Kindern und Erwachsenen generieren die Stürze von Seniorinnen und Senioren die höchsten Gesamtkosten. Diese hohen Kosten liegen einerseits in der hohen Fallzahl begründet und andererseits in den hohen Sturzkosten pro Fall, die im Alter aufgrund der Verletzungsanfälligkeit zunehmen [82, 226].
Zusammenfassend lässt sich festhalten: Eine wirksame Prävention von Stürzen im Alter trägt in bedeutendem Masse dazu bei, schwerwiegende gesundheitliche Einbussen und Todesfälle zu vermeiden, die Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter zu erhalten und die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich zu dämpfen. Stürze im Alter werden zunehmend als klinisches Erscheinungsbild von Gebrechlichkeit und als Warnzeichen für einen gene-

[34] Das Kapitel zur Sturzprävention im Alter basiert wesentlich auf der Studie von Gschwind et al. [230], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurde.

rellen «Abbau», verminderte funktionelle Reserven und für einen beginnenden Verlust von Selbstständigkeit gewertet [227]. Die Sturzprävention durch Krafttraining und genügende Proteinzufuhr (siehe unten) dient damit gleichzeitig der Prävention von Sarkopenie und Gebrechlichkeit [228, 229].

18.2 Sturzursachen im Alter

Die hohe Sturzinzidenz bei älteren Menschen erklärt sich dadurch, dass Sturzrisikofaktoren mit altersbedingten Veränderungen assoziiert sind und in der Regel mit fortschreitendem Alter gehäuft auftreten. Denn es gilt: «Je ausgeprägter ein Risikofaktor auftritt oder je mehr Risikofaktoren zur gleichen Zeit auftreten, desto grösser ist das Sturzrisiko einer Person» [83].

Grundsätzlich lassen sich Sturzrisikofaktoren in intrinsische, vorwiegend die Gesundheit einer Person betreffende, und extrinsische Faktoren, Einflüsse aus der Umwelt und der Umgebung, unterteilen [83, 230]. Die Tabelle 7 gibt einen Überblick über die wichtigsten Sturzrisikofaktoren.

Stürze sind in der Regel multifaktorielle Ereignisse. Stürze können selten einer einzelnen Ursache zugeschrieben werden, sondern resultieren aus dem Zusammenwirken von mehreren, interagierenden Risikofaktoren [231]. So können bei Vorliegen von körperlichen Funktionsdefiziten bereits kleine Hindernisse wie Teppiche, Türschwellen und Trottoirs zu Stolperstürzen führen.

Intrinsische Risikofaktoren scheinen die grösste Unfallrelevanz zu haben, das heisst, diese Faktoren sind häufig alleine und ursächlich für einen Sturz verantwortlich. Demgegenüber besteht für die Unfallrelevanz von extrinsischen Risikofaktoren eine geringere Evidenz. Die Prävention von extrinsischen Sturzrisikofaktoren ist vor allem deshalb wichtig, weil sie «im Sinn einer Verstärkerrolle Einfluss darauf haben, ob ein Sturzereignis eintritt oder nicht» [82]. Insbesondere die körperliche Fitness, das heisst die Muskelkraft und das Gleichgewicht, spielt eine besondere Rolle als Schutzfaktor vor Stürzen im Alter [83, 231].

Der altersassoziierte Muskelschwund (Sarkopenie) ist nicht nur der wichtigste Risikofaktor für Stürze, er erhöht auch allgemein das Risiko für körperliche Behinderung, geringe Lebensqualität und Tod [232–234]. Gemäss europäischer Definition bezeichnet die Sarkopenie den progressiven und generalisierten Verlust an Masse und Kraft der Skelettmuskulatur [234]. Die Sarkopenie ist eng mit Gebrechlichkeit *(frailty)* verknüpft und beeinflusst alle wichtigen Gebrechlichkeitsmerkmale wie reduzierte Ganggeschwindigkeit, Gewichtsverlust und Kraftlosigkeit/Erschöpfung [234, 235]. Aus diesem Grund sind das systematische Screening und die Behandlung von Sarkopenie unabdingbar. In der Arztpraxis wird zum Beispiel der *«Timed up and go»*-Test nicht nur zum Assessment des Sturzrisikos [236, 237], sondern auch der Sarkopenie [234] und der Gebrechlichkeit [228] eingesetzt.

TABELLE 7

Sturzrisikofaktoren im Alter. Quellen: [83, 230]

Intrinsische Risikofaktoren	Extrinsische Risikofaktoren
• Verlust von Muskelmasse und -kraft (Sarkopenie) • Gang- und Gleichgewichtsstörungen • Seh- und Hörstörungen • Neurologische und kognitive Störungen (Demenz und Delir) • Affektive Störungen (Sturzangst, Depression) • Kurzer Bewusstseinsverlust, Synkopen • Niedriger Blutzuckerspiegel, Orthostase, Herzrhythmusstörungen, Epilepsie • Inkontinenz und gehäufte Toilettengänge • Sturzvorgeschichte • Einnahme bestimmter und/oder gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente	• Umgebungsgefahren und Stolperfallen (wie schlechte Lichtverhältnisse, rutschige Bodenbeläge, lose Teppiche, Türschwellen, fehlende Sicherheitseinrichtungen in Bad und Treppenhaus, Barrieren im öffentlichen Raum und Verkehr) • Inadäquates Schuhwerk und Kleidung • Schlecht angepasste Sehhilfen • Schlecht angepasste Gehhilfen

18.3 Interventionen der Sturzprävention

Analog zu den unterschiedlichen Risikofaktoren lassen sich auch zwei Ansätze in der Sturzprävention unterscheiden: Einerseits ist dies die Verhaltensprävention, die versucht, intrinsische Sturzrisikofaktoren und individuelle Handlungsweisen positiv zu beeinflussen sowie die Körperkraft als wichtigsten Schutzfaktor zu stärken. Andererseits die Verhältnisprävention, die extrinsische oder umweltbedingte Risikofaktoren zu reduzieren versucht, indem die Infrastruktur des privaten und öffentlichen Raums optimiert wird [83]. Da Stürze häufig aus dem Zusammenwirken von intrinsischen und extrinsischen Faktoren resultieren, sollten die Verhaltens- und die Verhältnisprävention als sich ergänzende Ansätze kombiniert werden.

Es empfiehlt sich, in einem Assessment die Sturzgefährdung, primären Sturzrisikofaktoren und körperlichen Fähigkeiten einer älteren Person individuell zu bewerten. Aufbauend darauf lässt sich ein Programm entwickeln, das sowohl hinsichtlich des körperlichen Trainings als auch der Reduktion von Gefahrenquellen in der Lebensumwelt auf eine sturzgefährdete Person zugeschnitten ist [83].

Die folgenden Ausführungen fokussieren auf die *spezifische* Sturzprävention, das heisst auf die Sturzprävention bei Risiko- und Hochrisikogruppen, zu welchen vorgebrechliche *(pre-frail)* und gebrechliche *(frail)* Personen sowie jene Seniorinnen und Senioren gehören, die bereits einmal gestürzt sind. Aus aktueller geriatrischer Sicht ist eine spezifische Sturzprävention auch bei multimorbiden und gebrechlichen Personen möglich [237]. Davon ist die allgemeine Sturzprävention zu unterscheiden, die mit der Bewegungsförderung identisch ist. Deren allgemeine Bewegungsempfehlungen und -interventionen haben für die Zielgruppe der vitalen Seniorinnen und Senioren in der Regel eine ausreichende sturzpräventive Wirkung (siehe Kapitel 17.2).

Nachfolgend werden zwei zentrale Einzelmassnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene vorgestellt, wobei keine abschliessende und vollständige Auflistung von möglichen und wichtigen Massnahmen angestrebt wird. Stattdessen wird ein Fokus auf die Förderung der körperlichen Fitness und die private Umgebung von älteren Menschen gelegt, weil die körperliche Fitness der zentrale Schutzfaktor für Stürze im Alter ist und sich die Hälfte der Stürze im privaten Wohnbereich ereignet.

18.3.1 Körperliches Training

Intrinsische Risikofaktoren, wie Muskelschwäche und Gleichgewichtsstörungen, lassen sich mittels eines gezielten Trainings deutlich reduzieren. Wissenschaftliche Studien liefern gute Evidenzen dafür, dass mit körperlichem Training die Sturzrate bei älteren Menschen um 30–50 % gesenkt werden kann [1–4]. Sollte es dennoch zu einem Sturz kommen, ziehen sich körperlich trainierte Personen seltener leichte und schwere Verletzungen zu als gleichaltrige Vergleichsgruppen, die ihre Muskulatur und ihr Gleichgewicht nicht trainierten [124, 125]. Körperliches Training, insbesondere Kraft- und Gleichgewichtstraining, ist die einzige Intervention, die sowohl die Zahl der stürzenden Personen als auch die Gesamtzahl der Stürze reduziert [238].

Weitere positive Effekte, die in einzelnen Studien nachgewiesen wurden, betreffen eine allgemeine Verbesserung der Gehfähigkeit und der selbstständigen Mobilität, eine verbesserte Ausdauer und damit geringere Ermüdung bei alltäglichen Aktivitäten sowie teilweise auch ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und eine reduzierte Sturzangst [230].

Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen und praktischen Wissens sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus dem individuellen Assessment (siehe oben) lassen sich folgende Empfehlungen für die Praxis ableiten:

- Trainingsprogramme sollten schwerpunktmässig die Kraft und das Gleichgewicht trainieren und mit mobilitäts- und funktionalitätserhaltenden Komponenten ergänzt werden (Gangtraining und Training von Alltagsaktivitäten).
- Wichtig ist eine grosse Variation an Übungen, um unterschiedliche Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit zu trainieren und den unterschiedlichen Vorlieben und Voraussetzungen der Teilnehmenden gerecht zu werden.
- Die Kombination von Gruppenangeboten und individueller Bewegung hat sich bewährt.
- Soziale Programmkomponenten sind in die Gruppenangebote einzubauen.
- Generell sollten Trainings zur Sturzprävention von maximal moderater Intensität sein.
- Ausschliesslich spezifisch ausgebildete Instruktoren sollen die Interventionen leiten.
- Es empfehlen sich zwei bis drei supervisierte Trainings pro Woche, ergänzt mit zwei individuell zu Hause durchgeführten Bewegungseinheiten.

- Die Dauer der supervisierten Interventionen sollte mindestens 45 Minuten und die individuellen Einheiten (zu Hause) sollten mindestens 15–30 Minuten betragen.
- Die Interventionsdauer sollte auf einen längerfristigen Zeithorizont von mindestens einem Jahr ausgelegt sein.
- Ein obligater Begleiter von körperlichen Trainings ist die ausgewogene und altersgerechte Ernährung (siehe Kapitel 20). Neue Leitlinien zum Thema «Ernährung und körperliches Training im Alter» betonen insbesondere die Bedeutung einer adäquaten Zufuhr von Molkenproteinen und Vitamin D, da diese, angesichts des altersassoziierten Muskelschwunds, den Erhalt und den Aufbau von Muskeln massgeblich unterstützen [229, 239].

18.3.2 Häusliche Anpassungen

Stolperfallen im eigenen Zuhause, wie rutschige Bodenbeläge, lose Teppiche oder Türschwellen, sind wesentliche umgebungsbedingte oder extrinsische Sturzrisikofaktoren. Im Gegensatz zu Muskelschwund und Gleichgewichtsstörungen wird die eigenständige Unfallrelevanz von Gefahrenquellen in der Wohnumgebung jedoch in Frage gestellt [240, 241]. Umgebungsbedingte Risikofaktoren sind dennoch an vielen Sturzunfällen beteiligt [231], weil bei Vorliegen von intrinsischen Sturzrisikofaktoren bereits kleine Hindernisse und Gefahrenquellen ein Stolpern oder Ausrutschen und damit ein Sturzereignis auslösen können (siehe oben).

In der Schweiz ereignen sich etwa 50 % aller Sturzunfälle von älteren Menschen in den eigenen vier Wänden [85]. Diverse Studien belegen denn auch, dass viele Privatwohnungen älterer Menschen kleinere und grössere Gefahrenquellen für Stürze aufweisen [242, 243]. So fanden zum Beispiel Carter et al. [242] in 80 % der geprüften Wohnungen von Personen ab 70 Jahren mindestens eine Gefahrenquelle, 39 % der Wohnungen wiesen sogar mehr als fünf Gefahrenquellen auf. In einer späteren Studie von Carter et al. [244] zeigte sich zudem, dass die älteren Menschen, deren Wohnungen mehr als fünf Gefahrenquellen aufwiesen, ein 2,8-mal grösseres Sturzrisiko hatten als gleichaltrige Personen, in deren Wohnungen weniger als fünf Gefahrenquellen existierten.

Im Rahmen von Hausbesuchen bei vorgebrechlichen Menschen können solche Sturzrisikofaktoren im unmittelbaren Wohnumfeld erkannt und konkrete Massnahmen zu deren Beseitigung oder Reduktion aufgezeigt werden. Zu den geläufigen Modifikationen zählen beispielsweise die Entfernung von losen Fussmatten und Teppichen, die Anschaffung einer Antirutschmatte im Bad, ein Antirutschband auf Treppen, die Installation von Handgriffen und -läufen sowie die Verbesserung der Lichtverhältnisse[35].

Die Beseitigung von häuslichen Gefahrenquellen ist speziell bei zunehmend gebrechlichen Personen mit intrinsischen Sturzrisikofaktoren und erhöhtem Sturzrisiko oder bei Personen, die in der Vergangenheit bereits einmal oder mehrmals gestürzt sind, bedeutsam und wirksam [125, 238].

Ausschlaggebend für die Wirksamkeit von häuslichen Anpassungen ist die Qualifikation der Personen, die die häuslichen Gefahrenquellen beurteilen. Insbesondere der Einsatz von Ergotherapeutinnen und -therapeuten hat sich hierbei bewährt [230].

18.4 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung

Die vorangehenden Ausführungen fokussieren auf zwei der relevantesten Faktoren, die Stürze im Alter verhindern können: die körperliche Fitness und häusliche Anpassungen. Darüber hinaus sind in der praktischen Sturzprävention weitere Risiko- und Schutzfaktoren über gezielte Massnahmen anzugehen beziehungsweise zu stärken:

- Die Wahl eines **adäquaten Schuhwerks:** Für ältere Menschen empfehlen sich Schuhe mit niedrigem Absatz, rutschfester Sohle, stabiler Fersenkappe und guter Fixierung. Das Barfussgehen oder Umherlaufen in Socken ist für (vor)gebrechliche Personen nicht zu empfehlen [230].
- **Gehhilfen** wie Gehstöcke oder Rollatoren sind weitverbreitete Hilfsmittel, die die Mobilität von zunehmend gebrechlichen Menschen verbessern. Doch schlecht angepasst und eingesetzt, können diese eine gegenteilige Wirkung entfalten und zu einem Sturzrisikofaktor werden [245, 246]. Die Verschreibung von Gehhilfen und die Abstimmung auf die individuellen Fähigkeiten der betrof-

[35] Siehe die Broschüre «Selbstständig bis ins hohe Alter. Checkliste Wohnumgebung, Training und Tipps zur Mobilität» der bfu.

fenen Personen gehören deshalb in die Hand einer Fachperson [230].

- Die Anpassung der **Medikation,** insbesondere eine Reduktion der Gesamtzahl an Medikamenten, die eine sturzgefährdete Person einnimmt (Multimedikation), sowie die Meidung von Pharmaka mit einer Wirkung auf das zentrale Nervensystem oder das schrittweise Absetzen von Antihypertensiva und Medikamenten, die die Psyche und das Bewusstsein beeinflussen [125, 237, 247]. Die Hausärztin oder der Hausarzt muss dabei abwägen, ob die reduzierte Sturzgefahr die Absetzung eines Medikaments rechtfertigt.
- Eine Anpassung der **Ernährung** ist ebenfalls Teil der Sturzprävention, indem zum Beispiel eine Mangelernährung behoben wird [237] oder Vitamin-D-Präparate verschrieben werden [125]. Im Rahmen von sturzpräventiven Krafttrainings spielt die ausreichende Proteinzufuhr eine wichtige Rolle [229, 239].
- Bei Vorliegen von Sehstörungen kann eine **Sehkorrektur** möglicherweise zu einem tieferen Sturzrisiko beitragen [247, 248].
- Schliesslich können auch die **Information und Aufklärung** über potenziell gefährliche Situationen und die Vermittlung von Strategien im Umgang mit solchen Situationen das Sturzrisiko reduzieren [125, 249].
- Da die Ursache von Stürzen nicht ausschliesslich auf den gesundheitlichen Zustand und das Verhalten einer Person zurückzuführen ist und extrinsische Risikofaktoren ein bestehendes intrinsisches Sturzrisiko verstärken, braucht es ebenfalls **verhältnispräventive Massnahmen,** die über Stolperfallen in der privaten Wohnumgebung hinausgehen und die öffentliche, altersgerecht zu gestaltende Infrastruktur betreffen [83].

Es existieren folglich unterschiedliche Ansätze und Massnahmen, die in der Sturzprävention mit Gewinn kombiniert werden können. Denn in der Praxis zeigt sich, dass jene Sturzpräventionsprogramme am wirksamsten sind, die unterschiedliche Risikofaktoren angehen und entsprechende Interventionen kombinieren [250]. Insbesondere wenn im individuellen Assessment mehrere Sturzrisikofaktoren identifiziert wurden, empfiehlt sich ein multifaktorielles Programm.
Neben einem individuell zugeschnittenen, multifaktoriellen Programm und der Qualität der Einzelinterventionen tragen die Erfolgsfaktoren, die im Rahmen der Bewegungsförderung im Alter zu berücksichtigen sind (siehe Kapitel 17.5), ebenfalls zu einer wirksamen Sturzprävention im Alter bei.

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: Café Bâlance

Unter dem Leitgedanken «Bewegung und Geselligkeit im Quartier» bietet das Café Bâlance älteren Menschen seit 2010 die Möglichkeit, sich regelmässig mit anderen zu bewegen, das gesellige Zusammensein zu pflegen und dabei gezielt das Sturzrisiko zu reduzieren. Das Projekt des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt bietet in zehn Quartiertreffpunkten wöchentliche Rhythmiklektionen nach Jaques-Dalcroze an. Diese Sturzpräventionskurse, die Musik mit Koordination verbinden, verbessern die Gangsicherheit und vermindern das Sturzrisiko. Beim anschliessenden Kaffeeplausch steht das gesellige Beisammensein im Zentrum und Teilnehmende können sich austauschen, Freunde treffen und neue Kontakte knüpfen. Das Projekt verbindet damit zwei der wichtigsten Interventionsthemen im Alter: Förderung der Bewegung/Körperkraft und soziale Teilhabe.

Studien weisen nach, dass die Gangsicherheit verbessert sowie die Sturzhäufigkeit und das Sturzrisiko durch Café Bâlance deutlich gesenkt werden können [251].

Siehe http://www.gesundheit.bs.ch/ueber-uns/programme/alter-gesundheit/cafe-balance.html und http://www.seniorenrhythmik.ch/

Weitere Praxis-Beispiele: Pilotprojekt «Sturzprävention Sarganserland» (SG); «Sicher durch den Alltag. Sturzprävention zu Hause» der Rheumaliga Schweiz (CH); Gangsicherheitskurse von physio-swiss (CH); ExpertInnenschulung und Informationsmaterialien zu Stürzen im Alter der Beratungsstelle für Unfallverhütung – bfu (CH); Angebote der geriatrischen Zentren wie Sturzsprechstunden und Sturzpräventionskurse (CH).

18.5 Das Wichtigste in Kürze

- Jede vierte Person ab 65 Jahren (25 %), die in einem Schweizer Privathaushalt lebt, stürzt mindestens einmal pro Jahr. Bei Personen ab 80 Jahren sind es sogar 30 %. Personen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, stürzen deutlich häufiger.
- Stürze im Alter führen häufig zu Verletzungen, langwierigen Komplikationen, reduzierter Selbstständigkeit und erhöhter Pflegeabhängigkeit sowie jährlich zu fast 1300 Todesfällen.
- Sturzunfälle von Personen ab 65 Jahren verursachen in der Schweiz jährliche Kosten von über 1,4 Milliarden Franken.
- Zu den wichtigsten Interventionen der Sturzprävention gehören körperliches Training zur Steigerung der Kraft und des Gleichgewichts sowie die Reduktion von Gefahrenquellen im eigenen Zuhause. Durch körperliches Training kann das Sturzrisiko um 30–50 % gesenkt werden.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von und mit Gesundheitsfachleuten hat auch in der Sturzprävention eine hohe Bedeutung.

19 Förderung der psychischen Gesundheit mit Fokus auf die soziale Teilhabe[36]

Aufgrund von hohen Anpassungs- und Selbstregulationsleistungen (adaptivem Coping) nimmt das psychische Wohlbefinden im Alter trotz körperlicher und kognitiver Einbussen in der Regel nicht ab, sondern stabilisiert sich sogar auf höherem Niveau [71]. Dennoch ist in der Schweiz bei 15–25 % der Personen im Pensionsalter das Vorliegen mindestens einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich (siehe Kapitel 3.4). Im Folgenden werden in einem ersten, allgemeinen Teil typische kritische Lebensereignisse und wichtige Ressourcen im Alter identifiziert und grundlegende Leitlinien und Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen umrissen. In einem zweiten Teil wird ein Schwerpunkt auf die Einsamkeit gelegt, da kritische Lebensereignisse im Alter oft zu sozialer Isolation und zum Verlust sozialer Ressourcen führen. Ausgehend von den besonders gefährdeten Personengruppen und den gesundheitlichen Auswirkungen von Einsamkeit werden Interventionen diskutiert, die die soziale Teilhabe älterer Menschen stärken sollen.

INFOBOX: Definition von psychischer Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betonte bereits vor rund siebzig Jahren in ihrer Verfassung, dass die psychische Dimension ein integraler Teil von Gesundheit ist. Tatsächlich gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit [252]. Angesichts von abnehmenden körperlichen und sozialen Ressourcen kommt der psychischen Gesundheit im Alter ein besonders hoher Stellenwert zu, weil sie moderierend wirkt und den Umgang mit körperlichen und sozialen Einbussen und Verlusten erleichtert.

Gemäss dem Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» [185] kann psychische Gesundheit als vielschichtiges Konstrukt verstanden werden, das Aspekte wie Wohlbefinden, Optimismus, Sinnerleben, Beziehungsfähigkeit und Alltagsbewältigung umfasst. In Übereinstimmung mit der WHO [253] gilt eine Person als psychisch gesund, wenn es ihr möglich ist, ihre kognitiven und emotionalen Fähigkeiten zu nutzen, alltägliche Lebensbelastungen und Veränderungen zu bewältigen und für die Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten. Ein stabiles Selbstwertgefühl und eine gefestigte Identität bezüglich der eigenen Rolle(n) in der Gesellschaft sowie das Vertrauen, Anforderungen aus eigener Kraft bewältigen zu können (Selbstwirksamkeitserwartung), sind ebenfalls kennzeichnend für eine gute psychische Gesundheit.

Psychische Gesundheit ist deshalb nicht mit der blossen Abwesenheit von psychischen Erkrankungen gleichzusetzen, sie ist vielmehr eine gelungene Balance zwischen Ressourcen und Belastungen. Um die psychische Gesundheit zu fördern, sind folglich Ressourcen zu stärken und Belastungen zu reduzieren.

[36] Das Kapitel zur psychischen Gesundheit und sozialen Teilhabe im Alter basiert wesentlich auf folgenden Studien, die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurden: Dellenbach und Angst [256] und Schäffler et al. [175].

19.1 Warum sich die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter lohnt

Die psychische Gesundheit stellt eine zentrale, lebenslange Ressource dar, die auch im Alter positive Auswirkungen sowohl auf die einzelne Person als auch auf die Gesellschaft hat [254]. Auf der Ebene des Individuums ermöglicht die psychische Gesundheit unter anderem:

- das Alter wertzuschätzen und mit körperlichen Erkrankungen, Verlusten und anderen kritischen Lebensereignissen, die typisch für das Alter(n) sind, umzugehen [71]
- eine höhere Autonomie und Selbstständigkeit, denn psychische Erkrankungen bedeuten gerade im Alter eine grössere Hilflosigkeit und Abhängigkeit [76]
- eine Reduktion von körperlichen Erkrankungen, da im höheren Lebensalter die körperliche und die psychische Gesundheit besonders eng miteinander verbunden sind [77, 252]
- den Grundfragen des Menschseins nach dem Woher, Wozu und Wohin angesichts der Endlichkeit des Lebens Raum zu geben [255]

Auf gesellschaftlicher Ebene sind deutlich tiefere Gesundheitsausgaben zu erwarten, wenn psychische Erkrankungen verhindert werden können oder deren Ausmass reduziert werden kann. Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet verursachen psychische Erkrankungen hohe direkte Gesundheitskosten, die in der Schweiz gegenwärtig 4 bis 6,3 Milliarden Franken pro Jahr betragen [97]. Eine psychisch gesunde und autonome Person ist zudem länger zu einer selbstständigen Lebensführung fähig, wodurch Pflege- und Heimkosten eingespart werden. Psychisch gesunde ältere Menschen sind schliesslich auch in der Lage, sich gesellschaftlich zu engagieren und vielfältige Beiträge zu leisten.

19.2 Was die psychische Gesundheit im Alter gefährdet und stärkt

Psychische Gesundheit ist das Resultat komplexer und dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren [256]. Von besonderer Bedeutung für die psychische Gesundheit sind kritische Lebensereignisse.

Jede Lebensphase beinhaltet kritische Lebensereignisse, das heisst bedeutsame Veränderungen im Lebenslauf, die aussergewöhnliche Anpassungsreaktionen erfordern. Derartige Ereignisse wirken sich häufig negativ auf die psychische Gesundheit von Menschen aus, weil sie Rollen und Beziehungen sowie Selbst- und Umweltwahrnehmungen verändern und zu einem emotionalen Ungleichgewicht führen können [257]. Im Alter sind kritische Lebensereignisse insbesondere geprägt von der Auseinandersetzung mit Verlusten und umfassen in erster Linie:

- eine eigene, schwere Erkrankung
- funktionelle Einschränkungen und Behinderungen, Verlust der Selbstständigkeit und Mobilität
- die Pflege einer Person mit Erkrankung oder Behinderung
- den Tod eines Familienangehörigen, speziell der Ehepartnerin oder des Ehepartners
- eine Trennung oder Scheidung
- die Abnahme und den Verlust des sozialen Netzwerks und die ungewollte Einsamkeit
- die Pensionierung und damit den Verlust oder die Veränderung der bisherigen sozialen Rolle und Identität
- die unfreiwillige Aufgabe des eigenen Zuhauses und den Übertritt in ein Alters- und/oder Pflegeheim

Um kritische Lebensereignisse – und weitere Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen (siehe [256]) – bewältigen und so die psychische Gesundheit erhalten zu können, brauchen ältere Menschen Ressourcen oder Schutzfaktoren. Diese können in innere und äussere Ressourcen unterteilt werden [256].

