

Januar 2020



Arbeitspapier 49

Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen

Grundlagenpapier

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 4.80 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen, welche Fachleuten in der Umsetzung in Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Der Inhalt der Arbeitspapiere unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapiere liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Das Arbeitspapier 49 dient als Grundlagenpapier. Die Broschüre «[Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter](#)» basiert auf diesem Arbeitspapier und bietet eine praxisnahe Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen

- Dr. phil. Anne Eschen, Fachbereich Gerontopsychologie von GERONTOLOGIE CH
- Dr. phil. Franzisca Zehnder, Fachbereich Gerontopsychologie von GERONTOLOGIE CH

Mit bestem Dank für die wertvollen Hinweise im Prozess an die Leitung des Fachbereichs Gerontopsychologie von GERONTOLOGIE CH

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Cornelia Waser

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 49

Zitierweise

Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen. Grundlagenpapier. Arbeitspapier 49*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Redaktionelle Bearbeitung

Nina Jacobshagen

Fotonachweis Titelbild

© iStock

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorfallée 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext

Deutsch

Bestellnummer

02.0305.DE 01.2020

Diese Publikation ist auch in französischer und in italienischer Sprache verfügbar (Bestellnummern 02.0305.FR 01.2020 und 02.0305.IT 01.2020).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	4
1 Einleitung	5
1.1 Lebenskompetenzen als Zielfelder für die Förderung der psychischen Gesundheit	5
1.2 Die Bedeutung von Lebenskompetenzen im Alter	6
2 Interventionsmöglichkeiten zur Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen	8
2.1 Kommunikationsfähigkeiten	9
2.1.1 Kommunikationsfähigkeiten und psychische Gesundheit im Alter	9
2.1.2 Interventionen	10
2.2 Emotionsregulation	11
2.2.1 Emotionsregulation und psychische Gesundheit im Alter	11
2.2.2 Interventionen	14
2.3 Selbstreflexion	15
2.3.1 Selbstreflexion und psychische Gesundheit im Alter	15
2.3.2 Interventionen	16
2.4 Soziale Kompetenzen	17
2.4.1 Soziale Kompetenzen und psychische Gesundheit im Alter	17
2.4.2 Interventionen	18
2.5 Stressbewältigung	19
2.5.1 Stressbewältigung und psychische Gesundheit im Alter	19
2.5.2 Interventionen	21
2.6 Entscheidungen treffen	23
2.6.1 Entscheidungen treffen und psychische Gesundheit im Alter	23
2.6.2 Interventionen	24
3 Durchführungsempfehlungen	25
4 Weiterführende Hinweise	27
5 Literaturverzeichnis	28

Management Summary

Das Arbeitspapier 49 beschreibt die Bedeutsamkeit von Lebenskompetenzen für die psychische Gesundheit von Menschen im dritten (65 bis 80 Jahre) und im vierten (+80 Jahre) Lebensalter. Es stellt Interventionsmöglichkeiten für die Stärkung von Lebenskompetenzen bei dieser Bevölkerungsgruppe im kommunalen Rahmen vor. In der Einleitung werden Lebenskompetenzen definiert und ihre Wechselwirkung mit anderen Faktoren, die ebenfalls die psychische Gesundheit beeinflussen, erläutert, wie Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, Lebensumfelder und soziodemografische Personeneigenschaften. Daneben stellt das Arbeitspapier dar, welche besonderen Herausforderungen und Belastungen im dritten und vierten Lebensalter durch Lebenskompetenzen bewältigt werden müssen. Dabei weisen wir auf die grosse Unterschiedlichkeit von Alterungsprozessen und -umständen sowie das hohe Anpassungspotenzial älterer Menschen hin. Die nächsten Kapitel widmen sich jeweils einer der folgenden sechs Lebenskompetenzen: Kommunika-

tionsfähigkeiten, Emotionsregulation, Selbstreflexion, soziale Kompetenzen, Stressbewältigung und die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. In jedem Kapitel definieren wir zunächst die behandelte Lebenskompetenz. Anschliessend beschreiben wir, wie sie sich im dritten und vierten Lebensalter verändert und wie sich dies auf die psychische Gesundheit auswirkt. In Boxen werden wichtige Entwicklungstheorien, Fachbegriffe oder empirische Befunde genauer erklärt. Schliesslich stellen wir Interventionsmöglichkeiten vor, mit denen jede Lebenskompetenz im dritten und vierten Lebensalter gestärkt werden kann. Wir führen konkrete Umsetzungsbeispiele für die Interventionsmöglichkeiten aus der Praxis auf. Zuletzt werden Empfehlungen für die Durchführung (z.B. bezüglich Zeit, Räume und Gestaltung der Kursmaterialien) sowie für die Werbung von Teilnehmenden (Kanäle und Inhalte) für die beschriebenen Interventionen zur Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen gegeben.

1 Einleitung

Gesundheitsförderung Schweiz zeigt in ihrem Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» auf, wie wichtig es für den Erhalt der psychischen Gesundheit in jedem Lebensalter ist, Lebenskompetenzen von Personen zu stärken (Amstad & Blaser 2016). Lebenskompetenzen sind Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es Menschen ermöglichen, Herausforderungen und Belastungen in ihrem Alltag effektiv zu bewältigen (WHO 1997). Dieses Arbeitspapier sensibilisiert für die Bedeutsamkeit von Lebenskompetenzen für die psychische Gesundheit im dritten und vierten Lebensalter (65 bis 80 Jahre bzw. 80+ Jahre). Es stellt Interventionsmöglichkeiten zur Stärkung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen im kommunalen Rahmen vor. Umsetzungsbeispiele veranschaulichen die Interventionsmöglichkeiten.

1.1 Lebenskompetenzen als Zielfelder für die Förderung der psychischen Gesundheit

Zu den Lebenskompetenzen zählen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1997) Kommunikationsfähigkeiten, Emotionsregulation, Selbstreflexion, soziale Kompetenzen, Stressbewältigung und die Fähigkeit, gute Entscheidungen treffen zu können.

Diese Lebenskompetenzen sind sehr wichtig, um zwei Ressourcen zu entwickeln und zu erhalten, die für die psychische Gesundheit eine besondere Rolle spielen: **Selbstwirksamkeit** als zentrale innere Ressource (Abderhalden et al. 2019) und **soziale Unterstützung** als zentrale äussere Ressource (Bachmann 2019). So stärkt beispielsweise eine hohe Emotionsregulations- und Stressbewältigungskompetenz das Erleben von Selbstwirksamkeit in schwierigen Lebenssituationen. Effektive Kommunikationsfähigkeiten und gut ausgebildete soziale Kompetenzen machen den Erhalt sozialer Unterstützung wahrscheinlicher.

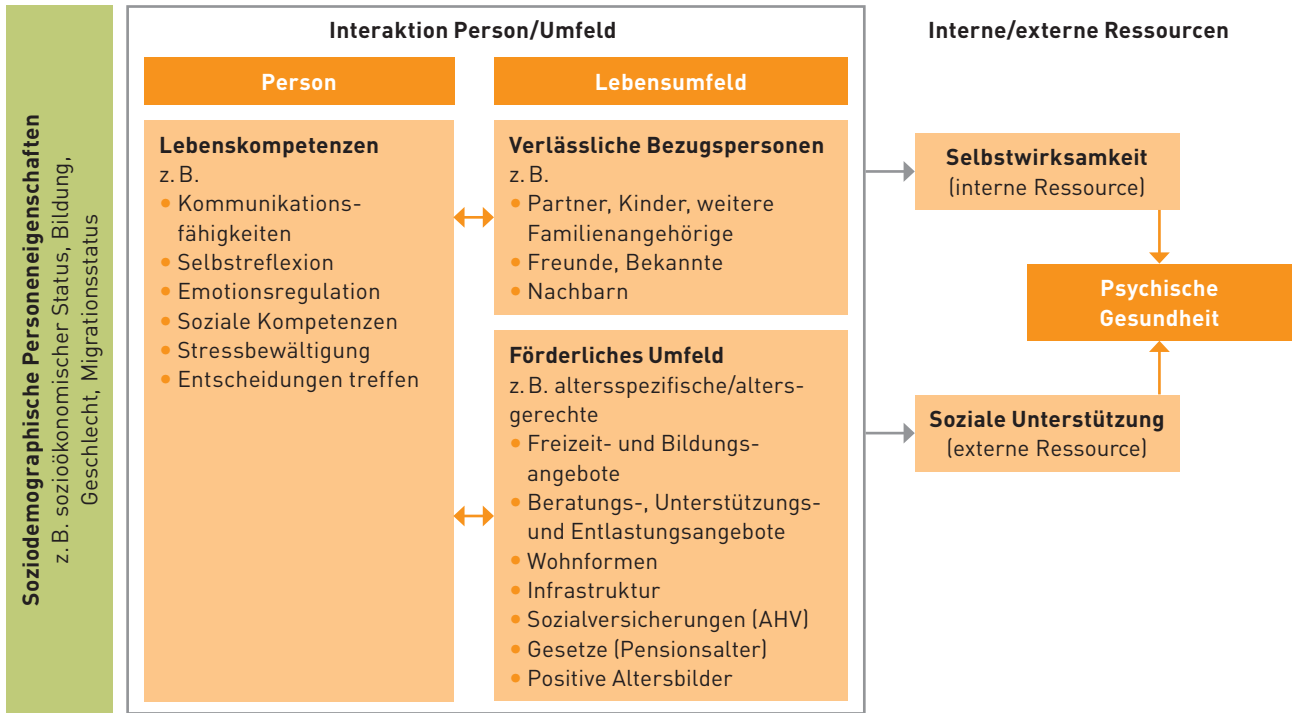
Die Entwicklung von Lebenskompetenzen über die Lebensspanne wird laut Grundlagenbericht «Psychische Gesundheit über die Lebensspanne» (Blaser & Amstad 2016) beeinflusst durch die **Lebensumfelder**, in denen sich Personen bewegen. Soziale, strukturelle und gesellschaftliche Eigenschaften des Umfeldes spielen dabei eine wichtige Rolle. Andererseits können Personen dank ihrer Lebenskompetenzen auch die Eigenschaften ihres Umfeldes mitgestalten. Interventionen zur Förderung von Lebenskompetenzen sollten daher nicht nur auf die Stärkung der Lebenskompetenzen an sich abzielen (Verhaltensmassnahmen), sondern auch auf die Gestaltung von Lebenswelten, die diese Kompetenzen fördern (Verhältnismassnahmen).

Die Entwicklung der Lebenskompetenzen über die Lebensspanne wird auch von **soziodemografischen Personeneigenschaften** beeinflusst. Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, geringer Bildung oder Migrationshintergrund sowie Frauen haben über ihr ganzes Leben hinweg weniger Zugang zu Lebenskompetenzen fördernden Umfeldern. Sozial benachteiligte Gruppen können ihre Umfeldereigenschaften auch weniger in diese Richtung beeinflussen. Interventionen zur Stärkung von Lebenskompetenzen sollten daher gerade die Ressourcen sozial benachteiligter Gruppen fördern (Amstad & Blaser 2016; Weber et al. 2016).

Die Wechselwirkung von Lebenskompetenzen mit anderen Faktoren, welche die psychische Gesundheit beeinflussen, ist in Abbildung 1 dargestellt. Darin sind besonders altersrelevante Eigenschaften von Lebensumfeldern berücksichtigt.

ABBILDUNG 1

Lebenskompetenzen als Zielfelder für die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter (basierend auf Amstad & Blaser 2016, 119)



1.2 Die Bedeutung von Lebenskompetenzen im Alter

Die Stärkung von Lebenskompetenzen ist für den Erhalt der psychischen Gesundheit im Alter aus folgenden Gründen wichtig (Boss 2016): Die kognitiven, sensorischen und motorischen Fähigkeiten lassen nach, körperliche Erkrankungen und Gebrechlichkeit nehmen zu und das Risiko abnehmender sozialer Unterstützung steigt durch Krankheit oder Tod enger Bezugspersonen. Darüber hinaus müssen sich ältere Menschen in neuen Lebensumfeldern zurechtfinden, z. B. nach der Pensionierung oder wenn sie in eine Altersinstitution umziehen. Ebenso sollen gemäss WHO (2015) für ein möglichst gesundes Altern bei älteren Menschen Kompetenzen gefördert werden, welche Lernen, persönliches Wachstum, das Treffen von Entscheidungen sowie den Aufbau und den Erhalt von sozialen Beziehungen ermöglichen.

Jedoch lassen mit zunehmendem Alter nicht zwangsläufig alle Fähigkeiten nach. Einige bleiben stabil, andere können sich sogar verbessern. Ausserdem gibt es gerade im höheren Lebensalter grosse Unterschiede hinsichtlich des Niveaus verschiedener Fähigkeiten zwischen Menschen gleichen Alters. Grund dafür ist, dass sich die Einflüsse der bisherigen Lebensbedingungen und des vormaligen Lebensstils mit steigender Lebensdauer akkumulieren (Baltès 1990). Deshalb gibt es im Alter ebenfalls eine grössere Heterogenität zwischen Gleichaltrigen als in allen früheren Lebensphasen hinsichtlich körperlicher Gesundheit, sozialer Beziehungen und Lebensumfeldern.

Hierbei kommen besonders soziodemografische Unterschiede zum Tragen. Beispielsweise lebt die aktuelle Generation älterer Frauen wegen ihres gesünderen Lebensstils durchschnittlich länger als gleichaltrige Männer. Gegenwärtig sind Frauen

im dritten und vierten Lebensalter auch eher allein-stehend als ihre männlichen Altersgenossen. Sie überleben ihre Partner häufig nicht nur aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung, sondern auch, weil sie im jüngeren Erwachsenenalter einen älteren Partner gewählt haben. Ältere Frauen verfügen in der heutigen Zeit über deutlich niedrigere Renteneinkommen und Vermögen als gleichaltrige Männer – zum einen aufgrund ihrer geringeren Bildungschancen, zum anderen, weil sie ihre Berufstätigkeit für die Kinderbetreuung unterbrochen oder aufgegeben haben (Trilling 2013; Weber et al. 2016). Ältere Frauen sind heute durch ihre Geschlechtszugehörigkeit auch stärker von Altersdiskriminierung betroffen als ältere Männer (Hellmich 2013). Die aktuelle Generation älterer Menschen mit Migrationshintergrund weist wegen ihrer oft körperlich anstrengenderen und gesundheitsschädigenderen ehemaligen Berufstätigkeit eine schlechtere körperliche Gesundheit auf. Sie verfügt aufgrund ihrer geringeren Bildungschancen über tiefere Renten und Vermögen und hat in ihrem bisherigen Leben häufiger gesellschaftliche Ausgrenzung und Diskriminierung erfahren (www.alter-migration.ch). Aufgrund der Erhöhung des Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund sowie der wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz von verschiedenen Lebensformen und -stilen wird in der Schweiz künftig sogar eine Zunahme von Heterogenität zwischen älteren Menschen gleichen Alters erwartet (Weber et al. 2016).

Tendenziell können Menschen im dritten Lebensalter (65 bis 80 Jahre) die bis dahin im Durchschnitt eher kleinen Fähigkeitseinbussen, wenigen körperlichen Erkrankungen sowie seltenen Verluste von wichtigen Bezugspersonen gut ausgleichen. Dies gelingt ihnen durch den Zugriff auf äussere Ressourcen wie soziale Unterstützung, Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Brillen, Haltegriffe im Bad) oder die im Pensionsalter mehr zur Verfügung stehende Zeit.

Ebenso setzen Menschen im dritten Lebensalter erfolgreich innere Ressourcen ein (d. h. Lebenserfahrung und Anpassung eigener Ziele oder Erwartungen an die aktuellen Kompetenzen und Lebensumstände). Dies erklärt auch das sogenannte Paradoxon des Wohlbefindens: gemeint ist die Stabilität oder sogar die Zunahme des psychischen Wohlbefindens in dieser Lebensphase trotz abnehmender Fähigkeiten, weniger werdenden engen sozialen Beziehungen und der besonderen Lebensherausforderungen des Alters (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). Die Prävalenz der meisten psychischen Störungen ist im Alter ebenfalls geringer im Vergleich zu früheren Lebensphasen. Ausnahmen sind Demenzen, Schlafstörungen und Suizide, die sich im Alter häufen, letztere insbesondere bei Männern (Mühlig et al. 2015; Weber et al. 2016).

Im vierten Lebensalter (80+ Jahre) kommt es in der Regel zu grösseren, mehrere Kompetenzen betreffenden Fähigkeitsverlusten. Auch treten Mehrfacherkrankungen häufiger auf. Zudem sterben immer mehr nahestehende Personen. Diese Entwicklungen können durch äussere und innere Ressourcen immer weniger aufgefangen werden (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). Das durchschnittliche psychische Wohlbefinden nimmt daher im vierten Lebensalter ab. Daneben wächst in der Altersgruppe 80+ der Anteil hilfs- und pflegebedürftiger Menschen (Weber et al. 2016) und der Anteil von Personen, die in Alters- und Pflegezentren leben (Kaesler 2012), erheblich.

Trotz der beschriebenen Fähigkeitseinbussen im dritten und vierten Lebensalter kann man zur Förderung von Lebenskompetenzen bei Menschen in diesen Lebensphasen nicht nur Verhältnismassnahmen, sondern auch Verhaltensmassnahmen einsetzen. Für das Lernen gibt es keine Altersgrenze, wenn sich auch Ausmass und Bedingungen effektiven Lernens im Alter verändern (Martin & Kliegel 2005).

2 Interventionsmöglichkeiten zur Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen

Jedes der sechs folgenden Unterkapitel widmet sich einer der im Alter wichtigen Lebenskompetenzen:

- Kommunikationsfähigkeiten
- Emotionsregulation
- Selbstreflexion
- Soziale Kompetenzen
- Stressbewältigung
- Entscheidungen treffen

Die jeweilige Lebenskompetenz wird zunächst definiert, dann wird beschrieben, wie sie sich im Alter verändert und wie sie die psychische Gesundheit von älteren Menschen beeinflusst. Schliesslich werden Interventionen vorgestellt, mit denen die Lebenskompetenz bei älteren Menschen gefördert werden kann. Ausgewählte, weniger bekannte Interventionen werden im **Anhang** der Broschüre [«Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter»](#) ausführlicher vorgestellt.

Da Lebenskompetenzen Personeneigenschaften sind, werden vor allem **Verhaltensmassnahmen** vorgestellt. **Verhältnismassnahmen** sind natürlich gleichsam von Bedeutung und werden ebenfalls thematisiert.

Der Fokus wird besonders auf **Gruppeninterventionen** gelegt, da sie viele Lebenskompetenzen im Alter auf besondere Weise stärken und gleichzeitig soziale Kontakte fördern (Boss 2016). Dennoch werden auch **internetbasierte Interventionen** erwähnt, weil sie weniger mobile ältere Personen in abgelegenen Orten erreichen können. Ausserdem steigt die Kompetenz älterer Menschen im Umgang mit den neuen digitalen Medien stetig (Seifert & Schelling 2015). Ebenso werden einige **Beratungsangebote** beschrieben, die sich an einzelne Personen richten. Diese haben den Vorteil, dass individuelle Bedürfnisse, Fähigkeiten und Lebensumfelder stärker berücksichtigt werden können.

Es werden einige psychotherapeutische Interventionen genannt. Psychotherapie dient nicht nur der Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie fördert auch Kompetenzen, Verhalten, Gedanken und Gefühle bei psychisch gesunden Personen, welche deren psychische Gesundheit stärken und aufrechterhalten. Für viele **psychotherapeutische und psychologische Interventionen** gibt es Umsetzungsanleitungen (Manuale), für die Literaturangaben aufgeführt werden.

Interventionen, welche mit einem Stern* gekennzeichnet sind, sollten von Psychologinnen oder Psychologen geleitet werden, weil für deren Durchführung spezifische psychologische Kompetenzen nötig sind. Psychotherapeutische Interventionen sind mit zwei Sternen** gekennzeichnet und sollten von Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten durchgeführt werden, die in der jeweiligen Psychotherapieform ausgebildet sind. Für beide Arten von Interventionen empfiehlt sich die Leitung durch Gerontopsychologinnen oder Gerontopsychologen. Sie verfügen über spezifisches Wissen zu Interventionen bei älteren Menschen und bringen Erfahrung in der Umsetzung mit. Adressen von Fachpersonen mit anerkannter Qualifikation sind auf folgenden Websites aufgeführt:

- www.gerontologie.ch: Fachbereich Gerontopsychologie von GERONTOLOGIE CH
- www.psychologie.ch: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
- <https://sbap.ch>: Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie

Die Interventionen berücksichtigen, wann immer möglich, auch besonders benachteiligte Gruppen älterer Menschen. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

2.1 Kommunikationsfähigkeiten

2.1.1 Kommunikationsfähigkeiten und psychische Gesundheit im Alter

Kommunikationsfähigkeiten beinhalten Sprachverständnis (sensorische und kognitive Prozesse), mündliche und schriftliche Sprachproduktion (Sprechen, Lesen, Schreiben) sowie Mimik und Gestik. Dazu gehört auch die Fähigkeit zur Nutzung von elektronischen Kommunikationsmitteln und -kanälen. Im Zuge der Digitalisierung nimmt ihre Bedeutung auch im Alter zu.

Die Kommunikationsfähigkeiten bleiben im Alter grundsätzlich stabil, da sie aufgrund ihrer lebenslangen Nutzung eine hochtrainierte Fähigkeit sind. Kommunikative Stärken im Alter sind ein umfassendes Vokabular und sogenanntes Weltwissen (Kenntnisse und Erfahrungen über Umwelt und Gesellschaft).

Einschränkungen in den sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten im Alter basieren meist auf

- dem Nachlassen sensorischer Fähigkeiten bzw. altersbedingten Hör- oder Sehverlusten (siehe Box 1),
- geringerer Kompetenz in der Nutzung von neuen Kommunikationsmitteln und -kanälen,
- dem Nachlassen kognitiver Fähigkeiten beispielsweise aufgrund einer sinkenden Geschwindigkeit von Informationsverarbeitung oder Aufmerksamkeitsleistungen (Ryan & Kwong See 2004),
- sozialen Einflüssen: z. B. altersstereotypes Sprachverhalten (vereinfachende Sprechweisen gegenüber älteren Menschen u. a.; «elderspeak», siehe unten) oder mangelnde Möglichkeiten zur Kommunikation mit anderen Menschen.

Box 1: Hör- und Sehverluste im höheren Lebensalter

Bedeutsame Hörverluste zeigen sich bei ca. 30 % der über 65-Jährigen und bei ca. 60 % der über 80-Jährigen, vor allem in Form von Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis). Bedeutsame Sehverluste finden sich bei ca. 20 % der über 65-Jährigen und bei ca. 30 % der über 80-Jährigen, vor allem bedingt durch altersabhängige Erkrankungen der Netzhaut. Etwa 15 % der über 80-Jährigen weisen bedeutsame gleichzeitige Einschränkungen des Hörens und des Sehens auf (Wahl & Heyl 2015).

Einzelne sensorische Einschränkungen können meist kompensiert werden. Es lohnt sich, dennoch beispielsweise bereits bei einer geringen Hörminderung zu handeln, damit Gehör und Gehirn im Alltag im selben Maße angeregt und trainiert bleiben. Zahlreiche Fachstellen bieten hierfür Beratungen und Hilfsmittel an. Liegen eine oder mehrere Sinneseinschränkungen gleichzeitig vor, sollte beachtet werden, dass dies psychische Belastungen und sozialen Rückzug nach sich ziehen kann (Wahl & Heyl 2015).

Verminderte Seh- und Hörfähigkeit kann einerseits die Nutzung von Technik einschränken oder verunmöglichen. Hilfsmittel – auch technologische – können bei Seh- und Höreinschränkungen andererseits Abhilfe schaffen. Darüber hinaus können diese auch als Trainingsgeräte zur Förderung des Sprachverständnisses genutzt werden. So können neue Informations- und Kommunikationstechnologien Kompensationsmöglichkeiten schaffen, indem sie Informationen darbieten, die gleichzeitig mehrere Sinne (Sehen, Hören, Fühlen) ansprechen. Die neuen digitalen Technologien eröffnen zudem vielfältige Möglichkeiten, ungewollte soziale Isolation zu vermeiden. Auch über grosse räumliche Distanzen und bei eingeschränkter Mobilität lassen sich mit ihnen die Kommunikation mit Angehörigen und anderen Personen aufrechterhalten, neue Kontakte knüpfen oder Informationen einholen. Diese Technologien (z. B. Internet und Smartphones) werden von der älteren Bevölkerung zunehmend genutzt. Zugleich nimmt die Zahl der Schulungsangebote und Generationenprojekte zu, welche die digitale Inklusion fördern (E-Inklusion), also die Teilhabe älterer Menschen an der Informationsgesellschaft (Seifert & Schelling 2015).

Kognitive Einschränkungen können hinsichtlich Sprachwahrnehmung und -verarbeitung dazu führen, dass es älteren Personen schwerer fällt, Irrelevantes zu ignorieren, komplexe Texte zu verstehen, ähnliche Laute zu unterscheiden oder Diskussionen mit Hintergrundgeräuschen zu folgen. Weitere im Alter häufiger auftretende Phänomene sind gesteigerte Verbosität (ein ungebremseter Redefluss mit Mangel an Fokussierung) oder das Zungenspitzenphänomen (ein Wort «liegt auf der Zunge», kann aber momentan nicht abgerufen werden) (Abrams & Farrell 2011). Mit den kognitiven Einschränkungen einhergehende Schwierigkeiten können sich auf die Alltagskompetenzen und das subjektive Wohlbefinden negativ auswirken.

Neben biologischen Faktoren können **soziale Faktoren** wie negative Altersbilder die intergenerationale Kommunikation beeinflussen. Diese führen oft zu altersstereotypem Sprechen oder «elderspeak»: ältere Menschen werden zu laut oder zu langsam angesprochen; Gesprächspartnerinnen oder Gesprächspartner vereinfachen Vokabular, verwenden Telegrammstil-Grammatik, sprechen ältere Menschen distanzlos an («Wie geht es uns heute?»), mit altersanzeigenden Benennungen («Grosi») oder beschränken sich auf vermeintlich ältere Menschen interessierende Gesprächsthemen. Dies kann zur Verstärkung altersstereotyper Verhaltensweisen führen (Rückzug, Einfordern von mehr Hilfe als nötig), was wiederum soziale Interaktionen (z. B. mit Pflegepersonen) negativ beeinflussen und das Selbstbewusstsein und die Selbstständigkeit bei älteren Personen vermindern kann (Nussbaum & Coupland 2004).