Innere Ressourcen lassen sich grob in folgende Kategorien unterteilen:

- Persönlichkeitsmerkmale wie eine positive Lebenseinstellung, ein hohes Kohärenzgefühl und ein hoher Selbstwert
- Bewältigungsstrategien und Kompetenzen wie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und gute Kommunikationsfähigkeit
- körperliche Faktoren wie regelmässige Bewegung und eine ausgewogene Ernährung

Äussere Ressourcen lassen sich in folgende Kategorien unterteilen:

- soziale Beziehungen in der Form von Vertrauenspersonen und allgemeiner sozialer Unterstützung

- strukturelle Faktoren wie den Zugang zu Beratungsstellen und Kursen, Möglichkeiten zur Freiwilligenarbeit und sinnstiftende Aktivitäten
- gesellschaftliche Faktoren wie die politische und wirtschaftliche Stabilität, ausreichende Sozialversicherungen und positive Altersbilder

19.3 Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter

Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union, aber auch einzelne Länder wie Kanada, England und Schottland, haben Leitlinien und Grundsätze zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter erarbeitet. Stellvertretend wird an dieser Stelle auf das europäische Projekt *«healthPROelderly»* [258] und das kanadische Programm *«Older adults 55+»* [259] hingewiesen. Beide Programme beruhen auf aktuellen, evidenzbasierten Ansätzen. Die beiden Programme formulieren, weitgehend übereinstimmend, folgende Leitlinien und grundlegende Empfehlungen hinsichtlich der Förderung von psychischer Gesundheit im Alter:

- Ausgangspunkt für Programme sind die **Schutz- und Risikofaktoren** der psychischen Gesundheit im Alter, die positiv beeinflusst werden sollen.
- Der Schwerpunkt sollte auf **Empowerment und Resilienz** liegen, indem innere und äussere Ressourcen gestärkt und gesundheitsrelevante Informationen vermittelt werden.
- Anzustreben sind **ganzheitliche Interventionen,** die die (positiven) Wechselwirkungen zwischen der psychischen, körperlichen und sozialen Dimension der Gesundheit berücksichtigen und fördern. Beispielsweise fördert die gemeinsame Bewegung in Wandergruppen die körperliche, psychische und soziale Gesundheit gleichzeitig.
- Empfehlenswert ist der **Aufbau umfassender und koordiniert tätiger Unterstützungssysteme** – sowohl für die älteren Menschen selbst als auch für Fachpersonen, Angehörige, Freunde und Freiwillige, die ältere Menschen unterstützen und/oder vertrauensvolle Beziehungen zu älteren Menschen aufbauen und pflegen.
- Die **aktive Einbindung der älteren Menschen** bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Interventionen kann nicht nur deren Akzeptanz in der Zielgruppe erhöhen, sondern trägt selbst zur Förderung der psychischen Gesundheit bei, indem ein sinnstiftendes Engagement ermöglicht wird.

In Übereinstimmung mit diesen Leitlinien versuchen zahlreiche Interventionen weltweit, Schutzfaktoren zu stärken sowie Risikofaktoren zu reduzieren. Weil die psychische Gesundheit sowohl von individuellen Merkmalen einer Person als auch von äusseren Verhältnissen beeinflusst wird, sind Strategien und Programme, die neben Einstellungen und Lebensstilen auch die Lebensumstände älterer Personen verändern, am erfolgreichsten. Empfehlenswert ist die Kombination von Interventionen zur Stärkung der inneren und äusseren Ressourcen von älteren Menschen beziehungsweise die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisansatz.
Nachfolgend werden einige Interventionen zusammengefasst, die sich in verschiedenen Ländern in der Praxis bewährt haben und beim Individuum, im Gemeinwesen sowie bei der Reduktion von strukturellen Barrieren ansetzen[37] [259–263]:

- **Stärkung des Individuums (innere Ressourcen):** Stärkung emotionaler Resilienz durch Interventionen, die den Selbstwert, Bewältigungsstrategien und Kompetenzen fördern; Förderung der Selbstwirksamkeit und eines gesunden Lebensstils, insbesondere der körperlichen Bewegung.
- **Stärkung der kommunalen Strukturen (äussere Ressourcen):** Verstärkung der sozialen Einbindung und kommunalen Partizipation; Aufbau von Selbsthilfenetzwerken und der Nachbarschaftshilfe; Förderung von gesellschaftlichem und sinnstiftendem Engagement; Verfügbarkeit von Möglichkeiten für körperliche und kreative Aktivitäten.
- **Reduktion von strukturellen Barrieren:** Soziale Ungleichheiten minimieren mit Initiativen, die die Altersdiskriminierung und andere Formen der Diskriminierung reduzieren; Zugang zu Bildung, Dienst- und Unterstützungsleistungen ermöglichen; eine altersgerechte Umwelt und Infrastruktur schaffen, die ein sicheres und unabhängiges Leben ermöglichen; gesundheitsförderliche, alters- und bedürfnisgerechte Wohnformen gestalten und anbieten.

[37] Zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter siehe auch den Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit» von Gesundheitsförderung Schweiz (erscheint 2016).

19.4 Fokus: Soziale Teilhabe im Alter

19.4.1 Kritische Lebensereignisse im Alter und Einsamkeit

In jüngerer Zeit wird zu Recht ein positives und differenziertes Bild des Alters eingefordert, das auch den Ressourcen und Freuden in der dritten und vierten Lebensphase Rechnung trägt [16]. Ein ressourcenorientiertes Bild von älteren Menschen ist zeitgemäss und kann zum Abbau von Altersdiskriminierung und zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter beitragen. Kritischen Lebensereignissen, die für das Alter typisch sind (siehe oben), liegt jedoch oft das Risiko inne, zu Einsamkeit und zum Verlust von sozialen Ressourcen zu führen. So können beispielsweise die Pensionierung, der Verlust der Partnerin / des Partners oder eine eingeschränkte Mobilität einen schrittweisen (oder auch plötzlichen) Verlust von sozialen Beziehungen bewirken und schliesslich im Rückzug aus der Gesellschaft enden. Das soziale Netzwerk und die soziale Teilhabe nehmen im Alter, und insbesondere ab 75 Jahren, nachweislich ab. Abhängig vom Alter geben 17–25 % der Personen im Pensionsalter an, nur geringe soziale Unterstützung zu erfahren; 21–28 % vermissen eine Vertrauensperson, mit der sie über persönliche Probleme sprechen können; und 30–39 % nehmen nie an Anlässen von sozialen Gruppen wie Vereinen oder kulturellen und religiösen Gruppen teil [55]. Trotz abnehmender sozialer Einbettung berichten ältere Menschen nicht häufiger von Einsamkeitsgefühlen als jüngere Personen, was auf hohe Anpassungsleistungen zurückzuführen sein dürfte. Studien aus der Schweiz zeigen auch, dass Einsamkeitsgefühle nach Verwitwung im Alter heute weniger verbreitet sind als früher [264]. Diese Veränderung im Zeitvergleich wird unter anderem auf neue und verbesserte Angebote zurückgeführt, die Sozialdienste und NGOs für ältere Menschen anbieten. Dennoch gibt fast jede dritte Person (31,3 %) im Pensionsalter an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen [55]. Ältere Frauen sind häufiger von Einsamkeit betroffen als gleichaltrige Männer, insbesondere weil Frauen im hohen Alter häufiger alleine leben als Männer.

19.4.2 Einsamkeit und soziale Teilhabe

Einsamkeit ist mehr als Alleinsein und nicht zwingend die Folge objektiver Gegebenheiten, denn einerseits kann man sich auch umgeben von Menschen einsam fühlen und andererseits fühlen sich Menschen, die oft allein sind und allein sein möchten, nicht zwangsläufig einsam. Die gerontologische Forschung unterscheidet deshalb zwischen subjektiver, meist ungewollter Einsamkeit und objektiv feststellbarem Alleinsein. Mit dem in unserer Gesellschaft meist negativ behafteten Begriff der Einsamkeit ist ein «subjektives Leiden an einer Beeinträchtigung der Beziehung zu den Mitmenschen» gemeint [Schwab 2005, zitiert in 175]. Dieses Leiden äussert sich in einem «unangenehmen Gefühl der Verlassenheit, des Kontaktmangels oder -verlustes» [265]. Unerwünschte Einsamkeit geht mit dem Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen einher und ist mit dem Konzept der sozialen Isolation verwandt. Dieses beschreibt einen objektiven Mangel an sozialen Beziehungen sowie ungenügende Möglichkeiten zur sozialen Integration [175]. Der Begriff der sozialen Teilhabe dient hier als Gegenbegriff zu Einsamkeit und «bezieht sich auf die Integration von älteren Menschen in sozialen Netzwerken von Familien und Freunden sowie ihre Integration in die Gemeinschaft, in denen sie leben, und in die Gesellschaft als Ganzes» [266].

19.4.3 Einsamkeit und ihre gesundheitlichen Folgen

Ausgehend von den kritischen Lebensereignissen gelten bestimmte Personengruppen als besonders vulnerabel und gefährdet hinsichtlich ihrer psychischen Gesundheit. Bei der Planung von Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter sind deshalb insbesondere folgende Gruppen zu berücksichtigen:

- subjektiv Vereinsamte
- Verwitwete und Getrennte/Geschiedene
- finanziell Benachteiligte
- pflegende Angehörige
- zu Hause lebende Pflegeabhängige
- gebrechliche, fragile Personen
- Seh- und Hörbehinderte
- frisch Pensionierte
- Personen mit Migrationshintergrund

Die psychische Gesundheit dieser Risikogruppen ist häufig aufgrund von Einsamkeit und einem Mangel an sozialen Ressourcen gefährdet. Soziale Ressourcen sind jedoch zentral zur Bewältigung von Belastungen und für den Erhalt der Gesundheit [267]. Einsamkeit im Alter hat denn auch ernsthafte soziale und gesundheitliche Auswirkungen: Ältere Menschen, die sich einsam fühlen, haben nicht nur eine

kürzere Lebenserwartung, sondern leiden häufiger unter Bluthochdruck und depressiven Symptomen, schlafen schlechter, verschaffen sich weniger Bewegung, stehen unter erhöhtem Stress und erkranken häufiger an Demenz [175, 268]. Zusammenfassend stellen amerikanische Forscher im Rahmen einer Metaanalyse sogar fest, dass sowohl objektive als auch subjektiv erlebte soziale Isolation hinsichtlich der Morbidität und Mortalität so ungesund ist wie Rauchen oder Übergewicht [269].

Ein zentraler Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter besteht deshalb darin, verschiedene Anreize und Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe für vulnerable Menschen zu schaffen und damit die sozialen Ressourcen von vulnerablen Personen zu stärken. Denn Einsamkeit im Alter ist kein unausweichliches Schicksal, und auch ältere Menschen, die bereits an einem Mangel an vertrauensvollen Beziehungen leiden, können sich durch entsprechende Interventionen von Einsamkeit «erholen» und ihr soziales Netz durch den Aufbau neuer Beziehungen wieder tragfähig machen [270].

19.4.4 Interventionen zur Förderung der sozialen Teilhabe

Die Erleichterung der sozialen Teilhabe ist laut einem UN-Dossier ein wichtiges Element einer Gesamtstrategie der vollständigen Integration älterer Menschen. Das UN-Dossier «Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft» nennt folgende Schlüsselelemente für die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter [266]:

- Beiträge von älteren Menschen anerkennen
- Freiwilligenarbeit in der Gemeinschaft ermöglichen
- Kontakt mit Familien und Freunden ermöglichen
- Ermächtigung zur Verfolgung eigener Interessen
- Gruppenaktivitäten anbieten
- Kontakt zu gleichaltrigen Freiwilligen, um die Bildung neuer sozialer Kontakte zu erleichtern
- Dienste für Menschen in entlegenen Gebieten anbieten

Als wirksam gegen soziale Isolation und Einsamkeit haben sich insbesondere Gruppenaktivitäten mit aktiver Beteiligung der Teilnehmenden erwiesen [271, 272]. Aktivierende Gruppeninterventionen wirken auf mehreren Ebenen: Sie verbessern nachweislich das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und die kognitive Leistung, gleichzeitig beugen sie Angst und Depression vor und führen zu einer Verminderung der Beanspruchung von Gesundheitsdiensten und der Gesundheitskosten [256, 273]. Studien aus der Stadt Zürich belegen zudem, dass bei Demenzkranken mithilfe von Besuchsdiensten die progressive Verschlechterung der Selbstständigkeit verlangsamt werden kann [273]. Auch die Förderung der körperlichen Mobilität dient der Prävention von Einsamkeit [274].

19.4.5 Zugänge zu älteren Menschen

Betroffene empfinden Einsamkeit nicht selten als Makel und als Zeichen von Inkompetenz und Versagen beim Knüpfen und Pflegen von sozialen Beziehungen [175]. Infolgedessen ist es für einsame ältere Menschen nicht immer einfach, ihre Einsamkeit zu artikulieren und Hilfe zu suchen. Dementsprechend ist bei Interventionen Fingerspitzengefühl notwendig, und im Rahmen der Prävention von Einsamkeit sind die positiven Aspekte der sozialen Teilhabe zu betonen.

Eine der grössten Herausforderungen in der Förderung von psychischer Gesundheit im Alter liegt darin, die anvisierte Risikogruppe der vereinsamten oder von Vereinsamung bedrohten Personen zu erreichen [256]. In der Tabelle 8 werden Berufsgruppen, Institutionen und Privatpersonen skizziert, über die vereinsamte ältere Menschen angesprochen und bestehende Angebote bekannt gemacht werden können.

Schäffler et al. [175] thematisieren den systematischen Zugang zu vereinsamten älteren Menschen und empfehlen folgende Massnahmen:

- Differenzierung der Zielgruppen im Hinblick auf deren Autonomie und Mobilität
- Optimierung von Hol- und Bring-Angeboten
- Kleinräumige Vernetzung und Koordination der relevanten Anbieter und Angebote

Grundsätzlich ist der Zugang zu älteren Menschen, die von Einsamkeit betroffen oder bedroht sind, möglichst niederschwellig und situationsgerecht zu gestalten. Je nach Mobilität der Zielgruppe sind jedoch andere Aspekte in der Gestaltung der Zugangswege wichtig.

Autonome und selbstständige Personen können mit folgenden Typen von **Hol-Angeboten** erreicht werden:

- Bildungs- und Informationsangebote, zum Beispiel in den Bereichen Sprachen, Gestaltung, Kreativität, IT-Kenntnisse oder Gesundheit; möglich sind einmalige und mehrmonatige Angebote

TABELLE 8

Zugangsmöglichkeiten zu älteren Menschen. Quellen: [259, 262, 275], eigene Darstellung

Fachpersonen und Berufszweige mit Kontakt zu Risikogruppen	Hausärzte, Spezialärzte (z. B. HNO, Augenärzte oder Neurologen), Kliniken, Optiker, Bestattungsdienste oder Hörgerätevertretungen
Aufsuchende Fach- und Unterstützungsdienstleistungen zu Hause	Spitex, Besuchs-, Mahlzeiten- oder Fahrdienste, mobile Schönheitspflege
Zivilgesellschaft und Angehörige	Nachbarschaft, Vereine und Kirchen, Familie, Freunde und Freiwillige
Amtliche Stellen und Vorsorgeeinrichtungen	Gemeindeämter oder Pensionskassen wie Einwohneramt, Sozialamt und Integrationsfachstelle, die Personen bei Erreichen des Pensionsalters und auch danach regelmässig Informationen oder Hinweise auf Angebote bieten
Beratungsstellen und Interessenvertretungen	Beratungsstellen, Case Manager, Sozialarbeit, Scheidungsberatung, Mediatoren, Alzheimervereinigung, Pro Senectute
Arbeitgeber von Menschen kurz vor oder nach der Pensionierung	Öffentliche und privatwirtschaftliche Arbeitgeber und Betriebe, Berufsverbände, Gewerkschaften
Medien	Regionale Zeitungen, Radio- und Fernsehsender sowie Webseiten und Zeitschriften, die sich spezifisch an die Zielgruppe wenden

- Bewegungsangebote wie Gymnastik, Aqua-Fitness, Yoga, Pilates, Schwimmen sowie Wander- und Spazierangebote in Gruppen
- Vernetzungsangebote, das heisst Angebote, die nicht in erster Linie einen bestimmten Inhalt vermitteln, sondern den Austausch und die soziale Vernetzung der Teilnehmenden fördern; dazu gehören etwa Treffpunkte, Vereine, Mittagstische oder Gesprächsrunden
- Anderes, wie organisierte Reisen und Besichtigungen, Lesewettbewerbe usw.

Bei Hol-Angeboten steht weniger das passive Konsumieren im Zentrum als vielmehr das aktive Mitgestalten und Umsetzen von Veranstaltungen und Treffpunkten. Bei den Angeboten sollte zudem keine «alterszentrierte» Gestaltung im Vordergrund stehen, sondern die thematische Vielfalt von Angeboten, die der Diversität der Personen im Pensionsalter gerecht wird (vgl. Kapitel 2). Entscheidend in Hol-Angeboten sind damit die Prinzipien der Partizipation, der Diversität und des freiwilligen Engagements. Auch wenn Hol-Angebote primär auf mobile und autonome Personen ausgerichtet sind, ist die Kombination mit einem Fahrdienst zu empfehlen, sodass auch in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen teilnehmen können.

Bei in **ihrer Mobilität eingeschränkten, nicht mehr selbstständigen Personen** gestaltet sich der Zugang oftmals schwieriger. Im Hinblick auf diese Zielgruppe sind vor allem **Bring-Angebote** oder aufsuchende Dienste zu empfehlen, die ältere Menschen in ihren eigenen vier Wänden erreichen und als «Türöffner» wirken können. Dazu gehören Abklärungs- und Beratungsangebote zu Hause, Kranken- und Körperpflege, Mahlzeitendienst, Begleitungs- und Besuchsdienste, Entlastungsdienste für pflegende Angehörige, präventive Hausbesuche sowie Administrations- oder Fahrdienste.

Zu differenzieren sind einerseits Bring-Angebote, die eine vermittelnde Aufgabe wahrnehmen, und andererseits Bring-Angebote, die direkt gegen Einsamkeit wirken:

- Den Mitarbeitenden vieler aufsuchender Dienste wie Spitex oder Mahlzeitendienste fehlt oft die Zeit, sich mit der besuchten Person kurz zu unterhalten oder gar ein eingehendes Gespräch zu führen. Wenn Mitarbeitende aufsuchender Dienste bei älteren Menschen eine Rückzugstendenz oder Prozesse der Vereinsamung feststellen, können sie jedoch Stellen und Angebote vermitteln, die gezielt gegen Einsamkeit wirken. Es ist daher wichtig, die Vermittlung als Aufgabe der aufsuchenden Dienste zu etablieren. So kann die Risikogruppe der wenig mobilen, abhängigen Seniorinnen und Senioren mit entsprechenden Angeboten versorgt werden.
- Entsprechend ist der Auf- und Ausbau von Diensten zu fördern, die direkt gegen Einsamkeit wirken. Im Wesentlichen sind es Besuchs- und Fahrdienste von Freiwilligen, die diese Aufgabe übernehmen können.

Neben der Optimierung der Hol- und Bring-Angebote ist die **kleinräumige Vernetzung aller Anbieter** im Bereich «Alter» und «Einsamkeit» in einer Region, Gemeinde oder einem Quartier zu empfehlen. In der Praxis wird ein grosses Optimierungspotenzial bezüglich der Koordination und Kooperation verschiedener Anbieter und Organisationen festgestellt, insbesondere wenn es gelingen soll, allfällige Konkurrenzverhältnisse am «Markt der Hilfe» durch eine themenzentrierte, bedarfs- und kundenorientierte Zusammenarbeit zu ersetzen. Interventionen sind in bestehende Netzwerke einzubetten und in Zusammenarbeit mit wichtigen Dienstleistern und Organisationen anzubieten (wie Spitex, Pro Senectute, Hausärztinnen und Hausärzte oder Apotheken). Ergänzend dazu ist die Einbettung in soziale Netzwerke älterer Personen zu empfehlen, wie Kirchen, Migrationsvereine oder Seniorentreffpunkte (vgl. Kapitel 21).

19.5 Das Wichtigste in Kürze

- Angesichts von abnehmenden körperlichen und sozialen Ressourcen kommt der psychischen Gesundheit im Alter ein besonders hoher Stellenwert zu.
- Die psychische Gesundheit im Alter ist in der Regel gut und in mancher Hinsicht sogar besser als im mittleren Erwachsenenalter: Die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, die Vitalität und das Wohlbefinden sind im Alter in der Regel hoch.
- Dennoch ist in der Schweiz bei 15–25 % der Personen im Pensionsalter das Vorliegen mindestens einer psychischen Erkrankung (sehr) wahrscheinlich.
- Die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter sind Depressionen, Angsterkrankungen, Demenzerkrankungen, Delir, Suchterkrankungen und Schlafstörungen.

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: SEBA – Selbstständig bleiben im Alter

Die SEBA-Kurse orientieren sich am übergeordneten, namensgebenden Kursziel «Selbstständig bleiben im Alter (SEBA)». Sie bieten eine Kombination von Gedächtnis- und Bewegungsübungen an. Die Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) hat die Kurse 2003 in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich entwickelt. Die Kurse werden von ausgewiesenen Fachpersonen durchgeführt und verfolgen folgende Ziele:

- Erhalt der kognitiven und physischen Kompetenzen, insbesondere Gedächtnis und Konzentration sowie Koordination und Kraft
- Verbesserung der sozialen Integration älterer Menschen

Die Kurse finden einmal wöchentlich in den Gemeinschaftsräumen der verschiedenen SAW-Siedlungen statt und stehen neben den SAW-Mieter/innen auch den übrigen Quartiersbewohner/innen über 60 Jahren offen. Die Basis für die Methode des SEBA-Trainings bilden die Erkenntnisse aus der SIMA-Studie von Oswald et al. [276], die nachweisen konnte, dass regelmässiges Fitness- und Gedächtnistraining zur Prävention von Abhängigkeit im Alter beitragen. Auch die Evaluation der SEBA-Kurse in Zürich zeigte, dass der regelmässige Besuch der beiden Trainings die Selbstständigkeit erhält sowie in der Selbstwahrnehmung der Teilnehmenden die Gedächtnisleistung und das psychische Wohlbefinden verbessert [277, 278].

Siehe: http://www.wohnenab60.ch/seba

Weitere Praxis-Beispiele: Initiativen von Seniorinnen und Senioren wie Theatergruppen, Spielanlässe, Mittagstische und Ausflüge, wie sie beispielsweise von den Grauen Panthern organisiert werden (CH); InnovAge (CH); «va bene – besser leben zu Hause» (ZH); offene Gesprächsnachmittage für verwitwete Frauen des Evangelischen Frauenbundes (ZH); Seniorenuniversitäten (CH); Café Santé im Rahmen von «Zwäg ins Alter» (BE); Besuchs- und Begleitdienste von SRK, Pro Senectute, Caritas, Kirchen, gemeinnützigen Vereinen usw. (CH)

- Kritische Lebensereignisse im Alter sind geprägt von gesundheitlichen und sozialen Verlusten und führen häufig zu Einsamkeit.
- Einsamkeit im Alter hat ernsthafte soziale und gesundheitliche Auswirkungen und ist hinsichtlich der Morbidität und Mortalität so ungesund wie Rauchen oder Übergewicht.
- Der Förderung von sozialer Teilhabe und sozialen Ressourcen kommt im Alter deshalb besonders hohe Bedeutung zu.
- Vereinsamte ältere Menschen sind aufgrund ihrer Autonomie und Mobilität zu differenzieren, entsprechend sind zielgruppenspezifische Angebote und Interventionen zu entwickeln.
- Beim Zugang zu einsamen älteren Menschen empfiehlt sich ein breites Spektrum an Personen und Institutionen, die als Brückenbauer und Zugangswege dienen können. Dazu gehören unter anderem Hausärztinnen und Hausärzte oder auch Berufszweige mit Kontakt zu Risikogruppen, aufsuchende Dienstleistende, amtliche Stellen und Medien.

20 Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Im Gegensatz zu den Interventionsthemen Bewegungsförderung, Sturzprävention und soziale Teilhabe liegt für das Thema Ernährung im Alter noch keine umfassende Grundlagenstudie vor. Gesundheitsförderung Schweiz hat aus diesem Grund kürzlich zwei Reviews zur Ernährung im Alter in Auftrag gegeben[38]. Aufbauend auf diesen beiden Reviews wird im Folgenden aufgezeigt, was eine ausgewogene Ernährung im Alter ausmacht, welche Risikofaktoren zu unausgewogener Ernährung und Mangelernährung führen können und was getan werden kann, um eine ausgewogene Ernährung im Alter zu fördern.

20.1 Warum sich die Förderung einer ausgewogenen Ernährung im Alter lohnt

Wenn sich die Energie- und Nährstoffversorgung verschlechtert, sind einzelne oder sich kumulierende Nährstoffmängel absehbar. Die Folgen einer Mangelernährung reichen von nachlassender Muskelkraft und erhöhter Infektanfälligkeit über Herzschwäche bis hin zu neurologischen Störungen. Eine unausgewogene Ernährung kann das Risiko für die Entwicklung von Übergewicht, Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen [60].

Die heute diskutierten und bekannten Ursachen des altersspezifischen Muskelschwunds (Sarkopenie) sind neben altersassoziierten biologischen Veränderungen auch Veränderungen in Ernährung und körperlicher Aktivität. Die Bedeutung der ausgewogenen Ernährung in der Behandlung und Prävention der Sarkopenie wird zunehmend erkannt und ist Gegenstand intensiver Forschung [239].

Es gibt Hinweise, dass unterschiedliche Ernährungsfaktoren das Risiko eines Alzheimer-Beginns erhöhen oder reduzieren können. Dazu gehören beispielsweise die Vitamine B6, B12, C oder E, Folat oder Omega-3-Fettsäuren (mehrfach ungesättigte Fettsäuren), allerdings gibt es keine einheitliche Evidenz für einen grundlegenden Schutz vor Alzheimer. Studien zeigen zudem, dass die Befolgung einer mediterranen Ernährungsweise (hoher Anteil an Getreide, Früchten, Fisch und Gemüse) das Demenzrisiko möglicherweise senken kann. Demgegenüber gibt es noch zu wenig Evidenz, dass die Supplementation einzelner Nährstoffe – weder Mikro- noch Makronährstoffe – den Verlauf einer Demenz (Abnahme kognitiver und funktionaler Fähigkeiten) ändern kann [279].

Vor diesem Hintergrund werden ernährungsbezogene Interventionen zunehmend als wichtige Massnahme erkannt, um ältere Menschen zu befähigen, möglichst lange gesund und autonom zu leben [280–282].

20.2 Ernährungsempfehlungen und -verhalten im Alter

Eine ausgewogene Ernährung deckt sowohl den Bedarf an Nährstoffen als auch die individuellen Bedürfnisse der Menschen einer bestimmten Zielgruppe ab. Eine ausgewogene Ernährung für ältere Menschen umfasst quantitativ und qualitativ optimal zusammengesetzte, die persönlichen Vorlieben berücksichtigende, in einem angenehmen Umfeld genossene Speisen und Getränke. Die Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen in der Schweiz beruhen auf den DACH-Referenzwerten [283]. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung [284] fasst diese wie in der Tabelle 9 dargestellt zusammen.

Die älteren Menschen in der Schweiz sind aufgrund der Verbrauchsdaten, die im sechsten Schweizerischen Ernährungsbericht [285] zusammengefasst sind, mit folgenden Mikronährstoffen unterversorgt: Calcium, Jod, Magnesium, Vitamin B6, Folat, Vitamin E, Vitamin D.

Die Vitamin-D-Versorgung scheint am stärksten von der empfohlenen Menge abzuweichen [285]: Anstelle

[38] Dabei handelt es sich um die Studien von Brombach et al. [334] und Buri [335].

TABELLE 9

Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen. Quelle: [284]

	Quantität	Qualität
Gesamtenergie	Der Richtwert beträgt 30 kcal pro kg Körpergewicht	Geringere Energiedichte bei gleichbleibender Nährstoffdichte.
Getränke	Der Richtwert beträgt 30 ml pro kg Körpergewicht, dies entspricht täglich 1–2 Litern	Ungesüsste Getränke wie Hahnen- und Mineralwasser oder Früchte-/Kräutertee. Koffeinhaltige Getränke wie Kaffee und schwarzer Tee können zur Flüssigkeitszufuhr beitragen. Kalziumreiches Mineralwasser bevorzugen.
Gemüse und Früchte	Täglich 5 Portionen in verschiedenen Farben, davon 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte	Pro Tag kann eine Portion durch 2 dl Frucht- oder Gemüsesaft ohne Zuckerzusatz ersetzt werden.
Getreideprodukte, Kartoffeln oder Hülsenfrüchte	Täglich 3 Portionen	Bei Getreideprodukten Vollkornvarianten bevorzugen.
Milch und Milchprodukte	Der Richtwert beträgt 0,8–1,2 g Eiweiss pro kg Körpergewicht Täglich 3–4 Portionen Milchprodukte	
Fleisch, Fisch, Eier oder Tofu	Der Richtwert beträgt 0,8–1,2 g Eiweiss pro kg Körpergewicht Täglich 1 Portion	Zwischen den Eiweisslieferanten abwechseln.
Öle und Fette	Täglich 2–3 Esslöffel	Mindestens die Hälfte davon in Form von Rapsöl.
Nüsse, Samen und Kerne	Täglich eine Handvoll	Ungesalzene Varianten bevorzugen.
Süsses, Salziges und alkoholische Getränke	Massvoll	

der benötigten 20 µg werden hier pro Tag nur 2,49 µg zugeführt (exogen zugeführtes Vitamin D). Mit zunehmendem Alter nimmt die körpereigene Vitamin-D-Bildung in der Haut ab (endogen produziertes Vitamin D). Zusätzlich halten sich ältere Personen oftmals seltener oder weniger lange im Freien auf. Die Eidgenössische Ernährungskommission empfiehlt Männern und Frauen ab 60 Jahren deshalb eine Vitamin-D-Supplementierung mit 800 IE (20 µg) pro Tag.

Bei den Makronährstoffen lohnt es sich, ein besonderes Augenmerk auf die ausreichende Zufuhr von Proteinen und auf die Fettqualität (Stichwort: Omega-3-Fettsäuren) zu legen.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 zeigt, dass je nach Lebensmittelgruppe zwischen 10 % und 65 % der 65- bis 74-Jährigen die Ernährungsempfehlungen erfüllen (Tabelle 10). Mit steigendem Alter weicht das Ernährungsverhalten noch häufiger von den Ernährungsempfehlungen ab [55].

TABELLE 10

Menge der konsumierten Lebensmittelgruppe bei 65- bis 74-Jährigen. Quelle: [55]

Prozent der 65- bis 74-Jährigen	Menge der konsumierten Lebensmittelgruppe
49,8 %	Täglich 1,5–2 Liter Flüssigkeitsmenge ohne Alkohol
20,8 %	Täglich 5 und mehr Portionen Gemüse und Früchte
10,2 %	Täglich 3 Portionen und mehr Milch und Milchprodukte
58,6 %	An 3–5 Tagen pro Woche Fleisch und Wurstwaren
64,8 %	An 1–2 Tagen pro Woche Fisch

INFOBOX: menuCH.ch – Nationale Ernährungserhebung

Aktuell liegen keine wissenschaftlichen Daten über die Qualität der konsumierten Lebensmittel und den Ernährungszustand gesunder, älterer Menschen in der Schweiz vor. Von Februar 2014 bis Februar 2015 wurde durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) in der Schweiz die erste nationale Ernährungserhebung menu.ch durchgeführt. In zehn Studienzentren wurden insgesamt 2000 Personen im Alter zwischen 18 und 75 Jahren in persönlichen Interviews zu ihren Ess- und Trinkgewohnheiten befragt. Ziel der Befragung ist es, herauszufinden, wie es um den Ernährungszustand der Schweizer Bevölkerung steht. Die ersten Resultate der Befragung werden per Frühjahr 2016 erwartet.

20.3 Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten im Alter

In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 gaben 65- bis 74-jährige Menschen folgende Hindernisse für ein gesundes Ernährungsverhalten an: grosse Vorliebe für gutes Essen (53,7 %), gesundes Essen ist relativ teuer (41,1 %), hoher Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung (25,7 %), Gewohnheiten und Zwänge des Alltags (23,1 %), fehlender Wille (15,9 %).
Auch physiologische Veränderungen im Alter wie vermindertes Appetit- und Durstempfinden, Kaubeschwerden, Zahnausfall, verringerte Speichelbildung, Schluck- und Kaubeschwerden und Verdauungsschwierigkeiten sind Herausforderungen, die den Ernährungszustand stark beeinflussen. Ein schlecht sitzendes Gebiss oder eine schlechte Mundgesundheit kann schmerzhafte Folgen im Mundraum haben und zu Problemen beim Kauen führen. Kaubeschwerden ihrerseits gehen häufig mit einer eingeschränkten Lebensmittelauswahl einher. Insbesondere nährstoffreiche Lebensmittel wie Vollkornprodukte, Früchte, Gemüse und Fleisch werden gemieden, da sie sehr kauintensiv sind. Dies wiederum hat zur Folge, dass einige Lebensmittelgruppen teilweise oder ganz weggelassen werden und so bestimmte Vitamine und Mineralstoffe in ungenügendem Masse zugeführt werden [286].

Weitere Risikofaktoren für eine unregelmässige oder einseitige Ernährungsweise können der Verlust von Partnern und Freunden sowie Armut und soziale Vereinsamung sein. Interventionen, die soziale Teilhabe und ausgewogene Ernährung im Alter verbinden, wie zum Beispiel TAVOLATA oder die Mittagstische von Frauenvereinen und Kirchen, haben deshalb innerhalb der Interventionen für ältere Menschen einen besonderen Stellenwert.

20.4 Interventionen zur Förderung der ausgewogenen Ernährung

Zu den wichtigsten Handlungsfeldern im Bereich der Ernährung im Alter gehört die Früherkennung von Mangelernährung in der Arztpraxis, die Qualitätsförderung bei Mahlzeitendiensten sowie die Sensibilisierung der Zielgruppe selbst.

20.4.1 Screening und Früherkennung in der medizinischen Praxis

Der Ernährungszustand einer älteren Person wird heute im Krankenhaus vielerorts standardmässig erfasst mit dem *Nutrition Risk Screening NRS 2002* [287]. Im Durchschnitt sind etwa ein Fünftel bis ein Viertel der ins Krankenhaus eintretenden Patientinnen und Patienten mangelernährt beziehungsweise weisen ein Risiko für Mangelernährung auf [285]. In einer internen Untersuchung des Kantonsspitals Winterthur konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz der Mangelernährung direkt altersabhängig war [288]: Während diese bei unter 45-Jährigen 8 % betrug, stieg dieser Anteil mit zunehmendem Alter auf 11 % (45- bis 64-Jährige), 22 % (65- bis 84-Jährige) und 28 % (über 85-Jährige).
Eine Mangelernährung sollte nicht erst im Krankenhaus entdeckt, sondern bereits frühzeitig beim Hausarzt diagnostiziert werden. Für das Screening in der Hausarztpraxis genügen grundsätzlich drei Fragen [289]:

1. Haben Sie unabsichtlich Gewicht verloren?
2. Falls Sie Gewicht verloren haben, wie viele Kilogramm?
3. Haben Sie wegen reduzierten Appetits wenig gegessen?

Insbesondere eine ungewollte Gewichtsabnahme kann auf das Risiko für eine Mangelernährung hinweisen und die Notwendigkeit einer detaillierten Er-

nährungsanamnese sowie der Förderung einer ausgewogenen Ernährung aufzeigen [289].

20.4.2 Qualitätsförderung bei Mahlzeitendiensten und Lebensmittelanbietern

Hierzu gehört die Erstellung von Qualitätsstandards und Richtlinien für die Angebote von Mahlzeitendiensten, die ältere Menschen in ihrem Zuhause beliefern. Darüber hinaus sind die spezifischen Ernährungsbedürfnisse von älteren Menschen in den Angeboten von Mittagstischen und Kantinen, aber auch Grossverteilern zu berücksichtigen. In amerikanischen Untersuchungen wurde gezeigt, dass sich der Ernährungsstatus der Zielgruppen durch Programme verbessert, die Regulierungen und gesetzliche Vorgaben beinhalten [12]. In der Schweiz werden beispielsweise mit dem Label *«fourchette verte senior»* sozialmedizinische und geriatrische Institutionen ausgezeichnet, deren Haupt- und Zwischenmahlzeiten die Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen erfüllen.

20.4.3 Sensibilisierung der Zielgruppe

Über Beiträge in Massenmedien (TV, Zeitungen, Zeitschriften, Internet usw.), im Rahmen von Veranstaltungen sowie über zivilgesellschaftliche Multiplikatoren wie die Spitex, Pro Senectute und SRK können ältere Menschen über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung im Alter informiert werden. Dabei empfiehlt es sich, konkrete und leicht umsetzbare Tipps für eine ausgewogene Ernährung in Form von Broschüren und Merkblättern anzubieten.

20.5 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung

Wirksame und nachhaltige Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung orientieren sich an den allgemeinen Leitlinien der Gesundheitsförderung. Dazu gehören insbesondere der evidenzbasierte und klar aufgezeigte Nutzen für Stakeholder und Zielgruppe; die Partizipation und das Empowerment von älteren Menschen; unterschiedliche methodische Ansätze, um der Diversität der Zielgruppe und ihres Alltags gerecht zu werden; und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Public-Health- und zielgruppenspezifischen Akteuren.

In der Tabelle 11 werden einige spezifische Umsetzungstipps zusammengefasst, wie die Ernährungsempfehlungen in den Alltag von älteren Menschen integriert und umgesetzt werden können.

TABELLE 11

Praxistipps zur Integration der Ernährungsempfehlungen in den Alltag. Quelle: [289]

Regelmässige Gewichtskontrolle	• Gewicht halten • Starkes Über- oder Untergewicht abbauen • Starke Schwankungen mit dem Hausarzt besprechen
Bedarfsgerechte Energiezufuhr	• Regelmässige Mahlzeitenstruktur beibehalten: drei Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten • Ausgewogene Zusammenstellung der Hauptmahlzeiten: Stärkebeilage (Getreide, Kartoffeln), Eiweissbeilage und Gemüse/Salat • Rituale wie Kaffeepausen mit Znüni und Zvieri (Brötchen, Frucht, Joghurt usw.) pflegen
Flüssigkeitszufuhr	• Tagestrinkration mit definierten Mengen für den gesamten Tag bereitstellen (z. B. 1 Liter Tee in einer Thermosflasche + ½ Liter Mineralwasser) • Eine (Pet-)Flasche in der Tasche für unterwegs dabei haben • Trinkrituale einführen, z. B. zum Kaffee oder am Morgen nach dem Aufstehen ein Glas Wasser trinken
Proteinzufuhr	• Bei jeder Hauptmahlzeit eine Eiweissbeilage einplanen – Frühstück: z. B. Käse, Ei, Joghurt, Quark – Mittagessen und Abendessen: z. B. Fleisch, Fisch, Ei, Käse, Tofu, Seitan oder Tempeh • Milch und Milchprodukte als Zwischenmahlzeiten – z. B. 2 dl Milch/Milchgetränke, ein Natur-/Fruchtjoghurt, ein Früchtequark – drei Portionen Milchprodukte pro Tag sichern gleichzeitig eine bedarfsgerechte Kalziumzufuhr
Vitamin D	• Vitamin-D-haltige Nahrungsmittel regelmässig einplanen – Fettreiche Fische: Lachs, Thon, Hering, Sardinen – Eier, Pilze, Vollmilchprodukte – gegebenenfalls mit Vitamin D angereicherte Produkte (z. B. Eier, Milchprodukte) • Vitamin-D-Präparate einnehmen

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: TAVOLATA

Das Projekt «TAVOLATA» ist ein Netzwerk von Tischgemeinschaften, das Migros-Kulturprozent 2010 initiiert hat. Es handelt sich um selbst organisierte, lokale Tischgemeinschaften, bei denen sich ältere Menschen privat oder in einem halböffentlichen Raum regelmässig zum gemeinsamen Kochen und Essen treffen. Mit dem Projekt «TAVOLATA» wird die Vernetzung von älteren Menschen gefördert, um so zur Stärkung des psychischen und sozialen Wohlbefindens und einer gesunden Ernährung beizutragen. Eine der sieben verbindlichen Grundregeln dieser Tischgemeinschaften lautet: «Wir essen ausgewogen und genussvoll.» Eine diplomierte Ernährungsberaterin bietet spezifische Weiterbildungen zum Thema «Ernährung im Alter» an, damit die gemeinsam gekochten Mahlzeiten den altersspezifischen Ernährungsempfehlungen entsprechen. In der Regel kommen die Tischgemeinschaften ein- oder zweimal im Monat zusammen. Die Gruppen umfassen im Durchschnitt sieben Personen mit einem Durchschnittsalter von 74 Jahren. Aktuell werden 120 Tischgemeinschaften in 15 Kantonen geführt.

Siehe https://www.tavolata.net/ und [290].

Weitere Praxis-Beispiele: entourAge (VD); Fourchette verte senior (CH); Bien manger à petit prix (CH); diverse Mittagstische von Kirchen und Seniorenvereinen (CH); diverse Mahlzeitendienste von Pro Senectute, Home-Instead, Caritas oder Heilsarmee (CH)

20.6 Das Wichtigste in Kürze

- Die Ernährung im Alter ist an den veränderten Energiebedarf und die altersspezifische Unterversorgung anzupassen.
- In der Schweiz sind ältere Menschen insbesondere mit folgenden Nährstoffen unterversorgt: Eiweisse, Vitamin D, Calcium, Jod, Magnesium, Vitamin B6, Folat, Vitamin E.
- Altersspezifische physiologische Veränderungen können zu verminderter Nahrungsaufnahme, eingeschränkter Lebensmittelauswahl und Mangelernährung führen. Dazu gehören insbesondere ein vermindertes Appetit- und Durstempfinden, Zahnausfall, ein schlecht sitzendes Gebiss, Schluck- und Kaubeschwerden und Verdauungsschwierigkeiten.
- Die Prävalenz von Mangelernährung steigt mit dem Alter an. In der Schweiz sind 20–25 % der ins Krankenhaus eintretenden Patientinnen und Patienten mangelernährt oder weisen ein Risiko für Mangelernährung auf.
- Zu den wichtigsten Handlungsfeldern im Bereich der Ernährung im Alter gehören die Früherkennung von Mangelernährung in der Arztpraxis, die Qualitätsförderung bei Mahlzeitendiensten sowie die Sensibilisierung der Zielgruppe selbst.
- Der aktive Einbezug älterer Menschen ist ein wichtiger Faktor für die Aufgleisung erfolgreicher Ernährungsinterventionen.

Teil 5

Querschnittsthemen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»

Aufbauend auf dem Kapitel 14 werden in diesem Berichtsteil wissenschaftliche Grundlagen zu Themen zusammengefasst, die bei der Umsetzung aller Interventionsthemen angemessen zu berücksichtigen sind. Diese Querschnittsthemen sind oft entscheidend für die Wahl der richtigen Zielgruppe, des richtigen Zugangs und der richtigen, kontextgerechten Ansprache. Dabei handelt es sich um die Themen Umgang mit soziodemografischer Diversität im Alter und Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit, um die Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen sowie um die altersgerechte Gestaltung von Beratungen, Veranstaltungen und Kursen.

21 Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit im Alter[39]

Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit und Chancengleichheit ist zentral für das Selbstverständnis demokratischer Gesellschaften wie der Schweiz und betrifft auch den Gesundheitsbereich. Im folgenden Kapitel werden Fragen der gesundheitlichen Ungleichheit diskutiert; insbesondere werden deren Ausmass und gesellschaftliche Relevanz skizziert, davon betroffene Personengruppen umrissen und Schlussfolgerungen für die Gesundheitsförderung im Alter abgeleitet. Ein Überblick über aktuelle Erklärungen für gesundheitliche Ungleichheit dient als Ausgangspunkt, um relevante Handlungsstrategien zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit aufzuzeigen.

21.1 Gesundheitliche Ungleichheit als Herausforderung für die Gesundheitsförderung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Gesundheit der Bevölkerung in entwickelten Ländern markant verbessert. Davon profitieren allerdings nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse, und so sind Gesundheit sowie Erkrankungen oft ungleich über die Bevölkerung verteilt [291]. Sind ganze soziodemografisch definierbare Bevölkerungsgruppen von einer schlechteren Gesundheit betroffen, spricht man von gesundheitlicher Ungleichheit [292].

Die aktuelle Wissenslage zur gesundheitlichen Ungleichheit lässt sich folgendermassen zusammenfassen [291]:

- Gesundheitliche Ungleichheiten werden in allen Ländern beobachtet, aus denen Daten vorliegen
- In den letzten Jahrzehnten haben sich gesundheitliche Ungleichheiten tendenziell vergrössert – vor allem hinsichtlich der Mortalität –, während Ungleichheiten bezüglich der Morbidität eher stabil geblieben sind
- Gravierende gesundheitliche Ungleichheiten finden sich für nahezu alle Erkrankungen und Behinderungen (Ausnahme: Allergien und Brustkrebs) und folglich auch bezüglich der gesunden Lebenserwartung
- In der Regel besteht ein linearer Zusammenhang («sozialer Gradient» nach Marmot und Wilkinson): je tiefer der soziale Status, desto höher die frühzeitige Sterblichkeit und Prävalenz von Erkrankungen

Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich darin, dass bestimmte soziale Gruppen häufiger erkranken, häufiger an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und früher sterben als andere Gruppen. Bereits bei Kindern und Jugendlichen und bis ins hohe Alter lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten feststellen, wobei sich Ungleichheiten in frühen Lebensphasen im Laufe des Alterungsprozesses meist fortsetzen und verschärfen [57, 90, 293].

Gesundheitliche Ungleichheit steht nicht nur im Zusammenhang mit Unterschieden in Einkommen, Vermögen, Bildung und beruflicher Stellung. Auch Diversitätsdimensionen wie Geschlecht und Migrationshintergrund (vgl. Kapitel 2) sind wesentliche gesellschaftliche Kategorien, die zu Benachteiligungen und negativen Auswirkungen auf Gesundheitschancen und -risiken führen können [294]. Ungleichheits- und Diversitätsdimensionen werden zudem in bestimmten Kombinationen besonders wirksam: So führt beispielsweise die Kombination von Armut, weiblichem Geschlecht und sozialer Isolation zu erhöhter Benachteiligung und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit [295].

Die Prävention und Gesundheitsförderung erreicht heute tendenziell eher Gruppen mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status [296–298]. Die Angebote der Gesundheitsförderung kommen

[39] Das Kapitel zur Diversität und gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter basiert wesentlich auf der Studie von Soom Ammann und Salis Gross [49], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurde.

folglich oft nicht bei jenen sozialen Gruppen an, die am meisten davon profitieren würden [298]. Aus diesem Grund wird gefordert, gesundheitsfördernde Massnahmen verstärkt auf benachteiligte Gruppen auszurichten, damit auch deren Chancen steigen, gesund leben und altern zu können [293, 299].
Anzustreben ist eine ungleichheits- und diversitätsgerechte Gesundheitsförderung im Alter, die a) die Heterogenität der älteren Menschen anerkennt, b) deren unterschiedliche Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse berücksichtigt und c) sich am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit orientiert.

21.2 Wirkungszusammenhang soziale Ungleichheit und Gesundheit

Während Forschungen den Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Gesundheit einer Person klar belegen, lässt sich der beobachtete Zusammenhang jedoch nicht eindeutig erklären [291, 300]. Allgemein werden drei Faktorengruppen zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit unterschieden [291]:

- materielle und strukturelle Faktoren, wie finanzielle Lage, Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen
- verhaltensbezogene Faktoren, wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung und Ernährung
- psychosoziale Faktoren, wie chronische Alltagsbelastungen, kritische Lebensereignisse, aber auch soziale Unterstützung oder Bewältigungsstrategien und -kompetenzen

Im Anschluss an eine Meta-Review kommen Richter et al. [291] zum Schluss, dass 50–100 % der gesundheitlichen Ungleichheiten anhand von ungleichen materiellen, verhaltensbezogenen und psychosozialen Faktoren erklärbar sind. Es sind jedoch, so ihr Fazit, insbesondere Unterschiede in den materiellen und strukturellen Faktoren, die gesundheitliche Ungleichheiten und eine erhöhte Vulnerabilität erklären. Materielle und strukturelle Faktoren beeinflussen die Gesundheit sowohl direkt als auch indirekt, da psychosoziale Faktoren wie Alltagsbelastungen, aber auch gesundheitsrelevante Verhaltensweisen massgeblich durch die Lebensbedingungen beeinflusst werden.

21.3 Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit

Diese Erkenntnisse von Richter et al. [291] zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit liefern Ansatzpunkte für die Konzeption von Strategien zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Übereinstimmend mit diesen Erkenntnissen werden gegenwärtig zwei unterschiedliche, sich ergänzende Strategien vorgeschlagen [291, 294, 301, 302]:

- **Gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen:** Ziel dieses Ansatzes ist das Empowerment und die Stärkung der Ressourcen von sozial benachteiligten Gruppen, um ihre Chancen zu erhöhen, gesund leben und altern zu können. Im Zentrum stehen psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren. Dazu gehören die Vermittlung von Gesundheitskompetenz, die Förderung eines gesunden Lebensstils, die Stärkung von sozialen Netzwerken und die Befähigung, innerhalb der Gesundheitsversorgung angemessene Unterstützung zu finden.
- **Soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren:** Ziel dieses Ansatzes ist der Abbau sozialer Ungleichheiten und Benachteiligungen, die zu gesundheitlicher Ungleichheit führen (siehe oben). Im Fokus stehen materielle und strukturelle Faktoren, das heisst die Verbesserung von Lebensbedingungen. Dazu gehören die Verbesserung der Ausbildungschancen für benachteiligte soziale Schichten und Gruppen, die Reduktion ökonomischer und weiterer struktureller Ungleichheiten in der Gesellschaft und die ungleichheitssensitive Öffnung der Versorgungsstrukturen.

Im Folgenden wird der Schwerpunkt auf die Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit gelegt, da die Reduktion von sozialer Ungleichheit und Benachteiligung über den Einflussbereich der Gesundheitsförderung hinausgeht und im Zuständigkeitsbereich der Bildungs-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik liegt.

21.3.1 Gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen

Ausgehend von der Beobachtung, dass nicht nur gesundheitliche Risiken, sondern auch gesundheitsförderliche Ressourcen ungleich in der Bevölkerung verteilt sind, besteht ein zentraler Ansatz in der Gesundheitsförderung darin, benachteiligte Gruppen zu stärken und ihre gesundheitsrelevante Hand-

lungsfähigkeit zu erhöhen [160, 294, 300]. Denn sozialen Ungleichheiten ist man nicht nur ausgeliefert, sondern betroffene Gruppen verfügen auch über Handlungspotenziale und aktivierbare Ressourcen [300]. Zu den wichtigsten Handlungsfeldern gehören dabei die Erhöhung der Gesundheitskompetenz und der Zugang zu unterstützenden sozialen Beziehungen. Neben dem finanziellen Kapital sind insbesondere auch Bildung und Wissen (kulturelles Kapital) und unterstützende soziale Beziehungen (soziales Kapital) wichtige gesundheitliche Schutzfaktoren.
Die Hauptschwierigkeit bei der Erhöhung von gesundheitlicher Chancengleichheit liegt darin, dass sozial benachteiligte Gruppen aus der Perspektive von Anbietenden in der Regel schwer zu erreichen sind. Eine eingeschränkte Erreichbarkeit kann unter anderem in der noch zu wenig fortgeschrittenen Öffnung der Angebote begründet sein. Der Begriff «Erreichbarkeit» hat dabei mehrere Bedeutungsdimensionen [49]:

- Zielgruppen zu erreichen bedeutet zunächst, einen Zugang zu finden
- Erreichbarkeit beinhaltet in zweiter Linie, dass Angebote und Interventionen vom Zielpublikum akzeptiert, das heisst langfristig genutzt beziehungsweise umgesetzt werden und das Gelernte auch befolgt wird *(compliance)*
- In dritter Linie bedeutet Erreichbarkeit, dass eine Intervention nicht nur eine Veränderung der Einstellungen, sondern auch eine Veränderung des gesundheitsrelevanten Verhaltens bewirkt

Die Identifikation und Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Gruppen ist *die* Voraussetzung für eine erfolgreiche Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit. Im Folgenden werden deshalb Möglichkeiten skizziert, um schwer zugängliche Risikogruppen innerhalb der älteren Bevölkerung gezielt anzusprechen und zu erreichen. Aufbauend auf der Analyse von Projekten im In- und Ausland lassen sich drei bewährte Ansätze unterscheiden [49]: der *präventive Hausbesuch,* die *Bildungsarbeit in Gruppen* und die *Gemeinwesenarbeit.*

21.3.1.1 Präventive Hausbesuche

Im Zentrum eines präventiven Hausbesuchs stehen eine allgemeine Gesundheitsberatung sowie ein multidimensionales Assessment von inneren (das Individuum betreffenden) und äusseren (das physische und soziale Umfeld betreffenden) Schutz- und Risikofaktoren [303]. Ziel ist die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie die Möglichkeit, individuell zugeschnittene und lebensweltlich verankerte Interventionen zur Anpassung des Lebensstils und der Lebensbedingungen zu initiieren [304].
Das Konzept des präventiven Hausbesuchs setzt den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Beratungspersonen und Beratenen voraus, sodass sich Letztere auf die Beratungen einlassen und Empfehlungen annehmen. Zudem erfordert die umfassende Abklärungs- und Beratungsarbeit seitens der Beratungspersonen nicht nur spezifische Fachkompetenz, sondern auch die Fähigkeit, sich auf unbekannte Lebenswelten einzulassen, die eigenen lebensweltlichen Prägungen zu reflektieren und Stereotypisierungen zu vermeiden sowie gemäss dem patientenzentrierten Modell sinnorientiert zu interagieren [305, 306]. Diese hohen Anforderungen sprechen einerseits für den Einsatz von hoch qualifiziertem und erfahrenem Gesundheitsfachpersonal, andererseits aber auch für die Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus der Geriatrie, zum Beispiel beim Erarbeiten der Beratungs- und Empfehlungsinhalte [307].
Generell weisen die Praxiserfahrungen aus der Schweiz darauf hin, dass präventive Hausbesuche als eines von verschiedenen Beratungs-, Informations- und Bildungsangeboten geführt werden sollten. Ergänzend zu Beratungsangeboten in den Institutionen und Gruppenangeboten sollen Hausbesuche für diejenigen Personen zur Verfügung stehen, die mit anderen Angeboten nicht erreicht werden können. Eine flächendeckende Einführung des präventiven Hausbesuchs hingegen erscheint nicht sinnvoll.