Kommunikationsfähigkeiten können auch deshalb nachlassen, weil sie mangels Gelegenheiten zu wenig angewendet werden. Soziale Kontakte und Interaktionen schaffen Kommunikationsmöglichkeiten und tragen dazu bei, diese Fähigkeiten im Alter aufrechtzuerhalten. Daneben ermöglichen sie soziale Teilhabe und haben so einen besonders positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden im Alter (Keller-Cohen et al. 2006).

2.1.2 Interventionen

Da die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Seh- oder Hörbehinderung mit zunehmendem Alter steigt, ist es sinnvoll, im kommunalen Rahmen Massnahmen anzubieten, die der Anpassung an reduzierte Seh- und Hörfähigkeiten dienen. Dabei sind auch Interventionen wichtig, die psychosoziale Faktoren berücksichtigen, z. B. zur Unterstützung bei der Bewältigung des Sehverlusts. Sinnvoll sind auch Bewegungs- und Low-Vision-Programme, die auf Lebensqualität und Alltagskompetenz fokussieren (Wahl & Heyl 2015). Weitere wichtige Interventionsfelder sind die Förderung der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien bei älteren Menschen (E-Inklusion) wie auch die Nutzung von technischen Hilfsmitteln (Internet, Smartphone usw.) zur Anpassung an die verminderten Kommunikationsfähigkeiten und zur Ermöglichung von sozialer Teilhabe. Auch bei der Sensibilisierung für altersstereotypfreie Kommunikation sollte angesetzt werden. Zudem gilt es, allgemein den Zugang zu sozialen Interaktionen zu fördern: Soziale Interaktionen sind Trainingssettings für Kommunikationsfähigkeiten.

Interventionen zur Anpassung an Seh- und Höreinschränkungen

Beratungen durch Fachorganisationen (Beispiele):

- Seh- und Hörhilfenberatung sowie Beratung zu Hilfsmitteln im Alltag: z. B. Nutzung von Hörgeräten, angepasste Telefontechnik und Hörtaktiken zur Verbesserung der Kommunikation mit anderen Personen, Einbezug von Angehörigen, Telefonapparate mit optischem Klingelsignal, Verwendung von kontrastierten Schneidebrettchen
- Low-Vision-Beratungen umfassen sämtliche Massnahmen, die der maximalen Nutzung des vorhandenen Sehpotenzials dienen. Dies beinhaltet die Messung des Sehpotenzials, die Erfassung der Sehgewohnheiten sowie die Abklärung der Sehbedürfnisse, Beratung zu und Training der Verwendung von optischen Hilfsmitteln wie Lupenbrillen oder Bildschirmlesegeräten sowie Beratung zu Einrichtung und Beleuchtung
- Sozialberatung über Rechte und Pflichten von Menschen mit Seh-/Hörbehinderung durch Fachorganisationen wie den Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZB), den Schweizerischen Blinden- und Sehbehindertenverband (SBV) oder pro audio Schweiz (Selbsthilfeorganisation von und für Schwerhörige/Hörbehinderte)

Trainings

- Verständigungstrainings: Sie üben das Ablesen der Sprechbewegungen von den Lippen, beinhalten Hör- und Kommunikationsstrategien, betreffen Artikulation, Modulation und Ausdrucksweise, erweitern den Wortschatz, trainieren das Verstehen von gesprochener Sprache, beziehen Bezugspersonen/Angehörige ein (pro audio Schweiz)
- Gehörtherapie (auch vorbeugend): am Computer wird das Sprachverständnis in schwierigen Situationen trainiert, z. B. das Verstehen in einer lebhaften Gesprächsrunde, bei hohem Umgebungslärm oder bei undeutlicher Aussprache (KOJ-Gehörtherapie)
- *Psychoedukative Trainings: «Neun Themen bei Sehverlust» für ältere sehbehinderte Menschen (Diesmann & Schacht 2015): Information über psychische Belastungen und Erkrankungen, die bei einem Sehverlust auftreten können, z. B. akute Belastungs- und Stressreaktion, depressive Symptome oder Angst und deren Behandlungsmöglichkeiten, Förderung von Konflikt-/Selbstmanagement.

Im Zusammenhang mit Einschränkungen ebenfalls hilfreich

- Sehbehinderten- und blindengerechte Bewegungsprogramme: Tai-Chi-Programme z. B. fördern Gleichgewicht, Kondition und Befindlichkeit
- Orientierungs- und Mobilitätstrainings: z. B. Gehen mit oder ohne Langstock, Üben von ÖV-Nutzung
- Trainings von lebenspraktischen Fähigkeiten: Tipps für und Training von Alltagsaktivitäten wie Kochen, Körper- und Kleiderpflege, Kommunikation, Freizeitaktivitäten wie Üben der Bedienung von Abspielgeräten für Hörbücher usw.

Interventionen zur Förderung der E-Inklusion

- Kursangebote von Pro Senectute: Tablet-Kurse, Handy-Kurse, E-Banking-Kurse usw.
- Computerias: sind Lern-, Support- und Begegnungsorte, in denen ältere Menschen ermutigt werden, sich mit den neuen Informationstechnologien und sozialen Netzwerken aktiv zu befassen. Es wird die Anwendung von Hard- und Software, Internet und sozialen Netzwerken ausprobiert, gelernt und geübt. Die Nutzerinnen und Nutzer leisten gegenseitige Selbsthilfe (www.computerias.ch).
- CompiSternli: Kinder und Jugendliche unterstützen ältere Personen auf dem Weg in die digitale Welt (www.compisternli.ch).

Interventionen zur Reduktion von altersstereotyper Kommunikation («elderspeak»)

- *CHAT-Training: das Changing-Talk-Training ist ein Sensibilisierungstraining für Pflegepersonal mittels Perspektivenwechsel, Audio-Sequenzen, Reflexion eigener Altersstereotype und eigener nonverbaler Verhaltensweisen (Williams 2017).

Interventionen zur Förderung von Kommunikation

- Mittagstische (Table d'hôtes, Tavolata), Spielnachmittage, Seniorentreffpunkte
- Telefonketten: ermöglichen Kommunikation und Sozialkontakte und basieren auf dem aus der Schulzeit bekannten Klassentelefon. Einmal in der Woche rufen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Telefonkette reihum an. Sie erkundigen sich nach dem gegenseitigen Wohlbefinden und tauschen Neuigkeiten aus (Telefonketten von Pro Senectute).

2.2 Emotionsregulation

2.2.1 Emotionsregulation und psychische Gesundheit im Alter

Unter Emotionsregulation versteht man Strategien, mit denen Menschen beeinflussen, welche Gefühle sie erleben, wann und wie sie diese erleben und wie sie diese ausdrücken (Gross 1999). Es werden zwei Arten von Emotionsregulationsstrategien unterschieden: antizipatorische (vorwegnehmende) und reaktive (siehe Box 2). Emotionsregulationsdefizite spielen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der meisten psychischen Störungen eine zentrale Rolle (Berking 2015).

Box 2: Emotionsregulationsstrategien (Gross 1999)

Antizipatorische Strategien richten sich darauf aus, das Auftreten und die Stärke von Gefühlen zu beeinflussen, bevor sie sich im vollen Umfang ausbilden können. **Reaktive** Emotionsregulationsstrategien zielen auf eine Beeinflussung von bereits entstandenen Gefühlen ab. Beispiele:

Antizipatorisch

- Man begibt sich bewusst in bestimmte Situationen oder vermeidet sie absichtlich (man sieht sich z. B. eine Komödie im Fernsehen an, weil sie Freude auslöst, oder man schaut keine Nachrichten, weil sie einem Angst machen).
- Man lenkt gezielt den Verlauf einer Situation (indem man sich z. B. so verhält, dass ein Konflikt sich entspannen kann).
- Man richtet die Aufmerksamkeit bewusst auf bestimmte Aspekte einer Situation (indem man z. B. bewusst auf Zeichen von Zustimmung beim Gegenüber achtet).
- Man verändert seine Deutung bestimmter Situationen oder Situationsaspekte (z. B.: «Ein Bekannter hat mich nicht gegrüsst, weil er in Eile war, nicht weil er mich nicht mag»).

Reaktiv

- Man verstärkt oder schwächt physiologische Reaktionen (z. B. Veränderungen von Herzschlag, Blutdruck, Atemfrequenz und Muskelspannung) oder Verhaltensreaktionen auf Emotionen (z. B. indem man sich bewusst entspannt oder seine Mimik und Gestik bewusst steuert).

Vom jungen Erwachsenenalter bis zum dritten Lebensalter nimmt das Erleben von positiven Gefühlen zu und das Erleben von negativen Gefühlen ab. Schwankungen zwischen positiven und negativen Gefühlen werden ausserdem kleiner und seltener. Im vierten Lebensalter gibt es wieder einen leichten Trend in Richtung weniger positive und mehr negative Gefühle, wobei selbst dann im Durchschnitt immer noch mehr positive und weniger negative Gefühle erlebt werden als zwischen dem 20. und dem 30. Lebensjahr (Charles 2010; Charles & Carstensen 2009).

Die **Zunahme von positivem Gefühlserleben** von der Jugend bis zum dritten Lebensalter wird auf eine mit dem Lebensalter steigende Anwendung von antizipatorischen Emotionsregulationsstrategien zurückgeführt. So vermeiden ältere Menschen eher emotional anstrengende oder neue Situationen und konzentrieren sich auf wenige, aber nahe und positive Beziehungen (Carstensen 2006; Charles 2010; Charles & Carstensen 2009). Ebenso beeinflussen sie Situationen eher so, dass sie weniger negative Gefühle auslösen. Beispielsweise vermeiden ältere Personen häufiger als jüngere Streit in angespannten Situationen. Folglich sind sie weniger emotional belastet als jüngere Menschen (Charles et al. 2009). Ausserdem richten ältere Menschen ihre Aufmerksamkeit eher auf positive als auf negative Aspekte einer Situation und erinnern sich eher daran. Bei Jüngeren verhält es sich umgekehrt: Sie schenken negativen Aspekten mehr Aufmerksamkeit als positiven und erinnern sich besser an negative Informationen, weil negative Reize evolutionär einen höheren Informationsgehalt haben als positive. Diese Aufmerksamkeits- und Gedächtnisveränderungen im Alter sind als **Positivitätseffekt** bekannt geworden (Carstensen 2006). Darüber hinaus bewerten ältere Menschen Erlebnisse oder auch das Verhalten von wichtigen Bezugspersonen im Nachhinein oft positiver, als sie von Fachexpertinnen oder Fachexperten objektiv eingestuft wurden (Charles 2010).

Box 3: Sozioemotionale Selektivitätstheorie (SST, Carstensen 2006)

Der stärkere Einsatz von antizipatorischen Emotionsregulationsstrategien von älteren Menschen wird von der SST mit motivationalen Veränderungen erklärt, die mit der **subjektiv noch verbleibenden Zeit bis zum Tod** zusammenhängen. Wenn diese Zeit als noch sehr lang eingeschätzt wird, werden Aktivitäten bevorzugt, welche einen langfristigen Nutzen für das psychische Wohlbefinden haben, aber durchaus von negativen Gefühlen begleitet sein können. Dazu gehören Aktivitäten, die der Informationssammlung, dem Kompetenzerwerb, dem Erleben von Neuem und dem Ausbau des eigenen sozialen Netzwerks dienen. Wird hingegen die verbleibende Lebenszeit als gering empfunden, werden eher Aktivitäten bevorzugt, die dem kurzfristigen Erleben von positiven Gefühlen dienen, d. h. Emotionsregulationsstrategien. Für die SST spricht, dass man ähnliche motivationale und emotionale Veränderungen wie bei älteren Menschen auch bei jüngeren Menschen findet, wenn sie nur noch eine kurze Zeit zu leben haben. Ausserdem konnten Altersunterschiede in der Aufmerksamkeitsausrichtung und im Gedächtnis aufgehoben werden durch experimentelle Manipulation der subjektiv noch verbleibenden Lebenszeit.

Die Abnahme von positivem Gefühlserleben im vierten Lebensalter wird mit Veränderungen in den Emotionsregulationsstrategien erklärt (Charles 2010). **Reaktive** Emotionsregulationsstrategien funktionieren im hohen Alter häufig weniger gut, da mit negativen Gefühlen einhergehende physiologische Reaktionen langsamer abklingen als in jüngeren Jahren. Ausserdem können **antizipatorische** Strategien wie Aufmerksamkeitslenkung oder Bewertungsveränderung von hochaltrigen Menschen in der Regel nicht mehr so gut eingesetzt werden. Grund dafür ist das Nachlassen von bestimmten höheren kognitiven Fähigkeiten im vierten Lebensalter. Ausserdem treten vermehrt länger andauernde emotional belastende Situationen auf, die nicht vermieden werden können. Beispiele sind der Verlust nahestehender Menschen, die Betreuung hilfsbedürftiger Angehöriger, Gebrechlichkeit oder chronische Krankheiten.

Folgende Interventionen empfehlen sich daher besonders bei älteren Menschen:

- Interventionen, die sie befähigen, physiologische Reaktionen auf negative Gefühle schneller abklingen zu lassen,
- Interventionen, die ihnen helfen, altersspezifische, länger anhaltende emotional belastende Situationen zu bewältigen.

Zu letzteren zählen Interventionen, die Strategien zum gezielten Hervorrufen von positiven Gefühlen vermitteln und trainieren, wie auch Interventionen, die ältere Menschen im Trauerprozess unterstützen und es ihnen ermöglichen, durch Gebrechlichkeit ausgelöste Ängste zu reduzieren. Interventionen zur Stärkung des psychischen Wohlbefindens von betreuenden Angehörigen hilfsbedürftiger Menschen sind in Kessler und Boss (2019) ausführlich beschrieben.

Trauer sollte man nicht pathologisieren, auch wenn über längere Zeit Traurigkeit, Wut, Schuldgefühle, emotionale Taubheit, schnellere Erschöpfbarkeit, Schlafprobleme oder sozialer Rückzug auftreten. Nur ein geringer Teil der Trauernden entwickelt eine sogenannte anhaltende oder komplizierte Trauerstörung. Diese sollte psychotherapeutisch behandelt werden (siehe Box 4). Für Menschen im normalen Trauerprozess haben sich psychotherapeutische Interventionen als ineffektiv herausgestellt. Sie hatten teilweise sogar negative Auswirkungen. Selbsthilfegruppen haben sich hingegen als hilfreich erwiesen (Wagner 2013).

Box 4: Eine anhaltende oder komplizierte

Trauerstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen sehr lange unter einem starken Trennungsschmerz leiden, Orte oder Personen vermeiden, die sie an die verstorbene Person erinnern, sowie Schwierigkeiten haben, ihr Leben ohne die verstorbene Person fortzuführen (Flüeler & Forstmeier 2013). Hier helfen spezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapieverfahren (Wagner 2013), auch in Online-Versionen (Wagner et al. 2006; noch in Evaluation: Brodbeck et al. 2017: www.online-therapy.ch/livia).

Gebrechlichkeit löst bei älteren Menschen oft Sturzangst aus oder die Angst, Opfer eines Verbrechens zu werden. **Sturzangst** entsteht dabei häufig aus einer Unterschätzung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit und einer Überschätzung des eigenen Sturzrisikos oder der Schwere von Sturzfolgen. Dies führt oft zu einer Reduktion von körperlichen Aktivitäten, was das Schwinden von Muskelkraft und das Nachlassen des Gleichgewichtssinns zur Folge hat. Dies wiederum lässt die tatsächliche Sturzgefahr steigen. Interventionen, welche die oben genannten Fehleinschätzungen entkräften und zu körperlichen Aktivitäten motivieren, haben sich als wirksam für die Reduktion von Sturzangst und auch für die Steigerung des Gleichgewichts erwiesen (Liu et al. 2018). Auch die **Angst** älterer Menschen, **Opfer eines Verbrechens zu werden**, ist zum grossen Teil unbegründet. Tatsächlich werden ältere Personen seltener Opfer von Straftaten wie Raub, Körperverletzung, Diebstahl oder Einbruch. Ausnahmen sind Betrugsdelikte, welche direkt auf ältere Menschen abzielen, wie z. B. der sogenannte Enkeltrick. Aufklärung, Beratung und Üben von Vorsichtsmassnahmen können helfen, weniger Angst vor Kriminalität und mehr Sicherheit zu empfinden (Greve & Görden 2012).

Ausserdem sollten Emotionsregulationsinterventionen ältere Menschen darin bestärken, negative Gefühle besser aushalten und akzeptieren zu können. Ein zu starker Fokus auf positive Erfahrungen und Informationen kann nämlich auch Probleme nach sich ziehen. Dazu gehören eine massive Einengung des Lebensradius, die den Erhalt und das Neulernen von kognitiven, sozialen und körperlichen Fähigkeiten einschränkt, das Vermeiden von notwendigen Konfliktgesprächen, Veränderungen des Lebensstils oder des Lebensumfelds (z. B. altersgerechte Einrichtung der Wohnung, Umzug ins Altersheim) und eine Anfälligkeit für emotionale Manipulationen oder Betrugsversuche (z. B. mit dem Enkeltrick).

2.2.2 Interventionen

Interventionen zur Reduktion von physiologischen Gefühlreaktionen: Entspannungsverfahren

- Atementspannung (z. B. Höfler 2015)
- Progressive Muskelentspannung (z. B. Hofmann 2012)
- Autogenes Training (spezifisch für ältere Menschen: Hirsch & Hespos 2000)

Interventionen zum gezielten Hervorrufen von positiven Gefühlen

- ****Genussstraining** (Koppenhöfer 2004): Steigern des Erlebens von Genuss durch das Üben einer bewussten, konzentrierten Wahrnehmung über alle Sinne sowie das gezielte Suchen nach angenehmen Reizen im Alltag
- ****Imaginative Verfahren**: Training des Erzeugens von angenehmen inneren Vorstellungsbildern oder Erinnerungen (spezifisch für ältere Menschen: Erlanger 1997; Reddemann et al. 2013)
- ***Interventionen aus der Positiven Psychologie** (Seligman 2002): z. B. Charakterstärken kennenlernen und bewusst im Alltag einsetzen, abends drei lustige Erlebnisse aufschreiben, wichtigen Personen einen Dankesbrief schreiben (Esch 2017), kostenloses, für ältere Menschen wirksames (Proyer et al. 2014) Online-Training: www.staerkentraining.ch
- **Humortrainings: 7-Humor-Habits-Trainingsprogramm*** (McGhee 2016; deutsches Manual: Falkenberg et al. 2013; Trainer in der Schweiz: www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/sob/pers-psy/trainings/humortraining; Wirksamkeit am besten durch Studien belegt, auch für ältere Menschen), Humorgruppen für Bewohnerinnen und Bewohner von Alterszentren (Hänni 2016) bzw. psychisch kranke ältere Erwachsene** (Hirsch 2016; Hirsch et al. 2010; Hirsch & Kranzhoff 2004)

Interventionen zur Unterstützung von älteren Menschen im Trauerprozess

- **Selbsthilfegruppen**: professionell begleitetes Selbsthilfegruppen für trauernde ältere Menschen allgemein und speziell für trauernde Grosseltern (Schroeter-Rupieper 2013); Gruppen in der Schweiz: www.selbsthilfeschweiz.ch, professionell begleitetes Trauerstammtisch am Friedhofsforum Zürich: www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/bevoelkerungsamt/FriedhofForum/veranstaltungen/trauer-stammtisch, professio-

nell begleitetes Trauercafé am Universitätsspital Zürich: www.dermatologie.usz.ch/unser-angebot/Documents/USZ-Dermatologie_Trauercafe.pdf

Interventionen zur Reduktion von gebrechlichkeitsassoziierten Ängsten

- ****Sturzangst**: Veränderung von angstauslösenden Überzeugungen und Motivation zu körperlichen Aktivitäten (Liu et al. 2018)
- **Angst, Opfer eines Verbrechens zu werden**: Aufklärung, Beratung und Üben von Vorsichtsmassnahmen; z. B. kostenloser Kurs der Stadtpolizei Zürich für Erwachsene ab 60 Jahren u. a. über Schutzmassnahmen gegen Taschen- und Trickdiebstahl, Diebstahl beim Abheben von Geld am Geldautomaten und Betrug im Internet: www.parcours60plus.ch

Interventionen zur Förderung des Aushaltens und Akzeptierens von negativen Gefühlen

- **Mindful Self-Compassion (MSC)-Programm** (Neff & Germer 2018): Förderung von drei Elementen des Selbstmitgefühls: freundlicher Umgang mit sich selbst bei Fehlern und Versagen sowie in schwierigen Situationen, Menschlichkeit (Anerkennen, dass niemand perfekt ist und dass Schwierigkeiten und Leid zum Leben gehören) und Achtsamkeit (negative Gedanken und Gefühle ohne Bewertung wahrnehmen und nicht sofort unterdrücken oder vermeiden); Durchführung durch speziell ausgebildete Trainer; Anbieter in der Schweiz: www.mindfulselfcompassion.ch, www.ibp-institut.ch/angebot-details/achtsames-selbstmitgefuehl, www.centerformindfulness.ch/kursangebote
- ****Training emotionaler Kompetenzen (TEK)** (Berking 2015): Förderung von 7 Emotionsregulationsstrategien: 1) bewertungsfreies Wahrnehmen, Erkennen und Benennen von Gefühlen, 2) Akzeptanz und Aushalten von unangenehmen Gefühlen, 3) die Fähigkeit, sich selbst in emotional belastenden Situationen innerlich teilnehmend und unterstützend zur Seite zu stehen, aber auch Reduktion von physiologischen Gefühlreaktionen durch 4) Atementspannung und 5) Progressive Muskelentspannung, 6) aktive Analyse der Ursachen für das aktuelle Gefühlserleben und darauf basierend 7) eine aktive Veränderung der gefühlsauslösenden oder -aufrechterhaltenden Faktoren; Liste mit ausgebildeten TEK-Trainern: www.tekonline.info

2.3 Selbstreflexion

2.3.1 Selbstreflexion und psychische Gesundheit im Alter

Unter der Lebenskompetenz Selbstreflexion wird die Fähigkeit verstanden, sich selbst zu kennen und zu mögen (WHO 1997). Theorien zur Entwicklung der Selbstidentität über die Lebensspanne (Erikson 1998; Tornstam 1989; siehe Box 5) betonen, dass diese Kompetenz besonders im Alter gefordert wird, weil dann identitätsstiftende Rollen durch Pensionierung oder Verwitwung wegfallen. Ausserdem können das Nachlassen kognitiver und körperlicher Fähigkeiten und die Nähe des eigenen Todes das Selbstbild ins Wanken bringen. Aufgrund dieser Entwicklungen sind ältere Menschen meist besonders motiviert, sich selbst zu reflektieren. Dieses erhöhte Engagement in Selbstreflexion führt schliesslich oft zu einem Kompetenzzuwachs in dieser Fähigkeit.

Es kann zu einer Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens bis hin zur Verzweiflung kommen, wenn eigene Überzeugungen und Einstellungen oder diejenigen von Bezugspersonen das vermehrte Engagement in Selbstreflexion behindern. Hierbei können Altersbilder eine Rolle spielen, welche einseitig die Vermeidung von körperlichen Alterungsprozessen und Tod durch eine hohe Beteiligung älterer Menschen an sozialen, sportlichen oder geistigen Aktivitäten fordern (Höpflinger 2002; Kruse 2014). Dadurch kann die gedankliche Auseinandersetzung mit der zunehmenden körperlichen Verletzlichkeit und dem nahenden Tod verdrängt werden. Nach Erikson (1998) und Tornstam (1989) aber gibt diese Auseinandersetzung erst den Impuls zur vermehrten Selbstreflexion im Alter. Daneben kann die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte von anderen als übertriebene Selbstbezogenheit und Vergangenheitsorientierung ausgelegt werden. Auch kann der mit vermehrter Selbstreflexion einhergehende soziale Rückzug negativ bewertet werden.

Für ältere Menschen sind daher Interventionen besonders relevant, welche die Reflexion der eigenen Lebensgeschichte, der eher schmerzlichen Aspekte des Alters sowie der persönlichen Altersbilder fördern.

Box 5: Theorien zur Selbstreflexion im Alter

Erikson (1998): Theorie zur Entwicklung der Selbstidentität über die Lebensspanne

Laut Erikson ist die lebenslange Identitätsentwicklung durch acht psychosoziale Krisen gekennzeichnet, die in bestimmten Lebensaltern auftreten. Die Lebenszufriedenheit in einem bestimmten Lebensalter hängt mit der erfolgreichen Bewältigung der Krisen in früheren Lebensphasen zusammen. Für das Alter postuliert Erikson die Krise Ich-Integrität versus Verzweiflung. Sie kann durch Selbstreflexion im Sinne von Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, Akzeptanz von Gelebtem und Nicht-Gelebtem und von Endlichkeit sowie Entwicklung von Kontinuitäts- und Zugehörigkeitserleben bewältigt werden.

Tornstam (1989): Theorie der Gerotranszendenz

Tornstam nimmt an, dass die im Alter zunehmende Selbstreflexion nicht nur auf die **Ebene des Selbst** (Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte und persönlichen Eigenschaften) beschränkt ist, sondern sich auch auf eine kosmische und soziale Ebene richtet. Auf **kosmischer Ebene** kommt es zu einer stärkeren Integration von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft (beispielsweise indem das eigene Leben mit dem Leben vorhergehender und nachfolgender Generationen in Beziehung gesetzt wird). Des Weiteren vollzieht sich eine Abwendung von einer rein materialistischen und rationalistischen Weltsicht hin zu einer stärkeren Auseinandersetzung mit mystischen und spirituellen Dimensionen des Lebens. Dies kann die Todesfurcht verringern. Auf **sozialer Ebene** vollzieht sich eine stärkere Reflexion der Passung von eigenen Werten, Eigenschaften und Vorlieben mit eigenen sozialen Rollen, Beziehungen und allgemeinen sozialen Normen. Damit geht einher, dass oberflächliche Beziehungen aufgegeben, bedeutsame Beziehungen dagegen intensiviert werden. Es kommt zu einem stärkeren sozialen Rückzug, aber auch zu reiferen Urteilen in sozialen Lebensfragen und mehr selbst- statt normenkonformem Verhalten.