21.3.1.2 Bildungsarbeit in Gruppen

Die Bildungsarbeit in Gruppen dient der Informationsvermittlung, dem gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch und der Verhaltensänderung durch gegenseitige Motivation, Zielsetzung und Zielkontrolle. Das Potenzial persönlicher, starker Beziehungen liegt also in der wirksamen und glaubwürdigen Informationsvermittlung [308, 309], aber auch in der effektiven Veränderung gesundheitsrelevanter Normen [310–312].
Angebote für spezifische Zielgruppen finden sich hierzulande insbesondere für Frauen und Teile der Migrationsbevölkerung und in der Form von Kurs-

angeboten im Gesundheitsbereich[40]. Gemeinsam ist den Gruppenangeboten, dass sie aufsuchend vorgehen, sich an der konkreten Lebenswelt der Teilnehmenden orientieren, Ressourcen stärken und Informationen beziehungsgeleitet vermitteln. Um den Lernbedürfnissen älterer Menschen zu entsprechen, braucht es eine niederschwellige Bildungsarbeit, die interaktive Lernformen vermittelt und an aktuelle Lebensthemen und -fragen anknüpft [313]. Häufig bearbeitete Themen betreffen Ernährung, Bewegung, Vorsorgeuntersuchungen im Alter, Medikamentengebrauch und soziale Beziehungen. Für die Akzeptanz beim Zielpublikum ist es wichtig, dass die Inhalte der Veranstaltungen partizipativ entwickelt und dem Wissensstand sowie den jeweiligen kulturellen und lokalen Bedingungen angepasst werden.
Diese Form der Wissensvermittlung scheint sich nicht nur in der Bildungsarbeit mit sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppen, sondern auch bei anderen Zielgruppen zu bewähren [313]. Im Hinblick auf die Gruppenmoderation scheint es von Vorteil zu sein, dafür vertrauenswürdige Peers auszuwählen, das heisst Personen aus derselben Altersgruppe, aus einer gemeinsamen Interessengruppe oder aus derselben Sprach- oder Herkunftsgruppe. Mittels *peer education* durch Angehörige der Zielgruppen können Botschaften und Inhalte besonders zielgruppengerecht, das heisst lebensweltlich eingebunden und alltagsnah weitergegeben werden [304].
Die Bildungsarbeit in Gruppen ist gleichzeitig ein Feld der sozialen Integration. So kombiniert beispielsweise das Projekt «AltuM – Beratung und Angebote für Migrant/innen 55+» des Hilfswerks der evangelischen Kirchen Schweiz (HEKS) Informationsvermittlung mit der Pflege sozialer Beziehungen. In diesem Projekt steht die Bildung von Gruppen sogar an erster Stelle, wodurch die Möglichkeit entsteht, auch Menschen zu erreichen, die sonst nicht auf das Thema Gesundheitsförderung ansprechen. Mit der Förderung der sozialen Teilhabe tragen solche Projekte gleichzeitig zur Verbesserung der (psychischen) Gesundheit älterer Menschen bei (siehe Kapitel 19).

21.3.1.3 Gemeinwesenarbeit

Die Gemeinwesenarbeit strebt die Stärkung zivilgesellschaftlichen Engagements und die Förderung von sozialer Integration und Solidarität an. Dieser Ansatz will ältere Menschen dazu animieren, sich für ihr direktes Umfeld zu engagieren und es damit mitzugestalten und zu verbessern. Dabei wird der Aufbau eines Netzwerks angestrebt, das über unmittelbare Beziehungen hinausgeht und das an die Solidarität mit einer grösseren Gruppe appelliert, in der man sich nicht mehr persönlich kennt: Angesprochen wird insbesondere die Gesamtbevölkerung in einem räumlich beschränkten Gebiet, wie einer Wohnsiedlung, einem Quartier oder einem Dorf. Der Gemeinwesenarbeit liegt dadurch das Potenzial inne, über Status, Bildung, Geschlecht und Herkunft hinweg integrierend zu wirken.
Mit der Gemeinwesenarbeit bewegt sich die Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen den beiden grundsätzlichen Handlungsstrategien zum Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit: Da die Gemeinwesenarbeit sowohl die Ressourcen der älteren Menschen stärkt als auch auf die Lebensbedingungen Einfluss nimmt, trägt sie gleichzeitig zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit und zur Reduktion sozialer Ungleichheit bei.
In der Schweiz initiierten beispielsweise die Pro Senectute Waadt und die Leenaards-Stiftung gemeinsam ein Gemeinwesenprojekt, das unter dem Namen *«Quartiers solidaires»* die Selbstorganisation von älteren Menschen innerhalb eines Quartiers oder Dorfes fördert. Wesentliche Ziele und Ergebnisse von Gemeinwesenprojekten wie *«Quartiers solidaires»* sind [314]:

- Sie stiften Sinn und schaffen soziale Bindungen im Quartier
- Sie nutzen das brachliegende Wissens- und Erfahrungspotenzial in der älteren Bevölkerung
- Sie entlasten, aufgrund der gegenseitigen Unterstützung und Solidarität unter den älteren Menschen, die sozialen Dienste und die Angehörigen
- Durch den Einbezug von Behörden und die Vernetzung von Angeboten und Verantwortlichen der Alters- und Gesundheitspolitik können solche Projekte als lokale Koordinationsstellen wirken und zu einer ganzheitlich ausgerichteten Altersarbeit und Gesundheitsförderung beitragen

Kritisch anzumerken ist, dass gerade sozioökonomisch benachteiligte Menschen aufgrund von Belastungen in früheren Lebensphasen oft in ihren

[40] Siehe beispielsweise die Gruppenkurse zur Gesundheitsförderung älterer Migrant/innen des SRK und das in vielen Regionen der Schweiz umgesetzte Projekt «Femmes Tische».

Möglichkeiten eingeschränkt sind, sich nach der Pensionierung in Gemeinwesenprojekten zu engagieren [315, 316]. Im Hinblick auf den Einbezug solcher Personen spielen deshalb Vermittlungsinstanzen eine entscheidende Rolle (siehe unten).

21.3.2 Soziale Ungleichheit und Benachteiligung reduzieren

Mit der Gemeinwesenarbeit können strukturelle und materielle Faktoren, das heisst die Lebensbedingungen und -verhältnisse von älteren Menschen, punktuell angegangen und verbessert werden. Eine effektive Reduktion von sozialer Ungleichheit und Benachteiligung bedingt jedoch umfassendere Massnahmen, die, wie schon erwähnt, über den Einflussbereich der Gesundheitsförderung hinausgehen. Dazu ist ein multisektorielles Vorgehen notwendig und die Planung von Massnahmen, die insbesondere im Zuständigkeitsbereich der Bildungs-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik liegen [291, 294, 302].

21.4 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung

Der Erfolg der drei oben vorgestellten Ansätze hängt massgeblich davon ab, welche Akteurinnen und Akteure seitens der Gesundheitsförderung im Alter involviert sind und welche «Brückenbauer» oder Verbindungspersonen zur Verfügung stehen, um den Zugang zu sozial benachteiligten Gruppen herzustellen. Diese beiden Erfolgsfaktoren werden im Folgenden kurz diskutiert. Anschliessend werden einige strategierelevante Empfehlungen und Leitlinien für eine diversitäts- und ungleichheitsgerechte Gesundheitsförderung im Alter formuliert.

21.4.1 Akteure und Vermittlungsinstanzen

21.4.1.1 Akteurinnen und Akteure

Im Rahmen einer Befragung von Schweizer Expertinnen und Experten wurden vor allem die Spitex und die Pro Senectute als flächendeckende Interventionsanbieter im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter identifiziert [49]. Beide Organisationen befassen sich traditionell mit Altersfragen und verfügen über viel Erfahrung und Kompetenz im Bereich Gesundheitsförderung im Alter und insbesondere im Bereich der präventiven Hausbesuche. Darüber hinaus kommt jenen Organisationen eine wichtige Rolle zu, die schwerpunktmässig im Bereich der Gruppenangebote für benachteiligte Bevölkerungsgruppen tätig sind. Hierzu gehören neben der Pro Senectute auch Organisationen wie das Schweizerische Rote Kreuz, die Caritas und das HEKS.

Für die Praxis liegt ein grosses Potenzial in der Vernetzung und Koordination von Anbietenden und Angeboten sowie in einem systematischen Erfahrungsaustausch [49]. Die Vernetzung sollte auf lokaler Ebene ansetzen und alle relevanten Organisationen und Anbietenden in Altersarbeit, Gesundheitsförderung und Politik integrieren. Für Klientinnen und Klienten, aber auch für die Anbietenden entsteht ein Mehrwert, wenn unterschiedliche Organisationen gemeinsam ein Projekt oder Angebot entwickeln und so gegenseitig von Synergien und von spezifischen Kompetenzen profitieren. Das Gleiche gilt, wenn sich Organisationen gegenseitig Klientinnen und Klienten zum jeweils passendsten Angebot zuweisen. Dabei stellt sich die Herausforderung, den Kooperationsaufwand institutionell zu verankern und finanziell zu sichern [49].

21.4.1.2 Vermittlungsinstanzen

Was den Erstzugang zu sogenannt schwer erreichbaren Zielgruppen betrifft, müssen insbesondere «Brückenbauer» besser genutzt werden, um Zielgruppen und Angebote optimal zusammenzubringen und aufeinander anzupassen [49, 317]. In allen drei in Kapitel 21.3.1 vorgeschlagenen Strategien ist ein beziehungsgeleitetes Vorgehen erfolgsentscheidend. In der Praxis haben sich sowohl professionelle wie auch informelle Verbindungspersonen und -institutionen bewährt [49]:

- Mit professionellen Vermittlungsinstanzen sind Fachpersonen und -institutionen gemeint, die in ihrer alltäglichen Praxis mit sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen in Berührung kommen. Dazu gehören wohlfahrtsstaatliche Institutionen, NGOs, Hausärztinnen und Hausärzte oder mobile Dienstleister wie die Spitex sowie Mahlzeiten- und Fahrdienste
- Ebenso wichtig sind informelle oder zivilgesellschaftliche Brückenbauer. Diese umfassen Vereine, religiöse Institutionen und Interessenorganisationen, aber auch Schlüsselpersonen wie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn

In der Praxis ist entscheidend, dass Verbindungspersonen in einem Vertrauensverhältnis zur Zielgruppe stehen und die Leistungen von formellen wie infor-

mellen Vermittlungsinstanzen materiell oder symbolisch honoriert werden [308].

21.4.2 Allgemeine strategierelevante Empfehlungen und Leitlinien

Die Grundlagenstudie von Soom Ammann und Salis Gross [49] formuliert weitere Empfehlungen und Leitlinien zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Alter:

- **Initiierung struktureller und materieller Massnahmen:** Die nachhaltige Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit setzt Veränderungen der Lebensbedingungen voraus.
- **Kombination von Strategien zur Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit:** Die drei vorgestellten Strategien ergänzen sich gegenseitig und lassen sich gut mit weiteren Ansätzen zur Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit kombinieren. Generell empfiehlt sich, das Angebot an gesundheitsfördernden Massnahmen in der Schweiz zu vervielfältigen und zu flexibilisieren.
- **Stärkung der beziehungsgeleiteten Gesundheitsförderung im Alter:** In der Praxis werden die grosse Bedeutung von sozialen Netzwerken und der beziehungsgeleiteten Arbeitsweise deutlich. Aus diesem Grund empfehlen Christiakis und Fowler (2008, 2010) grundsätzlich und nicht nur für schwer erreichbare Gruppen die Wahl von kleinräumig angepassten, ganzheitlich ausgerichteten und beziehungsgeleiteten Interventionen.
- **Partizipative Vorgehensweise und zielgruppenstatt angebotszentrierte Perspektive:** Um Massnahmen nicht nur bedarfs-, sondern auch bedürfnisgerecht zu gestalten, braucht es vertieftes Wissen über die Lebenswelten und Anliegen der anvisierten Zielgruppen. Dies erfordert den Ein-

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: *Quartiers solidaires*

Das Projekt *«Quartiers solidaires»* ist aus der Initiative von Pro Senectute Kanton Waadt mit Unterstützung der Leenaards-Stiftung entstanden. Das gemeindebasierte Entwicklungsprojekt setzt auf die Entwicklung kleinräumlicher Solidarität und will die Lebensqualität älterer Menschen und ihre Integration im Quartier verbessern. Im Rahmen von *«Quartiers solidaires»* bauen ältere Menschen ihren Bedürfnissen und Ressourcen entsprechende Projekte auf, um auf ihre Umgebung Einfluss zu nehmen. Solche solidarischen Quartiere bieten älteren Menschen konkrete Lösungen für ihre Bedürfnisse und Anliegen, zum Beispiel in den Bereichen Städteplanung, Umwelt oder soziale Aktivitäten. Das Projekt verfolgt folgende Ziele:

- Schaffen sozialer Beziehungen und gemeinsames Erleben
- Bildung einer sich selbst organisierenden Gemeinschaft
- Entwicklung von Infrastrukturen für Seniorinnen und Senioren
- besserer Zugang zu Informationen, die für die älteren Menschen relevant sind

Die Anstösse zu einem solchen Quartierprojekt können aus unterschiedlichen Kreisen kommen, zum Beispiel von der Politik und den Behörden, von örtlichen Institutionen und Vereinen oder von Einzelpersonen. Die Entstehung jedes *«quartier solidaire»* verläuft entlang der folgenden fünf methodischen Schlüsselschritte: Abklärung, Aufbau, Projektentstehung, Umsetzung und Evaluation. Zentral in der Projektumsetzung ist, dass die älteren Menschen die Akteure der Veränderung sind und selbstbestimmt Einfluss auf ihre direkte Umgebung nehmen. Unterstützt werden die älteren Menschen jeweils von vor Ort tätigen soziokulturellen Animatoren und Methodikexperten. Das Projekt *«Quartiers solidaires»* wurde 2008 vom Bundesamt für Raumentwicklung als gute Praxis im Bereich nachhaltige Entwicklung prämiert und 2013 wurde die Wirksamkeit des Projekts positiv evaluiert [318].

Siehe http://www.quartiers-solidaires.ch/

Weitere Praxis-Beispiele: Femmes Tische im Alter (CH); Gesundheitsberatung für Migranten SRK (ZH); Angebote zu Alter und Migration von Caritas, SRK und HEKS (CH); Grossmütterrevolution (CH); Feierabendtreff 60+ des Forums Männergesundheit (BE); Altissimo Schweiz (ZH)

bezug von Mitgliedern der Zielgruppen in die Projektplanung und -umsetzung. Dadurch wird auch die Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen gestärkt, wie dies beispielsweise in den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates angestrebt wird [160].

- **Lebensweltbezogener Ansatz:** Spezifische Problemlagen müssen kontextualisiert werden, das heisst, Projekte sind entweder lokal, zum Beispiel im Stadtteil, oder zielgruppenspezifisch, zum Beispiel im Vereinslokal, zu verankern, sodass Angebote in vertrauten und lebensweltbezogenen Settings umgesetzt werden können.
- **Förderung des zivilgesellschaftlichen Engagements:** In Anbetracht der grossen Bedeutung, die informelle Beziehungsnetze und Vermittlungsinstanzen in der Gesundheitsförderung im Alter einnehmen, ist das zivilgesellschaftliche Engagement als eine zunehmend wichtige Ergänzung zu Beratungen und Gruppenangeboten durch Fachpersonen anzuerkennen.

21.5 Das Wichtigste in Kürze

- Obwohl heute mehr Menschen als je zuvor ein hohes Alter erreichen (Demokratisierung des Alterns), sind Gesundheit und Krankheiten immer noch ungleich über die ältere Bevölkerung verteilt.
- Gesundheitliche Ungleichheiten lassen sich durch Unterschiede in materiellen und strukturellen Faktoren erklären, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren stellen weitere wichtige Erklärungsansätze dar.
- Neben dem sozioökonomischen Status stehen auch Faktoren wie Geschlecht, Migrationshintergrund und soziale Einbettung in einem Zusammenhang mit der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheit.
- Obwohl sie höheren Risiken ausgesetzt sind, werden sozial benachteiligte Gruppen unzureichend von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung erreicht.
- Gesundheitsförderung im Alter sollte die Heterogenität der älteren Menschen anerkennen, unterschiedliche Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse berücksichtigen und sich am Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit orientieren.
- Es lassen sich zwei Strategien zur Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheit unterscheiden: die Erhöhung gesundheitlicher Chancengleichheit sowie die Reduktion sozialer Ungleichheit und Benachteiligung.
- Präventive Hausbesuche, die Bildungsarbeit in Gruppen und die Gemeinwesenarbeit sind bewährte Ansätze, um schwer erreichbare und/oder sozial benachteiligte Personen zu erreichen.
- Eine entscheidende Rolle beim Zugang zu schwer erreichbaren Personen spielen professionelle und zivilgesellschaftliche Vermittlungsinstanzen, die beziehungsgeleitet vorgehen.

22 Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen[41]

Um die Gesundheit im Alter umfassend zu fördern und gesundheitliche Einschränkungen zu vermeiden, braucht es eine koordinierte Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und Versorgungssystem. So sind beispielsweise Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, Fachpersonen aus Psycho-, Physio- und Ergotherapie, medizinische Praxisassistenzen und Fachangestellte Gesundheit unverzichtbare Partner der Gesundheitsförderung im Alter. Für eine intensive Zusammenarbeit der beiden Systeme sprechen insbesondere zwei Gründe:

- Physiologische Risikofaktoren sind wesentliche Ursachen der Krankheitslast und bedürfen einer systematischen Früherkennung sowie Behandlung durch Gesundheitsfachpersonen.
- Akteure des Versorgungssystems haben häufig einen privilegierten Zugang zu älteren Menschen. Dadurch können sie Gesundheitskompetenzen vermitteln und zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen motivieren.

Im Rahmen des Projekts «Via» hat Gesundheitsförderung Schweiz insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen gesammelt. Im Folgenden werden wesentliche Herausforderungen und Erfolgsfaktoren in der Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung und der Hausärzteschaft zusammengefasst. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen sind auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsfachpersonen aufschlussreich.

22.1 Hintergrund der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft kann viel zum Erfolg der Gesundheitsförderung im Alter beitragen. In der ärztlichen Konsultation können früh medizinische Risikofaktoren erkannt werden, die im Alter zunehmen und für die Gesundheit von zentraler Bedeutung sind (z. B. Screening von Blutdruck, Blutfettwerten, Blutzucker). Hausärztinnen und Hausärzte geniessen aufgrund ihres breiten medizinischen Wissens und ihrer jahrelangen Patientenbeziehung zudem ein hohes Ansehen bei der Zielgruppe der älteren Bevölkerung. Sie haben dadurch grossen Einfluss auf deren Verhalten. Es ist wissenschaftlich belegt, dass die Ärzteschaft Patientinnen und Patienten[42] dazu motivieren kann, mehr Eigenverantwortung im Hinblick auf gesundheitliche Verhaltensänderungen zu übernehmen (z. B. bei problematischen Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Bewegungsmangel) und gesetzte Ziele zu erreichen [319]. Aufgrund des Vertrauensverhältnisses können sie ältere Menschen motivieren, auch gesundheitsfördernde Angebote ausserhalb des Versorgungswesens zu nutzen. Ausserdem haben Hausärztinnen und Hausärzte Zugang zu sogenannt vulnerablen älteren Menschen, die üblicherweise für Angebote der Gesundheitsförderung im Alter schwer zu erreichen sind.

Auf der operativen Ebene hat es sich allerdings oft als schwierig erwiesen, Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, sich für die Gesundheitsförderung zu engagieren. Ein Bericht des Schweizerischen Gesund-

[41] Das Kapitel zur Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen basiert im Wesentlichen auf der Studie von Zoller et al. [320], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurde.

[42] Auch wenn in der Gesundheitsförderung, wie auch in der Studie von Zoller et al. [320], vor allem der Begriff «Klienten» verwendet wird (es sollen auch gesunde Personen angesprochen werden), sprechen Ärzte eher von «Patienten».

heitsobservatoriums [104] zeigt, dass Schweizer Grundversorger mit ihren älteren Patienten selten präventive Gespräche zu Themen wie Ernährung, Bewegung oder psychische Gesundheit führen. Aufbauend auf der Studie von Zoller et al. [320] werden im Folgenden die konkreten Barrieren, aber auch mögliche Lösungsansätze für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten in der Gesundheitsförderung im Alter aufgezeigt. Ergänzend werden Praxiserfahrungen und Erkenntnisse, die seither von Gesundheitsförderung Schweiz und weiteren Akteuren im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter gewonnen wurden, eingeflochten. Vereinzelt fliessen auch Empfehlungen aus dem Projekt «Gesundheitscoaching» des Kollegiums für Hausarztmedizin [319, 321] und dem Programm «EviPrev» [322] ein.

22.2 Hausärztinnen und Hausärzte in der Gesundheitsförderung im Alter – ihre Perspektive

Die Erwartungen der Akteure der Gesundheitsförderung an die mögliche Rolle der Grundversorger sind oft hoch und nicht immer deckungsgleich mit den Vorstellungen der Ärzteschaft selbst. Die Hausärztinnen und Hausärzte sehen ihre Rolle vor allem in der medizinischen Prävention: in der Diagnose von physiologischen Risikofaktoren und gesundheitsschädigendem Verhalten, in der Früherkennung von Krankheiten, im Assessment sowie in der Information, Beratung und Motivation. Sie können ihre Patienten über Handlungsoptionen zur Verhaltensänderung beraten, sie auf existierende Angebote und Dienstleistungen hinweisen und an Angebote der Gesundheitsförderung im Alter überweisen. Die Ärztinnen und Ärzte legen dabei grossen Wert darauf, dass die von ihnen abgegebenen Empfehlungen unabhängig sind und auf medizinischer Evidenz basieren. Die Triage und das Hinweisen auf bestehende Angebote gehören ebenfalls zu den Aufgaben, die Ärztinnen und Ärzte zu übernehmen bereit sind. Ihren primären Beitrag sehen die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Regel jedoch auf das – zeitlich stark eingeschränkte – Setting der Konsultation begrenzt.
In der Praxis hat es sich bewährt, die Rolle der Ärzteschaft in den Vorhaben der Gesundheitsförderung im Alter gemeinsam mit ihr zu definieren. Neben der Beratung in der Arztpraxis umfassen weitere bewährte Einsatzmöglichkeiten:

- die Autorenschaft für Fachartikel, die sich an Ärztinnen und Ärzte sowie an andere Fachpersonen richten
- den Einsatz als Referentinnen und Referenten für Vorträge und Workshops, die sich an die Ärzteschaft oder an ältere Menschen richten
- die Mitgliedschaft in einer fachlichen Begleitgruppe
- die aktive Beteiligung der Ärzteschaft an politischen Diskussionen zur Gesundheitsförderung

22.3 Barrieren und Problembereiche in der Zusammenarbeit

Zoller et al. [320] zeigen, dass unter den Hausärztinnen und Hausärzten ein sehr heterogenes Spektrum von Einstellungen, Wertehaltungen und Praxisrealitäten vorherrscht. Nicht wenige der in den Fokusgruppen beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte standen dem Konzept der «Gesundheitsförderung» eher skeptisch gegenüber. Es wurde von einigen als abstrakt und für die ärztliche Praxis als wenig handlungsrelevant (miss-)verstanden. Viele Hausärztinnen und Hausärzte wollen ihre Patienten nicht bevormunden und nicht als «Erzieher der Nation» gesehen werden. Sie verstehen sich als Dienstleister gegenüber ihren Auftraggebern, den Patienten. Viele der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bevorzugen es, wenn sich andere Akteure um die Belange der Gesundheitsförderung kümmern. Das Kollegium für Hausarztmedizin bezeichnet demgegenüber die Prävention, das Empowerment von Patientinnen und Patienten sowie die Verbindung zwischen Programmen der öffentlichen Gesundheit und den Individuen als «integrale Bestandteile der Hausarztmedizin» [323].
Die grössten Barrieren für die Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten in der Gesundheitsförderung im Alter lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Geringe Sensibilisierung der Ärzteschaft für das Thema der Gesundheitsförderung durch fehlende Richtlinien, fehlendes Wissen über aktuelle Empfehlungen oder fehlende Vermittlung in der Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte.
- Knappe zeitliche Ressourcen: Gesundheitliche Probleme und medizinische Aufgaben stehen während der Sprechstunde meist im Vordergrund.
- Restriktive oder fehlende Vergütung von präventiven Leistungen: Oftmals fühlt sich die Ärzteschaft durch die Gesetzgebung wie auch durch die Ver-

sicherungen und Krankenkassen limitiert in ihren Bemühungen, Gesundheitsförderung zu betreiben, da ihr ein überdurchschnittlicher Zeitaufwand pro Patient bei den Versicherern Vorwürfe einbringt.
- Eine generelle Skepsis gegenüber Gesundheitsförderungsprojekten seitens mancher Ärztinnen und Ärzte: Einerseits war ein Teil der in den Fokusgruppen beteiligten Hausärztinnen und Hausärzte der Ansicht, dass sie bereits genügend Gesundheitsförderung betreiben und daher keine zusätzlichen Projekte zu diesem Zweck brauchen. Anderseits sahen sich die Hausärztinnen und Hausärzte auch mit Widerständen von Patienten konfrontiert. Oft verweigerten gerade diejenigen Patienten die Teilnahme an Angeboten, die sie am meisten benötigten.
- Mangelhafte Information über geplante oder laufende Projekte: Angesichts der täglichen Flut von Post in der Hausarztpraxis gehen auf dem Postweg versandte Informationen oftmals unter. Das Fehlen von angemessenen Informationskanälen für die Ärzteschaft wurde kritisiert.
- Eine weitere Barriere stellt die Schnittstelle zwischen den Grundversorgern und weiteren Partnern dar. Die starke Aufsplitterung und die geringe Flexibilität des Gesundheitswesens verursachen umständliche Folgearbeit, Mehraufwand und Informationsverlust.
- Die Gesundheitsförderung und die Hausarztmedizin verfolgen unterschiedliche berufliche Ansätze: Während die Akteure der Gesundheitsförderung eine Bevölkerungsperspektive einnehmen, fokussieren Hausärztinnen und Hausärzte in ihrer Arbeit auf Individuen.

22.4 Begünstigende Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

Folgende Voraussetzungen erleichtern ein Engagement der Hausärztinnen und Hausärzte in der Gesundheitsförderung:
- persönliches Interesse und Motivation der Hausärztin oder des Hausarztes am Thema
- ein offensichtlicher Nutzen sowohl für die Patienten wie auch für die Ärztin oder den Arzt
- hohe Evidenz für den Nutzen von Interventionen
- Zeiteinsparung in der Konsultation durch Delegation von Arbeitsschritten
- eine adäquate Vergütung der ärztlichen Leistung
- vermehrte Unterstützung und grösserer Rückhalt für die Gesundheitsförderung seitens der politischen Gremien und der Krankenversicherer

Die Ärzteschaft ist der Meinung, dass die Patienten nicht nur von ihr, sondern auch von anderer Seite dazu motiviert werden sollten, aktiv Gesundheitsförderung zu betreiben. Patienten müssten ihre Gesundheit zunehmend als Kapital wahrnehmen, in das es sich zu investieren lohnt. Sie betonten, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheit als wertvolles persönliches Kapital durch eine Sensibilisierungskampagne verbessert werden müsste. Was ebenfalls nicht unterschätzt werden dürfe, sei der Einfluss der sogenannten Leadership auf die Patienten, zum Beispiel wenn Ärzte als Vorbilder einen gesundheitsfördernden Lebensstil vorleben oder Programme der Gesundheitsförderung initiieren und leiten.
In der Praxis hat sich eine adäquate Vergütung der ärztlichen Leistung als wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit mit selbstständig arbeitenden Hausärztinnen und Hausärzten erwiesen. Der wahrgenommene Nutzen des Angebots für die älteren Menschen stellt für die Ärztinnen und Ärzte jedoch die stärkste Motivation zur Teilnahme an einem Programm der Gesundheitsförderung dar. Es ist deshalb wichtig, den Nutzen von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention für den älteren Menschen plausibel und evidenzbasiert darzustellen.
Das Projekt «Gesundheitscoaching» betont zudem die Wichtigkeit eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Patient und Arzt, in welchem die Patienten auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Informationen erhalten und befähigt werden, selbst zu entscheiden, was sie verändern wollen *(informed decision making).* Der Arzt wechselt dabei vom klassischen Rollenverständnis des «Gesundheitsexperten» zu einem Coach, der seinen Patienten auf Augenhöhe begegnet und bei der schrittweisen Erreichung der selbst gewählten Ziele unterstützt [319].