2.3.2 Interventionen

Lebensrückblickinterventionen (Maercker 2013, Wirksamkeit der ersten drei Formen sehr gut belegt, siehe Metaanalyse Pinquart & Forstmeier 2012 und 2013)

- Reminiszieren: Sammeln von Erinnerungen zu bestimmten Themen wie Feste, erster Schultag oder Jahreszeiten in der Gruppe, z. B. in «Erzählcafés»: www.netzwerk-erzählcafé.ch
- Biografiearbeit: gezieltes Durchsprechen aller Lebensphasen von der Kindheit bis in die Gegenwart
- Lebensrückblicktherapie: gezieltes Durchsprechen aller Lebensphasen von der Kindheit bis in die Gegenwart *und* die Förderung des gezielten Reflektierens der eigenen Biografie (z. B. Fragen nach Gefühlen, Einfluss der Lebensumstände auf die Selbstentwicklung und gezielte Erfassung von positiven *und* negativen Ereignissen), z. B. ****Gruppentherapie «Auf der Suche nach Sinn»:** Versionen für selbstständig wohnende ältere Menschen sowie für Bewohnerinnen und Bewohner von Alterszentren (Pot & van Asch 2013); individuelle Würdezentrierte Therapie am Lebensende (Reflexion der eigenen Lebensgeschichte mit Erstellen eines Nachlassdokuments mit der Biografie und Wünschen, Hoffnungen und Ratschlägen für die Zukunft der Angehörigen [Spang & Züger 2017; Manual: Chochinov 2017]; Anbieter in der Schweiz: www.andreasweberstiftung.ch/wirkungsfelder-film, www.kssg.ch/palliativzentrum/leistungsangebot/wuerdezentrierte-therapie, www.palliativzentrum.insel.ch/fileadmin/zentrumpalliativ/pdf/Dignity_Therapy.pdf)
- Zeitzeugeninterviews: Online-Plattform des Instituts für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaften (ISEK) der Universität Zürich für schriftliche Zeitzeugendokumente mit jährlicher Preisverleihung für besonders gelungene Berichte (www.meet-my-life.com); liesse sich künftig in Projekte zur Gemeindegeschichte oder Ausstellungen an Museen einbetten; z. B. Projekte zu den Lebenserfahrungen von spezifischen älteren Bevölkerungsgruppen (z. B. ältere Menschen mit Migrationshintergrund oder homosexueller Orientierung)

Interventionen zur Reflexion von schmerzlichen Aspekten des Alters

- Integration bedrohlicher Erfahrungen ins Selbstbild: ****Personenzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers** (spezifisch für ältere Menschen: Elfner 2008)
- Reflexion von Sinnfragen: ****Logotherapie oder Existenzanalyse nach Viktor Frankl** (1987)
- Auseinandersetzung mit zentralen, existenziellen Themen des Menschseins wie Leid und Tod: ****Existenzielle Psychotherapie nach Irvin Yalom** (1989)
- Auseinandersetzung mit und evtl. Änderung von eigenen Werten, Einstellungen zu sich selbst und persönlichen Gewohnheiten sowie Akzeptieren von leidvollen Erfahrungen und unveränderlichen Lebenssituationen: ****Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, Hayes et al. 2014)**, Anwendung bei älteren Menschen siehe Wilz et al. (2017); Anbieter in der Schweiz: Gruppe für Erwachsene mit chronischen Schmerzen in Winterthur (www.zumbeherztenLeben.ch)
- Gesprächsrunden über Leben und Sterben: Cafés mortels (www.sterben.ch/index.php?id=373)

Interventionen zur Förderung der Reflexion von eigenen Altersbildern

- Offene Gesprächsgruppe zu philosophischen Theorien zum Älterwerden: Café Dialogue vom Gesundheitsdepartement Basel Stadt: www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/psychische-gesundheit/seniorinnen-senioren/cafe-dialogue.html
- Künstlerische Beschäftigung mit eigenen und gesellschaftlichen Altersbildern: Tessiner Projekt «TeatroBenessereAnziani»; Tanztheater Dritter Frühling: www.dritter-fruehling.ch

2.4 Soziale Kompetenzen

2.4.1 Soziale Kompetenzen und psychische Gesundheit im Alter

Soziale Kompetenzen beinhalten die Fähigkeiten, Kontakt zu Mitmenschen aufzunehmen und zwischenmenschliche Beziehungen so zu gestalten, dass sie mit den eigenen Bedürfnissen und Zielen übereinstimmen (Hinsch & Pfingsten 2007). Gute soziale Beziehungen sind in jeder Lebensphase zentral für die soziale Integration, eine wichtige Quelle für soziale Unterstützung und ein wichtiger Faktor für die psychische Gesundheit (Bachmann 2018). Weitere Ausführungen zur sozialen Unterstützung und sozialen Teilhabe finden sich in der Broschüre [Soziale Ressourcen](#).

Menschen werden im Laufe ihres Lebens zunehmend selektiv in der Wahl der Menschen, mit denen sie in Kontakt sein möchten. Für das Wohlbefinden älterer Menschen ist eher die Qualität als die Quantität zwischenmenschlicher Beziehungen ausschlaggebend (siehe Box 3 sowie Theorie der Gerotranszendenz von Tornstam 1989). Dies kann erklären, weshalb die Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen im Alter zunimmt und ältere Menschen über weniger negative Interaktionen berichten als jüngere: auch, weil sie eher Konflikte vermeiden und unangemessenes Verhalten ihres Gegenübers ignorieren, weniger erinnern oder als weniger taktlos einstufen (Charles & Carstensen 2009). Andererseits kann es dazu führen, dass ihre eigenen Bedürfnisse in engen Beziehungen zu kurz kommen, sie weniger gut andere um Hilfe bitten oder ihnen zustehende Rechte im Alltag einfordern können.

Soziale Beziehungen im Alter fokussieren stärker auf die Kernfamilie. Persönliche Kontakte ausserhalb der Familie werden seltener. Soziale Isolation – definiert als das Fehlen sozialer Beziehungen – ist vielfach nicht durch das Alter selbst bedingt, sondern durch schon früher vorhandene soziale Lücken (z. B. bei alleinstehenden, kinderlosen Personen). Solche Lücken können auch erst im Alter bei der Anpassung an neue Rollen entstehen, etwa infolge der Pensionierung oder von Verwitwung (Höpflinger 2002). Die Fähigkeit, solche Rollenwechsel gut bewältigen und neue Beziehungen aufbauen zu können, wird im Alter umso wichtiger, wenn nahe Verwandte oder enge Vertrauenspersonen fehlen oder sterben.

Gerade für den Erhalt sozialer Beziehungen ist ein konstruktiver Umgang mit interpersonalen Verletzungen oder Kränkungen zentral. Ältere Menschen sind grundsätzlich eher als jüngere dazu bereit, anderen zu verzeihen. Diese Tendenz hängt mit Motivationsveränderungen zusammen, die ihrerseits erklärt werden können mit der im Alter geringeren verbleibenden Lebenszeit (siehe Box 3) und der stärkeren Reflexion von eigenen sozialen Rollen, Beziehungen und Normen (siehe Theorie der Gerotranszendenz von Tornstam 1989). Die im hohen Erwachsenenalter häufig stattfindende Rückschau auf das bisherige Leben führt jedoch dazu, dass «Altlasten» von weit zurückliegenden Verletzungen wieder relevant werden und das emotionale Wohlbefinden beeinträchtigen können. Dazu zählen auch Diskriminierungserfahrungen, welche viele ältere Menschen mit Migrationshintergrund oder Zugehörigkeit zur LGBT-Community¹ im Laufe ihres Lebens häufig erfahren haben. Die Fähigkeit, sich mit früheren Kränkungen auseinandersetzen und verzeihen zu können, ist gerade auch für sie eine besonders bedeutsame soziale Kompetenz im Alter (Martin et al. 2015).

Ältere Menschen haben ein grosses Bedürfnis, für nachfolgende Generationen Sorge zu tragen (Höpflinger 2002; Kruse 2014). Dieses Bedürfnis wird als **Generativität** bezeichnet. In der Theorie von Erikson (1998) zur Identitätsentwicklung über die Lebensspanne (siehe Box 5) steht der Begriff Generativität (versus Stagnation) für die Krise des mittleren Erwachsenenalters. Später wurde er im Zuge der steigenden Lebenserwartung auf das hohe Erwachsenenalter ausgeweitet (Höpflinger 2002).

Generativität umfasst sowohl die Vermittlung und Weitergabe von Wissen, Erfahrungen und Kompetenzen an jüngere Generationen als auch Aktivitäten, durch die ältere Menschen einen Beitrag für das Gemeinwesen leisten (z. B. Mentoring, Betreuung und Erziehung, ziviles Engagement). Die Ausübung von Generativität erfordert nicht zwingend Kontakte mit jüngeren Menschen, sondern kann auch über Bücher, Memoiren, Bilder oder andere kreative Produkte erfolgen (Höpflinger 2002). Studien zeigen, dass erlebte Generativität negativen Gefühlen und depressiver Stimmung entgegenwirkt, sinnstiftend ist und einen positiven Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und das Älterwerden hat (z. B. Gruenewald et al. 2016).

¹ LGBT steht für lesbisch, schwul (englisch: gay), bisexuell und transgeschlechtlich (englisch: transgender).

Folgende soziale Kompetenzen sollten daher besonders bei älteren Menschen gefördert werden: die Fähigkeiten,

- a) eigene Bedürfnisse gegenüber engen Bezugspersonen auszudrücken, andere um Hilfe zu bitten und eigene Rechte durchzusetzen,
- b) im Alter anstehende Rollenwechsel zu bewältigen und neue soziale Beziehungen zu knüpfen,
- c) weiter zurückliegende Kränkungen zu verzeihen und
- d) Generativität auszuüben und Beziehungen zu jüngeren Menschen aufzubauen und zu führen.

2.4.2 Interventionen

Interventionen zum Einsetzen für eigene Belange in bestehenden Beziehungen, zur Bewältigung von Rollenwechseln und zum Aufbau neuer Beziehungen

- ****Soziales Kompetenztraining:** wird bei älteren Personen erfolgreich eingesetzt (Werheid et al. 2011). Selbstsicheres Verhalten in sozialen Situationen wird durch Psychoedukation, Selbstreflexion und Rollenspiele gefördert: Äussern von eigenen Bedürfnissen gegenüber nahen Bezugspersonen, Herstellen eines ersten Kontakts mit fremden Personen (z. B. um sie um einen Gefallen zu bitten) sowie Durchsetzen eigener Rechte. Solche Übungssequenzen könnten auch in Pensionierungsvorbereitungskurse einfließen
- ****Interpersonale Therapie (IPT):** spezifisch für ältere Menschen entwickelt, fokussiert auf Bewältigung von alterstypischen Rollenwechseln und sozialen Konflikten (Hinrichsen 2008)

Interventionen zum Verzeihen von Kränkungen

- ***Für ältere Menschen entwickelte und bei ihnen wirksame Gruppenintervention zum Verzeihen von Kränkungen (Martin et al. 2015):** Auseinandersetzung mit erlebten Kränkungen, Erlernen von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit emotionalen und sozialen Konsequenzen der Kränkungen

Interventionen zur Förderung von Generativität und Generationenbeziehungen

- **Generationen im Klassenzimmer (Pro Senectute):** ältere Menschen geben als Zeitzeuginnen und Zeitzeugen Auskunft über frühere Zeiten oder unterstützen Lehrpersonen in Kindergärten oder Schulen
- **Leih-Grosseltern:** ältere Menschen übernehmen typische Grosselternaufgaben für Kinder, die nicht mit ihnen verwandt sind; z. B. «Compagna»
- **Mentoringprogramm «MUNTERwegs»:** Kinder und Jugendliche erhalten durch gemeinsame Aktivitäten mit ihren Mentorinnen und Mentoren im Pensionsalter Impulse für eine bereichernde, gesundheitsfördernde Freizeitgestaltung; www.munterwegs.eu
- **Gemeindeprojekte, welche Jugend- und Altersarbeit kombinieren und so beide Gruppen miteinander in Kontakt bringen:** z. B. durch Einbezug älterer Personen in den Konfirmandenunterricht; Handykurse von Schülerinnen und Schülern für Seniorinnen und Senioren
- **Projekt «Brücke der Erfahrungen»:** professionell geleitetes Projekt zum Austausch zwischen einheimischen und zugewanderten Jugendlichen (12–22 Jahre) sowie einheimischen und zugewanderten älteren Erwachsenen (ab 60 Jahre) zu den Themen Migration, Integration und Rassismus; www.bruecke-der-erfahrungen.ch
- **Generationenübergreifende Wohnformen: Mehrgenerationenhäuser, «Wohnen für Hilfe»:** Studierende wohnen unentgeltlich bei älteren Menschen und helfen dafür im Haushalt (Pro Senectute Kanton Zürich)
- **Förderung von Generationenprojekten für Menschen aus der LGBT-Community;** www.queeraltern.ch
- **Zeit-Tausch-Netze: Austausch von Dienstleistungen zwischen Personen verschiedenen Alters,** z. B. «Kiss» (www.kiss-zeit.ch), «Tauscheria» (www.tauscheria.ch)

Eine gute Auswahl an Massnahmen zur Unterstützung sozialer Kompetenzen ist auch in der Broschüre [Soziale Ressourcen](#) zu finden. Der Fokus liegt dort bei Angeboten, die die soziale Unterstützung fördern.