22.5 Relevante Themenbereiche für die Gesundheitsförderung im Alter in der Arztpraxis

Wie zu Beginn erwähnt, ist die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten aufgrund der hohen Bedeutung von Vorsorge und Versorgung für die Ge-

sundheit im Alter wichtig. Laut der befragten Ärztinnen und Ärzte sind, neben den verschiedenen Vorsorgeabklärungen, die Themen Ernährung, Bewegung, Sturzprophylaxe und Suchtprävention (Nikotin, Alkohol und Medikamente) besonders geeignet für die Konsultation im Hinblick auf die Gesundheitsförderung im Alter. Aus ihrer Sicht können aber auch Themen wie Gehirntraining, psychische Gesundheit, Förderung von Entspannung und Stressabbau angesprochen werden. Bei allen Themen ist den Ärztinnen und Ärzten jedoch eine solide Evidenzbasis wichtig. Studienergebnisse und Erfahrungen aus Pilotversuchen unter Schweizer Verhältnissen haben dabei einen besonders hohen Stellenwert.

Nach Neuner-Jehle et al. [319] ist es von zentraler Bedeutung, in der Beratung von einem engen und eindimensionalen Themendenken wegzukommen. Patienten sollen vielmehr bei ihren Bedürfnissen abgeholt werden, um sie wirkungsvoll motivieren zu können. Im Idealfall präsentiert der Patient oder die Patientin selbst ein Thema, das besprochen werden soll. Ansonsten wird empfohlen, eine breite Palette von Themen anzubieten, aus der die Patienten ihre persönliche Wahl treffen können. Im Projekt «Gesundheitscoaching» wurde dazu ein Instrument mit den sechs wichtigsten veränderbaren Risikoverhalten (Ernährung, Gewichtskontrolle, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum und Stress) entwickelt.

Eine interne Evaluation von sechs Fachartikeln zu Themen der Gesundheitsförderung im Alter[43] zeigte, dass insbesondere die Themen «Vitamin-D-Supplementation» und «Bewegungsförderung im Alter» auf grosses Interesse der Ärzteschaft stossen.

22.6 Erfolgsfaktoren in der Umsetzung

Aufbauend auf den Erkenntnissen von Zoller, Badertscher und Rossi [320] und den bisherigen Praxiserfahrungen können folgende Empfehlungen zur Einbindung der Hausärzteschaft gegeben werden:

- **Die Zusammenarbeit von Beginn an konsequent aufgleisen:** Wird den Hausärztinnen und Hausärzten in einem Projekt eine relevante Rolle zugeschrieben, so sollte von Beginn weg eine hausärztliche Vertretung im Projektteam angestrebt werden. Der frühe Einbezug sollte aber keinen zeitaufwendigen Einsatz bedeuten und seitens des Projekts angemessen entschädigt werden. Vertreterinnen und Vertreter der Hausärzteschaft werden idealerweise über eine regionale Ärzteorganisation gesucht und angesprochen.
- **Peer-Ansätze sind Erfolg versprechend:** Die Sensibilisierung der Ärzteschaft für Themen der Gesundheitsförderung im Alter sowie die Wissensvermittlung muss aus ihren eigenen Reihen kommen. Zugang findet man über regionale Ärzteorganisationen und -netzwerke, aber auch berufsspezifische Publikationsorgane (wie das Swiss Medical Forum) und Veranstaltungen (wie Kongresse und Weiterbildungen).
- **Bezug zu den Kernanliegen der Hausarztmedizin herstellen:** Es braucht klare Aufgaben, die dem Selbstverständnis der Ärzteschaft entsprechen. Es hat sich gezeigt, dass Hausärztinnen und Hausärzte eher über praxisrelevante und patientenbezogene Anliegen abgeholt werden können als über theoretische Informationen und Konzepte der Gesundheitsförderung. Der konkrete Nutzen für die Patienten (Gesundheit, Autonomie, Lebensqualität usw.) sollte im Zentrum der Argumentation stehen.
- **Die Zeitressourcen der beteiligten Grundversorger optimal nutzen:** Ein Projekt, das in einer Arztpraxis neu eingeführt wird, ergibt dort zusätzlichen Aufwand. Die Aufgaben für die Ärztinnen und Ärzte sollten möglichst in den Sprechstundenalltag integriert werden können und wenig zusätzlichen Administrationsaufwand generieren. Idealerweise sollten Leistungen über das normale Vergütungssystem abgerechnet werden können.
- **Kooperationen und Aufgabenteilung optimieren:** Grundversorger arbeiten mit zahlreichen nicht ärztlichen Partnern im Gesundheitswesen zusammen. Die Gespräche mit der Ärzteschaft haben jedoch gezeigt, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte nur mit dem nötigen Minimum an Schnittstellen auseinandersetzen können und möchten. Deshalb müssen die Rollen von Hausärztinnen und Hausärzten, MPAs, anderen Dienstleistern und zivilgesellschaftlichen Akteuren im Rahmen eines Projekts präzise definiert werden. Dadurch wird auch ersichtlich, welche Aufgaben andere Akteure übernehmen können.

[43] Die sechs Fachartikel zum Thema Gesundheitsförderung im Alter sind: [135, 237, 273, 289, 336, 337].

- **Informationen zielgruppengerecht aufbereiten:** Informationen für die Hausärztinnen und Hausärzte müssen inhaltlich korrekt, kurz und bündig, gut verständlich und attraktiv präsentiert werden (sprechstundengerecht). Informationsmaterialien für die Zielgruppe zur Abgabe in der Arztpraxis sollten unter Einbezug der Ärzteschaft erarbeitet werden und im Sprechzimmer beziehungsweise am Empfang jederzeit verfügbar sein (evtl. auch als Download von der Website der Arztpraxis). Um eine Übersicht über die verschiedenen Angebote zu erhalten, sind elektronische Tools (z. B. www.infosenior.ch) hilfreich.
- **Auf politische Lösungen hinarbeiten:** Prioritäres Ziel der gesundheitspolitischen Arbeit bleibt eine angemessene Vergütung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in der medizinischen Versorgung. Nur wenn Leistungen von Ärztinnen und Ärzten sowie nicht ärztlichem Fachpersonal im Tarifsystem abgebildet sind, lassen sich die Anliegen der Gesundheitsförderung im Alter nachhaltig und systematisch in den Praxisalltag integrieren.
- **Grundversorger brauchen die nötigen Kompetenzen:** Hausärztinnen und Hausärzte sollten mit Konzepten und Techniken der partnerschaftlichen Kommunikation mit Patienten und dem Empowerment von Patienten vertraut sein *(informed decision making, shared decision making, motivational interviewing, coaching* usw.*)*, um die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement ihrer Patienten fördern und stärken zu können. Dazu braucht es entsprechende Aus- und Weiterbildungen im Rahmen der regulären Angebote. Die erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen sollten periodisch im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Fortbildungen geschult und aufgefrischt werden [319].

Beispiel guter Praxis aus der Schweiz: dialog-gesundheit

Die Organisation dialog-gesundheit ist 2008 unter der Leitung des Hausarztes Michael Deppeler und von Susanna Haller aus dem Projekt «swissdoc/swissdoc.forum» des heutigen Berner Instituts für Hausarztmedizin (BIHAM) entstanden. Der dialog-gesundheit beabsichtigt, im inter- und transdisziplinären Dialog bedürfnisgerechte Veränderungen sowie einen ressourcenorientierten und patientenzentrierten Ansatz im Gesundheitswesen zu fördern. Die primären Ziele und Handlungsfelder von dialog-gesundheit sind:

- Regelmässiger Dialog zwischen der Bevölkerung, Hausärztinnen, Hausärzten und weiteren Gesundheitsfachpersonen sowie Gesundheitsanbietern und Behörden zu selbst gewählten Themen rund um das Thema Gesundheit
- Verknüpfung und Vernetzung der Fragen und Antworten dieses Dialogs mit Politik, Wissenschaft und Wirtschaft
- Förderung der Gesundheitskompetenz *(health literacy)* sowohl der einzelnen Menschen als auch einer grösseren Einheit (Familie, Quartier, Gemeinde)

Der dialog-gesundheit publiziert partizipativ entstandene Ratgeber und unterhält Partnerschaften mit zahlreichen Organisationen und Personen im Gesundheitsbereich, um so die Koordination, Vernetzung und Suche nach neuen Lösungen im Gesundheitswesen zu fördern. Die Organisation hat ihren Sitz in Zollikofen (BE).

Siehe http://www.dialog-gesundheit.ch/

Weitere Praxis-Beispiele: EviPrev (BE, VD); Girasole (TI); Paprica (VD); Gesundheitscoaching des Kollegiums für Hausarztmedizin (CH)

22.7 Das Wichtigste in Kürze

- In der ärztlichen Konsultation können medizinische Risikofaktoren frühzeitig erkannt und entsprechende Interventionen zur Förderung der Gesundheit initiiert werden.
- Aufgrund ihres Wissens und der jahrelangen Patientenbeziehung haben Hausärztinnen und Hausärzte einen erheblichen Einfluss auf das Verhalten ihrer Patientinnen und Patienten und können diese zu Verhaltensänderungen sowie der Nutzung gesundheitsfördernder Angebote motivieren.
- Neben Vorsorgeabklärungen sind vor allem die Themen Ernährung, Bewegung, Sturzprävention und Suchtprävention besonders geeignet für die Gesundheitsförderung in der Arztpraxis.
- Auf der operativen Ebene erweist es sich oft als schwierig, Ärztinnen und Ärzte dafür zu gewinnen, sich für die Gesundheitsförderung bei älteren Menschen zu engagieren.
- Zu den grössten Barrieren gehören eine geringe Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Gesundheitsförderung im Alter, knappe zeitliche Ressourcen, unzureichende Vergütung von präventiven Leistungen, aber auch die unterschiedlichen beruflichen Ansätze von Gesundheitsförderung und Hausarztmedizin.
- Folgende Faktoren begünstigen die Partizipation der Ärzteschaft: ein nachweislicher Nutzen von Gesundheitsförderung für die älteren Menschen, eine adäquate Vergütung ärztlicher Leistungen, ein persönliches Interesse an der Gesundheitsförderung im Alter, ein geringer zeitlicher Mehraufwand sowie zielgruppengerechte Informationen und Weiterbildungen für die Ärzteschaft.

23 Beratung, Veranstaltungen und Kurse[44]

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie gesundheitsrelevantes Lernen im Alter unterstützt und gefördert werden kann. Ausgehend von allgemeinen Voraussetzungen für das Lernen im Alter werden unterschiedliche Formen der Gesundheitskommunikation präsentiert, die im Rahmen der Gesundheitsförderung im Alter wirksam sind und sich in der Praxis bewähren. Im Zentrum steht die Frage, in welchem Rahmen das Interesse und die Aufnahmebereitschaft von älteren Menschen am besten gefördert werden. Mit diesem Querschnittsthema soll insbesondere die Qualität von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verbessert werden.

Das Grundverständnis der Gesundheitsförderung im Alter beruht auf der Erkenntnis, dass Menschen bis ins hohe Alter fähig sind, neues Wissen aufzunehmen, zu integrieren und in eine Verhaltensänderung überzuführen. Wissenschaftlich spricht man von den Konzepten der «Plastizität» und des «Kompetenzmodells des Alterns», die betonen, dass die Lernfähigkeit bis ins hohe Alter erhalten bleibt und Verhaltensänderungen möglich sind. Deshalb sind Fragen, wie ältere Menschen ihre Kenntnisse und Kompetenzen stärken und ausbauen können, von zentraler Bedeutung. Als Spezialgebiet der Erwachsenenpädagogik setzt sich die Geragogik mit diesen Fragen auseinander. Teilnehmende an Angeboten und Ratsuchende werden als Handelnde mit Stärken und Schwächen verstanden, die in ihren Fähigkeiten und Ressourcen gestärkt und deren Möglichkeiten zur Selbsthilfe gefördert werden sollen. Veranstaltungen und Kurse sowie die individuelle Beratung sind Angebotsformen, die in der Gesundheitsförderung im Alter zu diesen Zwecken eingesetzt werden. Nur wenn diese Angebote bestimmten Qualitätsanforderungen genügen und in eine Gesamtstrategie eingebettet sind, können sie ihre volle Wirkung entfalten.

23.1 Voraussetzungen für gesundheitsrelevantes Lernen im Alter

Für die Entwicklung von gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten gelten die allgemeinen Prinzipen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Gerontologie. Die Angebote sollen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen beitragen (Prinzip der Salutogenese) und ältere Menschen befähigen, selber Verantwortung für ihr gesundheitsrelevantes Handeln zu übernehmen (Empowerment). Durch aktive Partizipation der Zielgruppe in der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation lassen sich die Angebote an die Lebenswelten und Settings der älteren Menschen anpassen. Von zentraler Bedeutung ist es, Angebote auf die Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen auszurichten, um auch diejenigen zu erreichen, die noch inaktiv sind oder hohen Beratungsbedarf haben.

Die Unterstützung älterer Menschen beim Lernen beruht auf dem Verständnis, dass der Lernerfolg hauptsächlich von den Faktoren Lernfähigkeit, Motivation und Methodik abhängig ist. Beraterinnen und Berater, Referentinnen und Referenten, Moderatorinnen und Moderatoren sowie Verantwortliche für Kurse und Veranstaltungen können vor allem auf die letzten beiden Dimensionen, Motivation und Methodik, Einfluss nehmen. Die Frage «Welche Lernform oder Methode ist zur Erreichung der gesetzten Lernziele am besten geeignet?» ist dabei von zentraler Bedeutung. Wichtige methodisch-didaktische Aspekte für einen erfolgreichen Lernprozess sind zum Beispiel: Bedürfnisorientierung, Förderung von Selbst- und Mitbestimmung, partnerschaftliches Arbeiten, Ausrichtung auf das Individuum, Beziehungsorientierung, Förderung von Verantwortung, Coaching sowie Fördern durch Fordern [324].

[44] Die folgenden Ansätze und Empfehlungen basieren auf der Grundlagenstudie von Dellenbach und Angst [325], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitet wurde. Eine weitere Basis für das Kapitel bilden die Umsetzungshilfen und Checklisten zu den Themen «Veranstaltungen und Kurse» und «Beratung» (siehe http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/downloads.html).

Nachfolgend werden Erfahrungen aus der Praxis aufgeführt, die älteren Menschen das Lernen erleichtern können [177]:

- Der Lernstoff weist einen Bezug zur aktuellen Lebenssituation auf
- Den Lernstoff nicht zu schnell bearbeiten, damit Zeitdruck und Stress wegfallen (z. B. Lernende das Lerntempo selbst bestimmen lassen, genügend Pausen einschalten)
- Gedächtnisstützen und Eselsbrücken anbieten
- Eine gute Lernatmosphäre schaffen und Störungen wie Lärm reduzieren
- Lernmaterialien so anpassen, dass sensorische Schwächen ausgeglichen werden können (z. B. grössere Schriften, gute Beleuchtung)
- Ältere Menschen erzielen einen stärkeren Lerngewinn durch Übung; deshalb einen intensiveren Wiederholungsrhythmus vorsehen

23.2 Angebotsformen der Gesundheitsförderung im Alter

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter werden unterschiedliche Strategien aus der Gesundheitskommunikation angewendet, um möglichst viele verschiedene Personenkreise zu erreichen. Zu den wichtigsten Angebotsformen gehören die Gesundheitsinformation, die Gesundheitsbildung und die Gesundheitsberatung (siehe Tabelle 12). Die systematische Kombination der unterschiedlichen Angebotsformen erhöht die Wirkung der Gesundheitskommunikation und erlaubt es, neben der reinen Information und Sensibilisierung auch auf gesundheitsrelevante Normen und Verhaltensweisen Einfluss zu nehmen. Die Tabelle 12 bietet eine Übersicht über die Ziele und Einsatzmöglichkeiten der verschiedenen Angebotsformen und kann in der Praxis dazu benutzt werden, die bestehenden Angebote in einer bestimmten Region abzubilden, auf Versorgungslücken zu prüfen und miteinander zu vernetzen.

Die **Gesundheitsinformation** und die **Gesundheitsbildung** finden in der Regel auf der kollektiven Ebene (Bevölkerung, Gruppen usw.) statt und werden oft über Medien, Veranstaltungen, Workshops, Kurse und Trainings angeboten. Die Gesundheitsinformation hat zum Ziel, allgemeine und breit gefächerte Informationen zu gesundheitlichen Sachverhalten zu vermitteln. Sie kann dadurch die Erkenntnis stärken,

TABELLE 12

Angebotsformen der Gesundheitsförderung im Alter. Quelle: [325]

	Allgemein	Spezifisch
Kollektiv	**Gesundheitsinformation** Vermittlung von allgemeinem gesundheitsrelevantem Wissen an grössere Gruppen (100–300 Personen) Ziel: Information und Sensibilisierung Beispiele: Grossveranstaltungen oder Impulsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit	**Gesundheitsbildung** Anregung, Begleitung und Training von Lern- und Veränderungsprozessen in Gruppen (von Kleingruppen bis Grossgruppen) Ziel: Sensibilisierung/Normenbildung, Verhaltensänderung über Motivation und Wissensvermittlung, Erweiterung der Gesundheitskompetenz, Empowerment Beispiele: themenbezogene Gruppenkurse oder Trainings, Folgeangebote zur nachhaltigen Verhaltensänderung
Individuell	**Gesundheitsberatung allgemein** Allgemeine Beratung bei gesundheitlichen Problemlagen für Individuen Ziel: individuelle Lösungsansätze, inklusive Verhaltensänderung und Empowerment Beispiele: allgemeine Gesundheitsberatung einer Anlaufstelle oder aufsuchenden Beratung	**Gesundheitsberatung spezifisch** Fachspezifische Beratung und Begleitung bei spezifischen Problemen für Individuen Ziel: individuelle Lösungsansätze, inklusive Verhaltensänderung und Empowerment Beispiele: fachspezifische Altersberatung wie Sozialberatung, psychologische Beratung, Demenzberatung, Wohnberatung usw.

ABBILDUNG 12

Angebotspalette der Gesundheitsförderung im Alter. Quelle: [177]

dass sich auch die Gesundheit und die Lebensqualität älterer Menschen erhalten und verbessern lassen. Demgegenüber richtet sich die Gesundheitsbildung an Gruppen mit einer spezifischen Problemsituation und beabsichtigt, Lern- und Veränderungsprozesse anzuregen und Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu stärken. Diese beiden Begriffe der Gesundheitskommunikation eignen sich auch zur Unterscheidung von Veranstaltungen (vorwiegend Aufklärung) und Kursen (mit Fokus Bildungsaspekt). Dabei gilt: Alle Angebote müssen die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse berücksichtigen und für alle älteren Menschen, unabhängig von möglichen Beeinträchtigungen oder Hindernissen, erreichbar sein. Für vulnerable und schwer erreichbare Personengruppen sollten zusätzliche Angebote entwickelt werden, die auf deren spezifische Bedürfnisse ausgerichtet sind. Dabei können auch persönliche Vermittlungsinstanzen wie die Familie, Bezugspersonen und soziale Netzwerke eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Kapitel 21).

Ergänzend zu den Angeboten, die sich an grössere oder kleinere Gruppen richten, wird auf der individuellen Ebene die **Gesundheitsberatung** angeboten. Der Beratungsbereich weist eine inhaltliche Nähe zu psychosozialen und psychologischen Konzepten und Arbeitsweisen auf. Ziel der Gesundheitsberatung ist es, Themen individuenzentriert aufzugreifen und die Suche nach massgeschneiderten, individuellen Lösungen zu unterstützen. Da Beratungen in der Regel sehr aufwendig sind, sollten sie selektiv und nur bei entsprechender Bedarfslage eingesetzt werden.

Konkret sieht die empfohlene Angebotspalette die in der Abbildung 12 dargestellten, sich ergänzenden Gefässe für die Umsetzungsebene vor.

23.3 Veranstaltungen und Kurse

Über Veranstaltungen und Kurse sollen Lernprozesse angeregt, Wissen vermittelt und neue Verhaltensweisen eingeübt werden, um Gesundheitspotenziale zu aktivieren. Ein zentrales Element des empfohlenen Veranstaltungs- und Kurskonzeptes ist, dass immer auch die soziale Vernetzung und Teilhabe in den Angeboten gefördert werden soll. Wirkungsvolle Motivationsarbeit ist ebenfalls ein Schlüsselfaktor im Hinblick auf eine nachhaltige Verhaltensänderung. Teilnehmende können zum Beispiel im Rahmen der Anlässe motiviert werden, sich ein oder zwei konkre-

te Handlungs- und Veränderungsziele vorzunehmen. Sie sollen zudem an den Anlässen Anregungen und Kontaktadressen zu Folgeangeboten erhalten, beispielsweise zur Gesundheitsberatung im Alter oder zu Bewegungs- und Sturzpräventionskursen.

Jedes Veranstaltungs- und Kurskonzept sollte auf einem Kooperationsverständnis beruhen und als Teil einer grösseren und sich ergänzenden Angebotspalette entwickelt werden. Verschiedene Partnerorganisationen (wie Spitex, Pro Senectute, Hausärzte, Migrantenorganisationen, Gemeinden, religiöse Gemeinschaften, Seniorennetzwerke usw.) können einbezogen und als Anbietende von Folgeangeboten empfohlen und genutzt werden. Für die Qualitätssicherung der Angebote hat es sich als hilfreich erwiesen, bei den Angebotsnutzenden systematisch ein Feedback einzuholen. Dafür stehen entsprechende Vorlagen zur Verfügung (siehe Tool 11 Teilnehmer-Evaluation in der Abbildung 13).

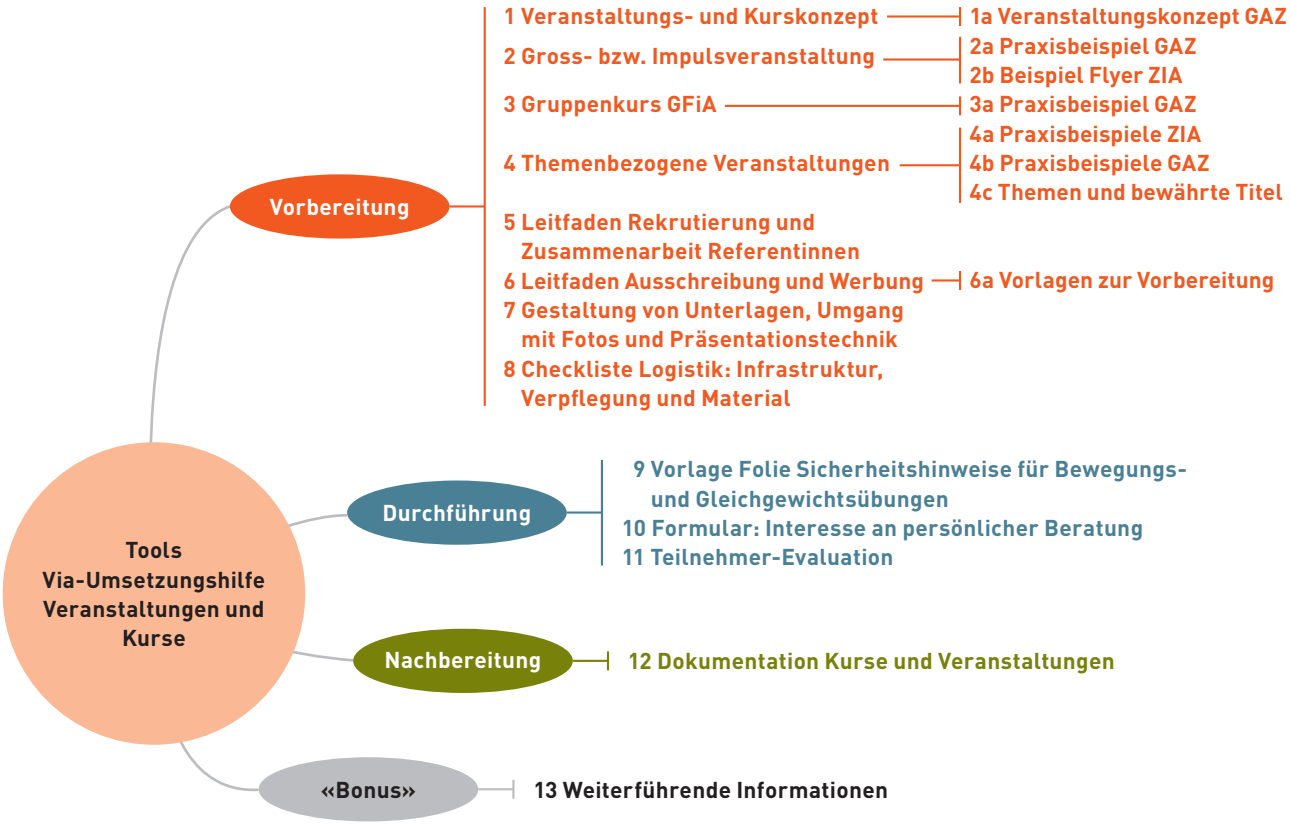
Auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz[45] stehen 13 praxiserprobte Tools für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Veranstaltungen und Kursen zur Verfügung. Alle Tools können kostenlos heruntergeladen werden. Die Abbildung 13 bietet einen Überblick über die Tools, die im Rahmen des Projekts «Via» entwickelt wurden.

In der Praxis haben sich folgende Erfolgsfaktoren für Veranstaltungen und Kurse herauskristallisiert:

- Verknüpfung verschiedener Themen in einem Anlass
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (Stärkung der Nachhaltigkeit durch Aufbau von Netzwerken rund um die Veranstaltungen)
- Verhaltensorientiertes, methodisch-didaktisches Konzept
- Einbezug von «Autoritätspersonen» oder «Sympathieträger/innen» (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Politikerinnen und Politiker, bekannte öffentliche Persönlichkeiten)

ABBILDUNG 13

Übersicht Tools «Veranstaltungen und Kurse». Quelle: [177]



[45] http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/downloads.html

Weiterführende Informationen und praxisbasierte Empfehlungen zum Thema Veranstaltungen und Kurse finden sich in der Checkliste «Veranstaltungen und Kurse» [326], die sich an Fachpersonen auf der strategischen und konzeptionellen Ebene richtet, und in der «Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für Veranstaltungen und Kurse» von Kessler und Schmocker [177], die sich eher an Fachpersonen der operativen Umsetzungsebene richtet, die in direktem Kontakt mit der Zielgruppe stehen.