2.5 Stressbewältigung

2.5.1 Stressbewältigung und psychische Gesundheit im Alter

Stress entsteht, wenn eine Situation als schädlich, potenziell bedrohlich oder herausfordernd für das Erfüllen wichtiger persönlicher Bedürfnisse, Ziele oder Erwartungen bewertet wird und eigene Ressourcen als nicht ausreichend eingeschätzt werden, um den entstandenen oder erwarteten Schaden abzuwenden oder die Herausforderung zu meistern (Lazarus 1966). Stress löst typische emotionale, gedankliche, körperliche und Verhaltensreaktionen aus (siehe Box 6). Intensiver und vor allem lang andauernder oder häufig wiederkehrender Stress kann zu Erschöpfungszuständen in allen genannten Ebenen der Stressreaktionen führen und erhöht das Risiko für eine Vielzahl von psychischen und körperlichen Erkrankungen (Kaluza 2005).

Box 6: Stressreaktionen (Kaluza 2005)

Emotional

Angst, Ärger, Hilflosigkeit, Scham

Gedanklich

Selbstvorwürfe, Grübeln, gedankliche Leere, Denkblockaden

Körperlich

Vegetativ-physiologische Aktivierung (u. a. schnellerer Herzschlag, beschleunigter Atem, erhöhte Muskelanspannung), neuroendokrine Aktivierung (u. a. Aktivierung und Durchblutung des Gehirns, vermehrte Ausschüttung des Hormons Kortisol, Bereitstellung von Blutzucker und Fetten) und immunologische Aktivierung (u. a. Anstieg von Killerzellen im Blut)

Verhalten

Hastiges, ungeduldiges Verhalten (z. B. Essen herunterschlingen, keine Pausen machen, schnell sprechen), unkoordiniertes Arbeitsverhalten (z. B. Mehreres gleichzeitig tun, mangelnde Planung, Übersicht und Ordnung, Dinge verlieren, verlegen oder vergessen), konfliktreiches Verhalten gegenüber anderen (z. B. schnelles Aufregen und Auseinandersetzungen wegen Kleinigkeiten, anderen schnell Vorwürfe machen, Rückzug), Betäubungsverhalten (z. B. mehr und unkontrolliert essen, Tabak, Alkohol, Schmerz-, Beruhigungs- oder Aufputschmittel)

Grundsätzlich werden drei Arten von Stressbewältigung unterschieden: instrumentelle, gedankliche und palliativ-regenerative Stressbewältigung (siehe Box 7).

Box 7: Arten von Stressbewältigung (Kaluza 2005)

Instrumentell

Reduktion von stressauslösenden Situationen

Gedanklich

Veränderung von stressverstärkenden persönlichen Motiven, Zielen, Erwartungen sowie von Situations- und Ressourcenbewertungen: von konkreten in spezifischen Situationen bis hin zu immer wieder auftretenden gedanklichen Mustern

Palliativ-regenerativ

Milderung der Stressreaktionen, vor allem der emotionalen und der körperlichen: Massnahmen zur kurzfristigen Dämpfung von Stressreaktionen (palliativ) und zur längerfristigen emotionalen und körperlichen Entspannung und Erholung (regenerativ)

Bezüglich altersbezogener Veränderungen im Vorkommen von potenziell stressauslösenden Situationen beschränkt sich die Forschung bisher vor allem auf folgende Situationen: Alltagsbelastungen, kritische Lebensereignisse und Traumata (siehe Box 8). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich diese in ihrer Stressintensität unterscheiden. Hier sind sie in aufsteigender Intensitätsreihenfolge aufgeführt.

Box 8: Potenziell stressauslösende Situationen

Alltagsbelastungen

Im normalen Alltag auftretende Belastungen (Kaluza 2005), z. B. zu viele oder unangenehme Aufgaben, Streit oder Spannungen mit Familienmitgliedern oder Nachbarinnen und Nachbarn, Tätigkeitsunterbrechungen, Stau, Lärm, Informationsüberflutung oder gedankliche Beschäftigung mit negativen vergangenen oder möglichen negativen zukünftigen Ereignissen

Kritische Lebensereignisse

Typische im Lebenslauf vorkommende Ereignisse mit grossen Auswirkungen auf den Lebensalltag (Kaluza 2005), z. B. Tod oder Pflege nahestehender Menschen, Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Pensionierung, Geburt eines Kindes, Hochzeit, Trennung von der Partnerin oder vom Partner

Traumata

Erlebnisse, bei denen man direkt oder indirekt mit dem Tod, einer schweren körperlichen Verletzung oder sexueller Gewalt konfrontiert wird oder diese angedroht werden (Falkai & Wittchen 2015), z. B. Krieg, Naturkatastrophen, Folter, Vergewaltigung, Geiselnahme, Auto-unfälle

Die Häufigkeit von Alltagsbelastungen verringert sich vom jungen bis ins hohe Erwachsenenalter. Vor dem Hintergrund abnehmender kognitiver und körperlicher Leistungsfähigkeit im Alter ist dies erstaunlich. Der Anteil von Alltagsbelastungen durch gesundheitliche Probleme unter allen Alltagsbelastungen nimmt jedoch im Alter zu. Die Abnahme von anderen Alltagsbelastungen in dieser Lebensphase kann durch den Wegfall von vielen beruflichen und sozialen Verpflichtungen erklärt werden. Aufgrund ihrer Lebenserfahrung gelingt es älteren Menschen zudem besser als jüngeren, effektive Lösungen für Alltagsprobleme zu finden. Sie nehmen dafür ausserdem eher Hilfe von Fachleuten (z. B. von Handwerkern für Reparaturen) oder Familienmitgliedern

(vor allem von der Ehepartnerin oder vom Ehepartner, aber auch von erwachsenen Kindern) in Anspruch, anstatt diese wie jüngere Erwachsene allein zu lösen (Aldwin 2011). Kritische Lebensereignisse treten ebenfalls im jungen Erwachsenenalter am häufigsten auf und nehmen dann bis ins hohe Erwachsenenalter kontinuierlich ab. Unter den kritischen Lebensereignissen treten jedoch im Alter vermehrt eigene Erkrankungen sowie Krankheits- und Todesfälle bei Familienmitgliedern und Freunden auf. Die Häufigkeit des Erlebens von Traumata hängt hingegen nicht mit dem Lebensalter zusammen, sondern mit den gesellschaftlichen, natürlichen und sozialen Charakteristika der persönlichen Umwelt und der Zeitperiode, in der man lebt. **Instrumentelle Stressbewältigungsmassnahmen** für ältere Menschen sollten daher vor allem auf die Bewältigung von Stresssituationen abzielen, die im höheren Alter vermehrt auftreten, wie Todesfälle von Gleichaltrigen, eigene Erkrankungen oder gesundheitsbezogene Alltagsbelastungen. Die Interventionen sollten ausserdem die Inanspruchnahme von Unterstützung durch andere fördern.

Gedankliche Stressbewältigung scheint eine Stärke älterer Menschen zu sein. Wie im Abschnitt zur Emotionsregulation beschrieben, bevorzugen sie Aktivitäten, die dem kurzfristigen Erleben positiver Gefühle dienen, richten ihre Wahrnehmung auf positive Situationsaspekte aus, erinnern diese eher und bewerten Erlebnisse oder das Verhalten anderer Menschen als positiver, als es tatsächlich ist. Ebenso zeigen sich im höheren Erwachsenenalter eine Abnahme von assimilativer Stressbewältigung (Anpassung der Situationsbedingungen an eigene Ziele) und eine Zunahme von akkommodativer Stressbewältigung (Anpassung der eigenen Ziele an die Situationsbedingungen) (Brandtstädter & Renner 1990; Brandtstädter et al. 1993). Das Modell zur selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell, Baltes & Baltes 1990) beschreibt, wie es älteren Erwachsenen trotz zunehmender kognitiver und körperlicher Leistungseinbussen mithilfe der drei grundlegenden motivationalen Anpassungsprozesse Selektion, Optimierung und Kompensation gelingt, ihre Alltagsanforderungen zu meistern (siehe Box 9).

Box 9: SOK-Modell (Baltes & Baltes 1990)**Selektion**

Situations- und personenangepasste Entwicklung, Auswahl und Priorisierung von Zielen

Optimierung

Neuerwerb und Verbessern von zielrelevanten eigenen Ressourcen, z. B. durch das Lernen neuer Fähigkeiten, das Üben neuer oder vorhandener Fähigkeiten oder durch vermehrte Anstrengung bei der Ausführung von zielrelevanten Handlungen und erhöhter Aufmerksamkeit hierbei

Kompensation

Erwerb und Einsatz von Mitteln, um Verluste zielrelevanter eigener Fähigkeiten auszugleichen, z. B. durch den Einsatz von Hilfsmitteln wie Brille oder Rollator, Inanspruchnahme von Unterstützung durch andere oder Ausführung einer Aufgabe auf eine neue Art mithilfe anderer Fähigkeiten

Der Einsatz von Selektions-, Optimierungs- und Kompensationsstrategien nimmt vom mittleren zum hohen Erwachsenenalter ab. Ältere Menschen, die diese Strategien einsetzen, sind zufriedener, emotional ausgeglichener und bewältigen ihren Alltag besser als solche, die keine SOK-Strategien anwenden (Freund & Baltes 2002). Ältere Menschen sind in der Zielselektion kompetenter als jüngere. Sie verfolgen eine geringere Anzahl, weniger konkurrierende und mehr sich gegenseitig unterstützende Ziele (Riediger et al. 2005; Riediger & Freund 2006). Zudem setzen sie eher auf Kompensation statt auf Optimierung, um ihre Ziele zu erreichen (Ebner et al. 2006).

Bewertungsmuster, die im dritten und vierten Lebensalter stressverstärkend wirken, sind zu negative oder zu positive Altersbilder – und zwar im Sinne einer Unter- oder Überschätzung der eigenen Leistungs- und Lernfähigkeit. Interventionen zur gedanklichen Stressbewältigung für ältere Menschen sollten daher darauf abzielen, das SOK-Modell zu vermitteln und den Einsatz von SOK-Strategien zu üben sowie stressfördernde Altersbilder zu verändern.

Die **palliativ-regenerative Stressbewältigung** ist besonders bedeutend im hohen Erwachsenenalter. Durch Stress ausgelöste vegetativ-physiologische, neuroendokrine und immunologische Veränderungen benötigen mit zunehmendem Alter mehr Zeit, um abzuklingen (siehe Abschnitt 2.2 Emotionsregulation). Die Gefahr von Erschöpfungszuständen und Folgeerkrankungen nimmt daher im dritten und vierten Lebensalter besonders zu.

2.5.2 Interventionen**Instrumentelle Stressbewältigung**

- Unterstützung bei Trauer: siehe Abschnitt 2.2 Emotionsregulation
- Förderung von Selbstmanagement bei chronischen Krankheiten (BAG und GELIKO 2018):
 - a) bei spezifischen Krankheiten: z. B. Gruppenkurs «Besser leben mit COPD» (Steurer-Stey et al. 2018): www.lunge-zuerich.ch/de/kursprogramm
 - b) krankheitsübergreifend: z. B. von ausgebildeten Betroffenen geleiteter Gruppenkurs für Menschen mit chronischen Krankheiten «Evivo» (Haslbeck et al. 2015), auch für Menschen mit Migrationshintergrund einsetzbar (Zanoni et al. 2018)
 - c) Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige: www.selbsthilfeschweiz.ch
- Chronische Schmerzen: **Psychologische Schmerzbewältigungstrainings in Gruppen zur Änderung von schmerzfördernden Einstellungen (z. B. dass Schmerzen nicht beeinflussbar seien oder dass trotz Schmerzen gleich viel geleistet werden muss wie zuvor) und zur Änderung von schmerzfördernden Verhaltensweisen (z. B. Schonung oder Überlastung) (Dumat et al. 2011; Timmer & Heuser 2013; speziell für ältere Menschen: Keefe et al. 2013; Lunde et al. 2009). Diese Interventionen werden in Schmerzabteilungen von Spitälern angeboten, z. B. www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppen-therapien.aspx
- Einbezug anderer Menschen beim Lösen von Alltagsproblemen: **Problemlösetrainings in Gruppen (Wiedemann & Fischer 2013; speziell für Probleme im Zusammenhang mit Stress: Kaluza 2005): gemeinsames Lösen von Problemen anhand eines systematischen Vorgehensschemas

Gedankliche Stressbewältigung

- *SOK-Modell-Kurs (Eicher 2009): Gruppenprogramm für ältere Menschen zur Vermittlung und Anwendung von SOK-Strategien im Alltag
- Identifikation und Veränderung von stressfördernden Altersbildern: bislang noch nicht vorhanden; möglich wäre eine Adaption des **Moduls Kognitionstraining vom Stressbewältigungstraining von Kaluza (2005)

Palliativ-regenerative Stressbewältigung

- Emotionale Stressreaktionen: siehe Abschnitt 2.2 Emotionsregulation
- Körperliche Stressreaktionen: Entspannungsverfahren
- Alle Arten von Stressreaktionen: Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in der Gruppe zum Erlernen von Achtsamkeit anhand von Übungen (z. B. Atemmeditation, Hatha-Yoga-Übungen zur Muskeldehnung, achtsames Durchführen von Alltagstätigkeiten) (Kabat-Zinn 2013; Wirksamkeitsnachweise bei älteren Menschen: Creswell et al. 2012; Gallegos et al. 2013; Moynihan et al. 2013; Young & Baime 2010), MBSR-Lehrende in der Schweiz: www.mbsr-verband.ch
- Regeneration: **Modul Genusstraining vom Stressbewältigungstraining von Kaluza (2005): Gruppenkurs mit Wissensvermittlung darüber, welche Aktivitäten bei welchen Stressreaktionen (z. B. Erschöpfung, Unterforderung) regenerativ sind, und Förderung der Umsetzung persönlich geeigneter regenerativer Aktivitäten im Alltag

- **Schlafstörungen: kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme (z. B. Hertenstein et al. 2015; spezifisch für ältere Menschen: Richter et al. 2016): Anleitung zur Beobachtung eigener Schlafgewohnheiten, Wissensvermittlung zu und Etablierung schlaffördernder Verhaltensweisen, Erlernen von Entspannungstechniken und imaginativen Verfahren, Veränderung von schlafstörenden Überzeugungen, Reduktion von Grübeln nach dem Zubettgehen; Anbieter in der Schweiz: z. B. www.ksm.ch/de/fuer-unternehmen, auch als Online-Therapie: www.ksm-somnet.ch, www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppentherapien.aspx

****Multimodale Stressbewältigungsprogramme**

- Enthalten Kombinationen von oberen Interventionen (Bodenmann & Gmelch 2009), z. B. Stressbewältigungstraining (Kaluza 2005), www.stress-fit.ch, Stressimpfungstraining (Meichenbaum 2003)

2.6 Entscheidungen treffen

2.6.1 Entscheidungen treffen und psychische Gesundheit im Alter

Eine Entscheidung beinhaltet die Wahl einer Handlung aus mindestens zwei vorhandenen Handlungsalternativen unter Beachtung der übergeordneten Ziele (Wikipedia).

Die Entscheidungsfähigkeit ist bei älteren Menschen eng mit Autonomie und Unabhängigkeit verbunden (WHO 2015). Grundsätzlich wird diese Fähigkeit als mit zunehmendem Alter qualitativ gleichbleibend beurteilt. Im Besonderen gilt dies für Entscheidungen, welche auf Wissen und Erfahrung basieren. Mit zunehmender Komplexität und Anzahl von Handlungsoptionen werden bei der Entscheidungsfindung Altersunterschiede zugunsten Jüngerer grösser (Strough et al. 2015).

Ein hoher Grad an Partizipation beinhaltet, Entscheidungen (mit-)treffen zu können. Partizipative Prozesse oder Beteiligungsmöglichkeiten sind für die psychische Gesundheit und das eigene Gesundheitsverhalten von grosser Bedeutung. Sie können ältere Menschen dazu motivieren, mobil und sozial verbunden zu bleiben (WHO 2015). Wer selbst entscheidet, erlebt ausserdem Selbstwirksamkeit, also die Erfahrung, Herausforderungen erfolgreich meistern zu können. Bewusste und selbst getroffene Entscheidungen sowie die Überzeugung, gute und richtige Entscheidungen fällen zu können, sind daher zu fördern (Strough et al. 2015). Dies ist besonders wichtig bei der Bewältigung von biografischen Übergängen oder kritischen Lebensereignissen, um die Überzeugung der eigenen Wirksamkeit in Bezug auf neue Rollen oder Situationen zu stärken (Abderhalden et al. 2019). Daher können Interventionen nützlich sein, die Entscheidungshilfen oder Beratungen hinsichtlich Pensionierung, freiwilligem Engagement, Angehörigenbetreuung oder Gesundheit und Vorsorge bieten.

Box 10: Definition Gesundheitskompetenz (health literacy)

Gesundheitskompetenz ist «die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken» (Kickbusch et al. 2005, 10). Diese Kompetenz ist entscheidend, um selbstbestimmt Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich der eigenen Gesundheit zu übernehmen.

Entscheidungsfähigkeit ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheitskompetenz. Im Kontext steigender Multimorbidität mit zunehmendem Alter bekommt die Gesundheitskompetenz einen grossen Stellenwert. Ältere Menschen sind gefordert, vermehrt Gesundheitsinformationen zu finden, Präventionsangebote zu nutzen und Entscheidungen in Gesundheitsfragen zu treffen (z. B. bezüglich Operationen, Schutzimpfungen, Krebs-Screenings, Compliance und Medikamenteneinnahme). Die Gesundheitskompetenz lässt mit zunehmendem Alter allerdings nach (WHO 2015). Für die Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich Gesundheitsfragen spielt auch die Kommunikation zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient eine wichtige Rolle, insbesondere die verständliche Informationsvermittlung seitens der Fachpersonen (Abel et al. 2015). Gleiches gilt für schriftliche Gesundheitsinformationen (Lesbarkeit, Verständlichkeit, Verfügbarkeit, Struktur usw.). Gerade zu gesundheitsrelevanten Informationen wie auch zum Gesundheitssystem braucht es niederschwellige Zugänge, beispielsweise über soziale Netzwerke oder das direkte Umfeld.

Selbstbestimmt gesundheitsbezogene Entscheidungen zu fällen, beinhaltet auch, künftige medizinische Behandlungen im Voraus zu planen und dies zu dokumentieren («advance care planning»). Die vorsorglichen Entscheidungen können die tatsächliche medizinische Versorgung am Lebensende verbessern. Die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung kann sich bei den Patientinnen und Patienten dadurch ebenfalls erhöhen. Auch Angehörigen kann es weniger Stress, Ängste und Depressionen ermöglichen (Detering et al. 2010). Eine Patientenverfügung sorgt darüber hinaus für den Fall vor, dass ein Unfall oder eine Krankheit die Entscheidungsfähigkeit hinsichtlich der medizinischen Behandlungsoptionen einschränkt oder ganz aufhebt. Patientenverfügungen entlasten in diesen Situationen Angehörige und erleichtern den Ärztinnen und Ärzten schwierige Behandlungsentscheidungen. Gerade für den Fall kognitiver Einbussen, z. B. infolge demenzieller Erkrankungen, empfiehlt es sich aufgrund der verminderten Urteils- und Einwilligungsfähigkeit, auch weitere vorsorgliche Entscheidungen festzuhalten (z. B. finanzielle oder den Todesfall betreffende Entscheidungen).

2.6.2 Interventionen

Interventionen können die Fähigkeit, gute Entscheidungen zu treffen, in den Themenbereichen Pensionierung, Angehörigenbetreuung, Partizipation, Gesundheitskompetenz und Vorsorge stärken.

Im Folgenden werden Umsetzungsbeispiele genannt und Anregungen für Interventionen in diesen Themenbereichen gegeben.

Pensionierung

Bestenfalls kann der Zeitpunkt der Pensionierung frei gewählt werden. Auch empfiehlt sich, im Vorfeld die Lebensgestaltung nach der Pensionierung gedanklich vorzubereiten und Kontakte mit Personen in der gleichen Lebensphase zu ermöglichen.

Umsetzungsbeispiele:

- Firmeninterne Pensionierungsvorbereitungskurse
- Informelle Gespräche mit Gleichgesinnten
- Pensionierungsapéros mit Fachinput in der Gemeinde beim Übertritt ins Pensionsalter

Angehörigenbetreuung

Die Entscheidung, eine Angehörige oder einen Angehörigen zu betreuen, sollte bewusst getroffen werden, das heisst auch unter Berücksichtigung der eigenen Ressourcen und derjenigen des Umfeldes.

Umsetzungsbeispiel/Hilfsmittel:

- Betreuungs- und Pflegevertrag mit der zu betreuenden Person (Betreuungs- und Pflegevertrag Pro Senectute)

Partizipation/Empowerment

Nutzen der Ressourcen und des Know-hows der älteren Bevölkerung im Rahmen von Beteiligungs- und Mitwirkungsprozessen; Einrichten von Partizipationsmöglichkeiten.

Umsetzungsbeispiele:

- Erarbeitung von Altersleitbildern (auf Gemeindeebene u. a.)
- Partizipative Gesundheitsförderung mit Zukunftswerkstätten oder Quartierbegehungen
- Nachbarschaftshilfe: «Senioren helfen Senioren», «Rent a Rentner»
- Freiwilliges Engagement: z. B. bei Benevol, Pro Senectute
- Familienrat zum selbstbestimmten Wohnen (Projekt 9x0fra): unterstützt die Familie, gemeinsam Vereinbarungen zu treffen, die von allen mitgetragen sowie schriftlich festgehalten (und dann umgesetzt) werden

- Projekt «Älterwerden im Quartier» (AWIQ) (www.altersfreundliches-frauenfeld.ch)
- Quartierentwicklungsprojekt «Quartiers Solidaires» (www.quartiers-solidaires.ch)
- «Grossmütterrevolution»: Organisation von Frauen im Pensionsalter, welche sich für gesellschaftliche Anliegen dieser Bevölkerungsgruppe engagiert (www.grossmuetter.ch)

Gesundheitskompetenz

Hinsichtlich der medizinischen Behandlung (Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung) sollten Mit-Entscheidungen ermöglicht werden, was durch eine altersgerechte Gesundheitskommunikation gefördert wird (www.allianz-gesundheitskompetenz.ch). Auch empfehlen sich Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung, um für gesundheitsrelevante Themen (Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit) zu sensibilisieren und medizinisches Wissen zu vermitteln.

Umsetzungsbeispiele:

- [Gesundheitsberatungen](#) (Pro Senectute Bern)
- Grossgruppenveranstaltungen zu gesundheitsförderlichen Themen oder Café Balance (Basel-Stadt), [Café Santé](#) (Pro Senectute Kanton Bern)
- [Tischgespräche zu Gesundheitsthemen für ältere Menschen mit Migrationshintergrund](#) (Stadt Bern)

Vorsorge

Persönliche Anliegen, Bedürfnisse und Wünsche sollten für den Ernstfall festgehalten werden.

Umsetzungsbeispiele:

- Vorsorgedossier [Docupass](#) (Pro Senectute Schweiz): beinhaltet Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung, Anordnung für den Todesfall, Testament
- Patientenverfügungen des [Schweizerischen Roten Kreuzes](#) (SRK), von Kantonsspitalern, des [Berufsverbands Schweizer Ärzte und Ärztinnen](#) (FMH)

3 Durchführungsempfehlungen

Allgemein empfiehlt es sich, älteren Menschen bei Interventionen Gelegenheit zur **Partizipation** anzubieten. Leitgedanke dabei ist, dass eine Intervention nicht für, sondern mit älteren Menschen zusammen stattfindet. Dazu lässt sich beispielsweise prüfen, ob und wie sie an der Planung, Organisation, Durchführung oder Nachbereitung einer Intervention mitwirken können.

Die **Räumlichkeiten** sollten für ältere Menschen mit Geheinschränkungen und entsprechenden Hilfsmitteln wie Rollatoren begehbar und erreichbar sein. Dazu eignen sich ebenerdige oder mit einem Lift zu erreichende Räume mit ausreichend Platz für Rollatoren usw., auch in den Toiletten. Eine optimale Anbindung der Gebäude an den öffentlichen Verkehr ist wünschenswert. Auch darf der Weg von der Haltestelle zum Gebäude nicht zu steil sein. Ausserdem sollte keine Treppe zum Eingangsbereich führen. Es lohnt sich, auch Fahrdienste für wenig mobile Seniorinnen und Senioren anzudenken.

Die Einrichtung der Räume sollte Seh- und Hörbeeinträchtigungen abmildern können. Das Licht sollte z.B. ausreichend hell, aber nicht blendend sein. Es sollten keine Hintergrundgeräusche vorhanden sein. Die Raumakustik sollte einer (Schallleitungs-)Schwerhörigkeit gerecht werden können. Tonübertragungsanlagen können Hörbeeinträchtigten einen guten Dienst erweisen.

Auch die **Kursmaterialien** sollten so gestaltet sein, dass sie Seh- und Höreinschränkungen kompensieren können, indem sie beispielsweise kontrastreich sind und eine grosse Schrift verwenden. Die Informationen sollten, wenn immer möglich, mehrere Sinne gleichzeitig ansprechen (z. B. Seh-, Hör-, Tastsinn).

Hinsichtlich der **Durchführungszeiten** ist zu beachten, dass sich viele ältere Menschen nicht gern im Dunkeln im öffentlichen Raum bewegen. Es könnte sich lohnen, die Interventionen am Wochenende anzubieten, da gerade dann ältere Menschen oft allein sind.

Um Menschen im dritten Lebensalter für die Teilnahme an Kursen und Programmen zu gewinnen, ist gezielte **Kommunikationsarbeit** über verschiedene Kanäle sinnvoll. Hierfür bieten sich allgemein bewährte Medien wie Radiowerbung, Zeitungs- oder Internetannoncen an. Die Verbreitung über altersspezifische Medien und Altersorganisationen empfiehlt sich. Informationsstände in Kirchen oder Apotheken sind weitere Möglichkeiten. Allgemein sind Einschränkungen wie etwa der Sehfähigkeit bei der Gestaltung der Informationsmittel zu berücksichtigen.