23.4 Gesundheitsberatung

Im Gegensatz zu den Veranstaltungen und Kursen, die grössere Gruppen ansprechen, wird die Gesundheitsberatung individuell angeboten. Neben der Information und Motivation der Betroffenen liegt der Fokus in der Beratung auf der Erhöhung der Gesundheitskompetenz und dem Empowerment sowie der Vernetzung zu Folgeangeboten. Durch die individuelle Beziehungsarbeit kann vermehrt auf die spezifischen Bedürfnisse einer Person eingegangen werden. Zudem können auch Angehörige einbezogen werden. Die Themenschwerpunkte der Beratung werden durch die Bedürfnisse der Klienten bestimmt und können sich auf einen oder mehrere Bereiche beziehen, wie zum Beispiel die psychische und körperliche Gesundheit, Aktivitäten und Freizeit, Mobilität, Wohnverhältnisse oder soziale Beziehungen.
Die Beratung erfolgt entweder aufsuchend zu Hause bei der betroffenen Person, an einem neutralen Ort nach Wahl der beratenen Person oder in einer Beratungsstelle. Eine Beratung kann ebenfalls telefonisch oder elektronisch erfolgen. Ort und Struktur der Beratung richten sich nach den Bedürfnissen der Klienten. Damit diese Angebote auch für Personen mit tiefem sozioökonomischem Status zugänglich sind, sollten Beratungen wenn möglich kostenlos angeboten werden. Gerade bei vulnerablen und schwer erreichbaren Zielgruppen (vgl. Kapitel 21) ist die Beratung besonders geeignet.
Für eine wirkungsvolle Beratung braucht es kompetente Beraterinnen und Berater, die nicht nur die nötige fachliche Expertise, sondern auch Berufserfahrung und eine hohe Sozialkompetenz mitbringen. Beratende sollten nicht «isoliert» arbeiten, sondern sich als Glied in einem interdisziplinären Versorgungsnetzwerk verstehen. Sie kooperieren mit Angehörigen, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Fachpersonen und Organisationen. Für die Qualitätssicherung der Beratungsarbeit ist die Unterstützung durch Expertinnen und Experten (Supervision, Weiterbildung, Fallbesprechung) und Peers (Intervision, Tandembesuche) von zentraler Bedeutung. Ausserdem wird eine qualitativ hochwertige Beratung sorgfältig dokumentiert und erfüllt die Auflagen des Datenschutzes. In der Praxis haben sich für die Gesundheitsberatung im Alter Personen bewährt, die einen beruflichen Hintergrund im Gesundheitswesen (z. B. Pflege) und im Idealfall zusätzlich Kompetenzen der Erwachsenenbildung mitbringen oder in der Technik des Coachings geschult sind.
Die Bewerbung des Beratungsangebots erfolgt über direkte Anschrift oder durch die Vermittlung über Partnerorganisationen (wie z. B. Pro Senectute Sozialberatung), Hausärztinnen und Hausärzte oder andere Vertrauenspersonen.

Beispiele guter Praxis aus der Schweiz

Beratungen

- Sozialberatungen und Abklärungen der kantonalen und regionalen Organisationen der Pro Senectute und Spitex
- Fachstelle für präventive Beratung im Alter der Stadt Zürich
- Beratungen für betagte Menschen im ambulanten und stationären Bereich der Stiftung RaJoVita, Stiftung für Gesundheit und Alter in Rapperswil-Jona
- Sozialmedizinische individuelle Lösungen (SiL) der gerontologischen Beratungsstelle der Stadt Zürich

Veranstaltungen und Kurse

- Pro Senectute Schweiz und Programmangebote wie «Zwäg ins Alter» (ZIA) und «Gesund altern im Kanton Zug» (GAZ) der Pro Senectute Kanton Bern beziehungsweise Zug
- Angebote der Grauen Panther, zum Beispiel in Basel-Stadt oder in Bern
- Altersspezifische Angebote der Migros-Klubschule und der Volkshochschulen

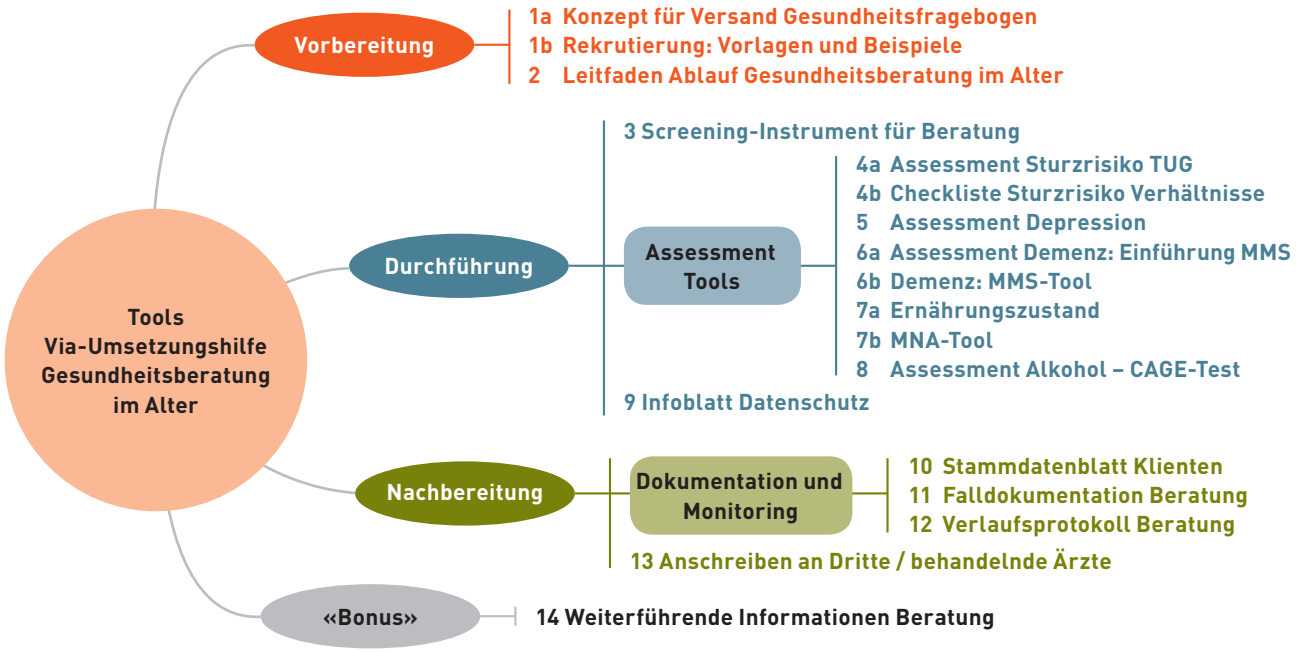
Gesundheitsförderung Schweiz stellt auf ihrer Website[46] zahlreiche praxiserprobte Tools für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Beratungen kostenlos zur Verfügung. Die Abbildung 14 bietet einen Überblick über die Tools, die im Rahmen des Projekts «Via» entwickelt wurden.
Weiterführende Informationen und praxisbasierte Empfehlungen zum Thema Gesundheitsberatung im Alter finden sich in der Checkliste «Beratung» [327], die sich an Fachpersonen auf der strategischen und konzeptionellen Ebene (Projektmanagement) richtet, und in der «Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für die Gesundheitsberatung im Alter» von Kessler und Schmocker [176], die sich eher an Fachpersonen der operativen Umsetzungsebene richtet, die in direktem Kontakt mit der Zielgruppe stehen.

23.5 Das Wichtigste in Kürze

- Menschen sind bis ins hohe Alter fähig, neues Wissen aufzunehmen, zu integrieren und in eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung überzuführen.
- Es empfiehlt sich, in der Gesundheitsförderung im Alter unterschiedliche und sich ergänzende Angebotsformen zu nutzen. Je nach Zielsetzung fokussieren die Angebote auf allgemeine oder spezifische Inhalte der Gesundheitsförderung und richten sich an grössere Gruppen (Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung) oder an Einzelpersonen (Beratung).
- Wichtige Erfolgsfaktoren in allen Angebotsformen sind die aktive Einbindung und Partizipation der älteren Menschen, die Orientierung an den Lebenswelten und Bedürfnissen der Zielgruppe, der Fokus auf Salutogenese und Empowerment, die Gewährleistung der Chancengleichheit und die Koordination sowie Vernetzung der unterschiedlichen Angebote und Anbietenden auf lokaler Ebene.

ABBILDUNG 14

Übersicht Tools «Gesundheitsberatung im Alter». Quelle: [176]



[46] http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen/downloads.html

Fazit und Empfehlungen zum Aufbau der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»

Die Gesundheitsförderung im Alter ist ein noch eher junges Themenfeld. Das gegenseitige Lernen sowie der Raum für Entwicklung und Innovation sind folglich immer noch von hoher Bedeutung. Auf Basis der empirischen Ausgangslage in der Schweiz und der wissenschaftlichen Evidenzen, unter Berücksichtigung der Verhältnisse und Bedürfnisse in den Kantonen sowie aufbauend auf Erkenntnissen aus bereits bestehender internationaler und nationaler Praxis formuliert Gesundheitsförderung Schweiz folgende Empfehlungen zum Aufbau von kantonalen Aktionsprogrammen «Gesundheitsförderung im Alter»:

1. **Es besteht ein hoher Bedarf an Gesundheitsförderung im Alter:** Die Veränderung der Altersstruktur in der Schweiz und die Bedürfnisse der Kantone angesichts einer stark wachsenden Zahl an älteren Menschen sprechen für eine verstärkte Gesundheitsförderung im Alter.
2. **Die Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich:** Das Ausmass, in dem die demografische Alterung die zukünftigen Gesundheitskosten steigen lässt, hängt massgeblich davon ab, wie die Menschen alt werden. Das zu erwartende Kostenwachstum aufgrund der demografischen Alterung kann durch die Verbesserung der Gesundheit und Selbstständigkeit von älteren Menschen deutlich abgeschwächt werden.
3. **In der Schweiz besteht ein grosses Koordinationspotenzial im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter:** In den meisten Kantonen laufen bereits unterschiedlich intensive Aktivitäten zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen. Gleichzeitig besteht ein grosses Potenzial für eine national koordinierte, systematische, evidenzbasierte und regelmässig evaluierte Gesundheitsförderung im Alter, die auch das Empowerment und die fachliche Unterstützung der kantonalen Projektleitenden einschliesst.
4. **Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ergänzen sich:** Beide Ansätze verfolgen das Ziel, die gesunden Lebensjahre zu verlängern, die Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben und damit die Selbstständigkeit und Lebensqualität bis ins hohe Alter zu erhalten. Für die Zielerreichung bedeutet dies, dass sowohl für den Bereich der Gesundheitsförderung als auch der Primärprävention – und ergänzend auch für die Sekundärprävention und Rehabilitation – im Alter entsprechende Massnahmen und Angebote zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen sind.
5. **Nicht übertragbare Krankheiten sind die primäre gesundheitliche Herausforderung im Alter:** Der grösste Teil der Krankheitslast bei älteren Menschen wird durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Demenzerkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes und muskuloskelettale Erkrankungen verursacht. Weitere wichtige Erkrankungen und gesundheitliche Herausforderungen im Alter sind psychische Erkrankungen, Stürze und Beeinträchtigungen des Seh-, Hör-, Tast- und Sehvermögens.
6. **Prioritäre Interventionsthemen der KAP «Gesundheitsförderung im Alter»:** Zu den wichtigsten Interventionsthemen im Alter gehören die Bewegungsförderung und Sturzprävention, die Förderung einer ausgewogenen Ernährung und die Vermeidung von Mangelernährung, die Förderung der psychischen Gesundheit (insbesondere die Stärkung sozialer Ressourcen) sowie die Prävention von Tabak-, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch. Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sich auf die Themen Bewegungsförderung, Sturzprävention, gesunde Ernährung und psychische Gesundheit (soziale Teilhabe) und positioniert sich damit innerhalb der langjährigen Strategie der Stiftung und auch innerhalb der NCD-Strategie. Diese Interventionsthemen leisten einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung beziehungsweise Prävention der wichtigsten nicht übertragbaren Krankheiten.

7. **Die kantonalen Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter» beabsichtigen in erster Linie grundlegende Ressourcen und Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu mindern:** Die Gesundheitsförderung im Alter beabsichtigt nicht, spezifische Erkrankungen zu verhindern, sondern – übereinstimmend mit dem allgemeinen Ziel der Gesundheitsförderung – relevante grundlegende Schutzfaktoren und Ressourcen zu stärken und Risikofaktoren zu mindern.
8. **Zielgruppen der kantonalen Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»**: Die primäre Zielgruppe sind ältere Menschen, die zu Hause leben und allenfalls ambulant gepflegt und unterstützt werden. Pflegende Angehörige sind eine wichtige Risikogruppe, für die ebenfalls Massnahmen, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit und sozialen Teilhabe, zu entwickeln sind.
9. **Verhältnisse und Verhalten sind gesundheitsfördernd zu gestalten:** Die Gesundheitsförderung im Alter beabsichtigt positive Veränderungen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene. Zu diesem Zweck nutzt sie ein breites Spektrum von Ansätzen, die strukturelle Massnahmen und die Sensibilisierung der Zielgruppe und Gesamtgesellschaft ebenso umfassen wie die individuelle Beratung und spezifische Inputs in Veränderungsprozessen.
10. **Empfehlenswerte Ebenen eines KAP «Gesundheitsförderung im Alter»:** Die beste Wirkung in der Gesundheitsförderung wird erzielt, wenn Massnahmen in den Bereichen «Interventionen», «Policy», «Vernetzung» und «Öffentlichkeitsarbeit» kombiniert werden.
11. **Die gesundheitliche Chancengleichheit ist handlungsleitendes Prinzip der Gesundheitsförderung im Alter:** Anzustreben ist eine Gesundheitsförderung im Alter, die a) die Heterogenität der älteren Menschen anerkennt, b) deren unterschiedliche Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse berücksichtigt und c) sich zum Ziel setzt, allen Menschen ein gutes Altern bei möglichst guter Gesundheit und mit einer hohen Lebensqualität und Autonomie zu ermöglichen.
12. **Ältere Menschen werden aktiv einbezogen:** Ein zentrales Handlungsfeld ist der Einbezug der älteren Menschen und die Schaffung von Möglichkeiten, dass ältere Menschen eine aktive Rolle in der Gesundheitsförderung im Alter übernehmen können. Die Partizipation der Zielgruppe selbst kann die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz der Massnahmen erhöhen und fördert die Selbstverantwortung für das eigene Wohlergehen.
13. **Die Zusammenarbeit und Koordination mit der Grundversorgung wird verstärkt:** Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch Fachpersonen wie Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Apothekerinnen und Apotheker oder Mitarbeitende von aufsuchenden Pflegediensten und altersspezifischen Dienstleistungen sind unverzichtbare Partner der Gesundheitsförderung im Alter. Gesundheitsförderung und Prävention sind aufeinander abzustimmen, Schnittstellen sind zu klären und Synergien sind zu nutzen.
14. **Die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist auf allen Staatsebenen zu optimieren:** Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der relevanten Akteure auf allen Staatsebenen sind zu prüfen und zu optimieren (unter anderem Verwaltungen, NGOs, Kirchen und Seniorengruppen).
15. **Die kantonalen Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter» verbinden eine gemeinsame, einheitliche Grundausrichtung mit einer flexiblen Ausgestaltung:** Die Ausgangslagen und Rahmenbedingungen in den Kantonen sind sehr heterogen. Die KAP «Gesundheitsförderung im Alter» sollen die kantonalen Bedürfnisse und Möglichkeiten flexibel integrieren und gleichzeitig einen evidenzbasierten und einheitlichen Kern aufweisen.
16. **Auf politischer Ebene ist die intersektorale Arbeit zu stärken:** Die Politik ist dazu aufgerufen, Grundlagen für gesundheitsförderliche gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Hierzu braucht es eine multisektorielle Zusammenarbeit, weil alle Sektoren an der positiven Beeinflussung der strukturellen und materiellen Determinanten von Gesundheit beteiligt sind. Die Reduktion von sozialer Ungleichheit und Benachteiligung geht über den alleinigen Einflussbereich der Gesundheitsförderung hinaus und liegt insbesondere im Zuständigkeitsbereich der Bildungs-, Sozial-, Raumplanungs- und Arbeitsmarktpolitik.

Glossar

Das Glossar wurde von folgenden Personen erarbeitet:

- Dr. des. Günter Ackermann, *Gesundheitsförderung Schweiz*
- Prof. Dr. Martin Hafen, *Hochschule Luzern*
- Johann Krempels, *Höhere Fachschule Gesundheit Zentralschweiz*
- Jvo Schneider, *Gesundheitsförderung Schweiz*
- Quinta Schneiter, *Gesundheitsförderung Schweiz*
- Dr. Ralph Marc Steinmann, *Gesundheitsförderung Schweiz*
- Dominik Weber, *Gesundheitsförderung Schweiz*

Autonomie
Autonomie im Bereich der Gesundheitsförderung bezeichnet die Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit in Bezug auf die Gestaltung gesundheitsrelevanter → Lebensbedingungen und des → gesundheitsrelevanten Lebensstils.

Babyboomer
Als Babyboomer werden die Vertreter der geburtenstarken Jahrgänge der Nachkriegsjahre bezeichnet. In der Schweiz lassen sich zwei Babyboom-Generationen unterscheiden: eine erste mit Jahrgang 1943–1950 (die Kriegs- und Nachkriegs-Babyboomer) und eine zweite mit Jahrgang 1957–1966 (die Wohlstands-Babyboomer).
Quelle: Perrig-Chiello, Pasqualina und François Höpflinger 2009: Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Bedarf
Fachlich und/oder politisch begründete, in der Regel wissenschaftlich festgestellte gesundheitsrelevante Knappheit in bestimmten → Settings oder Bevölkerungsgruppen (Aussenperspektive).
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Bedürfnis
Im Gegensatz zum Bedarf meint ein Bedürfnis eine subjektiv erlebte gesundheitsrelevante Knappheit bei Mitgliedern bestimmter → Settings oder Bevölkerungsgruppen (Innenperspektive).
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Best Practice
Best-Practice-Entscheide und -Handlungen berücksichtigen systematisch die Werte und Prinzipien von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, bauen auf dem aktuellen wissenschaftlichen Wissen, auf Experten- und Erfahrungswissen auf, beachten die relevanten Kontextfaktoren und erreichen die beabsichtigten positiven Wirkungen bei gleichzeitiger Vermeidung negativer Wirkungen.
Quelle: Best-Practice-Konzept Gesundheitsförderung Schweiz.

Chronische Krankheit
Eine Krankheit wird als chronisch bezeichnet, wenn sie länger andauert, je nach Krankheit länger als vier Wochen bis länger als ein Jahr. Die Entwicklung einer chronischen Krankheit kann kontinuierlich, aber auch schubweise erfolgen. Ein Teil der chronischen Krankheiten ist vollständig heilbar, bei vielen kann das Fortschreiten der Krankheit beeinflusst werden. Siehe auch → nicht übertragbare Krankheiten.
Quelle: Obsan 2015: Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Diversität
Diversität bezeichnet die gesellschaftliche Heterogenität, das heisst das Vorhandensein von persönlichen Unterschieden zwischen Menschen, die unter anderem aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Sprache, Alter, → Lebensstilen, sexueller Orientierung, Wertesystemen und sozioökonomischem Status entstehen und bestehen. Diversität ist folglich ein konstitutives Element von modernen Gesellschaften. Mit dem Begriff Diversität verbunden ist die nicht wertende Anerkennung und grundsätzliche Würdigung sozialer Vielfalt. Entsprechend ist die → Chancengleichheit handlungsleitendes Prinzip im Umgang mit Diversität.
Quellen: In Anlehnung an Peter Saladin (Hrsg.) 2009: Diversität und Chancengleichheit. Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen. Bundesamt für Gesundheit. Bern; Glossar «Zwäg ins Alter» Strategie 2014–2018, Pro Senectute.

Effektivität
Eignung einer Massnahme bezüglich der beabsichtigten Wirkung (Wirksamkeit).
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Effizienz
Verhältnis zwischen einem Ergebnis und den dafür eingesetzten Mitteln (Wirtschaftlichkeit).
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Empowerment
Durch Fachleute unterstützter Befähigungs- und Lernprozess, der Individuen und Gruppen neue Handlungsspielräume eröffnet und deren gesundheitsbezogene Autonomie stärkt; dies umfasst insbesondere bessere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen sowie erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen → Lebensbedingungen und der → Gesundheitsdeterminanten. Empowerment ist ein zentrales Element der → Gesundheitsförderung.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Evaluation
Eine systematische Sammlung, Analyse und Beurteilung von nicht routinemässig verfügbaren Informationen über verschiedene Aspekte einer Massnahme, eines Projekts, einer Intervention oder eines Programms unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und gezielter Verwendung (sozial-)wissenschaftlicher Forschungsmethoden und Theorien.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Evidenzbasierung
Evidenzbasierte Gesundheitsförderung entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen Nutzung der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse und des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von setting- und individuumsbezogenen Interventionen. Die Generierung neuen Wissens für evidenzbasierte Gesundheitsförderung erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis.
Quelle: In Anlehnung an Experten- und Expertinnengruppe «Kölner Klausurwoche» (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen. Köln.

Früherkennung/Frühintervention
Früherkennung ist eine Form von Diagnose, die bestrebt ist, Symptome von entstehenden Krankheiten möglichst früh zu erkennen. Die Früherkennung kann sich an Zielgruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko oder die ganze Bevölkerung richten, sie kann in organisierter Form in einem Programm implementiert werden (Screening) oder im Rahmen der normalen Gesundheitsversorgung (*case finding,* opportunistisches Screening). Frühinterventionen können individuell, aber auch in → Settings zur Anwendung kommen.
Quelle: BAG und GDK (Hrsg.) 2015: Glossar. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

Funktionale Gesundheit
Nach dem Konzept der Funktionalen Gesundheit gilt eine Person dann als funktional gesund, wenn sie möglichst kompetent mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat. Im Alter ist damit insbesondere die selbstständige und behinderungsfreie Alltagsbewältigung gemeint.
Quelle: In Anlehnung an INSOS 2009: Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Online unter www.insos.ch

Gebrechlichkeit *(frailty)*
Gebrechlichkeit ist ein klinisches Syndrom, das durch das Auftreten von drei oder mehr der folgenden Symptome charakterisiert ist: ungewollter Gewichtsverlust (ca. 5 kg in einem Jahr), subjektives Erschöpfungsempfinden, objektive körperliche Schwäche (z. B. Greifkraft), verlangsamte Gehgeschwindigkeit sowie verminderte physische Aktivität.
Quelle: Linda P. Fried et al., 2001: «Frailty in older adults. Evidence for a phenotype». http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146

Gemeinwesenarbeit (GWA)
Gemeinwesenarbeit ist ein partizipatives Arbeitsprinzip, das unter der aktiven Mitarbeit der Bevölkerung und dem gezielten Einbezug von Institutionen, Organisationen und weiteren Akteuren dazu beiträgt, die → Lebensbedingungen von Menschen sowie den sozialen Zusammenhalt und die Versorgung mit sozialen Dienstleistungen zu verbessern. Dabei orientiert sich GWA an den Bedürfnissen und Interessen spezifischer und häufig sozial benachteiligter Personenkreise. Sie stärkt und unterstützt diese dabei, ihre Probleme eigenständig unter Einbezug weiterer Akteure zu lösen und dadurch ihre Position in der Gesellschaft zu verbessern (→ Empowerment).
Quellen: In Anlehnung an Lebensministerium Österreich, online unter http://www.partizipation.at/gemeinwesenarbeit.html; Glossar «Zwäg ins Alter» Strategie 2014–2018, Pro Senectute; Bischof et al. (2008): Positionspapier Gemeinwesenarbeit, online unter http://www.gwa-netz.ch

Gender
Dieser aus dem Englischen stammende Begriff meint im Gegensatz zu *sex* nicht das biologische Geschlecht, sondern die sozialen Aspekte der Geschlechtszugehörigkeit, also die Art und Weise, wie das körperliche Geschlecht in sozialen Systemen mit Bedeutungen versehen wird. Diese beeinflussen beispielsweise die soziale Positionierung eines Menschen, die Beziehungen zwischen den Geschlechtern und letztlich auch die individuelle Gesundheit.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Gesundheit
Gesundheit (und Krankheit) geht aus dem dynamischen Verhältnis von inneren und äusseren Ressourcen und Belastungen hervor. Innere Ressourcen und Belastungen liegen in der Person selbst, äussere sind durch ihr Umfeld bedingt. Ressourcen und Belastungen können auf körperlicher, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene bestehen. Gesundheit entsteht, wenn sich Ressourcen und Belastungen im Gleichgewicht befinden oder die Ressourcen gesamthaft stärker ausgeprägt sind als die Belastungen.

Gesundheitsdeterminanten (Einflussfaktoren)
Als Gesundheitsdeterminanten werden wissenschaftlich belegte Einflussfaktoren auf die Gesundheit (von Individuen, Gruppen und der Bevölkerung) bezeichnet. Der Begriff «Determinanten» ist in diesem Zusammenhang ungenau, da Gesundheit zwar beeinflusst, aber durch diese Faktoren nicht sicher bestimmt werden kann. Einflussfaktoren ist der Oberbegriff für die → Risikofaktoren und → Schutzfaktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Sie lassen sich in physische, psychische, soziale und physikalisch-materielle Faktoren unterteilen. Diese Faktoren stehen miteinander in Wechselwirkung.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch; BAG und GDK (Hrsg.) 2015: Glossar. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten; WHO 1998: Glossar Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung
Befähigung (→ Empowerment) von Individuen und sozialen Systemen/Lebenswelten (Familie, Gruppen und Organisationen wie Behörden, Betriebe, Parteien), die Bedingungen der → Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Gesundheitsförderung stärkt die inneren und äusseren Ressourcen (→ Schutzfaktoren) und vermindert Belastungen (→ Risikofaktoren). Die → Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Aspekt der inneren Ressourcen, und die soziale Unterstützung stellt einen wichtigen Aspekt der äusseren Ressourcen dar. Gesundheitsförderung setzt auf unterschiedlichen → Handlungsebenen an.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Gesundheitskompetenz
Gesundheitskompetenz *(health literacy)* bezeichnet die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein. Gesundheitskompetenz stärkt die Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit in Gesundheitsfragen und verbessert die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und in Handeln umzusetzen.
Quelle: Ilona Kickbusch: Gesundheitskompetenz, in: Public Health Newsletter 3/2006, 10.

Gesundheitliche Chancengleichheit
Gesundheitliche Chancengleichheit impliziert nicht Gleichheit im Hinblick auf die → Gesundheit, sondern bezeichnet die gerechte und nicht diskriminierende Verteilung von Möglichkeiten – unabhängig von Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung oder dem sozioökonomischen Status –, die Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. Dabei werden unterschiedliche Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Werte gleichermassen anerkannt und berücksichtigt.
Quelle: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch; Jahn, Ingeborg 2003: Gender-Glossar. Erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz; WHO 1998: Glossar Gesundheitsförderung.

Gesundheitsrelevanter Lebensstil
Unter Lebensstil versteht man eine Lebensweise, die auf identifizierbaren Verhaltensmustern beruht, die ihrerseits durch das Wechselspiel von Persönlichkeitsmerkmalen des Einzelnen, sozialen Beziehungen und sozioökonomischen sowie ökologischen Lebensbedingungen bestimmt sind.
Quelle: WHO 1998: Glossar Gesundheitsförderung.

Grundversorgung
Unter medizinischer Grundversorgung wird die ambulante Versorgung der Bevölkerung durch medizinische Grundversorger sowie weitere Gesundheitsberufe verstanden, wie Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberaterinnen und -berater sowie Assistenzberufe wie Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten oder Fachangestellte Gesundheit. Der Begriff befindet sich im Wandel und schliesst eine wachsende Zahl an Grundversorgern und ihre Dienstleistungen mit ein.
Quelle: In Anlehnung an GDK und BAG 2012. «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern.

Handlungsebenen
In der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung werden die fünf folgenden Handlungsebenen unterschieden: Individuum, Gruppe, Organisation, Umfeld/Netzwerke, Gesellschaft/Politik.
Quelle: WHO 1986: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.

Integrierte, koordinierte Versorgung
Integrierte Versorgung bezeichnet den Ansatz einer die Sektoren und Berufsgruppen übergreifenden und auf das Individuum fokussierenden Versorgung, in der die → Vernetzung, die Koordination und die Zusammenarbeit einen hohen Stellenwert erhalten mit dem Ziel, die Qualität der präventiven und kurativen Versorgung zu verbessern.
Quelle: In Anlehnung an GDK und BAG 2012. «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG. Bern.

Intervention
(universelle und selektive Interventionen)
Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung sind fachlich begründete, systematische und partizipativ gestaltete Veränderungen der Lebensstile und Lebenswelten von Menschen mit dem Ziel, Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen. Universelle Interventionen richten sich an alle Mitglieder einer Zielgruppe, selektive Interventionen richten sich an eine klar definierte Risikogruppe, also an eine Gruppe, bei der gesundheitsrelevante Risikofaktoren in grösserem Ausmass vorhanden sind als bei der Durchschnittsbevölkerung.
Quellen: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch; BAG und GDK (Hrsg.) 2015: Glossar. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

Inzidenz
Anzahl Neuerkrankungen bezogen auf eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Die Inzidenz wird oft als Rate pro 100000 Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr ausgedrückt.
Quelle: Obsan 2015: Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Lebensbedingungen
Der Begriff Lebensbedingungen bezeichnet die alltägliche Umwelt der Menschen, in der sie leben, spielen beziehungsweise ihre Freizeit verbringen und arbeiten. Diese Lebensbedingungen umfassen soziale und ökonomische Umstände sowie die physikalische Umwelt und liegen weitestgehend ausserhalb der direkten Kontrolle des Einzelnen.
Quelle: In Anlehnung an WHO 1998: Glossar Gesundheitsförderung.

Lebensphasen im Alter
Die Gesamtspanne des Alters hat sich ausgedehnt und gleichzeitig ausdifferenziert. In der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion wird deshalb zunehmend zwischen «drittem» und «viertem Lebensalter» unterschieden. Dabei wird angenommen, dass die sogenannten jungen Alten (drittes Lebensalter) weitgehend selbstständig und behinderungsfrei leben, während bei hochaltrigen Menschen (viertes Lebensalter) altersbedingte körperliche Einschränkungen vermehrt zu Anpassungen im Alltagsleben zwingen und zu Pflegebedürftigkeit führen (insbesondere aufgrund von Multimorbidität). Die hohen interindividuellen Unterschiede zwischen älter werdenden Menschen erschweren eine chronologische Definition dieser zwei Altersphasen. Aus pragmatischen Gründen wird das dritte Lebensalter mit 65–79 Jahren definiert und das vierte Lebensalter ab 80 Jahren.
Quellen: In Anlehnung an Glossar «Zwäg ins Alter» Strategie 2014–2018, Pro Senectute; Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.) 2003: Das Public Health Buch. München: Urban und Fischer.

Lebensqualität
Der Begriff Lebensqualität bezeichnet das allgemeine Wohlergehen von Personen in einer Gesellschaft. Die Lebensqualität bemisst sich anhand objektiver Lebensbedingungen sowie subjektiver Wahrnehmungen. Wichtige Komponenten der Lebensqualität sind unter anderem die materiellen Lebensbedingungen, die Gesundheit, Freizeitaktivitäten und soziale Beziehungen, Beschäftigung und Bildung, die natürliche Umwelt sowie das subjektive Wohlbefinden.
Quellen: In Anlehnung an Eurostat (2015): Quality of life. Facts and views. Luxembourg: Publications Office of the European Union; Eurofound (2012): Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Impacts of the crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union; Noll, H.-H. (2013): Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. Online unter: http://www.leitbegriffe.bzga.de

Massnahme
Massnahmen sind von Strategien abgeleitete konkrete Aktivitäten mit festgelegten Terminen und Verantwortlichkeiten, die der Erfüllung von → Interventionszielen dienen.
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Migration
Bewegung einer Person oder einer Gruppe von Personen über administrative, politische und geografische Grenzen hinweg mit dem Wunsch, sich definitiv oder vorübergehend an einem anderen als dem Herkunftsort niederzulassen. Im Kontext der Gesundheitsförderung meint die Berücksichtigung des Migrationsaspektes, besondere gesundheitliche Herausforderungen und Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten angemessen zu berücksichtigen und die → gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.
Quellen: In Anlehnung an International Organization for Migration IOM (2003). Facts and Figures on International Migration. Migration Policy Issues 2; Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Monitoring
Kontinuierliche oder periodische systematische Datenerfassung zur Beobachtung von gesellschaftlichen Entwicklungen (z. B. Gesundheit der Bevölkerung oder gesundheitsrelevante Bedingungen) oder zur Überwachung von Prozessen und Ergebnissen von Interventionen. Häufig werden Monitoring und → Evaluation kombiniert im Rahmen des Wirkungsmanagements.
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Morbidität
Morbidität bezeichnet die Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung oder in Bevölkerungsgruppen in einem definierten Zeitraum. Sie wird beschrieben durch bestimmte Morbiditätsziffern wie → Inzidenz und → Prävalenz.
Quellen: Klemperer (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe; Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (260. Auflage).

Nachhaltigkeit von Interventionen
Beständigkeit der intendierten Wirkungen von Interventionen über ihre Interventionsdauer hinaus.
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Nicht übertragbare Krankheiten
Krankheiten, die nicht durch Infektionen verursacht werden und oft chronisch verlaufen (engl. *non communicable diseases, NCD).* Siehe auch → Chronische Krankheit.
Quelle: Obsan 2015: Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Partizipation
Partizipation bedeutet, Menschen aktiv an der Planung, Umsetzung und Evaluation von Projekten, Programmen und → Interventionen der → Gesundheitsförderung zu beteiligen, die ihre Lebensbedingungen und → Lebensstile betreffen. Je grösser die Entscheidungsmacht von Personen und Gruppen dabei ist, umso grösser ist der Grad an Partizipation. Partizipation bedeutet demnach nicht nur Information oder Konsultation, sondern auch Mitentscheiden und Mitgestalten bis hin zu Selbstbestimmung und Selbstorganisation.
Quellen: In Anlehnung an Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch; Wright, Michael T., von Unger, Hella & Block, Martina (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In Michael T. Wright (Hrsg.), Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S.35–52). Bern: Hans Huber Verlag.

Policy
Der Begriff Policy (im Plural: Policies) steht für die inhaltliche Dimension der Politik. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie und mit welchen Instrumenten gesellschaftliche Probleme angegangen und welche Wirkungen dabei erzielt werden. Der Begriff umschreibt die von den Entscheidungsträgern eines Politikbereichs (z. B. Gesundheit, Bildung) beschlossenen Strategien und → Massnahmen. Policy hat also ein umfassendes und koordiniertes Vorgehen in einer gesellschaftlichen Thematik zum Ziel.
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2015): Vertiefungspapier Policy und Verankerung. Das Beispiel der kantonalen Aktionsprogramme «Gesundes Körpergewicht».

Prävalenz
Häufigkeit aller Fälle einer bestimmten Krankheit in einer Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt.
Quelle: Obsan 2015: Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Prävention
Prävention betrifft alle Massnahmen, die ein Mensch ergreift, um ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern.
Quelle: Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern (2011): Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern.

Public Health
Public Health (öffentliche Gesundheit) ist ein politisches Konzept, das durch → Gesundheitsförderung, → Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene und von der Gesellschaft organisierte → Interventionen auf Verbesserung von → Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen und ihren Subgruppen abzielt.
Quelle: WHO 1998: Glossar Gesundheitsförderung.

Risikofaktoren
Körperliche, psychische, soziale oder physikalisch-materielle Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Krankheit, einer Verletzung oder eines schlechten Gesundheitszustandes erhöhen (z. B. eine genetische Krankheitsveranlagung, Tabakkonsum, soziale Isolation oder Lärm).

Schutzfaktoren
Körperliche, psychische, soziale oder physikalisch-materielle Faktoren, die als gesundheitsfördernde und krankheitsverhindernde Einflussfaktoren den Einfluss der Risikofaktoren beschränken und so das Auftreten einer Krankheit unwahrscheinlicher machen (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, ausreichende Erholung, unterstützendes soziales Netzwerk).
Quelle: In Anlehnung an BAG und GDK (Hrsg.) 2015: Glossar. Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

Setting
Abgegrenztes sozial-räumliches System, in dem Menschen leben, lernen oder arbeiten (z. B. Gemeinde, Nachbarschaft, Verein, Wohn- und Pflegeheim, Wohngemeinschaft, Betrieb, Schule, Familie).
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quintessenz.ch

Verhaltens- und Verhältnisansatz
Der Verhaltensansatz richtet sich an das Individuum und soll gesundheitsrelevante Kompetenzen und Einstellungen sowie den gesundheitsrelevanten Lebensstil von Individuen und Gruppen direkt beeinflussen (z. B. Information zu gesundem Essverhalten). Der Verhältnisansatz will demgegenüber mittels Veränderung von unter anderem ökologischen, sozialen, kulturellen, ökonomischen und infrastrukturellen Umweltbedingungen indirekt die Gesundheit von Menschen fördern und Krankheiten verhindern (z. B. durch gesetzliche Regelungen, infrastrukturelle Massnahmen oder die Veränderung von Sozialstrukturen). Ein Projekt kann in der Regel nicht ausschliesslich dem Verhaltens- oder dem Verhältnisansatz zugeordnet werden, sondern nutzt das Potenzial beider Ansätze und die Synergien zwischen den Handlungsebenen Individuum und Gruppen (eher zum Verhaltensansatz gehörend) und den Ebenen Organisation, Lebenswelt und Politik/Gesellschaft (eher dem Verhältnisansatz zuzurechnen).
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quintessenz.ch

Vernetzung
Über die Grenzen von Bereichen, Disziplinen, Hierarchiestufen, Organisationen und Projekten hinweg orientiertes Handeln zwecks Austausch, Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit.
Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quintessenz.ch

Vitale, vorgebrechliche und gebrechliche Personen

Im Hinblick auf ihre Gesundheit werden ältere Menschen in drei Hauptgruppen unterteilt:

- vitale, sich gesund fühlende, aktive, selbstständig lebende Menschen, die höchstens an einer chronischen Erkrankung leiden. Dabei handelt es sich überwiegend um die sogenannten jungen Alten, insbesondere jüngere Pensionierte im Alter zwischen 65 und 75 Jahren
- vorgebrechliche Personen, die sich durch eine verminderte Vitalität und eine erhöhte Anfälligkeit für Erkrankungen (→ Vulnerabilität) kennzeichnen. Diese Gruppe leidet meistens an zwei oder mehreren chronischen Krankheiten und weist erste Anzeichen von Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten beziehungsweise der → funktionalen Gesundheit auf. In der Regel handelt es sich um Personen zwischen 70 und 85 Jahren, wobei auch immer mehr über 90-Jährige in diese Kategorie fallen
- gebrechliche Personen (→ Gebrechlichkeit), die aufgrund funktionaler Einschränkungen physischen oder psychischen Ursprungs alltägliche Verrichtungen nicht mehr selbstständig erledigen können. In dieser Gruppe befinden sich vorwiegend über 85-Jährige, mehrheitlich Frauen

Quellen: In Anlehnung an Kessler et al. (2009): Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit ExpertInnen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse. Online unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch; Seematter-Bagnoud et al. (2011): Promotion de l'activité physique. Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées». Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch

Vulnerabilität und vulnerable Zielgruppen

Gesundheitliche Vulnerabilität bezeichnet eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten, Behinderungen, Verletzungen oder frühzeitigen Tod infolge einer Häufung von → Risikofaktoren und eines Defizits an → Schutzfaktoren.

Vulnerable Gruppen sind einzelne Gruppen der Bevölkerung mit erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit, sei es aufgrund von persönlichen Merkmalen (wie Geschlecht, Alter, Migrationsstatus oder sexueller Orientierung) oder des sozialen Status (Bildung, Beruf, Erwerbsstatus, Einkommen und Vermögen). Bei diesen Gruppen ist eine Häufung an → Risikofaktoren und ein Defizit an → Schutzfaktoren festzustellen, sodass situativ oder dauerhaft nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, um gesundheitliche und soziale Belastungen zu bewältigen.

Quellen: In Anlehnung an Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag – Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007; Glossar zur Verständigung in den Arbeitsgruppen, NCD-Strategie.

Wirkungsmanagement

Wirkungsmanagement steht für die systematische Nutzung vorhandenen Wissens für die Planung von wirkungsvollen Massnahmen, für die Überprüfung von Wirkungsmechanismen und die Beurteilung von Wirkungen (Evaluation/Monitoring) sowie für die Nutzbarmachung der Ergebnisse für die weitere Praxis (Valorisierung).

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Wirkungsmodell

Ein Wirkungsmodell ist eine (grafische) Darstellung vermuteter Wirkungszusammenhänge zwischen Massnahmen und Zielen eines Programms oder Projekts.

Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch

Zivilgesellschaftliches Engagement
Bezeichnet das freiwillige, selbst organisierte und nicht profitorientierte Handeln einzelner Bürger und Organisationen, das nicht dem staatlichen, ökonomischen oder familiären Handeln entspringt. Die Zivilgesellschaft umfasst die Gesamtheit des gesellschaftlichen Engagements von Bürgern und Organisationen und kann viele Formen haben, zum Beispiel Einzelaktivisten, Nachbarschaftshilfen, soziale Bewegungen, Vereine oder Verbände, aber auch Aktivitäten in und von gemeinnützigen Einrichtungen (z. B. Stiftungen), Kirchen und Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Zivilgesellschaft umfasst damit jenen Bereich einer Gesellschaft, der zwischen Staat, Wirtschaft und Familie liegt.
Quellen: In Anlehnung an Bundeszentrale für politische Bildung, www.bpb.de; Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, www.bmz.de

Quellenverzeichnis

1. Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-based group exercise improves balance and reduces falls in at-risk older people: A randomised controlled trial. *Age and Ageing, 32*(4), 407–414.
2. Skelton, D., Dinan, S., Campbell, M., & Rutherford, O. (2005). Tailored group exercise (Falls Management Exercise – FaME) reduces falls in community-dwelling older frequent fallers (an RCT). *Age and Ageing, 34*(6), 636–639.
3. Weerdesteyn, V., Rijken, H., Geurts, A. C. H., Smits-Engelsman, B. C. M., Mulder, T., & Duysens, J. (2006). A five-week exercise program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. *Gerontology, 52*(3), 131–41.
4. Wolf, S. L., Barnhart, H. X., Kutner, N. G., McNeely, E., Coogler, C., & Xu, T. (1996). Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society, 44*(5), 489–497.
5. Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing research reviews, 12*(1), 329–38.
6. Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC public health, 14*(1), 510.
7. Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y., & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health, 19*(12), 1043–1055.
8. Peels, D. A., Hoogenveen, R. R., Feenstra, T. L., Golsteijn, R. H., Bolman, C., Mudde, A. N., … Lechner, L. (2014). Long-term health outcomes and cost-effectiveness of a computer-tailored physical activity intervention among people aged over fifty: modelling the results of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 14*(1), 1099.
9. Patel, A., Keogh, J. W. L., Kolt, G. S., & Schofield, G. M. (2013). The long-term effects of a primary care physical activity intervention on mental health in low-active, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health, 17*(6), 766–72.
10. Coulton, S., Clift, S., Skingley, A., & Rodriguez, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science,* 250–255.
11. Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 64A*(7), 792–800.
12. Bandayrel, K., & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *Journal of nutrition education and behavior, 43*(4), 251–62.
13. Schweizerischer Bundesrat. (2012). Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen. In *Legislaturfinanzplan 2013-2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011-2015.* Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
14. Vuilleumier, M., Pellegrini, S., & Jeanrenaud, C. (2007). *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse. Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

15. United Nations. (2013). *World Population Ageing 2013.* New York: United Nations.
16. Gross, P. (2013). *Wir werden älter. Vielen Dank. Aber wozu?* (2nd ed.). Freiburg im Breisgau: Verlag Herder GmbH.
17. Gawande, A. (2014). *Being mortal: Medicine and what matters in the end.* New York: Metropolitan Books.
18. Roszak, T. (1998). *America the wise: The longevity revolution and the true wealth of nations.* New York: Houghton Mifflin.
19. BFS (2008). *Demografische Alterung und soziale Sicherheit. Demos.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
20. Schmid Botkine, C., & Borrat-Besson, C. (2014). Demografische Alterung und Altersvorsorge: Das Beispiel der Schweiz. In A. Amann & F. Kolland (Eds.), *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie* (pp. 51–70). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
21. BFS (2015). Zusammengefasste Geburtenziffer und Generationenerhalt, 1876–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/05.html
22. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015–2045. *BFS Aktuell.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
23. Harper, S. (2014). Introduction: Conceptualising Social Policy for the Twenty-first-century Demography. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 1–12). Cheltenham: Edward Elgar.
24. BFS (2015). Todesfälle nach Monat und Sterblichkeit seit 1803. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102020206_111.* Retrieved October 21, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch/
25. BFS (2015). Altersmasszahlen der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie und Geschlecht, 1999–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_staatsangehoerigkeit.html
26. BFS (2015). Zusammengefasste Geburtenziffer nach Staatsangehörigkeit der Mutter, 1971–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02/05.html
27. BFS (2015). Lebendgeburten nach Monat und Fruchtbarkeit seit 1803. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102020204_111.* Retrieved October 21, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch
28. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz ab 2015, Ziffern und Indikatoren nach Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und gemäss einem Szenario oder einer Variante. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0104000000_103.* Retrieved October 21, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch/
29. BFS (2015). Lebenserwartung. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/04/04.html
30. BFS (2015). Durchschnittsalter der ständigen Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeitskategorie, Geschlecht und Kanton, 2010–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html
31. BFS (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz ab 2015, Bevölkerungswachstum und Bevölkerungsindikatoren gemäss einem Szenario oder einer Variante. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0104000000_104.* Retrieved October 21, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch
32. BFS (2015). Bevölkerung nach Alter. Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, am Jahresende 2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html
33. BFS (2015). Geschlechts- und Altersstruktur. Ständige Wohnbevölkerung nach Alter gemäss dem Referenzszenario A-00-2015. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key/ind_erw.html
34. BFS (2015). Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, 1970–2014. Retrieved October 21, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html
35. Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2009). *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter.* Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
36. Höpflinger, F. (2013). Das vierte Lebensalter – gesellschaftliche und individuelle Dimensionen. In T. Meireis (Ed.), *Altern in Würde. Das Konzept der Würde im vierten Lebensalter* (pp. 39–55). Zürich: TVZ.

37. Borkel, A., Von Dungen, B., Goldapp, C., Haak, G., Schlüter, A., & Voigt, U. (2014). *In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Deutscher Volkshochschul-Verband.
38. Höpflinger, F., & Van Wezemael, J. (Eds.). (2014). *Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Age Report III.* Zürich und Genf: Seismo Verlag.
39. BFS (2015). Personen in Heimen. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html
40. Pilgram, A., & Seifert, K. (2009). *Leben mit wenig Spielraum: Altersarmut in der Schweiz.* Zürich: Pro Senectute Schweiz.
41. Höpflinger, F. (2015). Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute. Online unter http://www.hoepflinger.com (Zugriff am 22.10.2015).
42. BFS (2015). Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht, 1999–2014. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/17/blank/01.indicator.406101.4016.html
43. BFS (2015). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht, am Jahresende 2014. Retrieved November 4, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html
44. BFS (2015). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010–2014. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/frauen_und_maenner.html
45. BFS (2015). Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Geschlecht, Zivilstand und Altersklasse. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0102010000_103.* Retrieved October 22, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch/
46. BFS (2015). Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburtsort und Altersklasse. *BFS-STAT-TAB. Matrix px-x-0103010000_201.* Retrieved October 22, 2015, from https://www.pxweb.bfs.admin.ch/
47. Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen.* Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
48. Richter, M., & Hurrelmann, K. (Eds.). (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
49. Soom Ammann, E., & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
50. Perrig-Chiello, P., Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Stähelin, H. B., & Perrig, W. J. (2009). Personality and health in middle age as predictors for well-being and health in old age. *European Journal of Ageing, 6,* 27–37.
51. Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M., & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Factors.* London.
52. Brandt, M., Deindl, C., & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science and Medicine, 74*(9), 1418–1425.
53. Schachtschabel, D. O. (2004). Humanbiologie des Alterns. In A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (pp. 167–181). Bern: Verlag Hans Huber.
54. WHO (2015). World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
55. BFS (2015). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Retrieved October 24, 2015, from http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/index.html
56. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2008). Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Online unter http://www.bvpraevention.de (Zugriff 22.10.2015).
57. Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Eds.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4th ed., pp. 89–99). Bern: Verlag Hans Huber.

58. Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., … Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ, 343,* d4163.
59. Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world – what do we know? *The Lancet, 385*(9967), 484–486.
60. BFS (2014). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BFS – Bundesamt für Statistik.
61. Obsan (Ed.) (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015.* Bern: Hogrefe Verlag.
62. BFS (2015). Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, 2012. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html
63. Moreau-Gruet, F. (2014). Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz». Aktualisierung 2014. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
64. BFS (2015). Dauerhaftes Gesundheitsproblem nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau, 2012. Retrieved October 22, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01/01.html
65. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and European Free Trade Association Regional Edition.* Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation.
66. BFS (2015). Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html
67. BFS (2015). Diagnosen und Behandlungen. Hospitalisierungen: häufigste Diagnosegruppen nach Alter 2013. Retrieved November 4, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/diagnosen.html
68. Bridevaux, P. O., Probst-Hensch, N. M., Schindler, C., Curjuric, I., Felber Dietrich, D., Braendli, O., … Russi, E. W. (2010). Prevalence of airflow obstruction in smokers and never-smokers in Switzerland. *European Respiratory Journal, 36*(6), 1259–1269.
69. Bridevaux, P. O. (2011). Prevalence, risk factors and outcome of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Genève: Université de Genève.
70. Ecoplan (2013). *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage.* Bern.
71. Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello, P. Rusterholz, C. von Zimmermann, A. Wagner, & S. Zwahlen (Eds.), *Glück. Berner Universitätsschriften 56* (pp. 241–255). Bern: Haupt Verlag.
72. Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O., & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC).*
73. Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: Die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care, 1,* 6–8.
74. Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
75. Myers, J. E. (2006). Gerontology: Mental health and aging. In W. J. Weikel & A. J. Palmo (Eds.), *Foundations of mental health counseling.* Springfield: Charles C. Thomas.
76. Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung, 93*(39), 1–3.
77. Stoppe, G. (2015). Prävention psychischer Störungen im Alter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Eds.), *Prävention psychischer Störungen. Konzepte und Umsetzungen* (pp. 107–119). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
78. Weyerer, S., & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

79. Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz – Vertiefende Analysen zur Einnahme von Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln sowie Psychostimulanzien im Jahr 2014.* Lausanne: W. Kohlhammer GmbH.
80. Notari, L., & Jordan, M. D. (2012). *La santé des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans les ménages privés. Une analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007.* Lausanne.
81. Moreau-Gruet, F. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. *Obsan Bulletin, 4,* 1–8.
82. Michel, F. I., & Bochud, Y. (2012). *Haus und Freizeit. Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse.* Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
83. Gschwind, Y. J., & Pfenninger, B. (2013). *Training zur Sturzprävention. Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter.* Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
84. BFS (2015). Gehvermögen und Stürze. Retrieved from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/05.html
85. bfu (2015). *Status 2015: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit.* Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
86. Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, health & medicine, 11*(4), 470–482.
87. BFS (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. BFS Aktuell.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
88. BFS (2015). Einschränkungen. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/04.html
89. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health.* Stockholm: Institute for Future Studies.
90. Von dem Knesebeck, O., & Schäfer, I. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 253–265). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
91. BAG (2006). *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
92. BAG (2007). *Wie gesund sind Migrantinnen und Migranten? Die wichtigsten Ergebnisse des «Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung».* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
93. BAG (2012). *Gesundheit der Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse des zweiten Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung in der Schweiz, 2010.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
94. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens 2013. Retrieved November 5, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html
95. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens seit 1960. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2014-095
96. BFS (2015). Kosten, Finanzierung. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05.html
97. Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., … Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz.* Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie/ZHAW.
98. BFS (2015). Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht, absolut und je Einwohner, 1997–2013. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/05.html
99. Breyer, F., Lorenz, N., & Niebel, T. (2015). Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect? *The European journal of health economics, 16*(1), 95–112.
100. Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy, 26*(4), 674–690.
101. Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: A red herring? *Health Economics, 8*(6), 485–496.

102. BFS (2011). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung. *BFS Aktuell.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
103. Terraneo, M. (2015). Inequities in health care utilization by people aged 50+: Evidence from 12 European countries. *Social Science & Medicine, 126,* 154–163.
104. Camenzind, P., & Petrini, L. (2014). *Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung «The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Obsan Dossier 43.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
105. Aaron, H. J. (2009). *What drives health care spending? Can we know whether population aging is a «red herring»?* Chestnut Hill: Center for Retirement Research at Boston College. Retrieved from http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2009/10/wp_2009_18-508.pdf
106. Dormont, B. (2009). *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?* Paris: Editions Rue d'Ulm.
107. Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report, 1,* 3–6.
108. Koopmanschap, M., De Meijer, C., Wouterse, B., & Polder, J. (2010). *Determinants of Health Care Expenditure in an Aging Society.* Tilburg: Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement, Tilburg University.
109. Westerhout, E. (2014). Population ageing and health care expenditure growth. In S. Harper & K. Hamblin (Eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy* (pp. 178–190). Cheltenham: Edward Elgar.
110. Bjørner, T. B., & Arnberg, S. (2012). Terminal costs, improved life expectancy and future public health expenditure. *International Journal of Health Care Finance and Economics, 12*(2), 129–143.
111. Colombier, C. (2012). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060. Working Paper der EFV Nr. 19.* Bern: Eidgenössische Finanzverwaltung EFV.
112. Karlsson, M., & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *The European Journal of Health Economics, 15*(5), 533–551.
113. Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz.* (Obsan, Ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
114. BFS (2015). Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern, 1995–2013. Retrieved December 4, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html
115. Felder, S., Meyer, S., & Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren. Schlussbericht zuhanden der Association Spitex privée Suisse (ASPS).* Online unter http://www.spitexprivee.ch/images/docs/02_news/2015/150821_Schlussbericht_ASPS.pdf (Zugriff 22.10.2015).
116. Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *The Lancet, 385*(9967), 563–575.
117. Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine, 303*(3), 130–135.
118. WHO, & National Institute of Aging. (2011). *Global Health and Aging.* Online unter http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/ (Zugriff am 24.10.2015).
119. Freedman, V. A., Spillman, B. C., Andreski, P. M., Cornman, J. C., Crimmins, E. M., Kramarow, E., … Waidmann, T. A. (2013). Trends in Late-Life Activity Limitations in the United States: An Update From Five National Surveys. *Demography, 50*(2), 661–671.
120. OECD, & WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland.* OECD Publishing.
121. Swedish National Institute of Public Health (Ed.). (2007). *Healthy Ageing. A Challenge for Europe.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
122. Wiesli, R., & Simos, J. (2010). *Gesundheit fördern, Krankheiten und Unfälle verhüten. Ein Argumentarium.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

123. Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L., & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit ExpertInnen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse.* Online unter http://www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: September 2015).
124. El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A., & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ, 347*(f6234), 1–13.
125. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews, 9,* CD007146.
126. BFS (2013). Spezialauswertung für Gesundheitsförderung Schweiz zu den Behandlungskosten von Oberschenkelhalsfrakturen in Schweizer Spitälern im Jahr 2011.
127. Wijsman, C. A., Westendorp, R. G., Verhagen, E. A., Catt, M., Slagboom, P. E., de Craen, A. J., … Mooijaart, S. P. (2013). Effects of a Web-Based Intervention on Physical Activity and Metabolism in Older Adults: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11), e233.
128. Bherer, L., Erickson, K. I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res, 2013,* 657508.
129. Burzynska, A. Z., Wong, C. N., Voss, M. W., Cooke, G. E., Gothe, N. P., Fanning, J., … Kramer, A. F. (2015). Physical Activity Is Linked to Greater Moment-To-Moment Variability in Spontaneous Brain Activity in Older Adults. *Plos One, 10*(8), e0134819.
130. Kamegaya, T., Araki, Y., Kigure, H., & Yamaguchi, H. (2014). Twelve-week physical and leisure activity programme improved cognitive function in community-dwelling elderly subjects: a randomized controlled trial. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 14*(1), 47–54.
131. Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., Berckel, B. N. van, Scheltens, P., Scherder, E. J., … Ossenkoppele, R. (2015). The Effect of Physical Activity on Cognitive Function in Patients with Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Ageing research reviews, 25,* 13–23. doi:10.1016/j.arr.2015.11.005
132. Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S., & Aoyama, T. (2014). Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatrics & gerontology international, 14*(4), 758–62.
133. Beavers, K. M., Beavers, D. P., Nesbit, B. A., Ambrosius, W. T., Marsh, A. P., Nicklas, B. J., & Rejeski, W. J. (2014). Effect of an 18-month physical activity and weight loss intervention on body composition in overweight and obese older adults. *Obesity (Silver Spring, Md.), 22*(2), 325–31.
134. Stehr, M. D., & von Lengerke, T. (2012). Preventing weight gain through exercise and physical activity in the elderly: a systematic review. *Maturitas, 72*(1), 13–22.
135. Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C., & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum, 14*(45), 836–841.
136. Chou, C.-H., Hwang, C.-L., & Wu, Y.-T. (2012). Effect of Exercise on Physical Function, Daily Living Activities, and Quality of Life in the Frail Older Adults: A Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(2), 237–244.
137. Cochrane, T., Munro, J., Davey, R., & Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy, 84*(12), 598–602.
138. De Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., Staal, J. B., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing research reviews, 11*(1), 136–49.
139. Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., … Williamson, J. D. (2014). Effect of Structured Physical Activity on Prevention of Major Mobility Disability in Older Adults. *JAMA, 311*(23), 2387–2396.

140. BFS (2015). Aufenthalt in Alters- und Pflegeheimen kostet 8700 Franken pro Monat. Medienmitteilung. Online unter http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/01/new/nip_detail.html?gnpID=2015-479 (Zugriff am 25.11.2015).
141. Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). «The we's have it»: Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine, 120,* 57–66.
142. Oppikofer, S., Albrecht, K., & Martin, M. (2010). Auswirkungen erhöhter sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden kognitiv beeinträchtigter älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43*(5), 310–316.
143. Vrdoljak, D., Marković, B. B., Puljak, L., Lalić, D. I., Kranjčević, K., & Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics, 58*(1), 160–9.
144. Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E., & Von dem Knesebeck, O. (2013). Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmassnahme für ältere Menschen. *Das Gesundheitswesen, 75*(2), e5–e10.
145. Koren-Hakim, T., Weiss, A., Hershkovitz, A., Otzrateni, I., Grosman, B., Frishman, S., … Beloosesky, Y. (2012). The relationship between nutritional status of hip fracture operated elderly patients and their functioning, comorbidity and outcome. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 31*(6), 917–21.
146. Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D., & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the Effects of Group and Home-based Physical Activity on Mental Health in the Elderly. *International Journal of Preventive Medicine, 4*(11), 1282–9.
147. Linde, K., & Alfermann, D. (2014). Single versus combined cognitive and physical activity effects on fluid cognitive abilities of healthy older adults: a 4-month randomized controlled trial with follow-up. *Journal of aging and physical activity, 22*(3), 302–13.
148. Rahe, J., & Kalbe, E. (2015). Effekte kombinierten kognitiven und physischen Trainings auf die Kognition gesunder älterer Menschen: ein Literaturüberblick. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 83*(1), 18–29.
149. Theill, N., Schumacher, V., Adelsberger, R., Martin, M., & Jäncke, L. (2013). Effects of simultaneously performed cognitive and physical training in older adults. *BMC Neuroscience, 14*(103).
150. Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare, 6*(2), 137–72.
151. Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L., & Dahlin-Ivanoff, S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of gerontology and geriatrics, 58*(3), 376–83.
152. WHO (1998). Resolution of the Executive Board of the WHO on Health Promotion. *Health Promotion International, 13*(3), 266–271.
153. WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Online unter http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (Zugriff im November 2015).
154. WHO Europe (2015). Healthy ageing. Retrieved October 24, 2015, from http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/healthy-ageing
155. EuroHealthNet Healthy Ageing (2015). European Policies and Initiatives. Retrieved October 24, 2015, from http://www.healthyageing.eu/european-policies-and-initiatives
156. European Commission (2015). European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. Retrieved October 24, 2015, from https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/index/aboutus
157. BZgA (2015). Gesundheit älterer Menschen. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bzga.de/themenschwerpunkte/gesundheitaelterermenschen/
158. Bundesministerium für Gesundheit (2015). IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Retrieved October 24, 2015, from https://www.in-form.de/profiportal/profilportal/start.html

159. INPES. (2015). Vieillir en bonne santé. Retrieved October 24, 2015, from http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/index.asp
160. EDI (2013). Gesundheit 2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. *Bundesamt für Gesundheit, Bern.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
161. BLV (n.d.). Schweizer Ernährungsstrategie. Retrieved October 24, 2015, from http://www.blv.admin.ch/themen/04679/05055/index.html?lang=de
162. BFS (2015). Institutionelle Gliederungen der Schweiz. Die Gemeinden. Retrieved October 24, 2015, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/11/geo/institutionelle_gliederungen/01b.html
163. bfu (2015). Kurzporträt: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung. Retrieved October 20, 2015, from http://www.bfu.ch/de/die-bfu/ueber-uns/kurzportrait
164. EVS (2015). Was wir Ihnen bieten. Retrieved October 24, 2015, from http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=12
165. physioswiss (2015). Der Berufsverband physioswiss. Retrieved October 24, 2015, from http://www.physioswiss.ch/swiss/verband/berufsverband.htm
166. Pro Senectute (2015). Pro Senectute – wir sind die Organisation für das Alter. Retrieved October 24, 2015, from http://www.prosenectute.ch/de/ueber-uns.html
167. Rheumaliga Schweiz (2015). Aufbau der Rheumaliga Schweiz. Retrieved October 24, 2015, from http://www.rheumaliga.ch/Struktur
168. Schweizerische Herzstiftung (2015). Aufgaben und Aktivitäten. Retrieved October 24, 2015, from http://www.swissheart.ch/index.php?id=36
169. Spitex Verband Schweiz (2015). Das Angebot der Spitex. Retrieved October 24, 2015, from http://www.spitex.ch/NPO-Spitex/Dienstleistungen/PPG2z/
170. Steinmann, R. M., Biedermann, A., & Ackermann, G. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter: Umsetzungskonzept 2014–2016.* Unveröffentlichter Bericht.
171. Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2007). *Best Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention. Konzept und Leitlinien für Entscheidfindung und fachliches Handeln.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
172. Biedermann, A., Gieger, M., Gurtner, R., Schmocker, H., Steinmann, R. M., Ackermann, G., & Pfenninger, B. (2012). *Kommunale Programme der Gesundheitsförderung im Alter. Ein Orientierungsleitfaden zu Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter (Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 1).* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
173. Küenzi, K., & Egger, T. (2012). *Evaluation Pilotprojekte Via – Zwischenbericht. Qualitätsentwicklung zu Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe in vier Gemeinden in den Kantonen Bern und Zug.* Bern: Büro BASS.
174. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich!* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
175. Schäffler, H., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter.* Bern.
176. Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für die Gesundheitsberatung im Alter. Arbeitspapier 15.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
177. Kessler, C., & Schmocker, H. (2014). *Umsetzungshilfe – Tipps und Tools für Veranstaltungen und Kurse. Arbeitspapier 16.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
178. Salis Gross, C. (2013). *Soziale Vernetzung in Kursen. Sammlung von Good-Practice-Beispielen.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
179. Oetterli, M., Laubereau, B., & Balthasar, A. (2012). *Kantonale Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.* Luzern: INTERFACE.
180. Feller-Länzlinger, R., La Mantia, A., Küenzi, K., & Egger, T. (2014). *Gesundheitsförderung Schweiz Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Evaluation 2011–2013.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

181. Wight, N., Laubereau, B., & Feller-Länzlinger, R. (2015). *Evaluation Via 2015. Erkenntnisse und Empfehlungen im Hinblick auf den Aufbau eines kantonalen Aktionsprogramms Gesundheitsförderung im Alter.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
182. Ackermann, G. (2015). *Qualitäts-Check Projekt Via 2015.* Unveröffentlichter Bericht.
183. WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010.* Genf: World Health Organization.
184. Böhm, K., Tesch-Römer, C., & Ziese, T. (Eds.). (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Berlin: Robert Koch-Institut.
185. Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
186. BAG, & GDK (2013). Nationale Demenzstrategie 2014–2017. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
187. Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The Projected Impact of Risk Factor Reduction on Alzheimer's Disease Prevalence. *The Lancet Neurology, 10*(9), 819–828.
188. Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H., & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia, 11*(6), 1–9.
189. WHO (2012). *Dementia: A Public Health Priority.* Geneva: World Health Organization.
190. Busch, M. (2011). Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. *CardioVasc, 11*(5), 32–38.
191. Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., … Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet, 385*(9984), 2255–2263.
192. Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. Online unter http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht (Zugriff 22.11.2015).
193. Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
194. Besimo, C. E. (2013). Mundgesundheit und Malnutrition im Alter. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin, 4,* 20–25.
195. Fässler, S., Laubereau, B., Beeler, N., & Balthasar, A. (2015). *Wirkung der kantonalen Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht. Synthese der Selbstevaluationen.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
196. Cloetta, B., Spencer, B., Spörri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U., & Ackermann, G. (2004). Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 27*(3), 67–72.
197. Spencer, B., Broesskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2008). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: Development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International, 23*(1), 86–97.
198. Spencer, B., & Ruckstuhl, B. (2010). *Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Développement des théories d'action des interventions / Best practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGF). Entwicklung von Wirkungsmodellen.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
199. BASPO, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, & bfu (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument.* Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
200. Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., & Mettler, D. (2011). *Promotion de l'activité physique. Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées».* Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).

201. Stamm, H., Gebert, A., Wiegand, D., & Lamprecht, M. (2013). *Die Förderung gesundheitswirksamer Bewegung und der Kampf gegen die Inaktivität. Situationsanalyse und Definition der Rolle des Bundesamtes für Gesundheit.* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
202. Geuter, G., & Hollederer, A. (2011). Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Ed.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA Fokus 12* (pp. 47–50). Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).
203. Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., … Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons – results from the LIFE-P study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 70*(2), 216–22.
204. Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* (Robert Koch-Institut, Ed.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26.* Berlin: Robert Koch-Institut.
205. Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M., & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz, Schlussbericht.* Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie / ZHAW.
206. American College of Sports Medicine, Chodzko-Zajko, W., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., … Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 41*(7), 1510–1530.
207. Kruse, A. (2006). Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung, 3*(2), 1–25.
208. WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva: World Health Organization.
209. Hamer, M., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sports Medicine, 48*(3), 239–243.
210. Götschi, T., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B., Bize, R., Simonson, T., … Diebold, M. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit. Hintergrundbericht für den nationalen Gesundheitsbericht 2015.* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
211. Lamprecht, M., & Stamm, H. (2015). *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Laufend aktualisierte Indikatoren. Stand März 2015.* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.
212. Bize, R. (2009). *Promotion de l'activité physique au cabinet médical. Manuel de référence à l'intention des médecins.* Lausanne: Policlinique Médicale Universitaire, Office Fédéral du Sport, Collège de Médecine de Premier Recours, Ligue Vaudoise contre les maladies cardiovasculaires.
213. Meyer, K., Rezny, L., Breuer, C., Lamprecht, M., & Stamm, H. (2005). Physical activity of adults aged 50 years and older in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin, 50*(4), 218–229.
214. Stewart, A. L., Verboncoeur, C. J., McLellan, B. Y., Gillis, D. E., Rush, S., Mills, K. M., … Bortz, W. M. (2001). Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(8), M465–M470.
215. Koizumi, D., Rogers, N., Rogers, M. E., Islam, M. M., Kusunoki, M., & Takeshima, N. (2009). Efficacy of an accelerometer-guided physical activity intervention in community-dwelling older women. *Journal of Physical Activity and Health, 6*(4), 467–74.
216. Opdenackera, J., Boen, F., Coorevits, N., & Delecluse, C. (2008). Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Preventive Medicine, 46*(6), 518–524.
217. Suomi, R., & Collier, D. (2003). Effects of arthritis exercise programs on functional fitness and perceived activities of daily living measures in older adults with arthritis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84*(11), 1589–1594.
218. Globales Kommitee für Bewegung. (2010). Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln. Online unter https://www.lzg.nrw.de/_media/pdf/gesundheitschuetzen/praevention/bewegungsfoerderung/leitfaden60/S_51_3.pdf (Zugriff am 24.10.2015).
219. Bucksch, J., & Schneider, S. (Eds.). (2014). *Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune.* Bern: Verlag Hans Huber.

220. Dorgo, S., Robinson, K. M., & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21*(2), 116–122.
221. Stark, A., & Fuchs, R. (2011). Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung. In LIGA.NRW (Ed.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA Fokus 12* (pp. 27–31). Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).
222. Zahner, L., & Bopp, M. (2014). *Schlussbericht: Via Pilotkurs «Bewegungsförderung im Alter».* Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
223. Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Järvinen, M., & Vuori, I. (1999). Fall-Induced Injuries and Deaths Among Older Adults. *JAMA, 281*(20), 1895–1899.
224. Korhonen, N. (2014). *Fall-Induced Injuries and Deaths Among Older Finns Between 1970 and 2012.* Tampere: University of Tampere.
225. Soriano, T. A., Decherrie, L. V, & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: A review for primary-care providers. *Clinical Interventions in Aging, 2*(4), 545–553.
226. Hartholt, K. A., Polinder, S., Van der Cammen, T. J. M., Panneman, M. J. M., Van der Velde, N., Van Lieshout, E. M. M., … Van Beeck, E. F. (2012). Costs of falls in an ageing population: A nationwide study from the Netherlands (2007-2009). *Injury, 43*(7), 1199–203.
227. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet, 381*(9868), 752–762.
228. Cruz-Jentoft, A. J., Landi, F., Schneider, S. M., Zúñiga, C., Arai, H., Boirie, Y., … Cederholm, T. (2014). Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: A systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age and Ageing, 43*(6), 748–759.
229. Deutz, N. E. P., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., … Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition, 33*(6), 929–936.
230. Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A., & Kressig, R. W. (2011). *Sturzprävention. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter».* Bern: Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
231. Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing, 35 Suppl 2,* ii37–ii41.
232. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, & American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. (2001). Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(5), 664–672.
233. Landi, F., Liperoti, R., Russo, A., Giovannini, S., Tosato, M., Capoluongo, E., … Onder, G. (2012). Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: Results from the ilSIRENTE study. *Clinical Nutrition, 31*(5), 652–658.
234. Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., … Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing, 39*(4), 412–423.
235. Buess, D., & Kressig, R. W. (2013). Sarkopenie: Definition, Diagnostik und Therapie. *Praxis, 102*(19), 1167–70.
236. Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy, 80*(9), 896–903.
237. Münzer, T., & Gnädinger, M. (2014). Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis. *Swiss Medical Forum, 14*(46), 857–861.
238. Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., & Rosengen, B. E. (2013). Prevention of falls in the elderly: a review. *Scandinavian Journal of Public Health, 41*(5), 442–54.
239. Kressig, R. W. (2015). Training und richtige Ernährung bei Sarkopenie. *der informierte arzt, 3,* 48–50.

240. WHO (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.* Geneva: WHO – World Health Organization.
241. Lord, S. R., Menz, H. B., & Sherrington, C. (2006). Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and Ageing, 35 Suppl 2,* ii55–ii59.
242. Carter, S. E., Campbell, E. M., Sanson-Fisher, R. W., Redman, S., & Gillespie, W. J. (1997). Environmental hazards in the homes of older people. *Age and Ageing, 26,* 195–202.
243. Stevens, M., Holman, C. D. A. J., & Bennett, N. (2001). Preventing Falls in Older People: Impact of an Intervention to Reduce Environmental Hazards in the Home. *Journal of the American Geriatrics Society, 49,* 1442–1447.
244. Carter, S. E., Campbell, E. M., Sanson-Fisher, R. W., & Gillespie, W. J. (2000). Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 24*(6), 633–636.
245. Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clinics in Geriatric Medicine, 18,* 141–158.
246. Negri, E., Bravi, F., Deandrea, S., Foschi, R., & Lucenteforte, E. (2009). *Feasibility of large scale interventions for preventing falls amomg older people in the European Union.* Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», Department of Epidemiology.
247. American Geriatrics Society. (2010). *AGS/BGS Clinical Practice Guideline: Prevention of falls in Older Persons.* New York: The American Geriatrics Society.
248. Lord, S. R., & Dayhew, J. (2001). Visual risk factors for falls in older people. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(5), 508–515.
249. Yamada, M., Tanaka, B., Nagai, K., Aoyama, T., & Ichihashi, N. (2010). Trail-walking exercise and fall risk factors in community-dwelling older adults: Preliminary results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(10), 1946–1951.
250. Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., … Shekelle, P. G. (2004). Primary care. *BMJ, 328*(March), 1–7.
251. Trombetti, A., Hars, M., Herrmann, F. R., Kressig, R. W., Ferrari, S., & Rizzoli, R. (2011). Effect of music-based multitask training on gait, balance, and fall risk in elderly people: a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine, 171*(6), 525–533.
252. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet, 370*(9590), 859–77.
253. WHO (2001). *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.* Geneva: World Health Organization.
254. McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In T. Williamson (Ed.), *Older people's mental health today: A Handbook* (pp. 9–18). Brighton: OLM-Pavilion/Mental Health Foundation.
255. Steinmann, R. M. (2015). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit: eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (3rd ed.). Berlin: LIT.
256. Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter.* Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
257. Perrig-Chiello, P. (2014). Das Leben ist kein ruhiger Fluss. *Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, 35,* 1–3.
258. Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C., & Lang, G. (Eds.). (2010). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen.* Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
259. Centre for Addiction and Mental Health (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
260. Age Concern (2007). *Improving Services and Support for Older People with Mental Health Problems.* London: Age Concern.
261. Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M., & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeing.* Edinburgh: NHS Health Scotland.

262. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds.). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper.* Luxembourg: European Communities.
263. ProMenPol (2009). A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences. Retrieved from http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit
264. Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 1–9. doi:10.1093/geronb/gbv004
265. Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
266. UNECE (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft. UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 4.* Online unter http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/_docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf (Zugriff 22.11.2015).
267. Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa.* Obsan Dossier 27. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
268. Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 238–249.
269. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 227–237.
270. Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A Longitudinal Analysis of Loneliness Among Older People in Great Britain. *The Journal of Psychology, 146,* 313–331.
271. Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society, 25*(01), 41–67.
272. Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health, 11*(1).
273. Wettstein, A., Dyntar, D., & Kälin, M. (2014). Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. *Swiss Medical Forum, 14*(47), 877–880.
274. Schäffler, H. (2014). Das Gesundheitsrisiko Einsamkeit im Alter. *NOVAcura, 9*(14), 43–45.
275. Kuhlmann, A., & Koch, K. (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune.* Dortmund: Bundesministerium für Gesundheit.
276. Oswald, W. D., Hagen, B., Rupprecht, R., & Gunzelmann, T. (2002). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA) – Teil XVII:100. Zusammenfassende Darstellung der langfristigen Trainingseffekte. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 15,* 13–31.
277. Gygax, D. (2004). Eine Evaluation der Effekte von Empowerment betagter Personen auf deren soziales Netzwerk, die soziale Unterstützung und Einsamkeit, wie auch der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Trainingsangebot. Unveröffentlichte Forschungsarbeit am Psychologischen Institut der Universität Zürich.
278. Zwimpfer, A. (2004). Selbständig bleiben im Alter (SEBA). Evaluation einer Intervention in Zürcher Alterssiedlungen. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.
279. Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia. A review of available research.* London: Alzheimer's Disease International.
280. Jones, J., Duffy, M., Coull, Y., & Wilkinson, H. (2009). *Older People Living in the Community – Nutritional Needs, Barriers and Interventions: a Literature Review.* Online unter http://www.gov.scot/resource/doc/294929/0091270.pdf (Zugriff im November 2015).
281. O'Dwyer, C., & Timonen, V. (2009). *The Role and Future Development of the Meals-on-Wheels Service for Older People in Ireland.* Dublin: National Council on Ageing and Older People.
282. Volkert, D. (Ed.). (2015). *Ernährung im Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt.* Berlin, Boston: De Gruyter.

283. SGE (2015). DACH-Referenzwerte. Retrieved October 22, 2015, from http://www.sge-ssn.ch/grundlagen/lebensmittel-und-naehrstoffe/naehrstoffempfehlungen/dachreferenzwerte/
284. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (2011). *Ernährung für ältere Erwachsene.* Bern: Schweizerische Gesellschaft für Ernährung.
285. Keller, U., Battaglia Richi, E., Beer, M., Darioli, R., Meyer, K., Renggli, A., … Stoffel-Kurt, N. (2012). *Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
286. Hellwege, K.-D. (2003). *Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe. Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie* (6th ed.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
287. Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 22*(4), 415–21.
288. Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2011). Mangelernährung – Unterernährung. *Swiss Medical Forum, 11*(44), 782–786.
289. Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum, 14*(49), 932–936.
290. Gartmann, L., & Umbach-Daniel, A. (2015). *Act for Age – Evaluation und Gestaltung von Tischgemeinschaften für ältere Menschen als nachhaltiges soziales Netzwerk.* Rüschlikon: rütter soceco.
291. Richter, M., Ackermann, S., & Moor, I. (2011). *Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: Ein systematisches Review* (Vol. 49). Bern: Bundesamt für Gesundheit.
292. BAG (2015). *Faktenblatt «Erarbeitung von strategischen Grundlagen für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten».* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
293. Homfeldt, H. G. (2005). Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit. In C. Schweppe (Ed.), *Alter und soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder* (pp. 87–108). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
294. Stamm, H., & Lamprecht, M. (2009). *Ungleichheit und Gesundheit. Grundlagendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
295. Streich, W. (2009). Vulnerable Gruppen: «Verwundbarkeit» als politiksensibilisierende Metapher in der Beschreibung gesundheitlicher Ungleichheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2nd ed., pp. 301–307). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
296. AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (2015). *Risikofaktoren, Nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien. Grundlagenbericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie).* Unveröffentlichter Bericht.
297. Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 315–320). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
298. Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H., & Janssen, H. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum, 16*(59), 29.e1–29.e3.
299. BZgA (2011). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
300. Abel, T., & Frohlich, K. L. (2012). Capitals and capabilities: linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine, 74,* 236–44.
301. AG NCD-Strategie Teilprojekt 2 (2015). *Prävention in der Gesundheitsversorgung: Der Mensch im Zentrum. Grundlagenbericht erstellt durch die Arbeitsgruppe Teilprojekt 2 als Basis für die Erarbeitung der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie).* Unveröffentlichter Bericht.
302. Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt.* Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
303. Schmocker, H., Oggier, W., & Stuck, A. (Eds.). (2000). *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht.* Muri: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

304. Hackl, C. (2007). Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache. Diplomarbeit. Krems: IMC Fachhochschule Krems.
305. Domenig, D. (Ed.). (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (2nd ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
306. Domenig, D., & Cattacin, S. (2015). *Gerechte Gesundheit. Grundlagen – Analysen – Management.* Bern: Hogrefe Verlag.
307. Stuck, A. E., Moser, A., Morf, U., Wirz, U., Wyser, J., Gillmann, G., ... Egger, M. (2015). Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial. *PLoS medicine, 12*(10), e1001889.
308. Moret, J., & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation.* Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
309. Salis Gross, C. (2010). Nachhaltigkeit bei Suchtausstieg und Prävention durch starke Beziehungen. *Suchtmagazin, 1,* 18–21.
310. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *The New England Journal of Medicine, 357*(4), 370–379.
311. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *The New England Journal of Medicine, 358*(21), 2249–2258.
312. Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2010). *Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist.* Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag.
313. Kricheldorff, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 99–109). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
314. Pro Senectute Waadt, & Leenaards Stiftung (2008). Quartiers solidaires: Besser zusammenleben. Lausanne: Online unter http://www.pro-senectute.ch/ueber-uns/leistungsbereiche-von-pro-senectute/gemeinwesenarbeit.html (Zugriff: Oktober 2015).
315. Demirci, S., & Grieger, D. (2009). Interkulturelle Soziale Arbeit mit älteren Migrantinnen und Migranten. In C. Zippel & S. Kraus (Eds.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (pp. 218–232). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
316. Schröer, W., & Schweppe, C. (2010). Alte Menschen mit Migrationshintergrund. In K. Aner & U. Karl (Eds.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (pp. 369–376). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
317. Salis Gross, C., Soom Ammann, E., & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin,* (3&4), 26–29.
318. Ettlin, R., & Ruflin, R. (2013). *Evaluation de la Méthodologie Quartiers Solidaires VD.* Lausanne: social-design S.A.
319. Neuner-Jehle, S., Schmid, M., & Grüninger, U. (2013). The «Health Coaching» programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice, 14*(1), 100.
320. Zoller, M., Badertscher, N., & Ross, P. (2011). Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
321. Kollegium für Hausarztmedizin (2014). Gesundheitscoaching. Retrieved October 24, 2015, from http://www.gesundheitscoaching-khm.ch
322. Cornuz, J., Auer, R., Neuner-Jehle, S., Humair, J.-P., Jacot-Sadowski, I., Cardinaux, R., ... Rodondi, N. (2015). Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis. *Swiss Medical Forum, 15*(43), 974–980.
323. Cuénod, J., Klauser, P., & Sommer-Bühler, J. (2014). Das KHM als Präventions-Plattform: zum Bedarf an Massnahmen für die Prävention in der Hausarztmedizin. *Schweizerische Ärztezeitung, 95*(18), 686–687.
324. Kalbermatten, U. (2004). Bildung im Alter. In A. Kruse & M. Martin (Eds.), *Enzyklopädie der Gerontologie* (pp. 110–124). Bern: Hans Huber.

325. Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). Beratung, Veranstaltungen und Kurse. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.» Online unter www.gesundheitsfoerderung.ch (Zugriff: Oktober 2015).
326. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Checkliste Veranstaltungen und Kurse. Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
327. Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Checkliste Beratung. Via-Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
328. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2014). Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 385*(9963), 117–71.
329. BFS (2014). *Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2012. BFS Aktuell.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
330. Keller-Guglielmetti, E., & Walter, E. (2015). *Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
331. Biedermann, A., Ackermann, G., & Steinmann, R. M. (2014). *Via: ein interkantonales Projekt zur Gesundheitsförderung im Alter. Projektabschlussbericht 2010–2013. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 17.* Bern und Lausanne.
332. Körber-Stiftung (Ed.). (2012). *Alter neu erfinden. Ergebnisse der forsa-Umfrage «Altern in Deutschland».* Hamburg: Körber-Stiftung.
333. Ackermann, G., Kirschner, M., Guggenbühl, L., Abel, B., Klohn, A., & Mattig, T. (2015). Measuring Success in Obesity Prevention: A Synthesis of Health Promotion Switzerland's Long-Term Monitoring and Evaluation Strategy. *Obesity facts, 8*(1), 17–29.
334. Brombach, C., Sych, J., Grütter, S., Ziesemer, K., Ogorsolka, M., & Baumer, B. (2015). *Wirkungsvolle Ernährungsinterventionen für ältere Menschen.* Unveröffentlichter Bericht.
335. Buri, B. (2015). *Ernährung im Alter. Aktueller Stand des Wissens und Vorschlag für die Zielgruppendefinition im Rahmen des Via-Projekts «Ernährung im Alter».* Unveröffentlichter Bericht.
336. Ruhwinkel, B., & Wieser, M. (2014). Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt. *Swiss Medical Forum, 14*(48), 905–908.
337. Bischoff-Ferrari, H. A., Rosemann, T., Grob, D., Theiler, R., & Simmen, H.-P. (2014). Vitamin-D-Supplementation in der Praxis. *Swiss Medical Forum, 14*(50), 949–953.

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

04.0138.DE 03.2016