Menschen im vierten Lebensalter wissen häufig wenig über die psychische Gesundheit und die Möglichkeiten ihrer Förderung. Mitunter bestehen auch beträchtliche Vorbehalte gegenüber psychologischen und ähnlich gearteten Interventionen. Werden sie durch ihnen bereits vertraute Einrichtungen und Personen der Gesundheitsversorgung auf entsprechende Angebote aufmerksam gemacht und motiviert, wird ihre Teilnahme wahrscheinlicher. Hausärztinnen und Hausärzte, Mitarbeitende der Spitex und von Spitälern, Mitglieder von Kirchgemeinden sind hier angesprochen – und natürlich die Angehörigen der älteren Menschen. Eine Darstellung möglicher und erprobter **Zugangswege** zu älteren Menschen findet sich im [Grundlagenbericht zur psychischen Gesundheit über die Lebensspanne](#) von Gesundheitsförderung Schweiz (Blaser & Amstad 2016). Spezifische Möglichkeiten zur **Erreichbarkeit** von älteren Männern finden sich im Leitfaden [«Wie erreichen wir Männer 65+?»](#) (Kessler & Bürgi 2019) bzw. zur Erreichbarkeit von gebrechlichen älteren Menschen bei Gasser et al. 2015.

Generell empfiehlt es sich, bei der Werbung für Interventionen ihren kurz- statt langfristigen Nutzen zu betonen wie auch deren emotionale Bedeutung anstatt des sachlichen Gehalts. Hervorzuheben wären also eher die Freude an der Teilnahme und das soziale Miteinander anstatt der Möglichkeit zum Wissens- und Kompetenzerwerb (siehe Box 3

Sozioemotionale Selektivitätstheorie). Darüber hinaus sollte speziell auf Gelegenheiten zum Erfüllen des Bedürfnisses nach Generativität hingewiesen werden, das heisst auf Möglichkeiten, im Rahmen der Intervention oder anschliessend anderen Menschen etwas weitergeben, ihnen helfen oder sie entlasten zu können.

Einen speziell hohen Stellenwert haben Interventionen mit Bewohnerinnen und Bewohnern von Alterszentren vor Ort. Diese Menschen sind nicht nur meist schon sehr gebrechlich und wenig mobil; sie sind auch besonders häufig von psychischen Problemen wie Depression, Angst oder Schlafstörungen betroffen und dem eigenen Tod nahe (Kaeser 2012).

4 Weiterführende Hinweise

- Broschüre: [Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter](#) (Januar 2020)
- Grundlagenbericht: [Psychische Gesundheit über die Lebensspanne](#) (April 2016)
- Broschüre: [Soziale Ressourcen. Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität](#) (April 2019)
- Broschüre: [Selbstwirksamkeit. Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen](#) (März 2019)
- Broschüre: [Praxisleitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+?». Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter. Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene](#) (aktualisiert im Juli 2019)
- Grundlagenbericht: [Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»](#). Darin: «Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit» (Kapitel 21, S. 100–106). (April 2016). Basiert auf: [Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. \(2011\). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»](#) (Februar 2011)
- Broschüre: [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter](#) (Februar 2019)
- Bericht: [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Modelle guter Praxis. Eine Übersicht basierend auf der gleichnamigen Broschüre von Gesundheitsförderung Schweiz](#) (Juni 2019)
- Leitfaden: [Planungsleitfaden: Förderung der sozialen Teilhabe im Alter in Gemeinden](#) (September 2017)
- Arbeitspapier: [Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Umsetzungshilfe «Tipps und Tools für die Gesundheitsberatung im Alter»](#) (Januar 2014, zurzeit in Überarbeitung)

5 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Abel, T., Bolliger-Salzman, H., Benkert, R. & Lehmann, S. (2015): Bericht zu den Zusatzauswertungen der Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».
- Abrams, L. & Farrell, M. T. (2011). Language processing in normal aging. In J. Guendouzi, F. Loncke & M. J. Williams (Eds.). *Handbook of psycholinguistic and cognitive processes* (pp. 49-74). New York: Psychology Press.
- Aldwin, C. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York: Oxford University Press.
- Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 117-122). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48(4), 191-210.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41(1), 1-24.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen*. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bodenmann, G. & Gmelch, S. (2009). Stressbewältigung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (S. 617-629). 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage: Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boss, V. (2016). Psychische Gesundheit bei älteren Menschen. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 107-116). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Brodbeck, J., Berger, T. & Znoj, H. J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* (18):21.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) (Hrsg.) (2018). *Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht: Konzeptuelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (578), 1913-1915.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068-1091.

- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G. & Almeida, D. M. (2009). Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and Aging*, 24, 645-653.
- Chochinov, H. M. (2017). *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Creswell, D. J., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Crabb Breen, E. et al. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095-1101.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, 340:c1345.
- Diesmann, F. & Schacht, A. (2015). «Neun Themen bei Sehverlust». Ein Kurs nach psychoedukativem Modell für ältere sehbehinderte Menschen. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 61-70.
- Dumat, W., Matter, S., Weisskopf, S. & Schleizer, W. (2011). Schmerzpsychotherapie: Stellenwert und Durchführung als Teil der interdisziplinären Schmerzbehandlung. *Ars Medici*, 11, 478-482.
- Ebner, N.C., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21, 664-678.
- Eicher, S. (2009). *Seminar «Erfolgreiches Altern»: Erprobung eines Konzeptes zur edukativen Vermittlung der Strategien aus dem SOK-Modell zur erfolgreichen Lebensgestaltung*. Lizentiatsarbeit an der Universität Zürich.
- Elfner, P. (2008). *Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Erikson, E. H. (1998). *The life cycle completed: Extended version with new chapters on the ninth stage by J. M. Erikson*. Norton, New York.
- Erlanger, A. (1997). *Katathym-Imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Esch, T. (2017). *Die Neurobiologie des Glücks: Wie Positive Psychologie die Medizin verändert*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Falkenberg, I., McGhee, P. & Wild, B. (2013). *Humorfähigkeiten trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Flüeler, C. & Forstmeier, S. (2013). Normale und prolongierte Trauer: Abgrenzungen, Diagnostik und Modelle. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 425-437.
- Frankl, V. (1987). *Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Piper Verlag.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Gallegos, A. M. Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. B. (2013). Toward identifying the effects of the specific components of Mindfulness-Based Stress Reduction on biologic and emotional outcomes among older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19, 787-792.
- Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Greve, W. & Görden, T. (2012). Kriminalität und Gewalt. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 555-573.
- Gruenewald, T. L., Tanner, E. K., Fried, L. P., Carlson, M. C., Xue, Q.-L., Parisi, J. M., Rebok, G. W., Yarnell, L. M. & Seeman, T. E. (2016). The Baltimore Experience Corps Trial: Enhancing Generativity via Intergenerational Activity Engagement in Later Life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 71(4), 661-670.

- Hänni, B. (2016). Humor mit betagten Menschen – ein Praxisbeispiel. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 101-109). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Haslbeck, J., Zanoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M. & Schulz, P. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: Findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Services Research*, 15: 576.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.-D. & Wilson, K. D. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hellmich, E. (2013). Die alte Frau: Das unsichtbare Wesen. *Psychotherapie im Alter*, 10, 61-72.
- Hertenstein, E., Spiegelhalder, K., Johann, A. & Riemann, D. (2015). *Prävention und Psychotherapie der Insomnie: Konzepte, Methoden und Praxis der Freiburger Schlafschule*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal Psychotherapy for Late Life Depression: Current Status and New Applications. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 26:263-275.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007): *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 5. Auflage. Weinheim/Basel: PVU/Beltz.
- Hirsch, R. D. (2016). Humor in der Behandlung von kranken alten Menschen. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 244-267). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B. & Jonitz, M. F. (2010). Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 42-52.
- Hirsch, R. D. & Kranzhoff, E. U. (2004). Humorgruppe mit alten Menschen: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 106-129.
- Hirsch, R. D. & Hespos, M. (2000). *Autogenes Training bis ins hohe Alter: Basistherapeutikum und Gesundheitsförderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Höfler, H. (2015). *Atem-Entspannung. Soforthilfe bei inneren und äusseren Spannungen: Über 70 einfache Übungen*. Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Höpflinger, F. (2002). *Gerotranszendenz und Generativität im höheren Lebensalter – neue Konzepte für alte Fragen*. Schriftliche Fassung eines Vortrags gehalten am 3. Münsterlinger Symposium zur Alterspsychotherapie «Kreativität, Psychotherapie, Spiritualität» vom 30.5. bis 1.6.2002.
- Hofmann, E. (2012). *Progressive Muskelentspannung: Ein Trainingsprogramm*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kabat Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das grosse Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer Verlag.
- Kaeser, M. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Kaluza, G. (2005). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Keefe, F. J., Porter, L., Somers, T., Shelby, R. & Wren, A. V. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: Outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia*, 111, 89-94.
- Keller-Cohen, D., Fiori, K., Toler, A. & Bybee, D. (2006). Social relations, language and cognition in the <oldest old>. *Ageing and Society*, 26(4), pp. 585-605.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Wie erreichen wir Männer 65+?* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. European Health Forum Badgastein.

- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kruse, A. (2014). Entwicklungspotenziale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter: Eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Annäherung. *Psychotherapie im Alter*, 11(2), 177-198.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Liu, T.-W., Ng, G. Y. F., Chung, R. C. K. & Ng, S. S. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47, 520-527.
- Lunde, L. H., Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: A quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
- Maercker, A. (2013). Formen des Lebensrückblicks. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 25-46). Springer Verlag Berlin.
- Martin, A. A., Steiner, M. & Allemann, M. (2015). Eine Gruppenintervention für ältere Menschen zur Bewältigung von Kränkungen. *Psychotherapie im Alter*, 12(2), 233-244.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- McGhee, P. (2016). Humor als Copingstrategie: Das 7-Humor-Habit-Trainingsprogramm. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 208-228). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Meichenbaum, D. H. (2003). *Intervention bei Stress: Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W. & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68, 34-43.
- Mühlig, S., Neumann-Thiele, A., Teichmann, C. & Paulick, J. (2015). Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2018). *The Mindful Self-Compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. New York: Guilford Publications.
- Nussbaum, J. F. & Coupland, J. (2004). *Handbook of Communication and Aging Research*. Lawrence Erlbaum Associates. London.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2013). Wirksamkeitsforschung. In A. Maercker und S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 47-64). Springer Verlag Berlin.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Pot, A. M. & van Asch, I. (2013). Lebensrückblick für ältere Erwachsene: Ein gruppentherapeutischer Ansatz. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 171-186). Springer Verlag Berlin.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005.
- Reddemann, L., Kindermann, L.-S. & Leve, V. (2013). *Imagination als heilsame Kraft im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Richter, K., Myllymäki, J. & Niklewski, G. (2016). *Schlafschulung für Ältere in der Gruppe: Ein Manual zur Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen über 60*. Frankfurt am Main: Malbuse-Verlag.
- Riediger, M. & Freund, A. M. (2006). Focusing and restricting: Two aspects of motivational selectivity in adulthood. *Psychology and Aging*, 21, 173-185.
- Riediger, M., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, 84-91.
- Ryan, E. B. & Kwong See, S. T. (2004). Sprache, Kommunikation und Altern. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 57-71). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

- Schroeter-Rupieper, M. (2013). Trauerbegleitung und Trauergruppen für Ältere am Lavia Institut für Familientrauerbegleitung. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 541-548.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Obsan Bericht 72. Neuchâtel: Obsan.
- Seifert, A. & Schelling, H. R. (2015). *Digitale Senioren. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sims, T., Hogan, C. L. & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84.
- Spang, J., & Züger, A. (2017). Psychologische Kurzintervention am Lebensende: Würdezentrierte Therapie. *Psychotherapie im Alter*, 14(2), 209-220.
- Steurer-Stey, C., Dalla Lana, K., Braun, J., Ter Riet, G. & Puhan, M. A. (2018). Effects of the «Living well with COPD» intervention in primary care: A comparative study. *The European Respiratory Journal*, 51: 1701375.
- Strough, J., Bruine de Bruin, W. & Peters, E. (2015). New perspectives for motivating better decisions in older adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 783.
- Timmer, B. & Heuser, J. (2013). Therapie chronischer Schmerzen. *Psychup2date*, 7, 121-138.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Aging 1*: 55-63.
- Trilling, A. (2013). Wie gross ist «der kleine Unterschied»? Geschlechterunterschiede im Alter im Spiegel der Statistik. *Psychotherapie im Alter*, 10, 9-20.
- Wagner, B. (2013). Wirksamkeit von Trauerinterventionen und Therapien: Ein Überblick. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 439-452.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2015). Die psychosoziale Dimension von Sehverlust im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 21-43.
- 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»*. Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Werheid, K., Lieven, S. & Kischkel, E. (2011). Altersspezifität sozialer Problemsituationen. Grundlage für Sozialkompetenztrainings im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Alter 2011*, 8(1), 111-125.
- Wiedemann, G. & Fischer, A. (2013). Problemlöseverfahren. In A. Batra, R. Wassermann & G. Buchkremer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie: Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete* (S. 114-120). 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R. & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*, 57(4), 707-718.
- Wilz, G., Reiter, C. & Risch, A. K. (2017). Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Alter: Therapeutisches Vorgehen und klinische Erfahrungen. *Psychotherapie im Alter*, 14, 83-95.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=8DF7DBD0149EBAEFCDB9C3ECE943B282?-sequence=1
- World Health Organization (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).
- Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Young, L. A. & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review*, 15, 59-64.
- Zanoni, S., Gabriel, E., Salis Gross, C., Deppeler, M. & Haslbeck, J. (2018). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund: Ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. *Das Gesundheitswesen*, 80, 12-19.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch