

November 2022



Bericht 10

Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen

Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis

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 und zur Verhütung von Krankheiten (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 4.80 CHF zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

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

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Hauptautor

- lic. phil. Dominik Weber (Gesundheitsförderung Schweiz)

Weitere Autorinnen und Autoren

- **Kapitel 3.7**, «Wirkungsmanagement»: lic. phil. Dominik Weber, mit Beiträgen von Dr. phil. Günter Ackermann (ZHAW Gesundheit)
- **Kapitel 6**, «Digitale Medien in der Gesundheitsförderung im Alter»: Dr. phil. Alexander Seifert (Hochschule für Soziale Arbeit FHNW)
- **Kapitel 9**, «Psychische Gesundheit»: lic. phil. Dominik Weber und lic. phil. Cornelia Waser (Gesundheitsförderung Schweiz)
- **Kapitel 10**, «Interaktion»: lic. phil. Dominik Weber, mit Beiträgen von lic. phil. Cornelia Waser (Gesundheitsförderung Schweiz), MSc Ronia Schiftan (Fachstelle PEP und Externas GmbH) und MSc Anne-Françoise Wittgenstein Mani (HESGE)

Begleitgruppe

Andreas Bircher (Schweizerisches Rotes Kreuz), Florence Chenaux (Radix), Mehregan Joseph (Pro Senectute Waadt), Marco Oesterlin (Gesundheitsdepartement Basel-Stadt), Maya Pfeiffer-Schlatter (Fachstelle Zürich im Alter), Angelo Tomada (Dipartimento della sanità e della socialità, Tessin), Susanne van Gogh (Amt für Gesundheit und Soziales, Schwyz), Esther Zürcher (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Kanton Bern)

Reviewerinnen und Reviewer

- **Gesamtbericht**: Bettina Abel (Gesundheitsförderung Schweiz), Fabienne Amstad (Gesundheitsförderung Schweiz), Andreas Biedermann (Public Health Services [PHS]), Ilona Hannich (Gesundheitsförderung Schweiz), Claudia Kessler (Public Health Services [PHS]), Chiara Testera (Gesundheitsförderung Schweiz), Cornelia Waser (Gesundheitsförderung Schweiz)
- **Kapitel 2.1–2.3**: François Höpflinger (Universität Zürich)
- **Exkurs zur Demenzprävention**: Stefanie Becker (Alzheimer Schweiz), Anna De Benedetti (Kantonsarztamt, Kanton Tessin), Emiliano Albanese (Università della Svizzera italiana und Universität Genf), Eva Bruhin und Margit Jochum Christin (BAG), Silvia Marti (GDK)
- **Kapitel 5 (Chancengleichheit)**: Corina Salis Gross (Public Health Services [PHS] und Universität Zürich)
- **Kapitel 7 (Bewegung)**: Davide Malatesta (Universität Lausanne), Laurance Seematter-Bagnoud (Universität Lausanne), Julia Schmid (Universität Bern), Claudio Nigg (Universität Bern), Oliver Faude (Universität Basel), Ralf Roth (Universität Basel), Nicole Ruch (BAG), Nadja Mahler (BASPO), Hansjürg Thüler (BFU), Othmar Brügger (BFU), Eva Stocker (BFU), Michel Reymond (BFU), Ursula Meier Köhler (BFU), Tobias Jakob (BFU), Florian Koch (Gesundheitsförderung Schweiz)
- **Kapitel 8 (Ernährung)**: Karin Haas (Berner Fachhochschule Gesundheit), Chantale Coenegracht und Bettina Husemann (Gesundheitsförderung Schweiz)
- **Kapitel 9.4.3 (psychische Gesundheit betreuender Angehöriger)**: Veronika Boss (Gesundheitsförderung Schweiz)

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

- Dominik Weber
- Christa Rudolf von Rohr, Übersetzung und Layout
- Ronia Schiftan, Übersetzung und Layout

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 10

Zitierweise

Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis*. Bericht 10. Gesundheitsförderung Schweiz.

Fotonachweis Titelbild

iStock

Auskünfte/Informationen

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

Originaltext

Deutsch

Bestellnummer

02.0452.DE 11.2022

Diese Publikation ist auch in französischer und italienischer Sprache verfügbar (Bestellnummern 02.0452.FR 11.2022 und 02.0452.IT 09.2023).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, November 2022

Editorial

Gesundheit als wichtiges Gut

Die Bedeutung der Gesundheit für uns alle hat sich gerade in den letzten Pandemie-Jahren deutlich gezeigt. Gesundheit ist ein besonderes Gut, weil sie es uns ermöglicht, handlungsfähig zu sein und ein Leben zu führen, das wir selbst schätzen. Die gesellschaftliche Relevanz der Gesundheitsförderung wurde durch die Pandemie eindrücklich aufgezeigt und gestärkt. Dieses Bewusstsein möchte die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz nutzen, um die Gesundheitsförderung weiter voranzutreiben und die bisherigen Erfolgsgeschichten weiterzuentwickeln.

Kantonale Aktionsprogramme – eine Erfolgsgeschichte

2007 begann die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, gemeinsam mit den Kantonen kantonale Aktionsprogramme zum Thema gesundes Körpergewicht für Kinder und Jugendliche zu planen und umzusetzen. Diese Programme haben schweizweit eine positive Dynamik in der Gesundheitsförderung ausgelöst. Fünf Jahre später beschloss der Stiftungsrat aufgrund des Erfolgs, die kantonalen Aktionsprogramme weiterzuentwickeln und für die Zielgruppe der älteren Menschen zu öffnen sowie das Thema psychische Gesundheit aufzunehmen. Mittlerweile setzen fast alle Kantone erfolgreich kantonale Aktionsprogramme um.

Evidenzbasiert und praxisorientiert

Der vorliegende Bericht bildet die Basis für die zielgruppen- und themenspezifischen Arbeiten von Gesundheitsförderung Schweiz und somit für die kantonalen Aktionsprogramme. Die wissenschaftlichen Grundlagen wurden aktualisiert. Neu wurde diesmal zu den drei Zielgruppen der Stiftung, das heisst

- Kinder,
- Jugendliche und junge Erwachsene und
- ältere Menschen,

jeweils ein Bericht verfasst. Diese drei Berichte folgen einer einheitlichen Struktur. Es konnte viel Fachwissen eingebunden werden. So haben unterschiedliche Expertinnen und Experten zu den gleichen Themen (psychische Gesundheit, Bewegung und Ernährung) zielgruppenspezifische Kapitel verfasst.

Der vorliegende Bericht zu älteren Menschen zeigt, welche Chancen die Gesundheitsförderung mit dieser Zielgruppe bietet und wie evidenzbasiert interveniert werden kann.

Die Stiftung bedankt sich bei den Autorinnen, den Autoren und den Mitgliedern der Begleitgruppe für die ausgezeichnete und wertvolle Arbeit und wünscht der Leserschaft eine interessante Lektüre.



Thomas Mattig
Direktor



Bettina Abel
Vizedirektorin

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	8
1 Einleitung	12
2 Ältere Menschen in der Schweiz	14
2.1 Demografische Alterung in der Schweiz	14
2.2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s	15
2.3 Gesundheit und Krankheit	16
2.4 Entwicklungsprozesse und kritische Lebensereignisse	17
3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung im Alter	23
3.1 Ein altersgerechtes Gesundheitsverständnis	23
3.2 Wie Gesundheit im Alter entsteht	23
3.3 Ziele der Gesundheitsförderung im Alter	24
3.4 Planung und Priorisierung der Gesundheitsförderung im Alter	25
3.5 Integration von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration	28
3.6 Akteurinnen, Akteure und Settings	30
3.7 Wirkungsmanagement: Monitoring und Evaluation	33
4 Gewinne durch Gesundheitsförderung im Alter	35
5 Gesundheitliche Chancengleichheit	38
5.1 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit	39
5.2 Was die Gesundheitsförderung tun kann	40
5.3 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien	41
5.4 Definition von Zielgruppen	42
6 Digitalisierung in der Gesundheitsförderung im Alter	44
6.1 Mediennutzung im Alter	44
6.2 Anwendung von IKT in der Gesundheitsförderung im Alter	45
6.2.1 Gesundheitsbezogene Information und Kommunikation über das Internet	45
6.2.2 Mobile Gesundheitstechnologien im Alter	46
6.3 Gesundheitsbezogene Medienkompetenz	47
6.4 Was ist zu berücksichtigen?	48
7 Förderung der regelmässigen Bewegung	49
7.1 Grundlagen	49
7.2 Warum lohnt sich die Bewegungsförderung im Alter?	49
7.3 Bewegungsempfehlungen und -verhalten im Alter	51
7.3.1 Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen	51
7.3.2 Bewegungsverhalten der älteren Menschen in der Schweiz	53
7.4 Bewegungsförderung im Alter	55
7.4.1 Allgemeine Förderung eines aktiven Lebensstils	56
7.4.2 Bewegungsprogramme	57
7.4.3 Sturzprävention	58
7.4.4 Chancengerechte Bewegungsförderung	59
7.5 Erfolgsfaktoren	61

8 Förderung einer ausgewogenen Ernährung	63
8.1 Grundlagen und Definitionen	63
8.2 Warum lohnt sich die Förderung einer ausgewogenen Ernährung im Alter?	64
8.3 Ernährungsempfehlungen und -verhalten im Alter	64
8.3.1 Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen	64
8.3.2 Ernährungsverhalten der älteren Bevölkerung in der Schweiz	65
8.4 Förderung einer ausgewogenen Ernährung	66
8.5 Erfolgsfaktoren	71
9 Förderung der psychischen Gesundheit	73
9.1 Grundlagen und Definitionen	73
9.2 Die psychische Gesundheit der älteren Menschen in der Schweiz	75
9.3 Warum lohnt sich die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter?	77
9.4 Förderung der psychischen Gesundheit im Alter	78
9.4.1 Stärkung der Selbstwirksamkeit	79
9.4.2 Stärkung der sozialen Unterstützung im Kontext der sozialen Teilhabe	81
9.4.3 Förderung der psychischen Gesundheit betreuender Angehöriger	84
9.4.4 Chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit	86
10 Zusammenspiel von Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit	89
10.1 Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit	89
10.1.1 Wie die Bewegung die anderen Themen beeinflusst	89
10.1.2 Wie die Ernährung die anderen Themen beeinflusst	90
10.1.3 Wie die psychische Gesundheit die anderen Themen beeinflusst	90
10.2 Empfehlungen	91
10.3 Beispiel Selbstwirksamkeit	92
11 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	94
11.1 Argumente für die Gesundheitsförderung im Alter: WARUM	94
11.2 Empfehlungen: WAS und WIE	95
12 Literaturverzeichnis	99

Darstellungsverzeichnis

Abbildung 1	Altersgruppen und ihr Anteil an der Bevölkerung	14
Abbildung 2	Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	16
Abbildung 3	Mögliche Mechanismen zur Demenzprävention	22
Abbildung 4	Die drei Komponenten des gesunden Alterns	24
Abbildung 5	Verläufe des gesunden Alterns	29
Abbildung 6	Kooperationspartnerinnen und -partner in der Gesundheitsförderung im Alter (inkl. häufige Rollen)	31
Abbildung 7	Wirkungsmodell eines fiktiven Pilotprojekts «Bewegung im Quartier»	34
Abbildung 8	Gesamtausgaben für die Gesundheit	37
Abbildung 9	Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit	40
Abbildung 10	Dosis-Wirkungs-Beziehung	52
Abbildung 11	24-Stunden-Modell der Bewegungsförderung	53
Abbildung 12	Ernährungskette	67
Abbildung 13	Zwei-Kontinua-Modell psychischer Gesundheit	74
Abbildung 14	Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell	74
Abbildung 15	Modell der vier Lebensbereiche	92
Tabelle 1	Demografische Alterung in der Schweiz	14
Tabelle 2	Indikatoren: Gesundheit (bei Personen in Privathaushalten)	16
Tabelle 3	Indikatoren: Gesundheitsprobleme (bei Personen in Privathaushalten)	17
Tabelle 4	Krankheitslast bei Menschen über 55 Jahre in der Schweiz 2019	26
Tabelle 5	Wie Bewegung die Gesundheit positiv beeinflusst	50
Tabelle 6	Beliebteste Sportarten bei sportlich aktiven älteren Frauen und Männern 2020	54
Tabelle 7	Die sechs Lebenskompetenzen des Alters	80

Verzeichnis der Boxen

Definitionen

Definition 1	Alter als Lebensphase(n)	18
Definition 2	Lebensqualität als Konzept	27
Definition 3	Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit	39
Definition 4	Bewegung	49
Definition 5	Ausgewogene Ernährung	63
Definition 6	Psychische Gesundheit	73
Definition 7	Selbstwirksamkeit	79
Definition 8	Lebenskompetenzen	79
Definition 9	Soziale Teilhabe	81
Definition 10	Soziale Unterstützung	81
Definition 11	Betreuende Angehörige	84

Exkurse

Die «neuen älteren Menschen»	19
Prävention von Demenzerkrankungen	21

Hintergrundwissen, Facts & Figures

Soziodemografische Diversität im Alter	15
Sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit	17
Gesundheitsförderung im Alter ist wirksam	35
Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit	42
Sozial bedingte Unterschiede im Bewegungsverhalten	55
Sozial bedingte Unterschiede im Ernährungsverhalten	66
Sozial bedingte Unterschiede in der psychischen Gesundheit	76
Wer besonders von Einsamkeit betroffen ist	82
Tabuthema Gewalt im Alter	85

Management Summary

Die Pandemie hat die Bedeutung der Gesundheitsförderung unterstrichen, denn in Krisen macht es mehr denn je Sinn, die Ressourcen von Menschen zu stärken. Ältere Menschen sind eine grosse und stark wachsende Zielgruppe der Gesundheitsförderung. Während der Pandemie standen ältere Menschen ausserdem von Anfang an im Fokus, da sie häufiger von chronischen Krankheiten (NCDs) betroffen sind und diese wiederum das Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 deutlich erhöhen.

Der vorliegende Bericht zeigt, weshalb sich ein Engagement für die Gesundheit von älteren Menschen lohnt. Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen wird gezeigt, warum die Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit wichtige Pfeiler für die Gesundheit im höheren und hohen Alter sind. Wirksame Interventionen sowie bewährte Handlungsansätze und Empfehlungen werden vorgestellt.

Kapitel 2 zeichnet ein Bild der Zielgruppe der älteren Menschen in der Schweiz.

Demografische Alterung: Die Bevölkerung in der Schweiz wird auch in Zukunft weiter altern: Heute sind 19% über 65 Jahre alt, bis 2050 wird es mehr als ein Viertel sein (26%).

Diversität: Ältere Menschen sind eine aussergewöhnlich heterogene Zielgruppe, die sich unter anderem nach finanziellen Möglichkeiten, Bildung, Geschlecht, Migrationsstatus, Zivilstand, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität unterscheidet. Es gibt folglich grosse Unterschiede in Gesundheit, Lebensstil und Bedürfnissen. Für die Praxis heisst das: Es braucht unterschiedliche Zugänge und chancengerechte Massnahmen in allen Interventionsthemen.

Gesundheit: Wie in jedem Lebensalter stehen Erfreuliches und Herausforderndes auch im Alter nebeneinander. Erfreulich ist, dass die Menschen in der Schweiz nicht nur älter werden, sondern auch länger gesund bleiben. Das zeigt sich unter anderem an der steigenden Anzahl gesunder Lebensjahre, an der guten selbst wahrgenommenen Gesundheit und einer hohen Lebenszufriedenheit.

Herausfordernd sind besonders chronische Krankheiten, die – gemeinsam mit psychischen Beschwerden – über 90% der Krankheitslast im Alter verursachen. In der Schweiz ist fast jede zweite Person ab 65 Jahren von mindestens einer chronischen Krankheit betroffen. Je nach Alter dürften zwischen 11% und 13% mindestens eine psychische Erkrankung haben.

Alter als Lebensphase(n): Das Alter ist voller Veränderungen. Diese können herausfordernd sein, bieten sich aber auch als gute Zeitpunkte für gesundheitsförderliche Massnahmen an. Allgemein wird das Alter in zwei Lebensphasen unterteilt, in das sogenannte dritte und vierte Lebensalter. Menschen im dritten Lebensalter sind oft sehr agil und aktiv, wollen mitbestimmen und mitgestalten (sogenannte «neue ältere Menschen»). Speziell der Übertritt in das vierte Lebensalter (ab 80 Jahre) ist oft mit zunehmenden gesundheitlichen Problemen und einem steigenden Betreuungsbedarf verbunden.

Kapitel 3 befasst sich mit den Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung im Alter.

Gesundheitsverständnis: Gesundheit im Alter bezeichnet die Fähigkeit einer Person, das zu tun und zu sein, was sie selbst schätzt. Im Fokus stehen also nicht Krankheiten, sondern die Selbstständigkeit, das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität.

Gesundheitsdeterminanten: Wie gesund eine Person älter wird, hängt von ihren Ressourcen und Belastungen ab. Diese liegen in der Person selbst und in ihrem Umfeld. Das Umfeld ist immer wichtig für die Gesundheit, aber besonders, wenn die persönlichen Ressourcen eingeschränkt sind.

Ziele der Gesundheitsförderung im Alter: Die Gesundheitsförderung setzt auf das Empowerment von älteren Menschen und die Stärkung ihrer Selbstbestimmung und Partizipation. Ihr Ziel liegt nicht immer in der Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität, sondern manchmal auch in deren Stabilisierung. Eine wirksame Gesundheitsförderung stärkt dazu Ressourcen in der Person selbst und in ihrem Umfeld (Kombination von Verhaltens- und Verhältnismassnahmen). Denn ein gesundheits-

förderliches Umfeld kann nicht nur abnehmende persönliche Ressourcen (teilweise) kompensieren, es erleichtert auch die Verhaltensänderung, indem es die gesunde Wahl zur einfachen Wahl macht.

Inhaltliche Schwerpunkte: Die inhaltlichen Schwerpunkte der Gesundheitsförderung im Alter entsprechen einerseits dem objektiven Bedarf aus epidemiologischer Sicht und andererseits den subjektiven Motiven und Bedürfnissen der älteren Menschen selbst. Zu den wichtigsten Interventionsthemen gehören die Förderung der regelmässigen Bewegung, der ausgewogenen Ernährung und der psychischen Gesundheit. Diese Themen sind besonders geeignet, um Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter zu verbessern oder zu erhalten.

Vernetzung und Zusammenarbeit: Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration sind komplementäre Ansätze, die spezifische Beiträge zum gemeinsamen Ziel der «Gesundheit und Lebensqualität im Alter» leisten. Neben dem Gesundheitsbereich beeinflussen zahlreiche weitere Akteurinnen und Akteure die Gesundheit von älteren Menschen. Um deren jeweilige Kompetenzen optimal zu nutzen, ist von Anfang an auf eine partizipative Zusammenarbeit zu achten, die ältere Menschen explizit miteinschliesst. Die Gemeinde ist das zentrale Setting der Gesundheitsförderung im Alter. Eine gute Rolleenteilung sowie strategische und politische Grundlagen in den Gemeinden sind entscheidende Erfolgskriterien in der Praxis.

Wirkungsmanagement: Monitorings und Evaluationen dienen dazu, die Gesundheitsförderung zu legitimieren und Lernprozesse zu unterstützen. Mithilfe von Wirkungsmodellen lässt sich die Wirksamkeit einer Massnahme beurteilen und Wirkungen auf verschiedenen Ebenen können illustriert werden.

Kapitel 4 zeigt die Gewinne durch Gesundheitsförderung im Alter auf.

Heute liegen klare Belege dafür vor, dass sich Gesundheit und Selbstständigkeit auch im höheren Alter erheblich verbessern oder zumindest stabilisieren lassen. Veränderungen des Lebensstils und des Umfelds können nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) verhindern oder wenigstens positiv beeinflussen. Gezielte Übungen senken das Sturzrisiko deutlich. Auch die psychische Gesundheit im Alter lässt sich nachweislich fördern. Von einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung profitieren wir alle:

Ältere Menschen selbst haben bessere Chancen, lange selbstständig zuhause, in guter Gesundheit und mit einer hohen Lebensqualität zu leben. Ihre **Familien** werden entlastet, denn je selbstständiger ältere Menschen leben, umso weniger Betreuung durch Angehörige ist nötig. Schliesslich profitiert die Gesellschaft als **Ganzes:** Denn erstens fällt es älteren Menschen dank einer guten Gesundheit leichter, sich für ihr näheres und weiteres Umfeld zu engagieren. Und zweitens trägt die Gesundheitsförderung dazu bei, Heimeinweisungen zu verzögern, Pflegebedürftigkeit zu verringern und damit das prognostizierte Ausgabenwachstum für Krankheit und Pflege zu dämpfen.

Kapitel 5 widmet sich der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Gesundheit und Krankheit sind auch im Alter ungleich verteilt und hängen von sozialen Merkmalen ab. Das Bildungsniveau, das Geschlecht, der Migrationsstatus und die sexuelle Orientierung sind Beispiele von sozialen Merkmalen, die sich auf die gesundheitlichen Chancen auswirken können. Diese Merkmale können sich überschneiden und so zu besonders vulnerablen Situationen führen (Intersektionalität).

Wichtige Erfolgskriterien für chancengerechte Massnahmen sind die Partizipation der Zielgruppe, beziehungsgeleitete Arbeit, zielgruppengerechte Anpassung der Angebote (z. B. Inhalte und Sprache), Niederschwelligkeit der Angebote, eine multisektorale Zusammenarbeit und die kleinräumige Koordination. Nicht nur die genannten soziodemografischen Merkmale können zu erhöhter gesundheitlicher Vulnerabilität führen, sondern auch individuelle Beeinträchtigungen wie Behinderungen.

In Kapitel 6 wird das Potenzial der Digitalisierung in der Gesundheitsförderung im Alter besprochen.

Nutzung: Digitale Medien werden zunehmend zu einem festen Bestandteil des Alltags von älteren Menschen: Viele nutzen das Internet (74%), besitzen ein Smartphone (64%) oder sind offen für «Wearables» wie Schrittzähler. Die Mediennutzung unterscheidet sich momentan noch markant zwischen Menschen im dritten und vierten Lebensalter. So nutzen beispielsweise 86% der «jüngeren Älteren» (65 bis 79 Jahre) das Internet, aber nur 45% der Menschen ab 80 Jahren.

Anwendung: Die Digitalisierung wirkt sich in vielen Lebensbereichen auf ältere Menschen aus, unter anderem Mobilität, soziale Integration, Gesundheit, Versorgung und Pflege. Im Gesundheitsbereich bieten das Internet und mobile Technologien ein grosses Anwendungspotenzial. Die Pandemie unterstrich zudem das Potenzial von TV-Sendungen und Messenger-Diensten. Neben der Entwicklung von digitalen Angeboten gilt es die digitalen Kompetenzen der älteren Menschen zu fördern.

Chancengleichheit: Menschen mit wenig Geld oder tiefer Bildung nutzen die digitalen Medien seltener. Auch wegen dieser digitalen Spaltung braucht es weiterhin analoge Angebote.

Thema von Kapitel 7 ist die Bewegungsförderung.

Einfluss auf Gesundheit: Regelmässige Bewegung hat eine präventive und therapeutische Wirkung auf die körperliche, emotionale und geistige Gesundheit. Sie stärkt die Selbstständigkeit im Alter besonders deutlich.

Bewegungsverhalten: Die körperliche Aktivität im Alter hat über die letzten zwei Jahrzehnte deutlich zugenommen, allerdings zeigen sich altersabhängige Unterschiede: Die jüngeren Alten erfüllen zu fast 80% die Bewegungsempfehlungen, bei den Personen ab 75 Jahren sind es noch rund 64%. Besonders beliebt sind Wandern, Schwimmen und Radfahren, hingegen ist das (im Alter so wichtige) Training der Muskulatur wenig beliebt. Zu den wichtigsten Bewegungsmotiven im Alter gehören: Gesundheit fördern, in der Natur sein, Freude an der Bewegung, im Alltag mobil bleiben (Autonomie) und Denkfähigkeit erhalten.

Interventionsansätze: Für die Gesundheit ist es nicht nur entscheidend, dass wir uns regelmässig bewegen, sondern auch, dass wir nicht zu viel sitzen. Die allgemeine Förderung eines aktiven Lebensstils ist deshalb die Basis der Bewegungsförderung im Alter. Bewährt haben sich dafür die Anleitung durch Fachleute oder Peers, die soziale Unterstützung und der Einsatz von Technologien wie Schrittzählern. Für die regelmässige Bewegung ist ein altersgerechtes, bewegungsfreundliches und sicheres Umfeld entscheidend. Das lässt sich unter anderem fördern durch sichtbare Anregungen für mehr Bewegung (Nudging), gut zugängliche Freizeiteinrichtungen und gemeindeweite Programme, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen (z. B. Kommunikation, Angebote und Raumplanung). Die allgemeine För-

derung eines aktiven Lebensstils wird idealerweise ergänzt durch strukturierte Bewegungsprogramme und, wenn nötig, therapeutische Sturzprävention.

Chancengleichheit: Soziale Merkmale wie die Bildung, das Einkommen, die Nationalität und das Geschlecht beeinflussen das Bewegungsverhalten massgeblich. Die grossen sozial bedingten Unterschiede machen chancengerechte Bewegungsinterventionen unverzichtbar. Strukturelle Massnahmen sind im Hinblick auf die Chancengleichheit besonders wichtig (z. B. Vergünstigungen für Bewegungsangebote oder die Raumplanung).

Kapitel 8 beleuchtet die Förderung einer ausgewogenen Ernährung.

Einfluss auf Gesundheit: Eine ausgewogene Ernährung dient der Prävention von NCDs und wirkt sich positiv auf Mobilität und Unabhängigkeit aus; sie stärkt das Immunsystem und beeinflusst die psychische Gesundheit positiv.

Ernährungsverhalten: Eine gesunde Ernährung ist für den grössten Teil (95%) der älteren Menschen wichtig. Gleichzeitig wissen viele nicht genau, was eine gesunde Ernährung ausmacht. Zudem weichen die konsumierten Lebensmittel teilweise deutlich von den Empfehlungen ab. Mit steigendem Alter wird Mangelernährung ein wachsendes Problem, Übergewicht und Adipositas sind auch im Alter weitverbreitet. Neben physiologischen Voraussetzungen (z. B. Mundgesundheit) beeinflussen auch soziale, finanzielle und psychische Faktoren (z. B. Einsamkeit und Armut) das Ernährungsverhalten. Einen besonderen Einfluss haben persönliche Wahrnehmungen: So ist im hohen Alter beispielsweise die Wahrnehmung verbreitet, dass gesundes Essen nicht lecker sei.

Interventionsansätze: Kommunikation und Motivation sind auch in Ernährungsmassnahmen entscheidend. Es gilt zu veranschaulichen, wie eine ausgewogene Ernährung zu wichtigen Motiven im Alter beiträgt (z. B. zum Erhalt der Selbstständigkeit und der kognitiven Gesundheit). Wichtige Massnahmen umfassen unter anderem die Förderung der Ernährungskompetenz von älteren Menschen und ihren Angehörigen sowie das Schaffen von Möglichkeiten zum gemeinsamen Essen.

Chancengleichheit: Das Ernährungsverhalten und -wissen unterscheidet sich unter anderem nach Bildung, Geschlecht und Wohnregion. Die grossen sozial bedingten Unterschiede machen chancen-

gerechte Ernährungsinterventionen unverzichtbar. Dazu gehören Vergünstigungen von gesunden Lebensmitteln, präventive Hausbesuche und konkrete Tipps, wie man sich mit kleinem Budget ausgewogen ernähren kann.

Kapitel 9 ist der Förderung der psychischen Gesundheit gewidmet.

Einfluss auf Gesundheit: Im Alter kommt der psychischen Gesundheit eine besondere Bedeutung zu, da sie den Umgang mit körperlichen Einbußen und kritischen Lebensereignissen erleichtert. Sie stärkt die Selbstständigkeit und die Fähigkeit, sich für andere zu engagieren.

Daten und Prävalenzen: Die Pflege der psychischen Gesundheit ist älteren Menschen so wichtig wie keiner anderen Altersgruppe. In mancher Hinsicht ist die psychische Gesundheit im Alter aussergewöhnlich gut. Das zeigt sich beispielsweise an einer hohen Lebenszufriedenheit und stark ausgeprägtem Optimismus. Verglichen mit jüngeren Menschen haben ältere Menschen hingegen stärkere Hemmungen, um Unterstützung zu bitten und über Gefühle zu sprechen. Zudem ist die Stigmatisierung von psychischen Beschwerden stärker ausgeprägt. Je nach Alter dürften zwischen 11% und 13% der älteren Menschen an mindestens einer psychischen Erkrankung leiden, wobei Depressionen und Angststörungen besonders verbreitet sind. Knapp ein Drittel (32%) fühlt sich manchmal bis sehr häufig einsam.

Interventionsansätze: Es ist sinnvoll, die psychische Gesundheit unabhängig von einer allfälligen psychischen Erkrankung zu fördern. Prioritär zu stärken sind die beiden Ressourcen Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung. Um diese beiden Ressourcen zu stärken, braucht es Massnahmen auf individueller Ebene (z. B. Förderung der Lebenskompetenzen) und auf der Ebene des Umfelds. Die psychische Gesundheit von betreuenden Angehörigen ist gezielt zu fördern.

Chancengleichheit: Menschen mit tiefer Bildung und wenig Einkommen, Teile der Migrationsbevölkerung, Alleinstehende, Frauen, betreuende Angehörige und LGBTIQ-Menschen haben ein höheres Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit. Chancengerechte Interventionen sind unverzichtbar. Bewährt haben sich unter anderem der erleichterte Zugang zu (diversitätsgerechten) Angeboten und Informationen, die Sensibilisierung von Fachpersonen und die Förderung von Strukturen zur sozialen (Re-)Integration.

Kapitel 10 sensibilisiert für das enge Zusammenspiel von Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit.

Dazu illustriert es die vielen Schnittstellen und wechselseitigen Einflüsse der drei Themen. Zum Beispiel fördert körperliche Aktivität das Wohlbefinden, reduziert Stress und beeinflusst die Schlafqualität. Regelmässige Bewegung und ausgewogene Ernährung tragen beide zum Erhalt der Selbstständigkeit und sicheren Mobilität bei. Eine hohe Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung können zu mehr Bewegung motivieren. Auch das Essverhalten ist oft von Emotionen und (dem Fehlen von) sozialen Kontakten beeinflusst. Eine unausgewogene Ernährung kann aber umgekehrt auch die Entstehung von Depressionen begünstigen. Für die Praxis heisst das: Ziel sind ganzheitliche Interventionen, die diese (positiven) Wechselwirkungen berücksichtigen und fördern. Ganzheitliche Angebote sind oft attraktiver, wirksamer und ressourcenschonender. Es braucht aber auch eine gewisse Pragmatik, denn nicht jedes Projekt kann und muss alle Themen abdecken.

Das letzte Kapitel 11 fasst als Schlussfolgerungen Argumente für die Förderung der Gesundheit von älteren Menschen zusammen. Weiter werden Empfehlungen zu Inhalten und Methoden in der Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe gegeben.

1 Einleitung

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich zusammen mit den Kantonen für die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Die bewährten und erfolgreichen kantonalen Aktionsprogramme und Projekte fördern Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen in ihrer psychischen Gesundheit, in regelmässiger Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung. Als Grundlage für diese Aktionsprogramme und Projekte publiziert die Stiftung in regelmässigen Abständen Grundlagendokumente. Diese bilden die wissenschaftliche Basis für ihr Engagement. Die Grundlagenberichte sind zielgruppenspezifisch ausgerichtet:

- Kinder
- Jugendliche und junge Erwachsene
- Ältere Menschen

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit der Zielgruppe der älteren Menschen.

Zielgruppendefinition ältere Menschen

Die primäre Zielgruppe, auf die sich der Grundlagenbericht bezieht, sind Menschen ab 65 Jahren, die selbstständig oder mit Unterstützung, respektive Betreuung, im eigenen Zuhause leben.

Ziele und Publikum der Berichte

Die Grundlagenberichte fassen die wissenschaftliche Evidenz in den Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit zusammen und sind praxisnah aufbereitet. Die Berichte sollen aufzeigen, in welchen Bereichen Handlungsbedarf besteht und welche Ansätze sich für die verschiedenen Zielgruppen und Themen bewährt haben. Basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen bieten die Grundlagenberichte eine Hilfe zur Überführung der aktuellen Evidenz in die Praxis. Der Bericht ist ein erster Schritt von der Wissenschaft zur operativen Umsetzung. Die Umsetzung wird durch weitere Leistungen wie Beratungen, Checklisten und Praxismaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt.

Publikum der Berichte sind primär:

- Fachpersonen in den Kantonen, Gemeinden und NGOs, die für die Strategie und Umsetzung von Programmen und Projekten zur Gesundheitsförderung verantwortlich sind,
- weitere Fachpersonen aus der Praxis, ferner auch aus der Wissenschaft und Forschung.

Interdisziplinarität des Berichts

Aufgrund der Interdisziplinarität des Berichts waren verschiedene Expertinnen und Experten aus den entsprechenden Wissenschaftsbereichen als Reviewerinnen und Reviewer involviert (Universitäten und Fachhochschulen). Eine Begleitgruppe stellte die Nähe zu den Bedürfnissen des Zielpublikums der Berichte sicher.

Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie wirkt sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten älterer Menschen sowie auf die Arbeit der Gesundheitsförderung im Alter aus. Ihre Auswirkungen werden deshalb systematisch in allen Kapiteln des Berichts beleuchtet.

Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht zur Zielgruppe ältere Menschen beginnt mit einem Blick auf die Lebensphase von Menschen ab 65 Jahren. Es folgen Kapitel zu den Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung mit älteren Menschen, den Potenzialen der Gesundheitsförderung im Alter, der gesundheitlichen Chancengleichheit und den digitalen Medien in der Gesundheitsförderung. Anschliessend werden die Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit in eigenen Kapiteln behandelt. Der Bericht wird mit einem Kapitel zum Zusammenspiel dieser Themen abgeschlossen.

Für die eilige Leserin und den eiligen Leser

Die wichtigsten Inhalte werden im **Management Summary** zusammengefasst. Die wesentlichen Schlussfolgerungen und Empfehlungen sind im letzten Kapitel **«Schlussfolgerungen und Empfehlungen»** zusammengefasst.

Leseanleitung

Die drei zielgruppenspezifischen Berichte sind im Aufbau bewusst parallel gehalten, um der Leserschaft die Orientierung innerhalb der Berichte zu erleichtern. Die folgende Leseanleitung gibt Hinweise, wie die Berichte effizient genutzt werden können. Jeder Bericht bildet in sich eine abgeschlossene Übersicht über die Gesundheitsförderung mit der

jeweiligen Zielgruppe. Das Kapitel Chancengleichheit ist in allen drei Berichten im Wesentlichen gleich.

Definitionen, weiterführende Literatur, Ausführungen zur Corona-Pandemie, Hinweise für die praktische Umsetzung, Hintergrundwissen und Exkurse zu interessanten weiterführenden Inhalten sind in farblich hervorgehobenen Boxen zu finden.

Box: Definition

Definitionen von zentralen Begriffen sind in grün hervorgehobenen Boxen zu finden.

**Box: Weiterführende Literatur**

Literaturangaben zu weiterführenden Informationen finden sich in orange hervorgehobenen Boxen. Hierbei sind Arbeitspapiere und Broschüren von Gesundheitsförderung Schweiz prioritär dargestellt (Icon mit Gesundheitsförderung-Schweiz-Logo). So ist mit einem einfachen Klick auf das gewünschte Produkt die Information schnell auffindbar.

**Box: Praxis**

Ausgewählte Praxisbeispiele illustrieren, wie die Empfehlungen in der Schweiz umgesetzt werden.

**Box: Corona-Pandemie**

Spezifische Informationen mit Bezug zur Corona-Pandemie sind in rot hervorgehobenen Boxen zu finden.

**Box: Hintergrundwissen, Facts & Figures**

Vertieftes Wissen und interessante Daten zu einem Thema werden in Boxen mit diesem Icon gesammelt.

**Exkurs**

Interessante in sich abgeschlossene Themen werden in blau hervorgehobenen Boxen beleuchtet.



2 Ältere Menschen in der Schweiz

Dieses Kapitel führt an die Zielgruppe der älteren Menschen heran: Wie viele Menschen ab 65 Jahren leben in der Schweiz – heute und in Zukunft [2.1]? Wer sind «die» älteren Menschen [2.2]? Wie gesund sind sie [2.3]? Und was prägt die Lebensphase «Alter» [2.4]?

2.1 Demografische Alterung in der Schweiz

Heute erreichen mehr Personen als je zuvor ein hohes Alter. Frauen und Männer, die heute in der Schweiz pensioniert werden, haben noch ungefähr ein Viertel ihres Lebens vor sich. Diese Entwicklung ist den Fortschritten zu verdanken, die im letzten Jahrhundert in der Medizin, Hygiene, Ernährung, Bildung und sozialen Sicherheit erzielt wurden. Die Vereinten Nationen bezeichnen die steigende Lebenserwartung als «eine der grössten Errungenschaften der Menschheit» [1].

Die tiefe Geburtenziffer und die steigende Lebenserwartung führen dazu, dass die Bevölkerung in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten weiter altern wird. Zeigen wird sich das unter anderem an der Zahl älterer Menschen generell (65+) und insbesondere an der Zahl der hochaltrigen Menschen (80+) (Tabelle 1). Heute sind 19% der Schweizer Bevölkerung über 65 Jahre alt, bis 2050 wird es mehr als ein Viertel sein (26%). Das bedeutet: weniger Personen im Erwerbsalter (20 bis 64 Jahre) stehen immer mehr Menschen im Pensionsalter (65+) gegenüber (steigender Altersquotient) [2].

Menschen über 65 Jahre (und besonders über 80 Jahre) sind die einzige grosse Altersgruppe, deren Anteil an der Bevölkerung noch wächst (Abbildung 1). Zum ersten Mal in der Geschichte gibt es in der Schweiz und anderen OECD-Ländern heute mehr Menschen über 65 Jahre als Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Ältere Menschen sind somit eine der grössten Zielgruppen der Gesundheitsförderung.

TABELLE 1

Demografische Alterung in der Schweiz

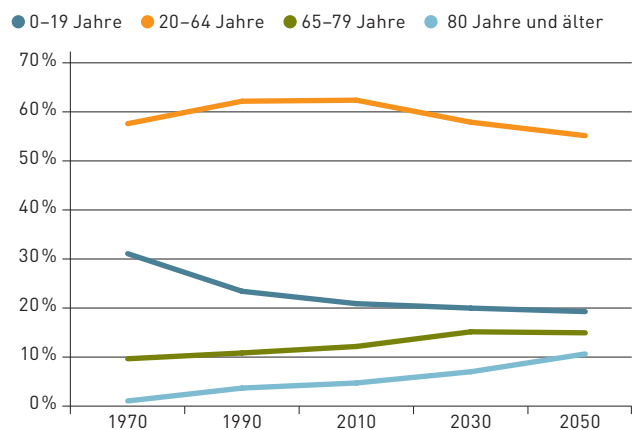
	2020	2050
65+	1,64 Mio.	2,67 Mio.
Anteil 65+	18,9%	25,6%
80+	0,46 Mio.	1,11 Mio.
Altersquotient*	31	46

* Personen ab 65 Jahren pro 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren

Quelle: [2]

ABBILDUNG 1

Altersgruppen und ihr Anteil an der Bevölkerung



Quellen: [3-5]

2.2 Die vielen Gesichter des Alter(n)s

Die Begriffe «das Alter» und «die älteren Menschen» erwecken leicht den Eindruck, dass es sich bei Menschen ab 65 Jahren um eine homogene Bevölkerungsgruppe handle. Wie Menschen alt werden, lässt sich in Wirklichkeit aber kaum normieren. Denn der Alterungsprozess und die Lebenssituation im Alter sind geprägt von der eigenen Biografie, persönlichen Merkmalen und dem jeweiligen Umfeld. Das heisst: Menschen leben unterschiedlich, altern unterschiedlich und stehen im Alter unterschiedlichen Lebensrealitäten gegenüber.

Die Bevölkerungsgruppe, die wir heute als «ältere Menschen» bezeichnen, ist in der Schweiz zwischen 65 und ungefähr 110 Jahre alt. Dies entspricht einer Spannweite von über vier Jahrzehnten! Im Alter «reicht die Spannweite von Personen, die teilweise noch im Berufsleben stehen, bis hin zu Menschen, die auf Pflege und Unterstützung angewiesen sind» [6]. In der Gruppe der «älteren Menschen» sind die Unterschiede in Gesundheit, Lebensstil und Bedürfnissen deshalb grösser als in jeder anderen Lebensphase zuvor [7].

Wir müssen «das Alter» und «die älteren Menschen» differenziert denken, um der ausgeprägten Heterogenität dieser Bevölkerungsgruppe gerecht zu werden. Massive Unterschiede bestehen besonders in der Betroffenheit von Krankheiten und Einschränkungen. Im Hinblick auf die Gesundheit lassen sich ältere Menschen in drei Hauptgruppen unterteilen [8]:

- 1) Aktive, sich gesundühlende, selbstständig lebende Menschen («Agilität»)
- 2) Personen mit ersten Symptomen von Gebrechlichkeit, erhöhter Anfälligkeit für Krankheiten, ein bis zwei chronischen Erkrankungen und ersten Anzeichen von Einschränkungen im Alltag («erste Einschränkungen»)
- 3) Personen, die aufgrund funktionaler Einschränkungen alltägliche Aktivitäten nicht mehr selbstständig erledigen können («funktionale Abhängigkeit»)

Ältere Menschen unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihrer Gesundheit, sie sind auch soziodemografisch eine heterogene Gruppe. In der folgenden Box finden sich ausgewählte Zahlen zur soziodemografischen Diversität von älteren Menschen.



Soziodemografische Diversität im Alter

Wirtschaftliche Verhältnisse: Die reichsten 10% der pensionierten Menschen verfügen über 3,4-mal mehr finanzielle Mittel als die ärmsten 10% der Gleichaltrigen. Mehr als ein Fünftel der Personen im AHV-Alter ist armutsgefährdet [9].

Bildungshintergrund: Knapp ein Drittel (30%) der älteren Menschen gibt die obligatorische Schule als höchste abgeschlossene Ausbildung an, 49% die Sekundarstufe II und 21% die Tertiärstufe [10].

Geschlecht: Während Frauen in der Altersklasse 65 bis 79 Jahre erst leicht überrepräsentiert sind, steigt der Frauenanteil kontinuierlich auf 60% (bei den 80- bis 89-Jährigen), 71% (90- bis 99-Jährige) bis hin zu fast 82% im Alter ab 100 Jahren [11].

Migrationsstatus: Fast ein Viertel (24%) der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 65 und 79 Jahren wurde im Ausland geboren. Bei den über 80-jährigen Personen ist dieser Anteil heute fast gleich hoch (23%) [12].

Wohnform: Im Alter von 65 bis 79 Jahren leben 55% der Frauen und 31% der Männer allein. Ab 80 Jahren betragen diese Anteile 80% für Frauen und 45% für Männer [13]. Rund 15% der Menschen über 80 Jahre leben in einem Alters- oder Pflegeheim [14].

Sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität: Obwohl gesicherte Angaben zur LGBTIQ-Bevölkerung¹ aufgrund definitorischer Schwierigkeiten und unterschiedlicher Befragungsmethoden fehlen, gehen Fachleute beispielsweise von einem rein homosexuellen (Lesben und Schwule) Bevölkerungsanteil von 3% bis 10% aus [15]. Werden bisexuelle, intergeschlechtliche und trans-Menschen hinzugerechnet, ist von einem Bevölkerungsanteil der LGBTIQ-Personen von mindestens 10% auszugehen.

1 LGBTIQ ist eine Abkürzung aus dem Englischen und steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, Intersex, Queer.

2.3 Gesundheit und Krankheit

Erfolge stabilisieren

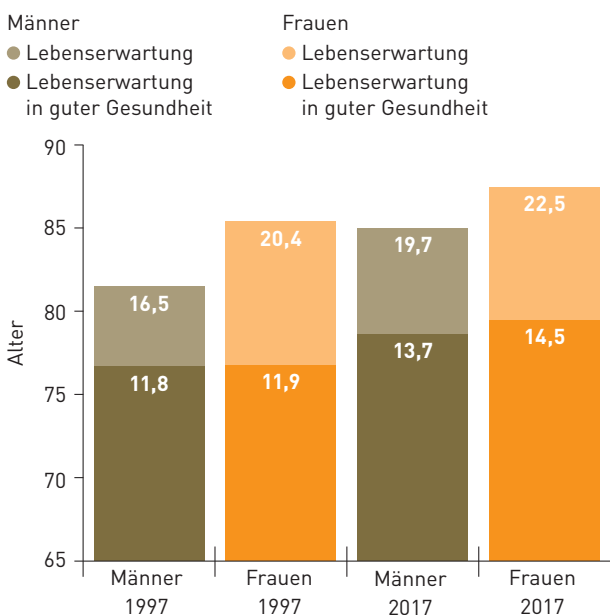
Die Menschen in der Schweiz werden nicht nur älter, immer mehr ältere Frauen und Männer sind auch bei guter Gesundheit. Das gilt besonders für Menschen zwischen 65 und 75 Jahren, aber auch danach ist die Gesundheit oft gut. Diese Erfolge zeigen sich beispielsweise in der Anzahl **Jahre**, die eine 65-jährige Person durchschnittlich **in guter Gesundheit** verbringen wird, das heisst weitgehend ohne funktionale Einschränkungen (Abbildung 2) [16].

Auch die selbst wahrgenommene Gesundheit [17], die Lebenszufriedenheit [18] und das Gefühl von Vitalität [19, 20] bleiben lange hoch (Tabelle 2). Ältere Menschen sind generell **zufriedener mit dem eigenen Leben** als jüngere Menschen. Keine andere Altersgruppe fühlt sich ausserdem so häufig voller **Energie und Vitalität** wie die 65- bis 74-Jährigen [20, 21]. Erst bei den hochaltrigen Personen nehmen die selbst wahrgenommene Gesundheit und die Vitalität ab, hingegen kaum die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben [22].

ABBILDUNG 2

Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

Lebenserwartung/Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, Schweiz, 1997 im Vergleich zu 2017



Quelle: [16]

Diese in den letzten Jahrzehnten erzielten Erfolge gilt es zu stabilisieren, damit die Lebensqualität und Gesundheit im Alter auch weiterhin hoch bleiben.

Herausforderungen reduzieren

Wie in jedem Lebensalter stehen Erfreuliches und Herausforderndes auch ab 65 Jahren natürlicherweise nebeneinander. Während das Alter eine «Zeit des persönlichen Wachstums, der Kreativität und Produktivität» sein kann [23], finden im Laufe des Lebens oft auch Veränderungen statt, die die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen.

Insbesondere **chronische Krankheiten (nichtübertragbare Krankheiten, NCDs)** nehmen im Alter zu. Knapp die Hälfte der Menschen über 65 Jahre hat mindestens eine NCD, mit steigendem Alter werden diese Erkrankungen noch häufiger [17]. Dazu gehören Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen und Demenz. Fast 700 000 Menschen über 65 Jahre haben beispielsweise Bluthochdruck oder nehmen Medikamente dagegen [24]. Ein weiteres Beispiel: In der Schweiz erkranken fast jeder zweite Mann (48%) und 42% der Frauen im Laufe ihres Lebens an Krebs, wobei 90% aller Krebsleidenden Personen ab 50 Jahren betreffen [17].

Jede vierte Person ab 65 Jahren (24%), die in einem Schweizer Privathaushalt lebt, stürzt mindestens einmal pro Jahr. Bei den zuhause lebenden Personen ab 80 sind es sogar 33% [25]. **Stürze** führen im Alter ebenfalls häufiger zu schweren Verletzungen und sogar zum Tod. Jährlich sterben in der Schweiz fast 1600 ältere Menschen in der Folge von Stürzen [26].

TABELLE 2

Indikatoren: Gesundheit (bei Personen in Privathaushalten)

	65–74 Jahre	75+ Jahre
(Sehr) gute selbst wahrgenommene Gesundheit	77%	67%
Hohes Energie- und Vitalitätsniveau	63%	48%
Lebenszufriedenheit (auf einer Skala von 0 bis 10)	8,4/10	8,3/10

Quellen: [17–19]



Sozial bedingte Unterschiede in der Gesundheit

Bei den hier präsentierten Gesundheitsdaten handelt es sich um durchschnittliche Werte. Durchschnittswerte verstellen aber oft den Blick auf eine wesentliche Tatsache, die in diesem Bericht wiederholt betont wird: Nicht alle älteren Menschen haben die gleichen Chancen, gesund zu sein und zu bleiben. Bestimmte soziodemografische Merkmale (siehe 2.2 und 5.1) führen zu unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen [27, 28]. Angehörige bestimmter sozialer Gruppen erkranken folglich häufiger, leiden öfter an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sterben früher als Angehörige anderer Gruppen [29]. In der Praxis ist dieser Tatsache durch chancengerechte Massnahmen Rechnung zu tragen (siehe Kapitel 5).

Alltagseinschränkungen spielen eine besondere Rolle für ein selbstständiges Leben. In der Schweiz können knapp 11% der 65- bis 79-Jährigen, die zuhause leben, mindestens eine instrumentelle Alltagsaktivität (IADL) nicht oder nur schwer ausführen [30]. Dazu gehören selbstständig Essen zubereiten, einkaufen, Hausarbeiten erledigen oder den öffentlichen Verkehr benutzen. Dieser Anteil beläuft sich bei den Personen ab 80 Jahren auf 32%. Einschränkungen in grundlegenden Alltagsaktivitäten (ADL) sind seltener. Dazu gehören baden/duschen, sich an- und ausziehen, ins oder aus dem Bett steigen, zur Toilette gehen. 2% der zuhause lebenden 65- bis 79-Jährigen können eine oder mehrere dieser Aktivitäten nicht oder nur schwer ausführen. Bei den über 80-Jährigen sind es knapp 6% [30]. Diese Einschränkungen führen oft zu einem erhöhten Hilfs- und Pflegebedarf und zu Übertritten in stationäre Einrichtungen.



Weiterführende Informationen zu älteren Menschen in der Schweiz

Die demografische Alterung, die Diversität im Alter und Indikatoren von Gesundheit und Krankheit werden im Bericht 5 «Gesundheit und Lebensqualität im Alter» eingehender diskutiert.

TABELLE 3

Indikatoren: Gesundheitsprobleme (bei Personen in Privathaushalten)

	65-74 Jahre	75+ Jahre
Mind. eine chronische Krankheit/ ein dauerhaftes Gesundheitsproblem	45%	50%
Mittlere oder hohe psychische Belastung	11%	13%
Einsamkeitsgefühle (manchmal bis sehr häufig)	28%	35%

Quellen: [17, 31-33]

Psychische Belastungen und Erkrankungen sind auch im Alter eine nicht zu unterschätzende Herausforderung [31], ebenso wie Einsamkeitsgefühle [32, 33] (siehe auch 9.2).

Im Alter treten häufiger mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf und interagieren miteinander (**Multi-morbidität**). Das wirkt sich besonders negativ aus auf die Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit, die Schwere der einzelnen Erkrankungen und die Gesundheitskosten. In der Schweiz haben 25% der zuhause lebenden 65- bis 79-Jährigen zwei oder mehr chronische Krankheiten. Bei Personen ab 80 Jahren sind es über 41% [34].

2.4 Entwicklungsprozesse und kritische Lebensereignisse

In jeder Lebensphase gibt es alterstypische Entwicklungsprozesse und Lebensereignisse. Was beeinflusst Entwicklungsprozesse im Alter? Welche Veränderungen finden statt? Und mit welchen Herausforderungen können diese einhergehen?

Grosse Unterschiede beachten

Wenn wir über Veränderungen und Herausforderungen im Alter sprechen, dann gilt es die grossen **Unterschiede zwischen einzelnen älteren Menschen** zu beachten (siehe 2.2 und Kapitel 5). Diese Unterschiede in den Ressourcen, Belastungen und Wünschen können sozial bedingt, aber auch von der individuellen Biografie geprägt sein.

Herausforderungen und Bedürfnisse eines einzelnen Menschen bleiben ausserdem nicht konstant.

Vielmehr entstehen auch **Unterschiede im Verlauf des Alterns**. Das heisst, für den einzelnen Menschen können mit zunehmendem Alter neue Bedürfnisse relevant werden (siehe 3.4).

Entwicklungsprozesse im Alter

Heute ist belegt, dass es keinen «allgemeinen, altersbedingten Abbau der Person, ihrer Leistungsfähigkeit sowie ihrer Anpassungsfähigkeit» gibt [35]. Denn Menschen können selbst im höchsten Alter noch lernen, sich verändern und entwickeln [35]. Die **Plastizität** – also die Fähigkeit, sich an neue Bedingungen anzupassen [36] – bleibt bis ins hohe Alter bestehen. Das gilt auch für ältere Menschen, die kognitiv, sozioemotional und im Alltag bereits eingeschränkt sind [35].

Menschen sind ausserdem «**Agenten eigener Entwicklung**» [35]: Sie können die eigene Entwicklung mitgestalten, indem sie Fähigkeiten üben und erweitern sowie Ziele an veränderte Umstände anpassen. Die Entwicklung von Menschen spiegelt also nicht ausschliesslich bestimmte Voraussetzungen und äussere Bedingungen wider [35].

Schliesslich ist Entwicklung in jeder Lebensphase «sowohl mit Gewinnen und Stärken als auch mit spezifischen Verlusten und Defiziten verbunden» [35]. Im Alter verläuft die Entwicklung folglich nicht bloss in eine Richtung. Vielmehr finden im Alter

vielfältige Entwicklungen in unterschiedlichen Bereichen statt (**Multidimensionalität von Entwicklungsprozessen**). Im Alter beobachten wir «verschiedenartige, zum Teil sehr stark voneinander abweichende Entwicklungsprozesse in der körperlichen, der seelisch-geistigen und der sozialen Dimension» [35]. Das heisst, innerhalb und zwischen diesen Dimensionen sind Gewinne und Verlust miteinander ganz anders verteilt.

Nehmen wir die kognitive Dimension, um unterschiedliche, aber oft zeitgleiche Entwicklungen zu illustrieren: Einerseits beobachten wir, dass Informationen mit zunehmendem Alter oft weniger schnell verarbeitet werden. Das heisst aber nicht, dass ältere Menschen keine differenzierten Wissenssysteme mehr entwickeln und pflegen können. Denn andererseits zeigen sich beispielsweise «Stärken und Gewinne in jenen kognitiven und psychischen Funktionen, in denen sich Erfahrungen widerspiegeln, die Menschen im Lebenslauf gewonnen haben» [35]. Was können wir nun zu Kontinuitäten und Veränderungen im Alter sagen? Zeigen sich **bestimmte Tendenzen trotz grosser Unterschiede**?

Mit der Unterteilung in ein drittes und viertes Lebensalter lassen sich Gemeinsamkeiten fassen, die trotz grosser Unterschiede oft bestehen (siehe [Definition 1](#) und [Exkurs](#)). Im dritten Lebensalter scheint allgemein die «körperliche und seelisch-geistige



Definition 1

Alter als Lebensphase(n)

Wie alle anderen Lebensphasen (z. B. die «Kindheit» und die «Jugend») ist auch die Lebensphase «Alter» kulturell und historisch geprägt. Die Eigenschaften und Vorstellungen, die wir mit dem Alter verbinden, sind also sozial konstruiert.

Der Beginn des Alters wird meist beim biologischen Alter von 65 Jahren angesetzt. Weil sich die Gesamtspanne des Alters über die letzten Jahrzehnte stark ausgedehnt und ausdifferenziert hat, ist es sinnvoll, diese Lebensphase zusätzlich zu unterteilen. In der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion wird deshalb zwischen einem «dritten» und «vierten» Lebensalter unterschieden. Dabei wird angenommen, dass die sogenann-

ten «jungen Alten» (**drittes Lebensalter**) weitgehend selbstständig und behinderungsfrei leben, während bei hochaltrigen Menschen (**viertes Lebensalter**) altersbedingte körperliche Einschränkungen vermehrt zu Anpassungen im Alltagsleben zwingen und zu Pflegebedürftigkeit führen (insbesondere aufgrund von Multimorbidität). Die grossen interindividuellen Unterschiede erschweren jedoch eine chronologische Definition dieser zwei Altersphasen. Aus pragmatischen Gründen wird das dritte Lebensalter oft mit 65 bis 79 Jahren definiert und das vierte Lebensalter ab 80 Jahren (zunehmend ab 85 Jahren) [8, 35].



Exkurs

Die «neuen älteren Menschen»

Die Menschen in der Schweiz werden nicht nur älter, sie bleiben auch länger gesund (siehe 2.1 und 2.3). Viele der heutigen Menschen ab 65 leben gesünder und aktiver als frühere Generationen. Damit sind eine hohe Lebenszufriedenheit und Vitalität verbunden (siehe 2.3) sowie neue Möglichkeiten für eine aktive Lebensgestaltung und ein nachberufliches Engagement (siehe Kapitel 4).

Altersbilder beginnen sich zu wandeln und Menschen gelten erst später als alt. Befragungen in der Schweiz zeigen, dass Menschen heute ab rund 75 Jahren als «alte Menschen» wahrgenommen werden. Je älter die Befragten selbst sind, umso später verorten sie die Schwelle zum Altsein: Über 70-Jährige sagen, dass erst alt sei, wer 80 Jahre überschritten hat [383]. Vor diesem Hintergrund ist schon länger das Bild der «neuen Alten» entstanden [384, 385]: eine Generation, die selbstbewusst ist und ihre Bedürfnisse artikuliert [385], die mitwirken und mit-

gestalten will [84, 386] und die auch in der digitalen Welt zuhause ist (siehe 6.1) – kurz: eine Generation, die «das Pensionsalter neu gestaltet» [387]. Diese Generation findet Vorbilder im privaten Umfeld, in bekannten Persönlichkeiten und sogar in sogenannten [Senior Influencern](#). Das ist eine grosse Errungenschaft, die für viele ältere Menschen eine neue Realität darstellt. Wir dürfen aber nicht vergessen: Die älteren Menschen sind sehr heterogen und viele von ihnen erleben kein sorgenfreies und sozial integriertes Altern. Armut schränkt das Aktivsein und die gesellschaftliche Teilhabe empfindlich ein, harte körperliche Erwerbsarbeit hinterlässt im Alter deutliche Spuren, Einsamkeit und Diskriminierung sind verbreitet [388]. Begriffe wie «Best Ager», «aktives Altern» oder «goldene Lebensjahre» können denn auch ausschliessen und verunsichern. Differenzierte Altersbilder und chancengerechte Angebote müssen im Kern der Gesundheitsförderung im Alter stehen.

Kompetenz weitgehend erhalten» zu bleiben und Menschen sind zu einer «aktiven und produktiven Lebensführung» fähig, die sich an den eigenen Bedürfnissen und Zielen orientiert [35]. Im vierten Lebensalter nimmt «vor allem die körperliche, aber auch die psychische Verletzlichkeit» zu und Menschen gelingt es immer weniger, «die zunehmenden körperlichen, geistigen und sozialen Verluste zu kompensieren» [35].

Kritische Lebensereignisse

Jede Lebensphase beinhaltet Veränderungen im Lebenslauf, die aussergewöhnliche Anpassungen erfordern. Diese sogenannten **kritischen Lebensereignisse** spielen für die psychische, aber auch die körperliche Gesundheit eine entscheidende Rolle [37]. Sie verändern die Ressourcen und Belastungen einer Person oft grundlegend und beeinflussen damit die Gesundheit.

Kritische Lebensereignisse im Alter lassen sich grob nach drittem und viertem Lebensalter ordnen [8, 38, 39]. **Im dritten Lebensalter** umfassen sie insbesondere:

- die Pensionierung und damit den Verlust oder die Veränderung der bisherigen sozialen Rolle und Identität sowie den Verlust von berufsbezogenen Sozialkontakten,
- Veränderungen in der Familie (eine Trennung oder Scheidung, Betreuung der Eltern),
- die zunehmende Freiheit von festen Verpflichtungen und die Frage nach neuen Lebensinhalten und Beschäftigungen,
- eventuell nachlassende Gesundheit und Eintritt in die (ambulante) medizinische Versorgung.

Im vierten Lebensalter sind die folgenden Lebensereignisse zunehmend verbreitet:

- eine eigene schwere Erkrankung und zunehmende Multimorbidität,
- funktionelle und sensorische Einschränkungen, Verlust der Selbstständigkeit und Mobilität sowie zunehmende Pflegebedürftigkeit,
- kognitive Einbussen (z. B. Demenz),
- häufig abnehmende finanzielle Ressourcen,
- die Betreuung eines Partners oder einer Partnerin mit Erkrankung oder Behinderung,

- der Tod von Familienangehörigen (speziell Lebenspartnerin oder -partner), Freundinnen oder Freunden,
- das Schrumpfen des sozialen Netzwerks,
- der (unfreiwillige) Übertritt in ein Alters- und/oder Pflegeheim.

Viele praxisrelevante Themen

Was bedeuten diese Entwicklungsprozesse und Lebensereignisse für die Gesundheitsförderung? Sie führen im Alltag von älteren Menschen zu einem breiten Spektrum an Themen, die wichtig werden – und bei denen die Gesundheitsförderung (teilweise) unterstützen kann.

Themen im Bereich der **psychischen Gesundheit** sind beispielsweise Lebenskompetenzen, der Umgang mit chronischen Schmerzen, die Bewältigung von Trauerfällen, die Betreuung von Angehörigen, Sinnfragen, psychische Erkrankungen sowie Sucht und Polymedikation. Weitere (psychosoziale) Themen umfassen die soziale Teilhabe, das Annehmen und Geben von sozialer Unterstützung, intergenerationale Begegnungen, Altersbilder sowie die Rolle von älteren Menschen in der Gesellschaft und ihre Möglichkeiten, sich zu engagieren.

Themen der **körperlichen Gesundheit** sind die Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen (NCDs) und das Verlangsamen ihres Fortschreitens, der Erhalt und die Förderung der selbstständigen Lebensführung, die Prävention und Früherkennung von Demenz (siehe [Exkurs](#)), die (Mangel-)Ernährung und der Erhalt der Mundgesundheit.

An der **Schnittstelle zwischen psychischer und körperlicher Gesundheit** ist besonders an die folgenden Themen zu denken: die Auswirkungen von körperlichen Veränderungen auf das eigene Körperbild, das Vertrauen in den eigenen Körper und das Sicherheitsempfinden, die Sexualität und der Schlaf.

Themen auf **systemischer Ebene** umfassen ein altersgerechtes materielles und soziales Umfeld (strukturelle Gesundheitsförderung), alters- und bedürfnisgerechte Akutversorgung und Pflegesysteme, eine patientenzentrierte Koordination unterschiedlicher Gesundheitsberufe, die Palliative Care, die Rechte von älteren Menschen und die Digitalisierung.

Thematische Fokussierung in den KAP

Dieser Überblick zeigt, wie vielschichtig Gesundheit und Lebensqualität im Alter sind und wie breit das Spektrum an Themen ist, die im Alter potenziell wichtig sind. Manche fallen in den Bereich der Gesundheitsförderung, für andere sind weitere Politikbereiche zuständig.

Es wurden auch Themen angesprochen, die im weiteren Verlauf des Berichts nicht vertieft werden. Denn in der Praxis ist es unumgänglich, dass Schwerpunkte gesetzt werden. In [Abschnitt 3.4](#) wird aufgezeigt und begründet, auf welche Themen die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) fokussieren.



Exkurs

Prävention von Demenzerkrankungen

Die Entstehung von Demenz ist komplex und bis heute nicht vollständig geklärt [40]. Manche Demenzrisiken können wir beeinflussen, andere nicht. Das Alter, das Geschlecht und die Gene gehören zu den wichtigen, aber nicht beeinflussbaren Risikofaktoren [41]. Für die Prävention und Gesundheitsförderung entscheidend sind jedoch die Risiken, die wir beeinflussen können. Nach neusten Erkenntnissen sind das besonders die folgenden zwölf Risikofaktoren [42]:

- Lebensstilbedingte Faktoren wie **Rauchen** (inkl. Passivrauchen), **übermässiger Alkoholkonsum** und **körperliche Inaktivität**
- Physiologische Faktoren wie **hoher Blutdruck**, **Übergewicht** und **Diabetes**
- Sensorische Einschränkungen wie eine **Hörbeeinträchtigung** und Verletzungen wie ein **Schädel-Hirn-Trauma**
- Kognitive Faktoren wie eine **tiefe Bildung** bzw. eine geringe und/oder einseitige kognitive Aktivität
- Psychosoziale Faktoren wie **Depressionen** und **Einsamkeit**
- Umweltbezogene Faktoren wie **Luftverschmutzung**

Rund 40 % aller Demenzerkrankungen lassen sich auf diese zwölf beeinflussbaren Risikofaktoren zurückführen [42]. Das belegt den grossen Spielraum der Prävention: Dank einer gezielten Prävention lassen sich Risiken erheblich reduzieren und die wichtigsten Formen von Demenz vermeiden oder hinauszögern.

Die Lancet-Kommission folgert: «Einzelpersonen haben ein riesiges Potenzial, ihr Demenzrisiko zu senken» [42]. Gleichzeitig betont sie, dass die genannten Risiken nicht ausschliesslich in der Verantwortung von einzelnen Menschen liegen. Wie alle gesundheitlichen Ressourcen und Belastungen sind auch **Demenzrisiken entscheidend von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt** (siehe Kapitel 5). Viele Risikofaktoren treten deshalb gehäuft in sozial benachteiligten Gruppen auf (siehe Kapitel 7 bis 9).

Für die Praxis heisst das: Massnahmen sollten nicht nur auf einzelne Menschen fokussieren. Die Krankheitslast sinkt auch, wenn die Lebensbedingungen für alle verbessert und soziale Ungleichheiten verringert werden [42]. Gruppen mit erhöhtem Risiko sind gezielt anzusprechen. Ausserdem sind je nach Gruppe andere Risikofaktoren zu priorisieren [43]. Kurz: **Die Demenzprävention muss chancengerecht gestaltet werden.**

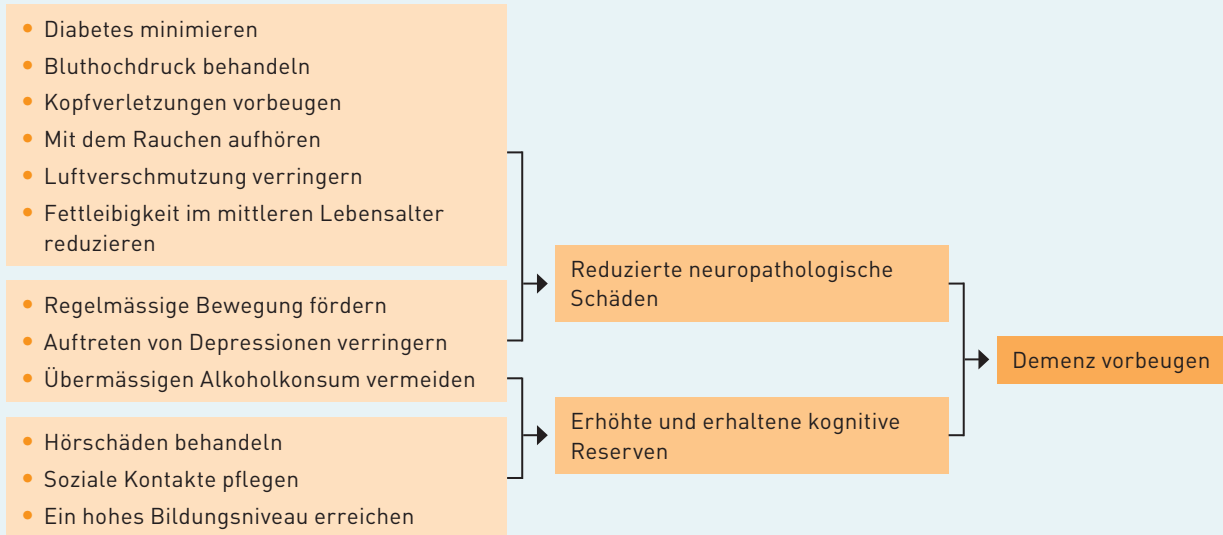
Abbildung 3 gibt einen Überblick über mögliche Massnahmen der Demenzprävention. Dazu gibt es zwei Wege: Der erste Weg ist die **Reduktion von neuropathologischen Schäden**. Das umfasst die Erkennung und Behandlung von physiologischen Risikofaktoren und die Reduktion von lebensstilbedingten Risiken. Im Wesentlichen soll so die kardiovaskuläre Gesundheit verbessert werden [44–47], denn eine verbreitete Faustregel lautet: «Was gut für das Herz ist, ist auch gesund für die Hirnleistung» [45].

Der zweite Weg liegt im **Aufbau von kognitiven Reserven**. Wir schützen unser Gehirn unter anderem durch höhere Bildung sowie vielfältige und abwechslungsreiche geistige Aktivitäten. Dazu gehören Sprachenlernen, Lesen, Schreiben und Musizieren, geistige Anregung im Austausch mit anderen Menschen oder körperliche Aktivität [45–47].

Die Breite an möglichen Massnahmen macht klar, dass sich **nicht nur der Gesundheitsbereich für die Demenzprävention eignet**. Weil die Bildung das Demenzrisiko am stärksten moduliert [45, 47], sind Investitionen in das Bildungssystem besonders wichtig, mit dem Ziel, allen eine bessere Bildung zu ermöglichen. Ein anderes Beispiel: Die Umweltpolitik ist verantwortlich dafür, die Luftverschmutzung zu reduzieren. Es wird aber auch deutlich, dass die **Massnahmen in den KAP** zur Prävention von Demenz beitragen. Denn eine Kernempfehlung der Lancet-Kommission lautet: «Wir empfehlen, im mittleren und höheren Alter kognitiv, körperlich und sozial aktiv zu bleiben» [42]. Die Förderung von

ABBILDUNG 3

Mögliche Mechanismen zur Demenzprävention



Quelle: [42]

regelmässiger Bewegung und ausgewogener Ernährung, von psychischer Gesundheit und sozialer Teilhabe stärkt also entscheidende Faktoren zum Schutz vor Demenz.

Die Demenzprävention erfolgt am besten unter einer **Lebenslaufperspektive**, denn «es ist nie zu früh und nie zu spät für Demenzprävention» [42]. Beispielsweise sind tiefe Bildung in jungen Jahren sowie Übergewicht und Bluthochdruck in der Lebensmitte bedeutsame Risiken für das spätere Auftreten von Demenz [45]. Doch auch im hohen Alter ist die Förderung der kardiovaskulären Gesundheit und der kognitiven Reserven wirksam [42].

Wie sich die Erkrankung auswirkt und was für erkrankte Personen möglich bleibt, hängt auch von der Unterstützung durch das Umfeld ab. Die Förderung von sozialer Unterstützung dient wesentlich dem Erhalt der Autonomie von demenzkranken Menschen. Dabei ist an **betreuende Angehörige** zu denken, weil sie eine wichtige Stütze sind, herausfordernde Aufgaben erfüllen und in ihrer Gesundheit besonders gefährdet sind [48]. Massnahmen zur Förderung der Gesundheit von Angehörigen wirken sich nachweislich positiv auf allfällige Depressionen und

Angststörungen aus, verbessern ihre Lebensqualität und sind kostenwirksam [42]. Solange Demenz nicht heilbar ist, bleiben Prävention und Gesundheitsförderung zentral. Die genannten Massnahmen bieten heute den besten Schutz vor Demenz und tragen zumindest zu einer Risikoreduktion bei. Trotzdem lässt sich das Auftreten einer Demenz vielfach nicht verhindern. Aus diesem Grund sind zwei Aspekte zu betonen: Erstens bleiben diese Massnahmen wichtig, auch wenn bereits eine Demenz vorliegt. Denn Studien zeigen, dass eine gute Allgemeingesundheit und ein gesunder Lebensstil den Verlauf von Demenzerkrankungen positiv beeinflussen können [42, 49]. Die genannten Massnahmen dienen also nicht nur der Primärprävention, sondern auch der **Sekundär- und Tertiärprävention**. Damit ist die Prävention in der Gesundheitsversorgung angesprochen. Das bringt uns zum zweiten Aspekt: Ein wesentlicher Baustein der Demenzprävention liegt in der frühen Diagnose und Behandlung von physiologischen Risikofaktoren [50]. Eine **integrierte Perspektive** von Gesundheitsförderung, medizinischer Prävention bzw. (Prävention in der) Versorgung ist damit auch für die Demenzprävention unverzichtbar (siehe 3.5).

3 Grundlagen und Methoden der Gesundheitsförderung im Alter

Dieses Kapitel führt allgemein in die Gesundheitsförderung im Alter ein und legt die Basis für die themenspezifischen Teile des Berichts. Es wird reflektiert, was Gesundheit im Alter ausmacht und wie diese entsteht. Danach wird umrissen, was wir mit Programmen und Projekten erreichen möchten und wie sich diese planen und priorisieren lassen. Gesundheit und Lebensqualität im Alter hängen von unterschiedlichen Faktoren ab, viele Bereiche einer Gesellschaft sind beteiligt. Das Kapitel beleuchtet daher, wie die Gesundheitsförderung mit der Prävention und Kuration verbunden ist und mit welchen Akteurinnen und Akteuren sich eine Zusammenarbeit anbietet. Zum Schluss folgen Hinweise zur Evaluation von Projekten und Programmen.

3.1 Ein altersgerechtes Gesundheitsverständnis

In jedem Alter ist es für unsere Gesundheit entscheidend, wie viele Ressourcen und Belastungen wir aktuell haben. Halten sie sich die Waage oder überwiegen die Ressourcen sogar, fühlen wir uns gesund [8]. Ein altersgerechter Gesundheitsbegriff legt den **Fokus** deshalb **auf die Ressourcen und Fähigkeiten älterer Menschen**. Denn diese tun Menschen gut und erlauben es ihnen, mit gesundheitlichen Belastungen umzugehen.

Kurz gesagt, bezeichnet Gesundheit im Alter die **«Fähigkeit einer Person, zu tun und zu sein, was sie selbst schätzt»**. Die WHO bezeichnet dies als «funktionale Fähigkeit». Gesundes Altern ist demnach der «Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die ein Wohlbefinden im Alter ermöglicht» [51, 52].

Was dieses Wohlbefinden konkret ausmacht, ist subjektiv und unterscheidet sich von Mensch zu Mensch. Wenn wir körperlich und kognitiv eingeschränkt sind, bestimmt das mit, wie wohl und gesund wir uns fühlen. Häufig sind aber andere Faktoren entscheidender dafür, wie wir unsere Gesundheit selbst wahrnehmen. **Im Alter bemisst sich Gesundheit** (oder eben: die funktionelle Fähigkeit) **besonders an den folgenden Indikatoren** [52–56]:

- Grundbedürfnisse befriedigen (angemessene Ernährung und Wohnung, Gesundheits- und Pflegedienste)
- Subjektives Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit sowie gelingender Umgang mit sozialen, körperlichen und emotionalen Herausforderungen
- Lernen, wachsen und Entscheidungen treffen (Autonomie und Würde, Ausschöpfen des eigenen Potenzials)
- Mobil sein (um selbstständig zu leben und an Aktivitäten teilzunehmen)
- Soziale Beziehungen aufbauen und pflegen
- Einen Beitrag an die Gesellschaft leisten (Mentoring, Betreuung von Angehörigen oder Freiwilligen- und Lohnarbeit)

Vor diesem Hintergrund wird ein Phänomen verständlich, das wir im Alter oft beobachten: Das subjektive Empfinden von Gesundheit nimmt häufig weniger deutlich ab als die «objektive Gesundheit», die an Krankheiten und Einschränkungen gemessen wird [57].

3.2 Wie Gesundheit im Alter entsteht

Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen – auch Gesundheitsdeterminanten genannt – liegen in der Person selbst und in ihrem Umfeld:

- Auf der persönlichen Ebene ist an Erbanlagen, Alter, Geschlecht und das eigene Verhalten zu denken.
- Mit dem Umfeld sind das soziale Umfeld, die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die soziokulturellen, wirtschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen gemeint.

Mithilfe einer vertrauten Metapher können wir veranschaulichen, was Gesundheit im Alter ist und wie sie entsteht (**Abbildung 4**). Gesundheit im Alter lässt sich kurz als «funktionelle Fähigkeit» («functional ability») beschreiben (siehe **3.1**) und als Blume darstellen. Sie geht aus den intrinsischen Fähigkeiten

einer Person hervor (Wurzeln), die in ein Umfeld eingebettet sind (Blumenerde).

Die intrinsischen Fähigkeiten («intrinsic capacity») – also die Wurzeln – bezeichnen **Ressourcen, die in einer Person selbst liegen** [52, 53]. Das umfasst alle körperlichen, geistigen und psychosozialen Ressourcen, die eine Person nutzen kann. Dazu gehören die Fähigkeiten zu gehen, sehen, hören und denken, aber auch die Selbstwirksamkeit und zahlreiche Lebenskompetenzen².

Die Blumenerde steht für **Ressourcen und Belastungen, die im Umfeld liegen** («environments»). Wesentlich für die Gesundheit sind das materielle, soziale und politische Umfeld [23]. Wir können uns verschiedene Fragen stellen, um einzuschätzen, wie ein Umfeld die Gesundheit einer älteren Person beeinflusst: Sind das eigene Zuhause sowie das natürliche und bauliche Lebensumfeld altersgerecht gestaltet? Profitiert eine ältere Person von Technologien, die alltägliche Aktivitäten vereinfachen? Hat sie Bezugspersonen, die sie sozial unterstützen? Überwiegt in der Gesellschaft ein differenziertes Bild vom Alter, das neben Herausforderungen auch Potenziale beachtet? Sind die Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich auf ältere Menschen zuge-

schnitten? [52] Je nachdem, wie die Antworten ausfallen, haben wir es mit einem Umfeld zu tun, das ein autonomes Leben im Alter eher unterstützt oder eher behindert [23].

Die intrinsischen Fähigkeiten und das Umfeld sind nicht unabhängig voneinander. Im Gegenteil: Das Umfeld bestimmt, wie viel eine ältere Person mit bestimmten funktionalen Einschränkungen tun kann. Ein Beispiel: Menschen mit starker Arthrose sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Sie können sich jedoch weiterhin im öffentlichen Raum bewegen und Alltagsaktivitäten wie Einkaufen nachgehen, wenn ihnen beispielsweise leicht zugängliche Verkehrsmittel offenstehen [23]. Ein weiteres Beispiel: Dank Fahrdiensten und hindernisfreien Wegen können auch körperlich eingeschränkte Menschen an Angeboten der Gesundheitsförderung teilnehmen. **Ressourcen im Umfeld können also – bis zu einem gewissen Grad – abnehmende persönliche Ressourcen kompensieren** (siehe [Abbildung 5](#)).

3.3 Ziele der Gesundheitsförderung im Alter

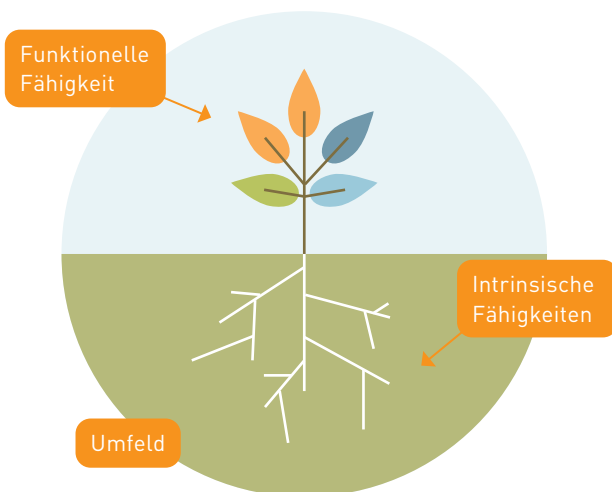
Die meisten der in [Abschnitt 3.2](#) genannten Gesundheitsdeterminanten lassen sich beeinflussen [52]. Das heisst, einzelne Personen können Dinge tun, um im Alter (länger) gesund und eigenständig zu sein. Genauso kann die Gesellschaft dazu beitragen, dass Menschen gesund altern. Um eine möglichst grosse Wirkung zu erzielen, kombiniert die Gesundheitsförderung idealerweise Massnahmen auf Personen- und Umfeldebene (**Verhaltens- und Verhältnisebene**).

Auf Ebene der einzelnen Personen geht es darum, **Wissen zu vermitteln, zu beraten, Ressourcen und Kompetenzen zu stärken** (z. B. die Gesundheitskompetenz), **zu motivieren** und **gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu unterstützen**. Das stärkt die individuelle Fähigkeit einer älteren Person, bewusste Handlungsentscheidungen zu treffen, welche die eigene Gesundheit und Lebensqualität fördern.

Auf Ebene des Umfelds geht es darum, **gesundheitsförderliche, altersgerechte und sichere Lebensbedingungen sowie ein unterstützendes soziales Umfeld** zu schaffen. Das erreichen wir besonders durch Massnahmen in den Bereichen öffentlicher

ABBILDUNG 4

Die drei Komponenten des gesunden Alterns



Quelle: [52]

² Die Lebenskompetenzen werden in [Kapitel 9](#) erläutert.

Verkehr, Wohnen, Städtebau, Pflege und Betreuung sowie soziale Einbettung und Werte. Ein breites Spektrum an konkreten Massnahmen ist möglich: Wir können Gelegenheiten zur sozialen Teilhabe schaffen, den öffentlichen Raum altersgerecht gestalten und so eine sichere Mobilität fördern oder zu einem differenzierten Altersbild in der Gesellschaft beitragen. All das schafft ein Umfeld, in dem gesundheitsförderliche Entscheidungen und Verhaltensweisen leichter fallen. Ganz gemäss dem Motto:

Die gesunde Wahl zur einfachen Wahl machen.

Auf beiden Ebenen tragen Massnahmen zum zentralen Ziel der Gesundheitsförderung bei: «Allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» [58]. Im Kern stehen also das Empowerment von Individuen und Gruppen und die «Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten» aller Menschen [59].

Das bedeutet: In der Schweiz liegt der Fokus der Gesundheitsförderung nicht darauf, die absolute Lebenserwartung zu verlängern. Es geht vielmehr darum, **möglichst allen Menschen bis ins hohe Alter ein Leben mit guter Gesundheit, Wohlbefinden, Autonomie und im eigenen Zuhause zu ermöglichen.**

Dadurch trägt die Gesundheitsförderung dazu bei, die Lebensqualität von älteren Menschen zu erhöhen. Sie unterstützt die älteren Menschen bei dem, was ihnen selbst wichtig ist (siehe 3.4). Und sie trägt dazu bei, den Bedarf an Pflege zu reduzieren und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen (siehe Kapitel 4).

3.4 Planung und Priorisierung der Gesundheitsförderung im Alter

Wie lassen sich die «gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten» von älteren Menschen stärken? In welchen Themen ist ein Engagement besonders wichtig, um deren Gesundheit und Lebensqualität zu fördern?

Aus der Praxis wissen wir: Programme und Projekte sind am wirksamsten, wenn sie sich gleichzeitig am objektiven Bedarf aus Fachperspektive und den subjektiven Bedürfnissen der Zielgruppe orientieren.

Bedarf aus Sicht der Public Health

Hier geht es um die Krankheitslast – also die wichtigsten Krankheiten und Einschränkungen im Alter – sowie die Risiko- und Schutzfaktoren, welche die Krankheitslast beeinflussen. Diese Perspektive zeigt, welche Ressourcen primär zu stärken und welche Belastungen vorrangig zu reduzieren sind. Der Blick auf die Krankheitslast beantwortet die Frage «Wo lohnt sich Engagement besonders, um die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen und die Gesundheitskosten zu senken?».

Table 4 zeigt die **15 häufigsten Gesundheitsprobleme im Alter** und ihren Anteil an der Krankheitslast³ bei Menschen über 55 Jahre in der Schweiz [60]. Die Krankheitslast bei älteren Menschen ist zu fast 90% auf nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) zurückzuführen (inkl. psychische Erkrankungen, die 4,3% ausmachen) [61].

Für die wichtigsten **körperlichen NCDs** lassen sich ähnliche Risikofaktoren identifizieren und in lebensstilbedingte und physiologische Faktoren unterteilen [62]:

- Die wichtigsten **lebensstilbedingten Risikofaktoren** sind mangelnde Bewegung, Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum sowie unausgewogene Ernährung.
- Zu den primären **physiologischen Risikofaktoren** gehören Bluthochdruck, hoher Cholesterinspiegel, Übergewicht/Adipositas und hoher Blutzucker (Diabetes). Diese Risikofaktoren können erblich bedingt sein, resultieren in erster Linie aber aus einem ungünstigen Lebensstil. Sie werden also durch die oben genannten lebensstilbedingten Risikofaktoren beeinflusst.

Die Förderung von ausreichender Bewegung, ausgewogener Ernährung sowie die Prävention von Rauchen und übermässigem Alkoholkonsum sind folglich besonders geeignet, um die Gesundheit

³ In Anlehnung an die «Global Burden of Disease»-Studien [382] wird die Krankheitslast hier anhand der «disability-adjusted life years» (DALYs) gemessen. DALYs sind die Summe der vorzeitig verlorenen Lebensjahre und der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre (letztere werden anhand der Behinderungsschwere gewichtet). DALYs werden auch als «verlorene gesunde Lebensjahre» bezeichnet.

TABELLE 4

Krankheitslast bei Menschen über 55 Jahre in der Schweiz 2019

● Übertragbare Krankheiten	
● Nichtübertragbare Krankheiten	
● Verletzungen	
1 Tumore (insb. Krebs)	22,9%
2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	19,9%
3 Muskuloskelettale Erkrankungen/ Erkrankungen des Bewegungsapparats	10,0%
4 Neurologische Erkrankungen (insb. Alzheimer und weitere Demenzen)	7,7%
5 Unabsichtliche Verletzungen (insb. Stürze)	6,5%
6 Diabetes und Nierenerkrankungen	5,9%
7 Weitere NCDs	4,9%
8 Chronische Atemwegserkrankungen	4,8%
9 Psychische Erkrankungen	4,3%
10 Verdauungserkrankungen (insb. Zirrrosen und andere Lebererkrankungen)	3,2%
11 Erkrankungen der Sinnesorgane (insb. Verlust des Hör- und Sehsinns)	3,0%
12 Erkrankungen der Haut	1,5%
13 Atemwegsinfektionen	1,5%
14 Selbstverletzung und zwischen- menschliche Gewalt	1,0%
15 Substanzmissbrauch (insb. Alkohol und Medikamente)	0,9%

Quelle: [60]

auch im Alter zu erhalten oder zu verbessern. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt sogar, dass mindestens 80% aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfälle und Diabeteserkrankungen sowie 40% der Krebserkrankungen sich durch Massnahmen in diesen vier Bereichen verhindern liessen [63].

Im Hinblick auf die **psychische Gesundheit** ist an die folgenden Risikofaktoren zu denken:

- **von innen wirkende Risikofaktoren** wie eine tiefe Selbstwirksamkeitserwartung, tiefe Fähigkeiten zur Selbstreflexion und -regulation oder ein negatives Selbstbild,
- **von aussen wirkende Risikofaktoren** wie kritische Lebensereignisse (z. B. Verwitwung) und Lebensphasenübergänge (z. B. Pensio-

nierung), Einsamkeit und fehlende Möglichkeiten für ein sinnstiftendes Engagement [64–66].

Die spezifische Förderung der psychischen Gesundheit setzt auf die Stärkung von inneren und äusseren Ressourcen. Dazu gehören Lebenskompetenzen (wie Kommunikations- und Selbstreflexionsfähigkeiten), die Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Unterstützung sowie Möglichkeiten für sinnstiftende Aktivitäten.

Die **körperliche und die psychische Gesundheit sind untrennbar miteinander verbunden**. Körperliche Massnahmen (mehr Bewegung, ausgewogenere Ernährung) wirken sich deshalb auch positiv auf die psychische Gesundheit aus. Im Gegenzug wirken sich Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit oft auch auf den Körper aus. Denn heute ist belegt, dass signifikante Zusammenhänge zwischen psychosozialen Risikofaktoren (Stress, zu wenig Schlaf, soziale Isolation und mangelnde Erholung) und dem Auftreten von NCDs bestehen (siehe [Kapitel 10](#)) [67].

Bedürfnisse der älteren Menschen

Um attraktive und wirksame Massnahmen zu entwickeln, ist die Perspektive der älteren Menschen unverzichtbar. Was bedeuten Gesundheit und Lebensqualität für ältere Menschen? Welches sind ihre Ziele und Anliegen? In welchen Bereichen wünschen sie sich Unterstützung?

In der Praxis zeigen sich zwei Dinge: Erstens decken sich die Bedürfnisse von älteren Menschen nicht zwingend mit den Vorstellungen von Angehörigen und Fachleuten, was Gesundheit und Lebensqualität im Alter ausmacht.

Zweitens sind **gesundheitsbezogene Bedürfnisse im Alter kaum zu standardisieren**. Vorstellungen von Gesundheit und Lebensqualität sind so unterschiedlich wie die älteren Menschen selbst (siehe 2.2). Sie wurzeln nicht nur in der individuellen Persönlichkeit, sondern sie sind in der Regel auch soziokulturell geprägt. Bedürfnisse sind ausserdem nicht zwingend stabil, sondern wandeln sich oft je nach aktueller Lebenssituation und Gesundheitszustand [68, 69]. Als Folge davon haben beispielsweise nicht alle Menschen das Bedürfnis, ein ausgedehntes soziales Netz zu haben, um glücklich zu sein [68].



Definition 2

Lebensqualität als Konzept

Lebensqualität geht aus der Wechselwirkung von Person und Umwelt hervor [389], das heisst, objektive Lebensbedingungen und subjektive Wahrnehmungen tragen zur Lebensqualität bei [8].

Die Lebensqualität ist dann am höchsten, «wenn eine Person möglichst viele Möglichkeiten hat, die Dinge auszuführen, die ihr wichtig sind und die zu ihren eigenen Zielen beitragen» [390]. Diese Fähigkeit, den eigenen Alltag gemäss den eigenen Wünschen zu gestalten und selbstständig zu bewältigen, prägt die Lebensqualität oft stärker als das Vorliegen einzelner Erkrankungen [53].

Im Folgenden kann keine allgemeingültige und hierarchisierte Liste von Bedürfnissen geboten werden. Stattdessen werden Bereiche aufgezeigt, in denen die Gesundheitsförderung ältere Menschen grundsätzlich unterstützen kann.

Ein systematisches Review hat 48 Einzelstudien analysiert und in einer Synthese herausgearbeitet, was ältere Menschen im Leben für wichtig halten [70]. Die Angaben der älteren Menschen wurden in neun Dimensionen von Lebensqualität verdichtet, die oft eng miteinander verbunden sind:

- **Gesundheit:** Dazu gehört, sich gesund zu fühlen und nicht eingeschränkt zu sein aufgrund von körperlichen, geistigen und kognitiven Erkrankungen.
- **Eigene Rolle und Aktivität:** Aktivitäten ausführen, die einem Freude machen und einem Sinn geben; autonom über die eigene Zeit verfügen; sich als Teil der Gesellschaft fühlen, einen Beitrag leisten und damit einen Unterschied machen (wertvoll sein).
- **Beziehungen:** Enge Beziehungen haben, die einem das Gefühl geben, unterstützt zu werden, ein Gefühl von Zugehörigkeit zu haben, geliebt und geschätzt zu werden. Ältere Menschen wollen dabei nicht nur Unterstützung empfangen, sondern sie auch anbieten (Reziprozität). Wird eine Beziehung als einseitig wahrgenommen, kann es älteren Menschen schwerfallen, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
- **Selbstständigkeit (Autonomie):** In der Lage sein, allein zurechtzukommen; seine Würde bewahren;

sich nicht als Last fühlen; tun und entscheiden können, was man will.

- **Einstellung und Anpassungsfähigkeit:** Einen positiven Blick auf das eigene Leben kultivieren; das heisst Zuversicht und Akzeptanz, aber auch Gewohnheiten und Verhalten an aktuelle Umstände anpassen können.
- **Emotionales Wohlbefinden:** Mit sich und der Welt im Einklang sein; sich nicht in Sorgen verlieren; nicht von vergangenen Erlebnissen verfolgt werden; nicht einsam sein.
- **Zuhause und Nachbarschaft:** So lange wie möglich im eigenen Zuhause leben; sich zuhause sicher fühlen; in einer angenehmen und altersgerechten Nachbarschaft leben; sich eigenständig im öffentlichen Raum bewegen und wichtige Orte erreichen können.
- **Finanzielle Sicherheit:** Sich nicht durch die eigene finanzielle Situation eingeschränkt fühlen; Grundbedürfnisse befriedigen und sein Leben geniessen können.
- **Spiritualität:** Mit eigenen Glaubensvorstellungen verbunden sein; sich weiterentwickeln; innere Einkehr erleben.

Die Gesundheit wird oft als besonders wichtig eingestuft, weil sie zahlreiche andere Dimensionen von Lebensqualität und insbesondere ein selbstständiges Leben erst möglich macht [70].

Wie einleitend gesagt, können diese neun Dimensionen je nach aktueller Lebenssituation an Bedeutung gewinnen oder verlieren. **Bei hochaltrigen Menschen** bleiben viele Bedürfnisse stabil (gerade auch der Wunsch, eigenständig und im eigenen Zuhause leben zu können), andere hingegen ändern sich oder sind anders ausgeprägt [71]: So bleibt «gute Gesundheit» wichtig, allerdings mehr im Sinne von Schmerzfreiheit als von Krankheitsfreiheit. Zudem scheinen soziale und kognitive Aspekte wichtiger zu werden als die körperliche Gesundheit [71].

Mit dem Auftreten von **Multimorbidität** können ebenfalls Bedürfnisse neu hinzukommen oder eine andere Bedeutung erhalten. Menschen mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen wünschen sich oft verständlichere Informationen über ihren Gesundheitszustand und Behandlungsoptionen. Ausserdem wünschen sie sich besser koordinierte Dienste und Angebote. Weil komplexe gesundheitliche Situationen die soziale Teilhabe oft erschweren und besonders herausfordernd sind, ist die Förde-

rung von sozialer Unterstützung und Lebenskompetenzen für multimorbide Menschen oft besonders wichtig [69, 72].

Schliesslich kann auch die **Betreuung von Angehörigen** zu distinkten Bedürfnissen führen. In einer Schweizer Studie priorisieren die betreuenden Angehörigen ab 65 Jahren unter anderem die folgende Unterstützung [73]: Notfallhilfe, wenn man selbst krank wird; Begleitung und Fahrdienst für die betreute Person; Selbsthilfegruppen zum Reden mit Personen in ähnlicher Situation; Unterstützung, um sich selbst erholen zu können.

Es empfiehlt sich, in Massnahmen möglichst genau die individuellen Bedürfnisse und Ziele zu erfragen und zu betonen. Dadurch werden Projekte attraktiver und eine längerfristige Teilnahme ist wahrscheinlicher.

Interventionsthemen der KAP

Übereinstimmend mit dem Bedarf und den Bedürfnissen fokussieren die kantonalen Aktionsprogramme (KAP) – und der vorliegende Bericht – auf die folgenden Themen:

- Bewegungsförderung (inkl. Sturzprävention)
- Förderung einer ausgewogenen Ernährung
- Förderung der psychischen Gesundheit

Dank Massnahmen in diesen drei Themen lässt sich – mit den gemeinhin beschränkten Mitteln – ein möglichst grosser Nutzen für die Gesundheit, Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter erzielen. Der Fokus auf diese drei Themen wird in Abgrenzung zu anderen Akteurinnen und Akteuren gesetzt, die sich seit Jahren beispielsweise in der Prävention von Tabak- und übermässigem Alkoholkonsum engagieren.

3.5 Integration von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration

Die zuvor genannten Massnahmen – die Förderung von Bewegung, ausgewogener Ernährung und psychischer Gesundheit – tragen entscheidend zu Gesundheit und Lebensqualität im Alter bei. Allein reichen sie aber nicht aus, um dieses Ziel zu erreichen.

Gründe für eine integrierte Perspektive

Mit zunehmendem Alter werden gesundheitliche Herausforderungen tendenziell chronischer und

komplexer [74]. Die Hälfte aller Menschen über 65 Jahre in der Schweiz hat mindestens eine chronische Erkrankung; Tendenz steigend, je älter diese Menschen werden (siehe 2.3). Personen mit chronischen Erkrankungen bewegen sich in der Gesundheitsversorgung, denn neben dem Aufbau von Ressourcen geht es bei ihnen auch darum, das Fortschreiten von Erkrankungen zu verlangsamen und Folgeerkrankungen zu vermeiden [57]. Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration erfolgen im höheren Alter oft gleichzeitig und sind eng miteinander verwoben.

Wie wichtig eine integrierte Perspektive ist, lässt sich an nichtübertragbaren Erkrankungen (NCDs) illustrieren. Die primären Risikofaktoren für NCDs lassen sich nachweislich durch Gesundheitsförderung reduzieren (mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung, Rauchverzicht und weniger Alkoholkonsum). Diese Massnahmen machen einen grossen Unterschied, doch lassen sich damit nie alle NCDs vermeiden. Um rasch und optimal zu handeln, gilt es NCDs und ihre physiologischen Risikofaktoren früh zu erkennen und zu behandeln. In der Gesundheitsversorgung gibt es beispielsweise Massnahmen zur Früherkennung von häufigen Krebsarten (wie Brust-, Prostata- und Darmkrebs).

Ein konzeptioneller Rahmen

Die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Kuration ergänzen sich nicht nur, sie **verstärken die Wirksamkeit und den Impact ihrer jeweiligen Arbeit gegenseitig**.

Die WHO hat einen konzeptionellen Rahmen entwickelt, um die Verbindung von Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration im Alter einfacher zu denken und zu planen [52]. Dieser Rahmen wird in **Abbildung 5** dargestellt. Das Modell hat insbesondere einen zweifachen Nutzen:

Erstens legt es ein übergeordnetes und gemeinsames Ziel fest. Dieses **Ziel liegt im Erhalt und der Stärkung der funktionalen Fähigkeit von älteren Menschen** – also dem Kern eines altersgerechten Gesundheitsverständnisses (siehe 5.2 und 5.4).

Zweitens illustriert das Modell, wie **Ressourcen im Umfeld abnehmende persönliche Ressourcen kompensieren** können (siehe 3.2). Je stärker unsere persönlichen Ressourcen abnehmen, umso schwerer fällt es uns oft, das zu tun und zu sein, was wir schätzen. Im Modell wird dies dargestellt als wachsende Lücke zwischen dem Ziel (funktionale

Fähigkeit) und den eigenen Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen (intrinsische Kapazität). Die orange Fläche verdeutlicht, wie ein unterstützendes Umfeld diese Lücke schliessen kann – und so dazu beiträgt, die funktionale Fähigkeit von älteren Menschen zu erhalten. Ein Beispiel: Die selbstständige Mobilität bleibt dank hindernisfreien Gehwegen weiterhin möglich, auch wenn die eigene Gangsicherheit abnimmt.

Das Modell identifiziert **Ansatzpunkte für die Arbeit des gesamten Gesundheitswesens**, die sich auf die folgenden prioritären Handlungsbereiche verteilen:

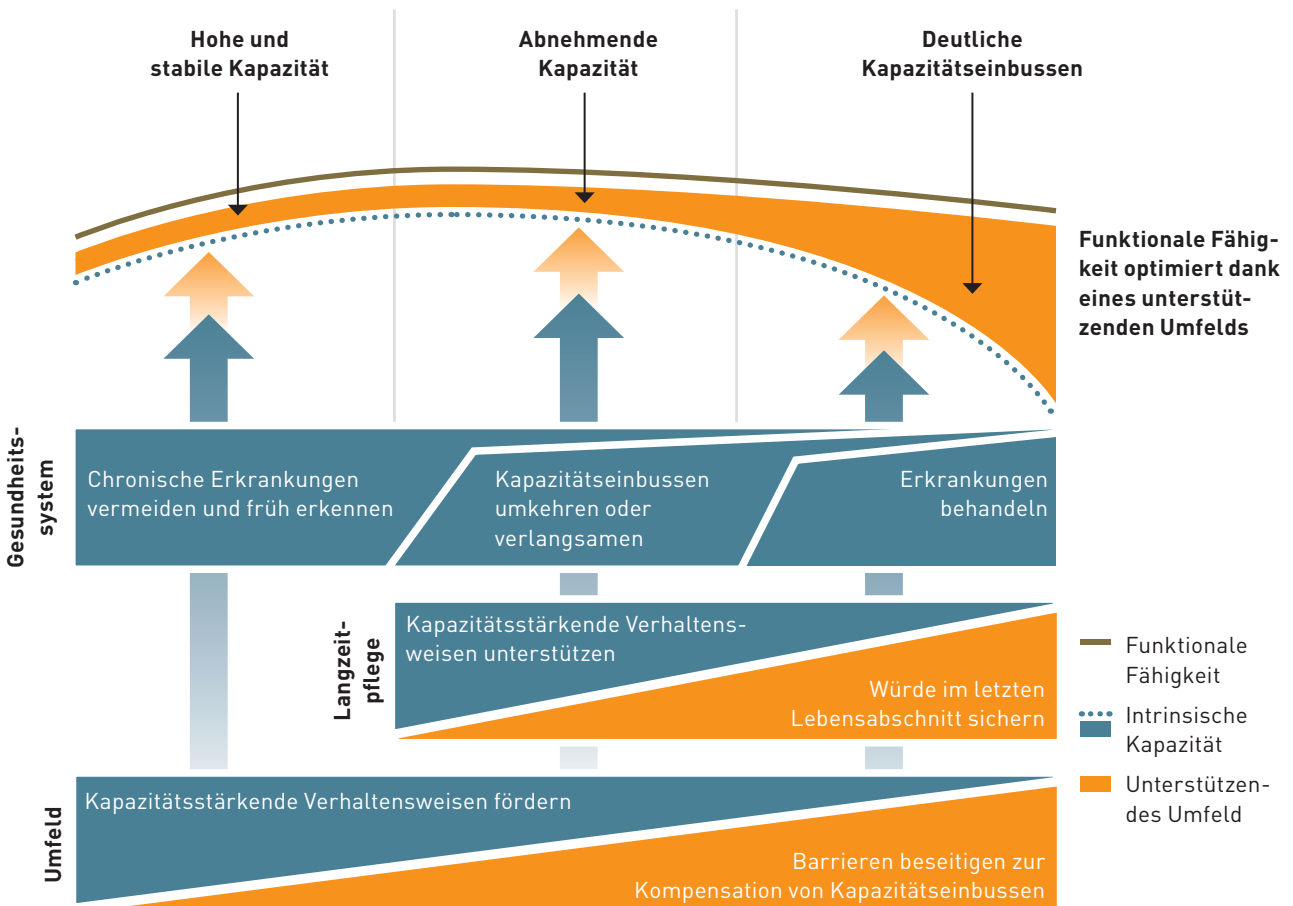
- 1) Ausrichtung der Gesundheitssysteme auf die Bedürfnisse der älteren Menschen
- 2) Entwicklung von Systemen für Langzeitpflege
- 3) Schaffung eines altersfreundlichen Lebensumfelds

Je nachdem, wie gesund eine ältere Person ist, stehen andere Ansatzpunkte im Vordergrund. Das Modell unterscheidet deshalb unterschiedliche Alternsverläufe: Verläufe mit hoher und stabiler Kapazität, solche mit nachlassender Kapazität und solche mit erheblichen Kapazitätsverlusten.

Die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Kuration setzen jeweils an spezifischen Punkten an. Ihre primären Aktivitäten und Zielgruppen überlappen sich teilweise, lassen sich tendenziell aber **folgendermassen im Modell verorten** (siehe [75]): Die Gesundheitsförderung fragt «Was hält ältere Menschen gesund und selbstständig?» und orientiert sich damit am salutogenetischen Ansatz. Sie will persönliche Ressourcen und ein gesundes Verhalten stärken sowie Lebensbedingungen verbessern. Damit ist sie eher am linken Rand angesiedelt

ABBILDUNG 5

Verläufe des gesunden Alterns



Quelle: [52]

und erstreckt sich bis leicht in die Mitte. Sie richtet sich also primär an Menschen mit stabilen und hohen Kapazitäten und sekundär auch an ältere Menschen mit nachlassenden Kapazitäten. Die Gesundheitsförderung überlappt sich teilweise mit der Primärprävention [76].

Die Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ist in der Mitte verortet und erstreckt sich bis an beide Ränder. Sie legt einen Schwerpunkt auf die Sekundärprävention – also auf die Früherkennung, das Eindämmen und Hinauszögern von Krankheiten [77]. Wenn eine Krankheit bereits manifest ist, dient die PGV auch der Tertiärprävention. Sie trägt also dazu bei, das Fortschreiten von Krankheiten zu vermeiden, Folgeschäden abzumildern, Rückfälle zu verhüten sowie die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität wiederherzustellen [76].

Die Kuration, die Langzeitpflege und die Rehabilitation sind vom Zentrum bis zum rechten Rand verortet. Sie dienen unter anderem der Behandlung fortgeschrittener Krankheiten, begleiten Menschen in ihrem letzten Lebensabschnitt und sollen die Würde fördern.

Vom linken bis zum rechten Rand des Modells – und folglich in der Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration – gilt es, Ressourcen zu stärken. Denn das Zwei-Kontinua-Modell von Keyes (siehe 9.1) sensibilisiert dafür, dass es sinnvoll ist, die Ressourcen und das Wohlbefinden unabhängig von allfälligen Krankheiten und Beschwerden zu stärken. Das gilt auch in Phasen der Krankheit, im fragilen Alter und am Lebensende.

3.6 Akteurinnen, Akteure und Settings

Die Förderung von Gesundheit und Lebensqualität im Alter liegt nicht nur in der Zuständigkeit eines einzigen Politikbereichs. Im Gegenteil: **Zahlreiche professionelle und zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure beeinflussen die Gesundheit von älteren Menschen** (Abbildung 6). Der Rat der Europäischen Union fordert deshalb, dass das Altern und die älteren Menschen in jedem Bereich der öffentlichen Politik zu berücksichtigen sind [78]. Der Aufbau von sektoren- und disziplinenübergreifenden Partnerschaften und die Koordination von Massnahmen ist eine der Kernempfehlungen für die Gesundheitsförderung im Alter. Diese Zusammenarbeit strebt insbesondere die folgenden Ziele an:

- Vernetzung der Akteurinnen und Akteure
- Austausch von Erfahrungen
- Gegenseitige Nutzung von Wissen und Kompetenzen
- Verzahnung von Aktivitäten und Nutzung von Synergien
- Optimierung von bestehenden Plattformen

Die **Vernetzung sollte auf lokaler Ebene ansetzen**, weil das Leben von älteren Menschen zu einem grossen Teil in der Gemeinde stattfindet (siehe unten). Um die Ressourcen und Kompetenzen aller Beteiligten optimal zu nutzen, ist von Anfang an auf eine partizipative Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren in den Bereichen Alter und Gesundheit zu achten. Das schliesst ältere Menschen selbst explizit mit ein.

Zusammenarbeit und Rollenteilung

Mit wem bietet sich nun konkret eine Zusammenarbeit an? In der Praxis nehmen die verschiedenen Akteurinnen und Akteure oft unterschiedliche Rollen wahr. Gesundheitsförderung Schweiz befragte 2015 die Kantone deshalb, wie die Aufgaben in der Gesundheitsförderung im Alter bei ihnen verteilt sind [8]. In **Abbildung 6** wird dargestellt, welche Akteurstypen welche Rolle häufig übernehmen. Dabei ist zu beachten: Grundsätzlich kann jeder Akteurstyp fast jede Rolle übernehmen; ausgewiesen werden die Rollen, die ein Akteurstyp am häufigsten übernimmt. Bei den konkreten Beispielen handelt es sich um eine Auswahl zur Illustration und keine abschliessende Aufzählung.

Die **kommunalen Verwaltungen** sind vor allem in der Planung, Koordination und Finanzierung von Massnahmen tätig. In der Praxis zeigt sich: Die strategische und politische Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter in den Gemeinden ist ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Die **Kantone** und der **Bund** spielen bei der (Mit-)Finanzierung und bei der Strategieentwicklung eine tragende Rolle. Einige Kantone übernehmen eine koordinierende Funktion und unterstützen die Gemeinden in der Umsetzung ihrer Massnahmen.

Nichtregierungsorganisationen wie Pro Senectute, Caritas, das SRK und die regionalen Gesundheitsligen spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung im Alter. Ihre primäre Aufgabe ist die Konzeption und Umsetzung von Massnahmen. Viele übernehmen auch koordinative Aufgaben.

ABBILDUNG 6

Kooperationspartnerinnen und -partner in der Gesundheitsförderung im Alter (inkl. häufige Rollen)

Quelle: Eigene Darstellung



Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit

Die Teilnehmenden der KAP-Tagung 2021 tauschten sich darüber aus, was die interdisziplinäre Zusammenarbeit für sie erleichtert. Für viele Fachleute aus der Praxis sind es insbesondere die folgenden Faktoren:

- Gemeinsame Ziele in den Vordergrund stellen
- Aus der Perspektive der älteren Menschen denken und sich an ihren Bedürfnissen orientieren
- Klare und offene Kommunikation
- Gegenseitiges Vertrauen
- Partizipatives Vorgehen
- Rollen, Aufträge und Prozesse klären
- Sich gegenseitig den Handlungsspielraum aufzeigen, um realistische Erwartungen zu haben
- Neugier, wie die anderen beim Erreichen der eigenen Ziele unterstützen können
- Netzwerktreffen als wichtige Plattform für Austausch und Vernetzung

Weitere Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit der zahlreichen Akteurinnen und Akteure finden sich in der Broschüre [«Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Städte und Gemeinden»](#).

Fachpersonen aus Medizin und Gesundheit haben oft einen privilegierten Zugang zu älteren Menschen und können dadurch Gesundheitskompetenzen vermitteln und zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen anregen.

Neben medizinischen Fachpersonen sind **Familien und persönliche Kontakte** häufige Anlaufstellen bei Herausforderungen. Sie sind deshalb wichtig für den Zugang zu älteren Menschen und die Umsetzung von Massnahmen [79].

Zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure sowie **Netzwerke von älteren Menschen** sind weitere Schlüsselakteurinnen und -akteure, die vor allem in der Umsetzung, aber auch in der Konzeption von Massnahmen unverzichtbar sind.

Das Setting Gemeinde ist entscheidend

Die Gesundheitsförderung orientiert sich am Settingansatz. Dieser versteht Menschen als Teil der sozial-räumlichen Systeme, innerhalb derer sie le-

ben, arbeiten, lernen und altern. Diese sogenannten Settings wirken sich massgeblich auf die Gesundheit der Menschen aus [80]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schreibt dazu: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt» [58].

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen, die sich stark in Kindergarten und Schule engagiert, gibt es im Alter kaum so klar institutionalisierte Settings und Zugangswege für die Gesundheitsförderung [57].

Die Gemeinde gilt gemeinhin als das zentrale Setting für die Förderung von Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Denn das ist der Ort, wo ältere Menschen im Alltag leben, ihren Interessen nachgehen und Entscheidungen treffen, die sich auf ihre Gesundheit auswirken.

Zu diesem Lebensraum «Gemeinde» gehören Quartiere und die direkte Nachbarschaft, das eigene Zuhause, die Familie, Begegnungsräume und Tagesstrukturen, Beratungsstellen und weitere Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie Vereine, Glaubensgemeinschaften und Organisationen. Diese spezifischen Settings innerhalb der Gemeinde eignen sich als Rahmen für die Gesundheitsförderung.



Praxisbeispiel aus der Schweiz

Über das Seniorennetzwerk Vernier (RSV) bietet die Gemeinde Vernier Dienstleistungen an, die an den Menschen ausgerichtet sind und sie in ihrem Alltag unterstützen sollen. Das RSV kommt zu den Menschen nach Hause, wo eine Koordinatorin sich ein Bild der Lage macht. Im Anschluss daran setzt sie sich mit ihrem Partnernetzwerk zusammen (z. B. dem behandelnden Arzt, den Nachbarn, der häuslichen Pflege, dem HUG, dem Altersheim, dem Roten Kreuz in Genf, der Caritas, Pro Senectute, den Bibliotheken, den Seniorenvereinen) zusammen, um eine Dienstleistung anbieten zu können, die auf die Bedürfnisse der älteren Person zugeschnitten ist.

Das Label [«Commune en santé»](#) dient dazu, Gemeinden für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und ihr Engagement in diesem Bereich zu fördern.

3.7 Wirkungsmanagement: Monitoring und Evaluation

Ältere Menschen und ihre Gesundheit erfahren seit einigen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit. Trotzdem **fehlen heute noch wichtige Daten** zum gesunden Altern [52]. Dies trägt zur «Unsichtbarkeit von älteren Menschen» (und insbesondere hochaltrigen Menschen) sowie zu wichtigen Wissenslücken bei [52, 74].

Um beim gesunden Altern weitere Fortschritte zu erzielen, werden mehr Investitionen in Daten gefordert. Die «Verbesserung von Messung, Monitoring und Verständnis» gilt als eine der zentralen Massnahmen, um Gesundheit und Lebensqualität im Alter zu fördern [52].

Das Wirkungsmanagement ist zudem wichtig, weil die Gesundheitsförderung weitgehend von öffentlichen Geldern finanziert wird. **Zweck des Wirkungsmanagements** ist es [8]:

- Lernprozesse zu unterstützen,
- Aktivitäten und Ressourceneinsatz zu legitimieren,
- das Controlling zu unterstützen – durch Bereitstellen von Informationen zu erbrachten Leistungen, Zielerreichung und Entwicklungen im Umfeld.

Monitorings und Evaluationen dienen also dazu, die eigenen Interventionen kritisch zu hinterfragen und aus den gemachten Erfahrungen zu lernen.

Für die Initiierung, Koordination und Evaluation von Programmen und Projekten ist es wichtig, sich bewusst zu machen, mit welchen Massnahmen welche Ziele erreicht werden sollen. Dazu erarbeitet Gesundheitsförderung Schweiz für ihre Projekte und Programme **Wirkungsmodelle**, an welchen sie ihre Monitoring- und Evaluationsaktivitäten orientiert.

Die Wirkungsmodelle zeigen im Wesentlichen, welche Massnahmen in einem Projekt umgesetzt werden und über welche Wege und Zwischenziele die erwünschten Wirkungen erreicht werden sollen. Damit veranschaulichen und explizieren sie die (gedachten) Zusammenhänge von Ursache und Wirkung, die einem Projekt oder Programm zugrunde liegen, und schaffen so die Basis, um die Wirksamkeit eines Programms beurteilen zu können. Dank eines solchen Modells kann man sich ausserdem schnell mit Betroffenen und Beteiligten über die Wirkungslogik und Bedeutung einzelner Massnahmen verständigen.

Am fiktiven Pilotprojekt «Bewegung im Quartier» soll ein solches Wirkungsmodell illustriert werden [81]. Das Modell zeigt, mit welchen Mitteln (Input) über welchen Weg (Umsetzung) mit welchen Leistungen (Output) bei wem Wirkung (Outcome) erzielt werden soll (Abbildung 7). Schliesslich wird die Verschränkung dieses Projekts mit einem übergeordneten Programm reflektiert, indem aufgezeigt wird, wie das Projekt zu den Zielen eines kantonalen Aktionsprogramms für ältere Menschen beiträgt (Impact).

Das Modell verdeutlicht, dass Wirkungen auf verschiedenen Ebenen anfallen können. Nicht nur die Wirkung auf die Gesundheit älterer Menschen interessiert, sondern auch vorgelagerte Wirkungen. Wenn beispielsweise ein Bewegungsparcours gut besucht wird oder wenn sich Verantwortliche in Gemeinden aufgrund von Information und Sensibilisierung für das Thema engagieren, sind dies wichtige Zwischenstufen in längeren Wirkungsketten.



Praxishilfen und -instrumente

Gesundheitsförderung Schweiz stellt Informationen, Tools und Dienstleistungen zur Verfügung, um Kantone sowie Projektpartnerinnen und -partner dabei zu unterstützen, die Wirksamkeit und Qualität von Projekten und Programmen zu planen, zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Auf quint-essenz.ch werden wichtige Grundlagen beschrieben. Auf der [Website](#) von Gesundheitsförderung Schweiz finden sich Wirkungsmodelle und ein Tool, mit dem eigene Modelle digital erstellt werden können.

Weiterführende Literatur:

- Arbeitspapier 46: [Wirkungsevaluation von Interventionen](#)
- Faktenblatt 26: [Gesundheitsförderung und Prävention: Die Wirksamkeit der Massnahmen untersuchen](#)
- Arbeitspapier 42: [Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren](#)

ABBILDUNG 7

Wirkungsmodell eines fiktiven Pilotprojekts «Bewegung im Quartier»

● Verhaltensprävention direkt ● Langfristig angestrebte Wirkungen auf Ebene Impact



Quelle: [81]



Weiterführende Informationen zum Thema Gesundheitsförderung im Alter

Allgemeine Grundlagen:

- Broschüre [Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte](#)
- Arbeitspapier 60: [Die Anwendung von verhaltensorientierten Ansätzen auf staatliche Massnahmen](#)
- Arbeitspapier 48: [Partizipation in der Gesundheitsförderung](#)
- BAG-Broschüre Verhaltensökonomischer Leitfaden: [Verhalten verstehen und adressieren](#)

Corona-Pandemie:

- Gesundheitsförderung im Alter im Kontext von Covid-19: [Situation und Erfahrungen | Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis](#)

- Arbeitspapier 56: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung](#)
- Arbeitspapier 52: [Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung.](#)

Umsetzungshilfen für die kommunale Ebene:

- [Gesundheitsberatung im Alter](#)
- [Veranstaltungen und Kurse zur Gesundheitsförderung im Alter](#)
- [Kommunale Netzwerke für ältere Menschen aufbauen](#)
- Netzwerkradar: [Eine Anleitung zur Entwicklung von Netzwerken](#)
- Checkliste [Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte](#)

4 Gewinne durch Gesundheitsförderung im Alter

Menschen werden im Alter nicht zwingend krank und pflegebedürftig, denn die Gesundheit lässt sich bis ins hohe Alter beeinflussen [57]. Zu den beeinflussbaren Gesundheitsdeterminanten zählen zum Beispiel das eigene Verhalten, die persönlichen Ressourcen, die Lebensbedingungen und das Gesundheitssystem [57]. Gesundheitsförderliche Massnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene sind daher nachweislich wirksam (siehe folgende Box).



Gesundheitsförderung im Alter ist wirksam

Das Verhalten und die Lebensbedingungen im ganzen Lebensverlauf prägen die Gesundheit im Alter (siehe [Kapitel 5](#)). Doch auch im hohen Alter lässt sich noch beeinflussen, wie gesund und autonom wir älter werden. Veränderungen des Lebensstils und des Umfelds können nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs) verhindern oder zumindest positiv beeinflussen. Gezielte Übungen senken das Sturzrisiko deutlich. Auch die psychische Gesundheit im Alter lässt sich wirksam stabilisieren und fördern. In den [Kapiteln 7 bis 9](#) folgen Belege für die Wirksamkeit der Gesundheitsförderung im Alter.

Für eine allgemeine Diskussion der Wirksamkeit und des Nutzens von Gesundheitsförderung siehe das [Argumentarium Gesundheitsförderung und Prävention](#) (mit Infografiken und Videos).

Gute Gesundheit: ein Gewinn für ältere Menschen und ihre Familien

Für die älteren Menschen selbst bedeutet bessere Gesundheit einen grossen Gewinn an Lebensqualität und Wohlbefinden. So können sie unter anderem länger selbstständig und im eigenen Zuhause leben,

am sozialen Leben teilhaben, sich in die Gesellschaft einbringen und Aktivitäten nachgehen, die ihnen wichtig sind (siehe [3.4](#)).

Neben den älteren Menschen profitieren auch ihre Familien von der Gesundheitsförderung. Denn je selbstständiger ältere Menschen leben, umso weniger Betreuung durch Angehörige ist nötig. Insbesondere Frauen werden dadurch entlastet [23]. Das schützt die Gesundheit von betreuenden Angehörigen und erleichtert ihr Engagement im Arbeitsmarkt. Beides wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Angehörigen aus.

Ältere Menschen sind eine unverzichtbare gesellschaftliche Ressource

Viele ältere Menschen engagieren sich heute mit Kompetenz, Wissen und Erfahrung für ihr persönliches und gesellschaftliches Umfeld. Auch Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen und Beschwerden können wertvolle Beiträge an die Gesellschaft leisten. Ein solches Engagement fällt in der Regel jedoch leichter, wenn die Gesundheit gut ist. In diesem Sinne stärkt die Gesundheitsförderung die Fähigkeit von älteren Menschen, sich weiterhin gesellschaftlich zu engagieren.

In der Schweiz gaben 2016⁴ gut 53% der 65- bis 74-Jährigen an, sich freiwillig zu engagieren [82]. Keine andere Altersgruppe leistet so viel Freiwilligenengagement. Bei den Menschen ab 75 Jahren beträgt dieser Anteil immer noch rund 30%. Dabei zeigt sich: Die informelle Freiwilligenarbeit ist doppelt so verbreitet wie die institutionalisierte Freiwilligenarbeit.

- 22% der 65- bis 74-Jährigen und rund 11% der Menschen ab 75 Jahren engagieren sich in der institutionalisierten Freiwilligenarbeit (unbezahlte Tätigkeiten für eine Organisation, einen Verein oder eine öffentliche Institution) [82, 83].
- Gut 43% der 65- bis 74-Jährigen und rund 23% der Menschen ab 75 Jahren geben an, sich infor-

⁴ Während der Corona-Pandemie ging in einigen Altersgruppen der Anteil an Personen zurück, die sich freiwillig engagieren [82]. Um diesem Corona-Effekt auszuweichen, werden hier nicht die aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2020 verwendet, sondern Daten aus der letzten Erhebung vor Corona (2016).

mell zu engagieren (unbezahlte Hilfeleistungen aus persönlicher Initiative für Personen, die nicht im selben Haushalt leben) [82, 83]. Dabei sind die älteren Menschen nicht eingerechnet, die eine Person im gleichen Haushalt betreuen (z. B. Partnerin oder Partner).

Das Engagement im eigenen Haushalt und ausserhalb ist vielfältig: Ältere Menschen betreuen Angehörige, unterstützen Freunde und Nachbarinnen, hüten Grosskinder, sind Mentorinnen und Mentoren für jüngere Menschen, engagieren sich in der Flüchtlingshilfe und in Umweltvereinen [84]. Zudem spenden 80% der 55- bis 74-Jährigen regelmässig Geld für soziale oder gemeinnützige Zwecke [84]. Ältere Menschen tragen auch als Konsumentinnen und Konsumenten und teilweise immer noch als Arbeitnehmende an die Volkswirtschaft bei [23].



Freiwilliges Engagement während der Corona-Pandemie

Während der Pandemie nahm das freiwillige Engagement in einigen Altersgruppen ab. Aufgrund der erhöhten Risiken war diese Abnahme in der älteren Bevölkerung stärker ausgeprägt. In der Schweiz sank das freiwillige Engagement der 65- bis 74-Jährigen von gut 53% im Jahr 2016 auf knapp 45% im Jahr 2020 [82]. Diese Zahlen zeigen dennoch: Ältere Menschen leisteten auch während der Pandemie einen beachtlichen Beitrag an die Gesellschaft – trotz der erhöhten Risiken und der Empfehlung, sich zu isolieren.

Eine deutsche Studie analysierte spezifisch die Enkelbetreuung während der Pandemie und fand heraus: Der Anteil an Grosseltern, die ihre Enkel betreuen, blieb weitgehend stabil, genauso der zeitliche Umfang der Enkelbetreuung [391]. Und das in einer Zeit, in der von Kontakten zu Enkelkindern abgeraten wurde – aber gleichzeitig Kindergärten und Schulen oft geschlossen waren und viele berufstätige Eltern dringend Hilfe in der Kinderbetreuung benötigten. Die Erstautorin der Studie folgert deshalb: «Ältere Menschen sind nicht nur eine schutzbedürftige Risikogruppe, sondern leisten auch einen aktiven Beitrag zur Krisenbewältigung» [392].

Schliesslich übernehmen ältere Menschen zunehmend eine aktive Rolle in der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen.

Ältere Menschen sind also eine grosse gesellschaftliche Ressource und leisten unverzichtbare Beiträge an die Gesellschaft. Und ihr Beitrag gewinnt mit dem demografischen Wandel zunehmend an Bedeutung [85]. Die deutschen Gerontologen Andreas Kruse und Eric Schmitt schreiben dazu: «Innovationsfähigkeit [...] und Wohlstand alternder Gesellschaften, nicht zuletzt auch leistungsfähige soziale Sicherungs- und Rentensysteme, sind allein auf der Grundlage der Produktivität jüngerer Generationen nicht zu sichern, die Bedürfnisse und Bedarfe einer immer grösseren Zahl älterer Menschen auf Dauer von einer immer kleineren Anzahl jüngerer Menschen nicht zu finanzieren, wenn auf mögliche (Gegen-)Leistungen älterer Generationen verzichtet wird» [85].

Es ist deshalb eine «zentrale Aufgabe gesellschaftlicher Entwicklung», wirtschaftliche und gesellschaftliche Beiträge von älteren Menschen zu sichern und laufend neue Möglichkeiten für das Engagement älterer Menschen zu schaffen [85]. Solche Möglichkeiten knüpfen an die Bedürfnisse vieler älterer Menschen an, beispielsweise sinnhafte Rollen zu übernehmen, sich zugehörig zu fühlen und Unterstützung nicht nur zu empfangen, sondern auch zu geben (siehe 3.4).

Das volkswirtschaftliche Potenzial der Gesundheitsförderung im Alter

Im Jahr 2019 beliefen sich die Gesundheitskosten für Menschen über 65 Jahre auf etwa 37 Milliarden Franken [86]. Dies entsprach rund 45% der gesamten Gesundheitskosten. Aufschlussreich ist der Blick auf unterschiedliche Leistungsarten für ältere Menschen:

- Für die stationäre Kurativbehandlung wurden 7,5 Milliarden Franken ausgegeben (gut 9% der gesamten Gesundheitskosten).
- Die ambulante Kurativbehandlung kostete 6,5 Milliarden Franken (7,9% der gesamten Gesundheitskosten).
- Die Kosten für die Langzeitpflege (stationär und ambulant) beliefen sich auf rund 12,5 Milliarden Franken (15% der gesamten Gesundheitskosten).
- In präventive Massnahmen wurden 300 Millionen Franken investiert (0,36% der gesamten Gesundheitskosten).

Als Folge der demografischen Alterung dürften insbesondere die Kosten für Langzeit- und Alterspflege sowie für Hilfe und Betreuung steigen [87–93]. Für die zukünftigen Kosten im Gesundheitswesen ist entscheidend, wie gesund die Menschen alt werden [94]. Können Behinderung, Hilfsbedarf, Spital- und Heimeinweisungen im Alter vermieden oder hinausgezögert werden, so dämpft dies massgeblich die prognostizierte Kostenentwicklung.

Wie gross der volkswirtschaftliche Nutzen ist, wenn Menschen im Alter möglichst lange gesund bleiben, lässt sich anhand von Modellrechnungen abschätzen. In einer Studie der Universität St. Gallen wurde berechnet, dass der Anstieg der Langzeitpflegekosten bis im Jahr 2050 um etwa zwei Drittel geringer ausfallen dürfte, wenn die Lebenszeit in schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit verkürzt werden kann. Die Autoren der Studie folgern, dass eine positive Entwicklung der Gesundheit der älteren Menschen «die Auswirkungen der wachsenden und alternden Bevölkerung auf die Langzeitpflegekosten zu einem Grossteil mildern» kann [95].

Diese Berechnungen bestätigen Ergebnisse einer älteren Studie von 2012. Diese kam zum Schluss, dass der zukünftige Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen um bis zu 40% geringer sein könnte, falls die Lebensjahre in Krankheit und Pflegebe-

dürftigkeit reduziert werden können (siehe [Abbildung 8](#), Szenario «Compression of Morbidity» im Vergleich zu «Pure Ageing»). Damit dürften in Zukunft jährliche Einsparungen von über 10 Milliarden Franken einhergehen [87, 91].

Wir können folgendes Fazit ziehen: In die Gesundheitsförderung im Alter zu investieren, «lohnt sich» im Hinblick auf die Lebensqualität der älteren Menschen, den sozialen Zusammenhalt und eine funktionierende Zivilgesellschaft. Investitionen in die Gesundheitsförderung im Alter heute haben das Potenzial, den Finanzhaushalt morgen zu entlasten. Nicht nur die Gemeinden und Kantone werden finanziell entlastet, sondern auch die Haushalte der älteren Menschen selbst. Aus volkswirtschaftlicher Sicht gewinnt die Gesundheitsförderung im Alter deshalb im Gleichschritt mit der demografischen Alterung an Bedeutung.

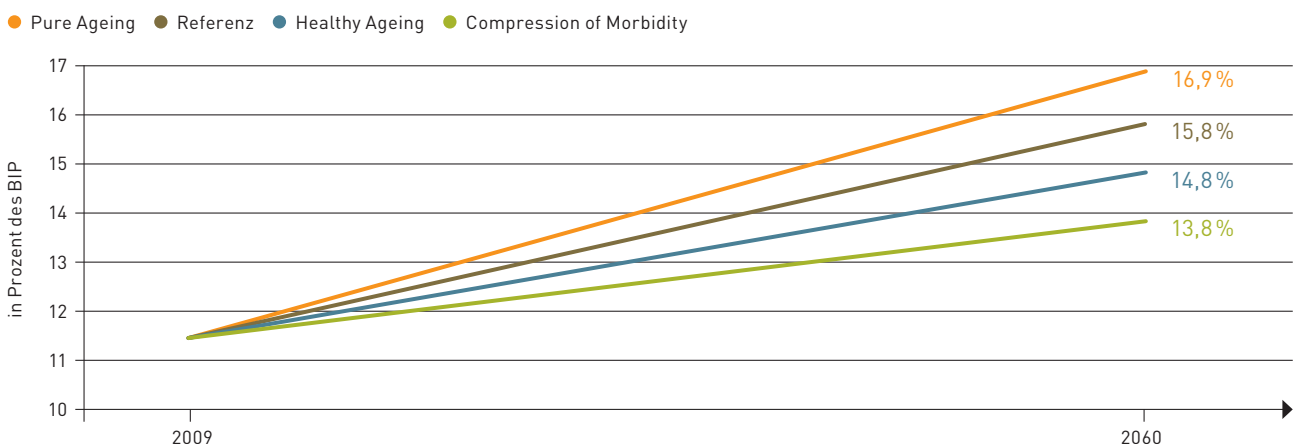


Weiterführende Informationen zum Thema Kostenwirksamkeit

Das volkswirtschaftliche Potenzial der Gesundheitsförderung im Alter wird im Bericht 5 «[Gesundheit und Lebensqualität im Alter](#)» eingehender beleuchtet.

ABBILDUNG 8

Gesamtausgaben für die Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf [96]

5 Gesundheitliche Chancengleichheit

In der Schweiz sind die Bedingungen für ein langes und gesundes Leben so gut wie in wenigen anderen Ländern. Das gilt aber nicht für alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Masse. Wie gesund wir auf die Welt kommen, aufwachsen, leben, altern und sterben, hängt weltweit und auch in der Schweiz entscheidend von sozialen Merkmalen ab:

- Personen ohne nachobligatorischen **Schulabschluss** leiden fast dreimal häufiger an starker psychischer Belastung als Personen mit einem Tertiärabschluss [21].
- In Bern und Lausanne sterben Männer in sozial benachteiligten **Quartieren** fast fünf Jahre früher als Männer in privilegierten Stadtteilen [97].
- Frauen berichten insgesamt eine schlechtere funktionale Gesundheit als Männer, wobei der **Geschlechterunterschied** im Alter häufig noch zunimmt [98]. Im Alter 75+ sind 7,4% der Frauen stark in alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt, gegenüber 4,3% der Männer [99].
- Fast 35% der über 65-jährigen Menschen mit **Migrationshintergrund** (1. Generation) nehmen ihre Gesundheit nicht als gut wahr. Bei gleichaltrigen Menschen ohne Migrationshintergrund sind es nur knapp 25% [100].
- In vielen (aber nicht allen) Themenbereichen haben **LGBTIQ-Menschen** ungleiche Gesundheitschancen gegenüber der übrigen Bevölkerung. Das betrifft unter anderem den Zugang zur Gesundheitsversorgung, die psychische Gesundheit und bestimmte Aspekte der körperlichen Gesundheit [101]. Internationale Studien zeigen, dass im Alter ab 55 Jahren homosexuelle Menschen öfter alleinstehend sind als heterosexuelle (41% vs. 28%). Das kann zu mehr Einsamkeitsgefühlen führen. Zudem ist ihr soziales Umfeld altershomogener, was sich negativ auf die Verfügbarkeit von Unterstützung in Alltagsaktivitäten auswirken kann [102].

Diese **Unterschiede** sind weder zufällig noch biologisch begründet. Sie **folgen** vielmehr **einem klaren sozialen Muster**: Wer sozial benachteiligt ist, leidet häufiger unter schlechter Gesundheit und hat eine tiefere Lebenserwartung als gesellschaftlich besser gestellte Personen. Weil diese Unterschiede sozial bedingt sind, werden sie als weitgehend vermeidbar und ungerecht bezeichnet [103, 104]. Man spricht deshalb von gesundheitlicher Ungerechtigkeit («health inequities») [29].

Gesundheitliche Ungerechtigkeiten fordern die Gesellschaft zum Handeln auf. Denn ungleiche gesundheitliche Chancen widersprechen dem Selbstverständnis und den staatlichen Grundprinzipien der Schweiz, sie gefährden die soziale Kohäsion und führen zu unnötigen und substanziellen Mehrkosten [29]. Kein Land kann es sich deshalb leisten, ungleiche gesundheitliche Chancen nicht anzugehen [105].



Corona und Chancengleichheit

Die Pandemie wirkt wie ein Brennglas auf Benachteiligungen in der Gesellschaft: Sie hat weniger neue Ungleichheiten hervorgebracht als vielmehr bestehende Ungleichheiten verschärft.

Im Gesundheitsbereich gilt «same script, different illness»: Die Auswirkungen von Corona folgen gängigen epidemiologischen Mustern, das heisst, die einleitend genannten sozialen Merkmale und das Ausmass der Betroffenheit von Corona korrelieren.

Empirisch sehen wir sozial bedingte Unterschiede unter anderem bezüglich der folgenden Indikatoren:

- Ansteckung mit und Schwere des Verlaufs von Covid-19 [393–395]
- Gesundheitskompetenz im Hinblick auf Covid-19 [396]
- Betroffenheit von den Auswirkungen der Schutzmassnahmen [397–399]
- Impfbereitschaft [400–403]

Gesundheitliche Chancengleichheit fördern durch chancengerechte Massnahmen

Gesundheitsförderung und Prävention erreichen eher Gruppen mit mittlerem oder hohem sozio-ökonomischem Status [106–108]. Die Angebote der Gesundheitsförderung kommen folglich oft nicht bei jenen sozialen Gruppen an, die am meisten davon profitieren würden [108]. Die zunehmende Digitalisierung kann zu weiteren Ungleichheiten führen («digital divide», siehe [Kapitel 6](#)).

Es gehört deshalb zu den prioritären Zielen der Gesundheitsförderung, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen. In der Schweiz ist dieses Ziel unter anderem in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2030, der NCD-Strategie und der Suchtstrategie festgeschrieben.

Gesundheitliche Chancengleichheit heisst nicht, dass alle Menschen gleich gesund sein sollen: Anstelle von Gleichheit im Ergebnis («gleiche Gesundheit für alle») fordert sie **Gleichheit hinsichtlich von Möglichkeiten und Voraussetzungen** («gleiche Chancen auf Gesundheit für alle»).



Definition 3

Begriffsklärung: Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche *Chancengleichheit* ist ein gesundheitspolitisches Leitziel, das für alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit anstrebt.

Gesundheitliche *Chancengerechtigkeit* ist ein Umsetzungsprinzip und meint das Schaffen der Bedingungen, die es allen Menschen ermöglichen, ein gesundes Leben zu führen.

Kurz: Chancengleichheit ist das Ziel, Chancengerechtigkeit der Weg dazu [29].

5.1 Entstehung sozial bedingter Unterschiede in der Gesundheit

Um zu erkennen, wo Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen können, um gesundheitliche Ungerechtigkeit zu reduzieren, müssen wir zuerst verstehen, wie diese entsteht und sich reproduziert. Beispielsweise macht uns ein hohes Einkommen nicht automatisch gesünder. Vielmehr wirkt ökonomische

Ungleichheit in komplexer – und nicht immer eindeutig erklärbarer – Weise auf unser Leben und damit auch auf unsere Gesundheit. Das folgende Modell ([Abbildung 9](#)) versucht, in vier Schritten zu erklären, wie gesundheitliche Ungerechtigkeit entsteht (für eine eingehende Diskussion siehe [29]):

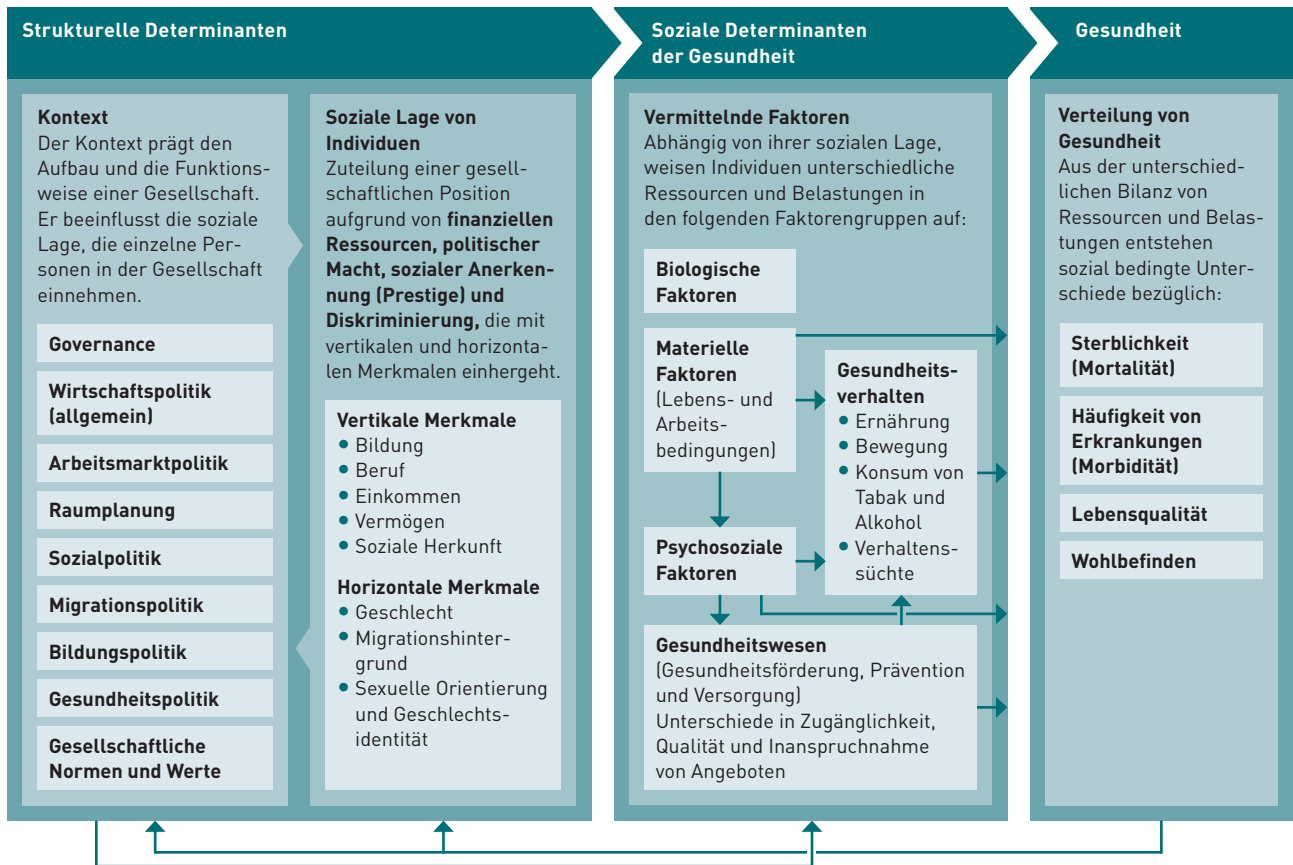
- 1) Der **gesellschaftliche Kontext** (also die Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitspolitik sowie die Normen und Werte) bestimmt die Lage, die eine Person in der Gesellschaft einnimmt. Je nach Kontext weist eine bestimmte Person eine höhere oder eine tiefere soziale Lage auf – verglichen mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft ist sie also privilegiert oder benachteiligt.
- 2) Die **soziale Lage** prägt, welchen konkreten Belastungen eine Person ausgesetzt ist und über welche Ressourcen sie verfügt. Gemeinhin weisen sozial benachteiligte Menschen gleichzeitig ein erhöhtes Ausmass an Belastungen und einen Mangel an Ressourcen auf.
- 3) Es sind diese **Belastungen und Ressourcen**, die sich konkret auf die Gesundheit auswirken. Je mehr Belastungen und je weniger Ressourcen eine Person hat, umso schlechter ist gemeinhin ihr Gesundheitszustand.
- 4) Am Ende dieser Wirkungskette steht die empirisch gut belegte **gesundheitliche Ungerechtigkeit**.

Das Modell verdeutlicht: Soziale Ungleichheit – also die ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen in einer Gesellschaft – wirkt sich eindeutig auf die Gesundheit aus. **Gesundheitliche Ungerechtigkeit** ist damit nicht bloss ein individuelles, sondern **insbesondere ein gesellschaftliches Problem**. Auch das Gesundheitsverhalten – oft eine direkte Ursache von Erkrankungen – hängt nicht allein von einem starken Willen ab, sondern ist entscheidend von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt.

Selbstverständlich ist die persönliche Verantwortung auch in Gesundheitsfragen zentral und deshalb gezielt zu stärken. Gleichzeitig müssen wir anerkennen, dass sich ein soziales Problem nicht allein mit Massnahmen lösen lässt, die bei einzelnen Personen ansetzen (Verhaltensebene). Insbesondere braucht es Bedingungen, die es allen Menschen erlauben, gesund zu sein, zu werden und zu bleiben (Verhältnisebene).

ABBILDUNG 9

Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungerechtigkeit



Quelle: [29]

5.2 Was die Gesundheitsförderung tun kann

Eine nachhaltige Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit bedingt erstens eine **Reduktion von sozialer Ungleichheit** aufgrund von Merkmalen wie Einkommen, Bildung, Geschlecht, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität. Entsprechende Massnahmen liegen in der Regel **ausserhalb der Gesundheitspolitik** und im Einflussbereich der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Bildungspolitik. Es ist aber Aufgabe der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereichs, andere Politikbereiche entsprechend zu sensibilisieren (Agenda-Setting) und gezielte (multisektorale) Zusammenarbeiten anzustossen.

Zweitens wird empfohlen, die **sozialen Gesundheitsdeterminanten** für alle Menschen gesundheitsförderlich zu gestalten – also die Bedingungen, unter denen Menschen auf die Welt kommen, aufwachsen, leben, spielen, arbeiten, altern und sterben. Entsprechende Massnahmen liegen auch **im Einflussbereich der Gesundheitsförderung und Prävention**. Dabei gilt es, sowohl die Ressourcen und Handlungsfähigkeit von sozial benachteiligten Menschen zu fördern als auch deren Belastungen abzubauen. Geschehen kann dies in den folgenden Bereichen [29]:

- Materielle Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Psychosoziale Faktoren
- Gesundheitsverhalten und -kompetenz
- Gesundheitswesen

5.3 Bewährte Massnahmen und Erfolgskriterien

Aufgrund der unterschiedlichen Alterungsverläufe und der ungleichen gesundheitlichen Chancen sollten universelle Massnahmen, die sich an die Gesamtbevölkerung richten, die gesellschaftliche Diversität und die unterschiedlichen Handlungsvoraussetzungen berücksichtigen («Öffnung von Angeboten»). Ergänzend kann es zielführend sein, zielgruppenspezifische Massnahmen zu konzipieren und umzusetzen.

Interventionsansätze, die nachweislich die gesundheitlichen Chancen von benachteiligten Menschen verbessern, werden später im Bericht und spezifisch für die folgenden Themen vorgestellt:

- Bewegung (7.4.4)
- Ernährung (8.4)
- Psychische Gesundheit (9.4.4)

Der Erfolg dieser Interventionsansätze hängt massgeblich davon ab, wie sie konzipiert, umgesetzt und evaluiert werden. In der [Kurzfassung](#) des Berichts «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» werden die Erfolgskriterien zusammengefasst, welche die Wirksamkeit von Massnahmen mit sozial benachteiligten Gruppen nachweislich erhöhen. Entscheidend sind dabei besonders die folgenden Erfolgskriterien:

- Die **Partizipation** der Zielgruppe in allen Phasen eines Projekts (von der Konzeption und Planung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation) [109, 110]. Denn: Sozial benachteiligte Menschen weisen immer auch Ressourcen auf, an die die Gesundheitsförderung anknüpfen kann.
- **Beziehungsgeleitete Arbeit:** Professionelle und informelle Verbindungspersonen und -institutionen bewähren sich als «Brückenbauer» und vereinfachen den Zugang zu benachteiligten Gruppen [28, 111]. Entscheidend ist, dass diese Verbindungspersonen in einem Vertrauensverhältnis zur Zielgruppe stehen (wie z. B. Fachpersonen aus Gesundheit und Medizin, NGOs wie SRK, Caritas und HEKS, Vereine und Schlüsselpersonen sowie Familienmitglieder, Nachbarinnen und Nachbarn). Die Leistungen von formellen wie informellen Vermittlungsinstanzen sind materiell oder symbolisch zu honorieren [112].
- Erfolgversprechend sind **vielfältige Angebote** und ihre **inhaltliche und sprachliche Anpassung** an die Zielgruppe und deren soziokulturelle Lebenswelt. Dazu gehören beispielsweise Informa-

tionsmaterial in leicht verständlicher Sprache oder in unterschiedlichen Migrations-sprachen, an der Lebenswelt orientierte Inhalte, Kursleitende aus dem soziokulturellen Umfeld der Teilnehmenden («peer educators») und die Durchführung in Settings und Strukturen der spezifischen Gemeinschaften (z. B. in Kirchen und Migrationsvereinen) [57, 109, 113–116].

- Die Nutzung von Angeboten fällt leichter, wenn diese **möglichst konkret, niederschwellig und erschwänglich** sind. Das bedeutet praxisbezogene und leicht umsetzbare Informationen (wie Schritt-für-Schritt-Anleitungen) und vergünstigte oder kostenlose Angebote für finanziell schwächere Personen [115, 116].
- Strukturelle Massnahmen – unter anderem im Ernährungs- und Bewegungsbereich – entfalten meist erst dann eine Wirkung, wenn sie mit Interventionen auf individueller Ebene kombiniert werden, beispielsweise in Form von Information und Sensibilisierung (**Kombination von Verhältnis- mit Verhaltensmassnahmen**) [117–121].
- Um gleiche gesundheitliche Chancen nachhaltig und wirksam zu fördern, braucht es das Engagement von unterschiedlichen Politikbereichen. Das Prinzip «Health in All Policies» (Gesundheit in allen Politikbereichen) ist deshalb ebenso zu stärken wie die multisektorale Zusammenarbeit und kleinräumige Koordination [110].
- Um die Entwicklung von gesundheitlicher Ungerechtigkeit besser zu verstehen und wirksame Massnahmen zu fördern, sind das **Monitoring** und die **Evaluation** von Massnahmen und erzielten Fortschritten wichtig.



Praxisbeispiele aus der Schweiz

Quartiers solidaires (VD); Femmes-Tische und Männer-Tische (CH); Être Gai Ensemble (GE); AltuM – Alter und Migration von HEKS (CH); MigrantInnen leben gesund im Alter (BE); Feierabendtreff Männer 60+ (BE)

Die folgenden Evaluationen dokumentieren den Nutzen von chancengerechten Projekten und geben praxisrelevante Empfehlungen:

- Faktenblatt 62: [Evaluation 2019–2021 «Femmes-Tische und Männer-Tische»](#)
- Faktenblatt 66: [Evaluation HEKS Alter und Migration \(AltuM\), 2019–2021](#)



Individuelle Beeinträchtigungen und Chancengleichheit

Menschen können aus zwei Gründen gesundheitlich vulnerabel sein: soziale Benachteiligung und/oder individuelle Beeinträchtigung [29]. Dieses Kapitel fokussiert auf Menschen, die aufgrund von sozialer Benachteiligung gesundheitlich vulnerabel sind (z. B. aufgrund der Bildung, des Einkommens, eines Migrationshintergrunds, der Geschlechtsidentität oder sexuellen Orientierung). Ebenso wichtig ist die gesundheitliche Vulnerabilität aufgrund von sogenannten individuellen Beeinträchtigungen. Beispielsweise können physische Beeinträchtigungen (wie eine bestehende Krankheit oder Behinderung) oder psychische Beeinträchtigungen (wie Traumatisierungen oder die Betreuung von Angehörigen) das Auftreten von (weiteren) Krankheiten und Einschränkungen begünstigen [29]. Zu beachten ist, dass

individuelle Beeinträchtigungen (wie Behinderungen) ebenfalls mit sozialer Benachteiligung einhergehen können.

Nehmen wir das Beispiel der körperlichen Beeinträchtigungen: Das [Bundesamt für Statistik](#) schätzt, dass 2019 gut 22 % der Menschen in der Schweiz mit einer Behinderung lebten und rund 5 % sogar stark eingeschränkt waren. Diese Anteile steigen mit zunehmendem Alter an. Menschen mit Handicap weisen ein erhöhtes Risiko für (weitere) psychische, physische, kognitive und sensorische Erkrankungen und Einschränkungen auf ([WHO](#)). Ein Einführungstext zum Thema [«Inklusion und Gesundheitsförderung»](#) findet sich auf der Website der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

5.4 Definition von Zielgruppen

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist stets die Verbesserung der Gesundheit der ganzen Bevölkerung – allerdings fällt ihr Engagement idealerweise umso intensiver aus, je stärker einzelne Bevölkerungsgruppen benachteiligt sind (Prinzip des sogenannten **proportionalen Universalismus**) [105].

Welche Merkmale zu besonderer Benachteiligung führen, ist themenabhängig und kann sich unterscheiden, je nachdem, ob wir zum Beispiel das Bewegungsverhalten, Suizide oder die Nutzung von medizinischer Früherkennung betrachten.

Statistiken aus der Schweiz zeigen, dass wir insbesondere die folgenden ungleichheitsrelevanten Merkmale in den Blick nehmen müssen, wenn wir ungleiche gesundheitliche Chancen analysieren [122]: den sozioökonomischen Status (SES), also Bildung, Berufsstatus, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft (Elternhaus), aber auch das Geschlecht, einen allfälligen Migrationshintergrund sowie die sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBTIQ-Community).

Bei der Definition von Zielgruppen ist Folgendes zu beachten:

- Die Lebenssituation, Ressourcen und Belastungen einer Person lassen sich gemeinhin nicht nur auf ein Merkmal zurückführen. Im Beispiel der Migrationsbevölkerung ist es offensichtlich, dass sich die Lebenssituation einer deutschen Professorin fundamental unterscheidet von der eines geflüchteten Mannes aus Eritrea. Die Gesundheit einer Person wird also nicht allein oder primär vom Merkmal «Migrationshintergrund» beeinflusst, sondern gerade auch von der Bildung, dem Einkommen, dem Geschlecht und dem Migrationsstatus. Die Zielgruppe eines Projekts ist mit «die Migrationsbevölkerung» deshalb oft nur unzureichend umrissen. In der Regel gilt: Je mehr ungleichheitsrelevante Merkmale eine Person aufweist, umso wahrscheinlicher sind Krankheiten und umso kürzer ist die Lebenserwartung. Überschneidungen von sozialen Merkmalen sind deshalb bei der Zielgruppendefinition besonders zu beachten (**Intersektionalität**).



- Gesundheitsdaten belegen einen Zusammenhang zwischen ungleichheitsrelevanten Merkmalen und der Gesundheit (z. B. «Teile der Migrationsbevölkerung sind häufiger von Erkrankungen betroffen»), erklären diesen in der Regel aber nicht. Es braucht deshalb **weiterführende Analysen**, um zu bestimmen, was tatsächlich für ein erhöhtes Krankheitsrisiko verantwortlich ist. Sind – im Beispiel der Migrationsbevölkerung – fehlende Kenntnisse einer Landessprache, mangelnde soziale und ökonomische Integration oder ein prekärer Aufenthaltsstatus entscheidend?

Massnahmen werden umso wirksamer, je differenzierter unser Bild der Zielgruppe ist und je genauer die konkreten Ressourcen und Belastungen der Zielgruppe berücksichtigt werden.

Das lässt sich an einem Beispiel illustrieren: Eine neuseeländische Studie zeigt, dass einzelne Risikofaktoren für Demenz je nach ethnischer Gruppe unterschiedliches Gewicht haben [43]. Für die Praxis heisst das, dass je nach Gruppe andere Risikofaktoren prioritär anzusprechen sind.

Weiterführende Informationen zum Thema Chancengleichheit

Im Bericht [Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz](#) [29] werden folgende Themen eingehender diskutiert:

- Argumente für die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit
- Begriffliche und konzeptuelle Klärungen in einem komplexen – und oft schwammigen – Thema
- Inputs zur systematischen Planung einer chancengerechten Gesundheitsförderung
- Evidenzbasierte Interventionsansätze und praktische Erfolgskriterien

Weitere Literatur von Gesundheitsförderung Schweiz:

- [Kurzversion des Grundlagenberichts Chancengleichheit](#) in Gesundheitsförderung und Prävention
- Bericht [Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten](#)
- Arbeitspapier 59: [Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status?](#)
- Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter: [Faktenblatt Epidemiologie](#)
- Praxisleitfaden [Wie erreichen wir Männer 65+?](#)
- Faktenblatt 19: [Geschlechtliche und sexuelle Minderheiten in Gesundheitsförderung und Prävention](#)

6 Digitalisierung in der Gesundheitsförderung im Alter

- **Dr. phil. Alexander Seifert**, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) wie das Radio, der Fernseher oder das Internet und die sozialen Medien gelten längst als Alltags-technologien und dienen beispielsweise dazu, Informationen zu erhalten oder Kontakte zu pflegen. In immer mehr Lebensbereichen spielen digitale Technologien eine entscheidende Rolle, sodass sie aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken sind.

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie die Nutzung von technischen Alltagsgeräten zur Informationsbeschaffung und Kommunikation im Alter aktuell aussieht und inwieweit digitale Lösungen zur Gesundheitsförderung im Alter genutzt werden (können).

6.1 Mediennutzung im Alter

Digitale IKT werden im Alter zunehmend genutzt

Anhand einer Schweizer Trendstudie [123] über nunmehr zehn Jahre (2009–2019) kann die aktuelle IKT-Nutzung bei Personen ab 65 Jahren gut abgebildet werden [124]. Dabei zeigt sich: Ältere Menschen sind zunehmend in der virtuellen Welt unterwegs und nutzen digitale Angebote, Hilfsmittel und Apps.

Nutzten 2009 erst 37,8% der Befragten das **Internet**, so waren es 2019 bereits 74,2% [123]. Besonders für die jüngsten Seniorinnen und Senioren gehört das Internet mittlerweile zum Alltag: 95% der 65- bis 69-Jährigen sind heute online. Diese Werte nehmen mit zunehmendem Alter ab und vor allem Personen ab 80 Jahren verwenden diese Technologien seltener: Nur 45% der mindestens 80-Jährigen nutzten 2019 das Internet.

Die Verwendung von **Smartphones und Tablets** ist seit 2014 ebenfalls stark angestiegen und belief sich 2019 auf 63,7% (Smartphone) bzw. 40% (Tablet). Auch bei diesen neueren Mobilgeräten ist 2019 noch eine Differenz zwischen jüngeren und älteren Personen erkennbar: So besitzen 75,2% der 65- bis 79-Jährigen ein Smartphone und 47,3% ein Tablet, aber nur 34,6% bzw. 21,9% der mindestens 80-Jährigen.

Fitness- und Gesundheitswerte werden heute meist digital mit **Wearables und Apps** gemessen. Die «Selbstvermessung» der eigenen Gesundheit schreitet voran und bietet Potenzial für ein Monitoring des Gesundheitsverhaltens. Empirische Studien zeigen, dass Wearables (z. B. Gesundheitsarmbänder und Fitnesstracker) sowie Gesundheitsapplikationen (Apps) auf Smartphones und Tablets immer wichtiger und beliebter werden im Alter. Gleichwohl werden sie von älteren Menschen (ab 65 Jahren) aber immer noch seltener eingesetzt als von jüngeren [125–127].

Klassische Informations- und Kommunikationsmittel sind aktuell aber noch beliebter

96,7% der im Jahr 2009 befragten Personen gaben an, einen **Fernseher** zu besitzen; davon erklärten 89,0%, dass sie diesen täglich nutzen. 2014 und 2019 stieg diese Zahl nicht weiter an. Eine ähnlich stabile, wenn auch leicht rückgängige Entwicklung ist bei der Nutzung von **Radio und Festnetztelefon** zu beobachten.

Die heutigen Personen ab 65 Jahren, die nicht mit digitalen Technologien gross geworden sind, haben also nach wie vor weniger Berührungspunkte damit als jüngere Menschen [128]. Zwar können moderne Technologien wie beispielsweise eine Erinnerungshilfe auf dem Smartphone eine Unterstützung im Alter darstellen, doch zeigen Studien, dass älteren Menschen teilweise die nötigen Technikkompetenzen fehlen oder dass sie keinen direkten Vorteil in der Nutzung sehen, weil sie im Alltag bisher auf die «klassischen Wege» wie direkte Kontakte oder den Gang zum Bahnschalter setzen [129]. Zudem können beschränkte soziale oder finanzielle Ressourcen sowie fehlende Übung oder Ängste gegenüber der Nutzung von Technik den Zugang zu dieser wiederum erschweren [130].

Klassische Anwendungen von digitalen IKT

Die Nutzungsvielfalt der Onliner zeigt sich insbesondere in der aktuellen Erhebung von 2019. Zwar werden weiterhin vor allem die klassischen Anwendungen wie Informationssuche, Schreiben von E-Mails oder Abrufen von Fahrplänen intensiv genutzt,



Mediennutzung während der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie hat erneut deutlich den digitalen Graben zwischen Jung und Alt aufgezeigt, da Personen ohne technische Kompetenzen und Mittel fehlende Sozialkontakte während der coronabedingten Kontaktsperrungen nicht durch technische Lösungen kompensieren konnten/können [135]. Die «jüngere» Altersgruppe der 46- bis 69-Jährigen nutzte das Internet während der Pandemie häufiger (jede vierte Person berichtete dies), hingegen war dies bei nur etwa jeder achten Person zwischen 76 und 90 Jahren der Fall [404].

Die Corona-Pandemie zeigt also, dass soziale Kontakte nicht allein durch digitale Lösungen aufrechterhalten werden können [405].

aber immer mehr auch andere Anwendungen wie das Internetbanking oder das Online-Lesen von Zeitungen. Dennoch griff auch Ende 2019 weniger als die Hälfte der befragten Personen auf das Internet zurück, wenn sie zum Beispiel etwas kaufen wollten. Dasselbe gilt für den Besuch sozialer Netzwerke: Weniger als 50 % der Befragten machen von dieser Möglichkeit Gebrauch [123].

Es bestehen gewisse Barrieren der Nutzung

Zu den Hauptgründen, das Internet im Alter nicht zu nutzen, zählen Sicherheitsbedenken und die Meinung, dass die Nutzung zu kompliziert bzw. das Erlernen des Umgangs mit dem Internet zu schwer sei. Die Kosten fallen weniger ins Gewicht. Zudem wird das Internet oft auch deswegen nicht genutzt, weil jemand anders für die ältere Person Informationen online abrufen. Dieser Grund hat über die Jahre hinweg sogar noch an Bedeutung gewonnen [123].

Digitale Spaltung: Bildung und Technikinteresse begünstigen eine Internetnutzung

Untersuchungen aus der Schweiz und Europa zeigen, dass neben dem Alter auch die Bildung, das Einkommen und das Technikinteresse die Internetnutzung beeinflussen [124, 131, 132]. Personen, die mindestens 80 Jahre alt sind, gehören demnach seltener zu den Onlinern. Das Gleiche gilt für Personen mit geringerem Bildungsstatus und geringerem Einkommen. Personen mit einem höheren Technikinteresse gehören dafür eher zur Gruppe der Onliner als zur Gruppe der Offliner [124]. Die Einfluss-

faktoren «Bildung» und «Technikinteresse» zeigen sich auch bei Wearables wie zum Beispiel der Smartwatch [133].

Die Nichtteilhabe am digitalen Alltag (z. B. Gesundheitsinformationen, Onlineanmeldungen) gefährdet nicht nur die Gesundheit. Sie schränkt auch die soziale Teilhabe allgemein ein [134]. So erhalten Personen, die beispielsweise das Internet nicht nutzen, manche Informationen nicht oder nur über Umwege und fühlen sich dadurch ausgeschlossen aus der Gesellschaft [135].

6.2 Anwendung von IKT in der Gesundheitsförderung im Alter

Die Digitalisierung wirkt sich in sechs zentralen Lebensbereichen und Handlungsfeldern auf ältere Menschen aus: Wohnen, Mobilität, soziale Integration, Gesundheit, Versorgung und Pflege sowie Sozialraum [128]. Diese sechs Bereiche bieten unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten von IKT. Im Gesundheitsbereich haben insbesondere das Internet und mobile Technologien ein grosses Anwendungspotenzial.

6.2.1 Gesundheitsbezogene Information und Kommunikation über das Internet

War einst die Ärztin oder der Arzt die wichtigste Erstanlaufstelle, gewinnt heute zunehmend das Internet als Informationsquelle an Bedeutung [136]. Bei kleineren gesundheitlichen Problemen wird «schnell mal gegoogelt» und es werden Gesundheitsforen oder offizielle Informationen von Gesundheitsverbänden im Internet aufgesucht, um sich dort zu informieren und Rat einzuholen. Studien in der Zielgruppe der älteren Internetnutzenden zeigen, dass auch für ältere Menschen das Internet eine wichtige Informationsquelle zum Thema Gesundheit ist und vor allem nach einem Arztbesuch zurate gezogen wird [137, 138]. Die in der Studie «Digitale Senioren» [123] befragten Onliner gaben häufig an (64 %), dass sie das Internet nutzen, um Informationen zu Gesundheitsthemen zu suchen; dies scheint für ältere Menschen wichtig und im Alltag oft ein Bedürfnis zu sein. Die Selbstinformation funktioniert heute dank der modernen Informationstechnologien schnell und vielfältig; jedoch gibt es auch Bedenken, wenn Informationen im Internet blind vertraut wird oder gar Selbstmedikationen nur auf dieser Grundlage vorgenommen werden.

Neben der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen kann das Internet auch dazu genutzt werden, mit Ärztinnen und Ärzten in Kontakt zu treten. Diese digitalen Kontaktmöglichkeiten werden unter dem Begriff **«Telehealth»** [139] zusammengefasst; darunter wird beispielsweise die Möglichkeit verstanden, eine Videokonferenz und damit ärztliche Konsultation auf Distanz zu gewährleisten oder auch aktuelle Vitalwerte online abzugleichen. Darüber hinaus können digitale Kommunikationskanäle genutzt werden, um gesundheitsförderliche Interventionen aufzubauen. Hierbei sollte jedoch gewährleistet werden, dass digitale Gesundheitsinterventionen nicht nur effizient, sondern auch sicher und niederschwellig sind für Personen, die geringe digitale Kompetenzen aufweisen [140, 141].



Digitale Gesundheitsförderung während der Corona-Pandemie

Während der Pandemie wurden verschiedene [digitale Kommunikationskanäle](#) in der Gesundheitsförderung im Alter eingesetzt. Besonders bewährt hat sich beispielsweise die Bewegungsförderung über TV-Sendungen. In Angeboten wie [«Bliib fit – mach mit»](#), [«Ca bouge à la maison»](#), [«Gymnastik im Wohnzimmer»](#) oder [«Aktiv zu Hause»](#) entwickelten Fachpersonen spezielle Bewegungsprogramme für ältere Menschen zum Mitmachen zuhause. Diese wurden von lokalen Fernsehsendern übertragen.

Messenger-Dienste (wie Signal oder WhatsApp) wurden in Projekten wie [«Zäme go laufe»](#) oder [«Tavolata»](#) als niederschwellige Gruppenchats eingesetzt, um die älteren Menschen anzusprechen, Treffen zu vereinbaren oder in Kontakt zu bleiben. Im Migrationsbereich wurden beispielsweise über kulturelle und religiöse Vereine (z. B. kurdisch-türkisch-schweizerischer Kulturverein [Kutüsch](#) in Bern) grössere WhatsApp-Gruppen organisiert, wo die Teilnehmenden Fragen rund um Corona stellen konnten. Fachexpertinnen und -experten (z. B. Ärztinnen und Ärzte) beantworteten diese Fragen dann in Videobotschaften in der jeweiligen Sprache. Diese Erfahrungen und die Potenziale der verschiedenen Kommunikationsmittel gilt es auch nach der Pandemie gezielt zu nutzen.

6.2.2 Mobile Gesundheitstechnologien im Alter

Technologien zum umfassenden **Vermessen und «Monitoren»** (Überwachen) von Gesundheitsdaten (wie z. B. Vitalwerten) werden heute beim Thema Gesundheitsförderung stärker diskutiert [133]. Die Anzahl der Personen, die sich mit Fitnesssensoren, Schrittzählern, Smartwatches und Applikationen (Apps) auf Smartphones und Tablets über ihre Körperdaten und ihre Gesundheit informieren, steigt stetig [142, 143].

Nutzung von Wearables und Apps im Alter

Eine Studie aus der Schweiz konnte bei mehr als 1000 Personen ab 65 Jahren das **(Nicht-)Vorhandensein von Fitnessarmbändern, Smartwatches und Gesundheits-Apps** auf Smartphone und Tablet erheben [123]. Nur 8% nutzen ein Fitnessarmband und nur 3% eine Smartwatch. Allerdings verwenden 56% der Fitnessarmbandnutzenden und 61% der Smartwatch-Nutzenden ihre Geräte täglich.

Auf die Frage, ob sie bereits Gesundheits-Apps genutzt haben, gaben die Teilnehmenden der oben genannten Studie an, dass sie vor allem **Fitness- und Krankenkassen-Apps** verwenden – auch wenn diese mit 18% und 13% nicht sehr verbreitet sind. Selten bis kaum genutzt werden Apps zur Messung oder Speicherung von Vitalwerten (5%), Apps zur Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten (2%) oder zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme (1%). Werden alle Personen, die mindestens eine dieser fünf Gesundheits-Apps nutzen, zusammengezählt, können wir von 22,9% ausgehen, die aktuell gesundheitsbezogene Apps verwenden.

Für die Nutzung von Fitnesstrackern am Handgelenk oder Gesundheits-Apps auf dem Smartphone gibt es verschiedene **Gründe**. Eine Schweizer Studie, in der Personen ab 50 Jahren befragt wurden, zeigte auf, dass die Teilnehmenden beispielsweise kontrollieren wollen, wie viel sie sich täglich bewegen und wie fit sie sind. Zugleich möchten sie sich auf diese Weise auch motivieren, sich so zu verhalten, dass sie gesund bleiben. Weniger oft, aber mit 20% der Nennungen dennoch nicht zu vernachlässigen, wurde der soziale Austausch genannt. Dazu gehört einerseits die Option, seine eigenen Daten mit denen von Freundinnen und Freunden vergleichen zu können, andererseits die Möglichkeit, die selbst erhobenen Daten mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin zu besprechen [144].

Potenziale von Wearables und Apps für die Gesundheitsförderung

Die mithilfe der Wearables oder Gesundheits-Apps selbst gesammelten Daten dienen dazu, **das eigene Leben und Verhalten zu analysieren**, neue Zusammenhänge zu erkennen **und Entscheidungen im Sinne einer besseren Gesundheit und eines gesteigerten Wohlbefindens zu treffen** [145, 146].

Die Selbstvermessung mit mobilen Geräten hat grosse Hoffnungen im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention geweckt, da sie Personen bei **gesundheitsrelevanten Verhaltensänderungen** unterstützen, Gesundheitsparameter beobachten lassen und die Gesundheitskompetenz fördern kann [142, 147]. Insbesondere bei älteren Personen gewinnt die Gesundheitsüberwachung an Bedeutung, weil chronische Erkrankungen und Multimorbidität im Alter zunehmen [148]. Gesundheitsförderliches Verhalten (wie eine ausgewogene Ernährung oder regelmässige Bewegung) kann durch technische Lösungen, wie sie eine App zur Dokumentation des Essverhaltens bietet, begleitet und unterstützt werden [127]. Mit Selbstvermessungstools scheint zu gelingen, was im Kern von Gesundheitsförderungs- und Präventionskampagnen steht: der **Sprung von der Einstellung «Eigentlich weiss ich das» zur konkreten Verhaltensänderung** [142].

Ältere Personen können auch von innovativen Ansätzen einer individuellen Messung und **individuellen Interventionsplanung** profitieren, wenn sie ihre mit dem Smartphone oder Fitnessarmband selbst erhobenen Gesundheitsdaten mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin teilen [149]. Für sie kann sich hieraus ein Mehrwert ergeben, da der Datenaustausch die Entwicklung individualisierter gesundheitsbezogener Interventionen ermöglicht. So könnten beispielsweise die vor einer Intervention per Fitnessarmband aufgezeichneten Gesundheitsdaten dabei helfen, individuell zu beurteilen, wie sich eine Intervention zur Bewegungsförderung auf die körperliche Aktivität ausgewirkt hat und welche Aktivitäten im Alltag von der Patientin bzw. vom Patienten als angenehm bewertet werden.

Für Personen mit erhöhten Risiken (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Schlafprobleme oder Suchterkrankungen) dienen Apps heute zunehmend auch der **Selbstmanagement-Förderung**. Im Schweizer Projekt **«NoA-Coach»** wurde beispielsweise ein Tool entwickelt, das digitales Alkohol-Selbstmanagement via Chatbot mit persönlicher Unterstützung

durch Fachpersonen kombiniert. Der Chatbot erkundigt sich unter anderem nach dem Alkoholkonsum, gibt Feedback und beachtet die Selbstwirksamkeit, gibt Tipps zur Stressregulation und coacht beim Umgang mit Rückfällen.

Die Nutzung von technischen Hilfsmitteln ermöglicht auch eine **soziale Integration**, wenn zum Beispiel die Gesundheitsmessung mit Angehörigen, Freundinnen oder Freunden geteilt und Feedback gegeben wird oder wenn sich eine Laufgruppe über eine App organisiert und gegenseitig motiviert. Gesundheits-Apps können zudem die **soziale Fürsorge** unterstützen, indem beispielsweise Angehörige über eine Medikamenten-App auf dem Smartphone die Medikamenteneinnahme mit kontrollieren können. Weiter lassen sich **Gamification-Ansätze** [150] nutzen, um spielerisch positives Gesundheitsverhalten zu erzeugen; dabei kann beispielsweise die digital erfasste Bewegung «belohnt» werden [151].

6.3 Gesundheitsbezogene Medienkompetenz

Besonders ältere Menschen, die heute noch offline oder nur punktuell online sind, wünschen sich mehr Unterstützung beim Erlernen und Bedienen von digitalen IKT [123].

Der Begriff «digital health literacy», also die Kompetenz, gesundheitsbezogene Informationen zu beziehen, zu bewerten und zu nutzen, umfasst zwei Aspekte:

- Digitale Kompetenz
- Kompetenz zur Einschätzung von Gesundheitsinformation

Digitale Kompetenz ist die Fähigkeit, die Hardware und Software adäquat einsetzen, also zum Beispiel das Smartphone und die App nutzen zu können. Benötigt wird gleichzeitig aber auch die **Kompetenz, die ermittelten Gesundheitsinformationen einzuschätzen**. Dies bedeutet beispielsweise, dass man die Gesundheitsinformationen aus dem Internet auf ihre Brauchbarkeit und Qualität hin bewerten und daher einschätzen kann, was die Messung eines Fitnesstrackers konkret für das eigene Gesundheitsverhalten bedeutet. So könnte unter anderem besprochen werden, wie viele Schritte am Tag gemacht werden sollten, um die eigene Gesundheit zu verbessern. Die Kompetenz, digitale Technologien einzusetzen, lässt sich durch Schulungen verbessern; hierbei

können klassische Kurse genutzt werden, jedoch auch informelle Möglichkeiten, so zum Beispiel wenn ältere Nutzende gleichaltrigen Nicht-Nutzenden die Technologie näherbringen (siehe z.B. das Projekt [«Technikbotschafter*innen»](#) [152]).

6.4 Was ist zu berücksichtigen?

Die geringe Verbreitung von Wearables und Gesundheits-Apps bei älteren Menschen in der Schweiz dürfte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass über die **Validität und Reliabilität der Messungen** und Interventionen oft wenig bekannt ist. Die meisten Apps und Wearables gehören zu den Konsumprodukten. Bisher sind nur wenige Medizinprodukte, bei denen die Reliabilität und Validität gewährleistet ist, auf dem Markt. Auch der nachhaltige Erfolg der erhofften motivationalen Veränderungen ist umstritten [153]. Es bedarf daher theoretisch fundierter Gesundheits-Apps, die sowohl den Nutzenden als auch den Gesundheitsfachpersonen ein brauchbares Instrument bieten [133].

Mobile Gesundheits-Apps wie Fitnesstracker bieten nicht nur Potenziale für ein gesundes Leben, sondern bergen auch **Risiken**. Neben ungenauen Messungen und einer manchmal zweifelhaften inhaltlichen Qualität stellen sich bei vielen frei verfügbaren Geräten und Apps Fragen zum Datenschutz. So werden Daten beispielsweise oft nicht verschlüsselt übermittelt, zusammen mit Daten zur Person in Clouds gespeichert und sogar zweckentfremdet und verkauft – ohne das Wissen der Nutzenden [142]. Solche berechtigten Bedenken bezüglich der Qualität und des Datenschutzes sind es denn auch, die eine Diffusion dieser Technologien insbesondere bei älteren Menschen hemmen. So konnte eine Studie aus Deutschland aufzeigen, dass insbesondere ein Mangel an Vertrauen, Datenschutzbedenken und die Angst vor Fehldiagnosen ältere Personen davon abhalten, Gesundheits-Apps zu nutzen [125].

Ältere Menschen sollten nach ihren **Bedürfnissen, Wünschen und Möglichkeiten** in Bezug auf den Technikeinsatz befragt und ethische Rahmenbedingungen eingehalten werden [154]. So sollten Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet ihre Inhalte so aufbereiten, dass sie auch für ältere Menschen **benutzerfreundlich** zugänglich sind (Barrierefreiheit) [155]. Dies betrifft unter anderem

die Übersichtlichkeit der Seiten, die Lesbarkeit und eine benutzerfreundliche Navigation. Diese Orientierung an den älteren Nutzenden sollte auch bei der Entwicklung neuer technischer Lösungen berücksichtigt werden [156].

Zur Bedürfnisorientierung gehört auch, dass die Vorteile und Potenziale sowie der **direkte, lebensweltliche Nutzen** von IKT aufgezeigt werden. Wird der konkrete Nutzen in einer digitalen Anwendung gesehen, ist die Bereitschaft höher, diese zu erlernen. Um eine nachhaltige Anwendung zu fördern, ist die IKT-Nutzung – wenn möglich – **mit beziehungsgeleiteten Angeboten und direkten sozialen Kontakten zu verbinden** (z.B. zu anderen Nutzenden oder zu Fachpersonen).

Abschliessend ist nochmals zu betonen, dass die gewollte Nichtnutzung von digitalen Angeboten bei älteren Menschen akzeptiert werden sollte. Ebenso sollten negative Altersbilder vermieden werden, wonach ältere Personen unwillig oder unfähig sind, digitale Angebote und IKT zu nutzen. Um einen gesellschaftlichen Ausschluss bestimmter Personengruppen zu vermeiden, sollten neben Schulungen und Einführungen zum Umgang mit neuen technischen Diensten auch weiterhin Alternativzugänge zu Informationen und Dienstleistungen angeboten werden (z.B. der klassische Arztbesuch oder der Besuch einer Selbsthilfegruppe bei chronischen Erkrankungen).



Weiterführende Informationen zum Thema Digitalisierung

Die wichtigsten Schweizer Studienergebnisse zur IKT-Nutzung im Alter werden in der Broschüre [«Digitale Senioren»](#) von Pro Senectute Schweiz erläutert.

Weitere Empfehlungen für eine altersgerechte Web- und App-Gestaltung lassen sich im Buch [«Altersgerechte Kanäle»](#) [155] oder auf der Website [ageweb.ch](#) finden.

Ein Methodenkoffer, um für ältere Menschen Zugänge in die digitale Welt zu schaffen, findet sich auf der Website des deutschen [Forum Seniorenarbeit](#). Die gleiche Organisation bietet Arbeitshilfen und Projektbeispiele zur Stärkung digitaler Kompetenzen für [ältere Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf](#).

7 Förderung der regelmässigen Bewegung

Die Förderung der Bewegung (inklusive Sturzprävention) ist eines der wichtigsten Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Alter. Dieses Kapitel zeigt, wie Bewegung die Gesundheit beeinflusst und wie viel Bewegung und welche Bewegungsformen im Alter zu empfehlen sind. Zudem werden bewährte Massnahmen und Erfolgsfaktoren vorgestellt.

7.1 Grundlagen

Was das Bewegungsverhalten beeinflusst

Das Bewegungsverhalten einer Person hängt einerseits von nicht veränderbaren Faktoren wie Erbanlagen, Alter und Geschlecht ab, andererseits – und insbesondere – von veränderbaren Faktoren wie persönlichen Merkmalen sowie dem sozialen und physischen Umfeld [157, 158].



Definition 4

Bewegung

Die Wörter «Bewegung» und «körperliche Aktivität» werden im Folgenden synonym verwendet und umfassen zwei Kategorien [406]:

- Alltägliche Bewegung, zum Beispiel im Rahmen von Erwerbsarbeit, Tätigkeiten im Haushalt und alltäglicher Fortbewegung
- Bewegung im Sinne von Sport und Freizeitaktivitäten (im wissenschaftlichen Diskurs «exercise» genannt)

Der Begriff «regelmässige Bewegung» meint Bewegung, die den allgemeinen Bewegungsempfehlungen im Alter entspricht (siehe 7.3.1).

Zu den **persönlichen Merkmalen** gehören zum Beispiel die Selbstwirksamkeit (der Glaube daran, dass man eine Aktivität erfolgreich ausüben kann), die Motivation, Gewohnheiten und die Einstellung zum Thema Bewegung (z.B. die Überzeugung, dass Bewegung körperlich und psychisch guttut). **Einflüsse**

des Umfelds umfassen insbesondere Siedlungsstrukturen (z.B. ÖV-Anschluss und sichere Fusswege) und den Zugang zu Grünflächen oder Bewegungsangeboten im eigenen Wohnumfeld sowie die soziale Unterstützung durch Familie, Freundinnen, Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn. Das Umfeld ist für die Mobilität im Alter entscheidend [159, 160].

7.2 Warum lohnt sich die Bewegungsförderung im Alter?

Bewegung wirkt gesundheitserhaltend und therapeutisch

Ein körperlich aktiver Lebensstil trägt wesentlich zu einem gesunden Altern bei. Regelmässige Bewegung reduziert besonders die Gesamtsterblichkeit, das heisst die Mortalität aufgrund unterschiedlicher Todesursachen («all-cause mortality»).

Bewegung wirkt ausserdem sowohl gesundheits-erhaltend als auch therapeutisch: Dank körperlicher Aktivität können nicht nur zahlreiche physische und psychische Erkrankungen vermieden oder hinausgezögert werden, auch bereits bestehende Leiden lassen sich positiv beeinflussen [157, 161, 162]. Gute Evidenz zur gesundheitsfördernden Wirkung von Bewegung liegt besonders hinsichtlich der in [Tabelle 5](#) zusammengefassten Erkrankungen und Beschwerden vor.

Aufgrund dieser vielfältigen Wirkungen stärkt regelmässige Bewegung entscheidend die Selbstständigkeit im Alter [161, 178–183]. Regelmässige Bewegung zeigt sogar die **stabilste Nutzevidenz im Hinblick auf eine selbstständige Lebensführung**. Das lässt sich anhand von Studien zu Demenz und zu Hilfsbedürftigkeit im Alltag illustrieren:

- Regelmässige Bewegung reduziert das Risiko, an Demenz zu erkranken, um über 10% bzw. verzögert das Auftreten demenzieller Erkrankungen um zwei bis drei Jahre [184]. Selbst bei Personen, die bereits an einer Demenz leiden, wirkt sich regelmässige Bewegung positiv auf die kognitiven Funktionen aus [185, 186].

- Das Risiko für das Auftreten bzw. Fortschreiten einer Hilfsbedürftigkeit im Alltag kann dank regelmässiger Bewegung um bis zu 50 % reduziert werden [187].

Während der Corona-Pandemie bestätigte sich zudem, dass ausreichende Bewegung das **Immunsystem** und die Atmungs- und Herz-Kreislauf-Systeme stärkt und sich somit positiv auf die Betroffenheit und den Verlauf von infektiösen Erkrankungen auswirken kann [164–167].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass regelmässige Bewegung die Anzahl gesunder und **selbstständiger Lebensjahre** erhöht und entscheidend zu **Wohlbefinden und Lebensqualität** im Alter beiträgt. Körperlich aktiven älteren Menschen fällt es – dank ihrer höheren Autonomie und Mobilität – auch leichter, **am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben** und gesundheitsförderliche Angebote (z. B. zu Ernährung und psychischer Gesundheit) zu nutzen.

Bewegungsförderung im Alter ist (kosten)wirksam

Massnahmen zur Förderung der Alltagsbewegung – sogenannte Lifestyle-Interventionen – gelten als **gut umsetzbar** [188–190]. Sie können nachweislich das Wissen, die Gesundheitskompetenz und die bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit von älteren Menschen erhöhen [191]. Ausserdem **reduzieren** sie nachweislich **das Sitzverhalten** und **steigern die körperliche Aktivität** sowohl in niedriger, mittlerer wie hoher Intensität [188, 192–196]. Die Sturzprävention ist ebenfalls nachweislich wirksam: Die Häufigkeit von Stürzen im Alter lässt sich mit spezifischen Trainings um rund 20 % bis 40 % reduzieren [175, 197, 198]. Sollte es dennoch zu einem Sturz kommen, ziehen sich trainierte Personen seltener schwere Verletzungen zu als Personen aus gleichaltrigen Vergleichsgruppen, die ihre Muskulatur nicht trainieren [199, 200].

Damit senken die Bewegungsförderung und die Sturzprävention den **Bedarf an medizinischen Leistungen** und verhindern oder verzögern eine **Pflege- und Hilfsbedürftigkeit** [161, 162, 187]. Bewegungs-

TABELLE 5

Wie Bewegung die Gesundheit positiv beeinflusst

Körperliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtsterblichkeit («all-cause mortality») • Herz-Kreislauf-Krankheiten wie koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Bluthochdruck • Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes Typ 2 • Krebs, zum Beispiel Dickdarm-, Brust-, Lungen- und Gebärmutterkrebs • Atemwegserkrankungen, zum Beispiel allgemeine Lungenfunktion • Muskuloskelettale Beschwerden wie Rücken- und Gelenkschmerzen • Verlust der Muskelmasse und -kraft • Sturzhäufigkeit und Risiko einer Verletzung (z. B. Knochenbruch) • Stärkung des Immunsystems • Infektiöse Krankheiten wie Covid-19 und Grippe
Affektive Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Wohlbefinden und Lebensqualität • Depressionen • Angststörungen • Stresstoleranz • Schlafqualität • Sturzangst
Kognitive Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Denkleistung, Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit • Demenzerkrankungen wie Alzheimer • Desorientierung

Quellen: [157, 163–177]

förderung zahlt sich so auch volkswirtschaftlich aus: Die Kosten von körperlicher Inaktivität sind hoch und «ein Mehr an körperlicher Aktivität bewirkt ein Weniger an Gesundheitsausgaben» [201]. Bewegungsmangel verursacht in der Schweiz pro Jahr und über alle Altersgruppen hinweg betrachtet über 325 000 Krankheitsfälle, mehr als 1150 Todesfälle und direkte medizinische Kosten von über 1,165 Milliarden Franken [202]. Mit der Sturzprävention ist ebenfalls ein beträchtliches Kostenreduktionspotenzial verbunden, da in der Schweiz durch Stürze im Alter jährliche Kosten von 1,7 Milliarden Franken für Heilung und Pflege verursacht werden [203].

7.3 Bewegungsempfehlungen und -verhalten im Alter

7.3.1 Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen

Während früher bei eingeschränkter Gesundheit im Alter körperliche Ruhe empfohlen wurde, weiss man heute, dass regelmässige Bewegung in jedem Lebensalter und unabhängig vom Gesundheitszustand in aller Regel gesundheitsförderlich ist [177, 204]. Es gibt **keine absolute Kontraindikation** für leichte, moderate und intensive Bewegung im Alter, und auch ältere Menschen mit Gesundheitsproblemen, Behinderungen oder Schmerzen profitieren von (individuell angepasster) körperlicher Aktivität [157, 178, 204].

Mehr bewegen ...

In ihren neusten Richtlinien hält die WHO fest [204]:

- **Jede Bewegung zählt** und bereits kurze und leichte körperliche Aktivität ist wertvoll (z. B. Treppensteigen).
- Ältere Menschen sollten mit leichter körperlicher Aktivität beginnen, danach die Häufigkeit und Dauer **schrittweise steigern** und erst zuletzt die Intensität.
- Ältere Erwachsene sollten das Aktivitätsausmass und den Anstrengungsgrad **an** ihre funktionellen Fähigkeiten, ihren Fitnesszustand und ihr aktuelles **Befinden anpassen**.
- Der Nutzen körperlicher Aktivität überwiegt potenzielle mit Bewegung verbundene Risiken.

Allgemein werden für ältere Menschen wöchentlich mindestens 150 bis 300 Minuten ausdauerorientierte Aktivitäten (aerobe Aktivitäten) mit mittlerer Intensität oder mindestens 75 bis 150 Minuten mit hoher Intensität empfohlen⁵ [204, 205]. Diese körperliche Aktivität kann im Rahmen von Erholung und Freizeit (Wandern, Spiele, Sport oder Kurse), alltäglicher Fortbewegung (Radfahren und Gehen) sowie Haus- und Gartenarbeit stattfinden.

Bei körperlicher Aktivität im Alter ist die **relative Intensität entscheidend**, also die individuell wahrgenommene Anstrengung, um eine Aktivität durchzuführen [204, 206]. Allgemein für ältere Menschen gesprochen, umfassen aerobe Aktivitäten mit mittlerer Intensität beispielsweise die folgenden:

- Zügiges Gehen (aber kein Wettlaufen)
- Wassergymnastik
- Radfahren langsamer als 15 km/h
- Gesellschaftstanz
- Allgemeine Gartenarbeit
- Hausarbeit (z. B. Staubsaugen, Bodenwischen oder Treppensteigen)

Beispiele für aerobe Aktivitäten mit hoher Intensität sind:

- Joggen
- Rundenschwimmen
- Radfahren schneller als 15 km/h
- Sport und Spiel wie Tennis
- Schwere Gartenarbeit (kontinuierliches Graben oder Hacken)
- Wandern

Im Alter ist zudem darauf zu achten, **Ausdauer, Kraft, Gleichgewicht, Koordination und Beweglichkeit zu trainieren**.

Die **Bewegung verteilt sich idealerweise auf mehrere Tage pro Woche**. Neben der wöchentlichen aeroben Aktivität sollten an zwei oder mehr Tagen pro Woche Übungen zur Stärkung und zum Erhalt der Muskulatur durchgeführt werden. Als Teil der wöchentlichen aeroben Aktivität sind abwechslungsreiche Multikomponentenübungen (Trainings, in denen alle Bewegungsdimensionen wie Ausdauer, Kraft, Gleichgewicht usw. geübt werden) zu empfehlen [204].

⁵ Mittlere Intensität heisst eine Anstrengung von 5 bis 6 auf einer Skala von 0 bis 10 (bzw. 3 bis 6 METS [Metabolic equivalent of task]). Eine Person kann dabei sprechen, aber nicht singen. Hohe Intensität heisst eine Anstrengung von 7 bis 8 von 10 (bzw. 6 METS und mehr). Eine Person kann dabei nicht mehr als ein paar Worte sagen, ohne Luft zu holen [204, 206].

Die «Dosis-Wirkungs-Beziehung» verdeutlicht, dass jede regelmässige Bewegung **gesundheitswirksam** ist, **auch wenn sie unterhalb der allgemeinen Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen liegt** (Abbildung 10). Auch – und gerade – jene älteren Personen, die zuvor kaum oder gar nicht aktiv waren, können durch eine geringe, aber nachhaltige Steigerung der körperlichen Aktivität einen grossen gesundheitlichen Nutzen erzielen [157, 207]. Für die Praxis ist der letzte Punkt entscheidend, denn Bewegungsempfehlungen sollten nicht nur trainingswissenschaftlich, sondern immer auch psychologisch basiert sein. Für Menschen, die zuvor kaum aktiv waren, ist leichte Aktivität oft motivierender, weil sich diese Intensität gut anfühlt. Dieses **Wohlbefinden während der Aktivität** ist entscheidend dafür, ob eine Bewegung beibehalten wird [208].

... und weniger sitzen

Für die Gesundheit zählt nicht nur, wie viele Minuten pro Tag wir aktiv sind, sondern auch, **wie wir den Rest des Tages verbringen**. Selbst wenn wir die

ABBILDUNG 10

Dosis-Wirkungs-Beziehung



Quellen: [157, 204]

Bewegungsempfehlungen erfüllen, riskieren wir, die positiven Effekte der Bewegung zu minimieren, wenn wir ansonsten zu lange sitzen⁶ [209–211].

Zu vieles **Sitzen wirkt sich nachweislich und direkt auf die Gesundheit aus**. Bei älteren Menschen besteht unter anderem ein Zusammenhang von zu vielem Sitzen und einer erhöhten Gesamtsterblichkeit sowie dem Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes Typ 2 und Übergewicht [204, 212–214].

Um die eigene Gesundheit zu fördern, sollten wir deshalb nicht nur die körperliche Bewegung ausbauen, sondern auch die Zeit reduzieren, die wir sitzend verbringen [204]. Die sitzende Zeit kann durch körperliche Aktivität jeglicher Intensität ersetzt werden (einschliesslich niedriger Intensität), um gesundheitliche Vorteile mit sich zu bringen [204, 206, 215]. Sie lässt sich ausgleichen oder ersetzen, indem kurze Pausen mit leichter Bewegung über den ganzen Tag verteilt werden [215]: beispielsweise indem man während der Fernsehwerbung aktiv wird (z.B. mit dem Haustier spielt), nach dem Abendessen einen Spaziergang macht, die Treppe statt den Fahrstuhl nimmt, beim Telefonieren langsam umhergeht, ein aktives Hobby wählt (z.B. Gartenarbeit) oder Hörbücher bei einem Spaziergang hört [214].

Richtige Balance über den Tag finden

Wir können verschiedene Aktivitätsformen (von inaktiv bis zu intensivem Sport) nicht losgelöst voneinander betrachten. Es ist entscheidend, ein gutes Verhältnis von sitzender Tätigkeit und körperlicher Aktivität zu finden [215].

Als erstes Land der Welt hat Kanada deshalb kürzlich Bewegungsempfehlungen veröffentlicht, welche die **körperliche Aktivität über einen ganzen Tag betrachten** [206]. Dieses 24-Stunden-Modell umfasst neben der Bewegung und dem sitzenden Verhalten auch den Schlaf. Aufbauend auf dem kanadischen Modell werden in [Abbildung 11](#) die wesentlichsten oben genannten Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen ab 65 Jahren zusammengefasst.

⁶ Zum sogenannten «sitzenden Verhalten» gehören längere bewegungsarme Phasen im Wachzustand, die im Sitzen oder Liegen und mit geringem Energieverbrauch erfolgen (unter 1,5 METS, z.B. am Schreibtisch, auf dem Sofa, beim Fernsehen und Autofahren) [204, 214].

7.3.2 Bewegungsverhalten der älteren Menschen in der Schweiz

Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zeigen, dass die körperliche bzw. sportliche **Aktivität im Alter** über die letzten zwei Jahrzehnte **zugenommen** hat. Ein Grossteil der Menschen im Alter von 65 bis 74 Jahren gilt heute als trainiert (29%) oder ausreichend aktiv (50%)⁷. Diesen gesamthaft fast 80%, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen, stehen rund 20% gegenüber, die sich nicht ausreichend bewegen [216].

Mit zunehmendem Alter nimmt die körperliche Aktivität ab. In der Gruppe ab 75 Jahren gelten noch

47% als ausreichend aktiv und 17% als trainiert, jedoch bewegen sich 37% nicht mehr ausreichend (21% gelten sogar als inaktiv) [216].

Personen ab 65 Jahren verbringen – gemäss eigener Angabe – täglich durchschnittlich 4,5 Stunden sitzend [217]. Verglichen mit anderen Altersgruppen verbringen ältere Menschen damit am wenigsten **Zeit im Sitzen**. Rund ein Viertel der älteren Menschen gibt aber an, 6 und mehr Stunden am Tag zu sitzen [218]. Bei all diesen Daten handelt es sich nicht um objektiv gemessene, sondern um selbst berichtete Zeiten, die mit gewissen Unsicherheiten einhergehen können.

ABBILDUNG 11

24-Stunden-Modell der Bewegungsförderung



Quellen: [204, 206]

⁷ «Ausreichend aktiv» heisst gemäss SGB «pro Woche 2-mal intensive körperliche Aktivität oder mindestens 150 Minuten moderate Aktivität»; «trainiert» heisst «pro Woche mindestens 3-mal intensive körperliche Aktivität» [216].



Bewegungsverhalten während der Corona-Pandemie

Ein Viertel (24 %) der Personen ab 60 Jahren bewegte sich während des Lockdowns deutlich weniger als früher, 8 %, bewegten sich hingegen mehr [331].

Bei rund 35 % der älteren Menschen reduzierte und verkürzte sich die Nutzung von Frei- und Grünräumen, während sie bei 29 % zunahm. Die Mobilität verschob sich während des Lockdowns von den entfernteren Ausflugszielen ins nähere Wohnumfeld [337].

Etwa ein Viertel der Befragten gab an, sich seit dem Lockdown inaktiver oder gebrechlicher zu fühlen [337].

Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen gab es in der Mehrheit der älteren Bevölkerung keine grossen Veränderungen bezüglich der im Sitzen verbrachten Zeit und dem Schlaf [330, 338].

Präferenzen, Motive und soziale Unterschiede

Im Alter sind «Lifetime-Sportarten» wie Wandern, Schwimmen und Radfahren besonders **beliebt** (Tabelle 6). Vergleichsweise wenig beliebt sind hingegen Krafttraining und Muskelaufbau. Während viele Sportarten mit zunehmendem Alter an Beliebtheit einbüßen, werden Turnen und Gymnastik sogar beliebter.

In der Regel sind wir nicht nur aus einem, sondern aus mehreren Gründen körperlich bzw. sportlich aktiv. Natürlich bestehen grosse Unterschiede zwischen einzelnen Menschen, gesamthaft betrachtet gibt es dennoch **Gründe, welche** häufiger als andere **die ältere Bevölkerung in der Schweiz zu Bewegung und Sport motivieren** [219, 221]:

- Drei Bewegungsmotive sind im Alter besonders verbreitet und werden von über 80 % aller aktiven älteren Menschen betont: Gesundheit und Fitness fördern (ist sogar für über 95 % der älteren Menschen wichtig), in der Natur sein sowie Freude an der Bewegung.
- Anschliessend folgen die Motive Entspannung/Stressabbau, Figur/Aussehen und Kontakt/Geselligkeit, die je nach Alter und Geschlecht für 25 % bis 45 % der älteren Menschen wichtig sind.
- Die Suche nach Risiko/Herausforderung und das klassische Wettkampf- und Leistungsmotiv sind im Alter hingegen kaum noch relevant; je nach Alter und Geschlecht werden sie von 1 % bis 12 % der älteren Menschen als wichtig bezeichnet.
- Im Pensionsalter kommen aber zwei wichtige Motive dazu: 91 % der über 64-Jährigen geben an, dass Bewegung und Sport ihnen helfen, im Alltag mobil zu bleiben (Autonomie), und 57 % wollen mit Bewegung und Sport ihre Denkfähigkeit erhalten.

TABELLE 6

Beliebteste Sportarten bei sportlich aktiven älteren Frauen und Männern 2020

Aktivität	Frauen		Männer	
	65–74	75+	65–74	75+
Wandern/Bergwandern	65 %	44 %	69 %	56 %
Schwimmen	39 %	26 %	35 %	24 %
Radfahren (ohne Mountainbike)	36 %	23 %	44 %	35 %
Turnen/Gymnastik	20 %	27 %	10 %	20 %
Yoga, Pilates	19 %	12 %	7 %	6 %
Skifahren (ohne Skitouren)	16 %	2 %	30 %	11 %
Fitnessstraining	13 %	7 %	16 %	9 %
Jogging/Laufen	12 %	7 %	14 %	10 %
Tanzen	12 %	11 %	6 %	4 %
Krafttraining, Muskelaufbau	7 %	1 %	9 %	4 %

Quellen: [219], Darstellung nach [220]

Zu den meistgenannten Gründen, **warum** ältere Menschen **körperlich inaktiv** sind, gehören «gesundheitliche Gründe» wie Schmerzen und Müdigkeit, «die Meinung, zu alt zu sein» und «keine Lust» [219]. Allerdings ist ein Teil der inaktiven älteren Menschen **bereit, sich mehr zu bewegen**: 21 % der inaktiven Personen zwischen 65 und 74 Jahren geben an, eigentlich einen Sportwunsch zu haben; bei den über 75-Jährigen sind es noch 16 % [219].

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Praxis der Bewegungsförderung im Alter?

- 1) Bewegung im Alter entspricht einem weitverbreiteten Bedürfnis (besonders aus gesundheitlichen Gründen). Die Gesundheitsförderung kann an eine positive Dynamik anknüpfen und die älteren Menschen bei einem Anliegen unterstützen, das ihnen selbst wichtig ist.
- 2) Bestimmte Bewegungsmotive überwiegen im Alter und sind in der Kommunikation zu betonen, um ältere Menschen anzusprechen (Ziel: Ansprache über das, was motiviert und Spass macht).
- 3) Gerade auch Personen, die negative gesundheitliche Auswirkungen von Bewegung und Sport befürchten, könnten von angepassten Angeboten profitieren, die auf das Wohlbefinden während der Aktivität achten und die über die therapeuti-

sche und gesundheitserhaltende Wirkung von Bewegung informieren.

- 4) Beim Übergang vom dritten zum vierten Alter lohnt sich eine gezielte Unterstützung, damit sich auch Personen im hohen Alter weiterhin ausreichend bewegen.
- 5) Es sind Wege zu suchen, um gerade das Krafttraining (das im Alter sehr wichtig ist) attraktiver zu gestalten.
- 6) Angesichts der sozial bedingten Unterschiede (siehe folgende Box) ist die Chancengleichheit auch im Rahmen von Bewegungsinterventionen zu stärken.

7.4 Bewegungsförderung im Alter

Im Folgenden wird zuerst erörtert, wie ein aktiver Lebensstil im Alter allgemein gefördert werden kann (7.4.1). Weil auch im Alter strukturierte Bewegungsprogramme sinnvoll und verbreitet sind, werden diese anschliessend gesondert betrachtet (7.4.2). Bei älteren Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko empfiehlt sich eine therapeutisch angeleitete Sturzprävention, die in Abschnitt 7.4.3 behandelt wird. Schliesslich wird darauf eingegangen, wie sich die Bewegungsförderung chancengerecht gestalten lässt (7.4.4).



Sozial bedingte Unterschiede im Bewegungsverhalten

Das Bewegungsverhalten der Bevölkerung in der Schweiz wird massgeblich von verschiedenen soziodemografischen Merkmalen beeinflusst.

- Bildung: Je höher die Bildung, umso mehr Leute gelten als ausreichend aktiv: Tertiärstufe 79 %, Sekundarstufe II 75 %, obligatorische Schule 69 % [409].
- Einkommen: Je höher das Einkommen, desto häufiger treibt man Sport. Mehrmals pro Woche und mindestens 3 Stunden sportlich aktiv sind 62 % der Personen mit einem monatlichen Haushaltseinkommen von über 15 000 Franken gegenüber 44 % der Personen mit weniger als 3 000 Franken Haushaltseinkommen [219].
- Nationalität: Schweizerinnen und Schweizer sind insgesamt sportlicher als hier lebende Ausländerinnen und Ausländer (53 % vs. 46 %

sind mehrmals pro Woche und mindestens 3 Stunden sportlich aktiv). Je nach Herkunftsregion gibt es jedoch grosse Unterschiede: Personen aus Mittel- und Nordeuropa sind sogar aktiver als Schweizerinnen und Schweizer, Personen aus Süd- und Osteuropa treiben vergleichsweise häufig keinen Sport [219].

- Geschlecht: Über die ganze Bevölkerung betrachtet verringern sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Aktivitätsverhalten zunehmend. Dennoch gelten 77 % der Männer ab 65 Jahren als trainiert oder ausreichend aktiv gegenüber 67 % der gleichaltrigen Frauen [409].

Diese Merkmale können sich überlappen und so das Bewegungsverhalten besonders prägen.

7.4.1 Allgemeine Förderung eines aktiven Lebensstils

Wichtig in der Bewegungsförderung ist der Grundsatz, jede Gelegenheit zur Bewegung zu nutzen. In jedem Alter – und besonders im höheren Alter – bildet die Bewegung **im Alltag** die Grundlage unseres Aktivitätsverhaltens und damit auch der Bewegungsförderung. Gemeint sind damit die Fortbewegung zu Fuss oder mit dem Fahrrad (z. B. für Einkäufe), das Führen des Haushalts, Treppensteigen, Gartenarbeit und Ähnliches. Diesen Tätigkeiten ist gemeinsam, dass sie nicht primär der Bewegung an sich dienen, sondern die körperliche Aktivität vielmehr eine positive Nebenwirkung alltäglicher Verrichtungen darstellt.

Neben dieser Alltagsbewegung gibt es körperliche Aktivitäten, denen wir **in der Freizeit** und gezielt nachgehen: zur Entspannung (z. B. Wandern und Yoga), aus Freude an der Geselligkeit (z. B. Velofahren in der Gruppe), um die Gesundheit und die selbstständige Lebensführung zu fördern (Gymnastik und Muskeltraining), um in der Natur zu sein und aus Freude an der Bewegung (Skifahren und Veltouren), aus Freude am Wettkampf (z. B. Volksläufe und Tischtennis) oder zur Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit (z. B. Tennis und Tanzen) [222].

Im Folgenden werden Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität vorgestellt, die sich in Forschung und Praxis als wirksam erwiesen haben [205]. Einige Interventionen fokussieren auf Einzelpersonen oder kleine Gruppen, um deren körperliche Aktivität zu verändern (Verhaltensebene). Andere setzen auf struktureller Ebene an, um ein bewegungsfreundliches Umfeld zu schaffen und die körperliche Aktivität zur «einfachen Wahl» zu machen (Verhältnisebene bzw. strukturelle Bewegungsförderung).

Einzelpersonen und kleine Gruppen

Strategien für Einzelpersonen und kleine Gruppen sind gemeinhin dann wirksam, wenn sie auf Theorien zur Verhaltensänderung beruhen. Aufbauend auf diesen theoretischen Einsichten können älteren Menschen konkrete Tipps und Fähigkeiten vermittelt werden, die sie dabei unterstützen, mehr körperliche Aktivität erfolgreich in den Alltag einzubauen [205].

Insbesondere die folgenden drei Ansätze gelten als wirksam [205]:

Anleitung durch Fachleute oder Peers: In kleinen Gruppen, die von Fachleuten oder geschulten Personen im gleichen Alter geleitet werden, lernen ältere Menschen, sich Bewegungsziele zu setzen (gemäss SMART-Kriterien) und ihre Fortschritte bei der Erreichung dieser Ziele zu überprüfen. Ältere Menschen lernen zudem, Bewegungen sicher auszuführen und Vertrauen in den eigenen Körper und die Bewegungsfähigkeit zu entwickeln. Die Arbeit in Gruppen dient ebenfalls der Veränderung gesundheitsrelevanter Normen [223–225]. Schliesslich lernen ältere Menschen, sich selbst zu belohnen, sich durch positive Selbstgespräche zu motivieren und so die eigene Selbstwirksamkeit zu stärken. Ein wichtiges Element sind dabei frühzeitig eingeübte und konkrete Lösungen für mögliche Herausforderungen und Motivationstiefs. Die (Co-)Leitung durch geschulte Gleichaltrige ist erfolgversprechend, da sogenannte «Peer-led»-Programme mit mehr Teilnehmenden rechnen können und bei diesen zu mehr Zufriedenheit führen [114, 226]. Gerade sozial benachteiligte Personen lassen sich besser erreichen, wenn Peers aktiv eingebunden werden (siehe 5.3). Ein Schweizer Beispiel für ein durch Gleichaltrige angeleitetes Projekt ist [«zäme go laufe»](#).

Soziale Unterstützung: Körperliche Aktivität kann leichter fallen, wenn man ihr in einer Gemeinschaft nachgeht, wenn vor und nach der Bewegung Gespräche möglich sind, wenn man sich gegenseitig soziale Unterstützung bietet und sich motiviert. Sogenannte Freundschaftssysteme und Wandergruppen sind bewährte Möglichkeiten, um die körperliche Aktivität in einer Gemeinschaft zu fördern. Die Basler Stiftung [Hopp-la](#) zeigt mit ihren Projekten, dass die Bewegung und Begegnung auch generationenübergreifend erfolgen und sich positiv auf beide Generationen auswirken kann [195, 227].

Technologie: Heute gibt es unterschiedliche Wege, um Technologien in der Bewegungsförderung einzusetzen (siehe [Kapitel 6](#)). Weitverbreitet sind Schrittzähler (Pedometer), welche die Erreichung eines Aktivitätsziels einfach überprüfbar machen (z. B. 10 000 Schritte pro Tag) [228]. Solche und andere Geräte und Apps geben ein direktes und motivierendes Feedback zu Fortschritt und Zielerreichung und tragen so zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei. In der Schweiz wurden gute Erfahrungen beispielsweise in Graubünden mit der App «Bisch fit?» gemacht und in Zürich mit dem Trainingsprogramm

«Active Lifestyle», das iPads als Motivationshilfen nutzt. Diese Apps bieten auch ein Gamification-Potenzial (spielerische Darstellung und Förderung von Bewegung). Schliesslich wird über solche Technologien ein virtuelles Coaching möglich. So können Personen per SMS, Telefon und Internet individuell angeleitet und motiviert werden. Ein europäisches Beispiel ist das Projekt «PreventIT», bei dem motivierende Nachrichten und Feedbacks in Echtzeit an die Nutzenden geschickt werden [229].

Strukturelle Ebene

Je nachdem, wie ein Umfeld ausgestaltet ist, kann es älteren Menschen leichter oder schwerer fallen, körperlich aktiv zu sein [204]. Massnahmen für ein bewegungsfreundliches Umfeld haben deshalb eine besonders grosse Reichweite und können zu nachhaltigeren Veränderungen führen als Massnahmen, die sich ausschliesslich auf individuelles Verhalten konzentrieren [205].

In der strukturellen Bewegungsförderung haben sich die folgenden vier Massnahmen als wirksam erwiesen [205]:

Sichtbare Anregungen an Entscheidungspunkten:

Im Alltag gibt es Orte, an denen wir uns für oder gegen körperliche Aktivität entscheiden, so zum Beispiel, wenn wir in den zweiten Stock eines Gebäudes gelangen möchten und uns sowohl eine Treppe als auch ein Aufzug zur Verfügung steht. An solchen Orten lassen sich motivierende Anregungen platzieren, welche die Vorteile der aktiven Option aufzeigen (Nudging) [230]. Im öffentlichen Raum weisen solche Anregungen die Menschen auf zu Fuss erreichbare Ziele wie Parkanlagen, Läden und weitere Einrichtungen hin.

Freizeiteinrichtungen im Innen- oder Aussenbereich zugänglich gestalten:

Gebäude wie Turnhallen und Fitnessräume sowie Orte im Freien (wie Parkanlagen, Sportplätze, Seeufer, Wanderwege) bieten die Möglichkeit, allein oder in einer Gruppe aktiv zu sein. Der Zugang zu solchen Orten kann durch verschiedene Massnahmen ausgebaut werden: durch Subventionen und Öffnung für die Allgemeinheit, sodass die ganze Bevölkerung sie nutzen kann, oder indem durch Öffentlichkeitsarbeit die älteren Menschen auf diese Einrichtungen und die dort vorhandenen Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden.

Bewegungsfreundliches und altersgerechtes Umfeld gestalten:

Eine aktivitätsfördernde Raumplanung hat zum Ziel, die bauliche Umgebung so zu gestalten, dass die Mobilität auch für ältere Menschen sicher und einladend ist. Beispielsweise sollen Treffpunkte, Geschäfte oder öffentliche Verkehrsmittel leicht zu Fuss, mit dem Fahrrad oder mit dem Rollstuhl erreichbar sein. Eine günstige Wirkung auf das Bewegungsverhalten haben insbesondere attraktive Fuss- und Velowege, Grünzonen, Sportinfrastrukturen, altersgerechte Vorkehrungen wie Geländer und abgesenkte Bordsteine, ausreichend Sitzbänke und öffentliche Toiletten sowie gut beleuchtete Strassen [231, 232]. Auf ihrer Website bietet Gesundheitsförderung Schweiz eine [Sammlung von Angeboten und Informationsmaterialien](#) zum bewegungsfreundlichen Umfeld an.

Gemeinde/Community-weite Programme:

Gemeindeweite Programme vereinen unterschiedliche Akteurinnen und Akteure sowie Massnahmen auf verschiedenen Ebenen. Auf kommunikativer Ebene werden beispielsweise motivierende Botschaften über Fernsehen, Plakate und weitere Medien vermittelt. Gleichzeitig werden Beratungsangebote oder Selbsthilfegruppen gefördert, in denen Einzelpersonen gecoacht und informiert werden. Damit die Menschen auch ein bewegungsförderliches Umfeld vorfinden, setzen weitere Massnahmen auf struktureller Ebene an, beispielsweise indem Wanderwege altersgerecht gestaltet werden.

7.4.2 Bewegungsprogramme

Die Bewegung im Alltag wird idealerweise durch Bewegungs- und Sportprogramme ergänzt, die es erlauben, eine Gewohnheit einfacher aufzubauen sowie gezielte und intensivere Trainingsreize zu ermöglichen.

Strukturierte Bewegungsprogramme finden heute in der Schweiz häufig in Form von Gruppenkursen in gemeindenahen Räumlichkeiten statt (z. B. Turnhallen, öffentliche Schwimmbäder, Fitnesscenter). Mit anderen Menschen aktiv zu sein, wirkt dabei oft motivierend.

Häufigkeit und Intensität sind entscheidend für die Wirksamkeit dieser Bewegungsprogramme. So sind zwei bis drei Bewegungseinheiten pro Woche am besten geeignet, um die erwünschte gesundheitliche Wirkung zu erzielen [157]. Wenn es die Gesundheit der Teilnehmenden zulässt und sie sich dabei

wohlfühlen, ist nicht nur leichtes und moderates, sondern auch intensives Training empfehlenswert [204].

Bewegungs- und Sportprogramme trainieren idealerweise **verschiedene Aspekte der körperlichen Leistungsfähigkeit** (sogenannte Multikomponentenübungen) [205]. Dazu gehören insbesondere folgende Beanspruchungsformen:

- die Ausdauer (auch aerobe Aktivität genannt), die zum Beispiel durch Jogging, Walking, Radfahren, Tanz oder Wassergymnastik trainiert wird;
- die Kraft bzw. Muskulatur, die mit dem eigenen Körpergewicht, mit Geräten oder Freihanteln gestärkt werden kann;
- die Beweglichkeit, die beispielsweise durch Yoga, Tai Chi, Gymnastik, Krafttraining oder Tanz verbessert wird;
- das Gleichgewicht und die Koordination, die ebenfalls durch Tai Chi, Tanz, Krafttraining oder spezifische Gleichgewichtsübungen trainiert werden können.

Bestimmte **Bewegungsformen** sind besser geeignet, um einzelnen Krankheiten vorzubeugen oder eine bestimmte gesundheitsförderliche Wirkung zu erzielen. Sie **ergänzen sich** deshalb gegenseitig. Während beispielsweise das aerobe Training bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielt, ist das Krafttraining zum Erhalt der Muskelmasse, kombiniert mit Übungen zur Schulung des Gleichgewichts, für die Prävention von Stürzen besonders wichtig [163].

Grundsätzlich können spezifische Bewegungs- und Sportprogramme nicht nur **in Gruppenkursen** stattfinden, sondern auch **individuell zuhause** in Form von Trainingseinheiten durchgeführt werden. Bei den Bewegungsprogrammen zuhause hat sich eine regelmässige Supervision durch persönliche Bewegungsscoaches bewährt, um die Motivation aufrechtzuerhalten und die korrekte Ausführung der Übungen zu gewährleisten. Ein gutes Beispiel aus der Schweiz ist das Projekt [«DomiGym – Bewegungsangebot zu Hause»](#). Auch Broschüren mit Fotoillustrationen der Übungen sowie TV-Sendungen, Videos und Apps mit kommentierten Bewegungsprogrammen können motivieren und eine anleitende Rolle spielen.

7.4.3 Sturzprävention

Ältere Menschen weisen eine deutlich erhöhte Sturzinzidenz auf (siehe 2.3). Jede vierte Person ab 65 Jahren (24%), die in einem Schweizer Privathaushalt lebt, stürzt mindestens einmal pro Jahr. Bei Personen ab 80 Jahren sind es sogar 33% [25]. Stürze im Alter führen häufig zu Verletzungen, langwierigen Komplikationen, reduzierter Selbstständigkeit und erhöhter Pflegeabhängigkeit, sozialer Isolation sowie jährlich zu 1600 Todesfällen [26, 200, 233–236]. Mit Blick auf die Lebensqualität und selbstständige Lebensführung im Alter kommt der Sturzprävention deshalb eine hohe Bedeutung zu.

Sturzursachen im Alter

Sturzrisikofaktoren lassen sich unterteilen in Einflüsse, die vorwiegend die Gesundheit einer Person betreffen, und Einflüsse aus der Umwelt und der Umgebung [236, 237]:

- Zu den **individuellen Risikofaktoren** gehören unter anderem der Verlust von Muskelmasse und -kraft sowie des Gleichgewichtssinns, Seh- und Hörstörungen, die mentale Verfassung (z. B. Depressionen, kognitive Einschränkungen und Sturzangst), die körperliche Verfassung (z. B. chronische Erkrankungen wie Osteoporose), die Einnahme mehrerer Medikamente sowie inadäquates Schuhwerk und schlecht angepasste Seh- und Gehhilfen.
- Zu den **Risikofaktoren in der Umgebung** gehören Stolperfallen (wie Türschwellen und frei liegende Teppiche), fehlende Sicherheitseinrichtungen im Bad, rutschige Böden, fehlende Handläufe bei Treppen sowie Barrieren im öffentlichen Raum und Verkehr.

Stolperfallen in der Umgebung spielen häufig eine «Verstärkerrolle», denn bei körperlichen Einschränkungen können bereits kleine Hindernisse wie Türschwellen und Trottoirs zu Stolperstürzen führen [238].

Im Folgenden wird ein Fokus auf die Förderung der körperlichen Fitness und die private Umgebung von älteren Menschen gelegt, weil die körperliche Fitness der zentrale Schutzfaktor für Stürze im Alter ist und sich die Hälfte der Stürze im privaten Wohnbereich ereignet [26].

Körperliches Training

Aufgrund des aktuellen wissenschaftlichen und praktischen Wissens lassen sich folgende Empfehlungen für körperliche Trainings zur Sturzprävention ableiten:

- Trainingsprogramme sollten schwerpunktmässig die **Kraft** und das **Gleichgewicht** trainieren sowie mit Zusatzaufgaben für mentale Fertigkeiten (**«dual tasking»**) und mit mobilitäts- und **funktionalitätserhaltenden Komponenten** ergänzt werden (Gangtraining, Training von Alltagsaktivitäten und Transfer Stand-Liegen am Boden). In der Schweiz hat sichergehen.ch entsprechende Labelkriterien formuliert.
- Je nach Zielgruppe soll die **Sturzangst** thematisiert und unter anderem das richtige Stürzen und das Wiederaufstehen geübt werden, damit die Teilnehmenden das Vertrauen in den eigenen Körper stärken und lernen, mit einem allfälligen Sturz umzugehen.
- **Hauptmotive für den Besuch von Kursen zur Sturzprävention** sind Gesundheit, soziale Aspekte und Wohlbefinden. Entsprechend sind Aspekte wie Gesundheit, Geselligkeit und Lebensqualität sowie das Vertrauen in den eigenen Körper zu betonen. Das «Vermeiden von Stürzen» gehört für weniger als 3% zu den (Haupt-)Motiven [239]. Der Begriff «Sturz», der sehr negativ konnotiert ist, sollte nicht im Zentrum stehen.
- **Soziale Programmkomponenten** sind prominent in die Gruppenangebote einzubauen.
- Eine **zielgruppenspezifische Ansprache** kann die Erreichbarkeit und somit die Teilnahme an Kursen erhöhen (z. B. Erreichbarkeit von Männern 65+) [240, 241].
- **Sturzpräventive Übungen** lassen sich in bestehende Bewegungsangebote integrieren (z. B. ein Kurs zum Nordic Walking, der zusätzlich Gleichgewichtsübungen integriert).
- Ein obligater Begleiter von körperlichen Trainings ist die ausgewogene und altersgerechte **Ernährung** (siehe [Kapitel 8](#)). Insbesondere die Zufuhr von Proteinen und Vitamin D ist zu betonen, da diese den Erhalt und den Aufbau von Muskeln – bei ausreichendem Training – massgeblich unterstützen [242, 243].

Anpassungen im eigenen Zuhause und im öffentlichen Raum

Im Rahmen von Hausbesuchen bei älteren Menschen können Sturzrisikofaktoren **im Wohnumfeld** erkannt und konkrete Massnahmen zu deren Beseitigung aufgezeigt werden. Einfach umsetzbare Massnahmen umfassen: lose Fussmatten und Teppiche entfernen, eine Antirutschmatte für das Bad anschaffen, ein Antirutschband auf Treppen anbringen, Handgriffe und -läufe installieren sowie die Lichtverhältnisse verbessern [244].

Um den **öffentlichen Raum** altersgerecht zu gestalten, haben sich unter anderem folgende Massnahmen bewährt [245, 246]:

- Absturzstellen sichern durch Geländer und Brüstungen
- Treppen sicher gestalten durch beidseitige Handläufe, regelmässige Stufen usw.
- Gleitfeste und gut begehbbare Bodenbeläge verwenden
- Beleuchtung und Kontraste optimieren
- Gute Zugänglichkeit gewährleisten, zum Beispiel durch Freiraum vor der Türe oder schwellenlose Zugänge

Weitere Massnahmen zur Sturzprävention

Weitere Sturzrisikofaktoren lassen sich über eine Reihe von zusätzlichen Massnahmen angehen. Dazu gehören die Wahl eines **adäquaten Schuhwerks**, gut **angepasste Gehhilfen** wie Gehstöcke oder Rollatoren, die Anpassung der **Medikation** (insbesondere Polymedikation), eine Anpassung der **Ernährung** (inklusive Alkoholkonsum), eine allfällige **Sehkorrektur** und schliesslich auch die **Information und Aufklärung** über potenziell gefährliche Situationen und die Vermittlung von Strategien im Umgang mit solchen Situationen. Diese Strategien werden in der Referenz [8] näher beschrieben. Ein Schweizer Projekt, das mehrere dieser Strategien umsetzt, ist [«mobil sein & bleiben»](#).

7.4.4 Chancengerechte Bewegungsförderung

Das Bewegungsverhalten ist nicht in der gesamten Bevölkerung gleich, sondern wird massgeblich geprägt von sozialen Merkmalen und Lebensbedingungen (siehe [7.3.2](#)). Um gleiche Chancen zu fördern, sind die persönlichen Ressourcen von Einzelpersonen zu stärken *und* die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für alle zu verbessern.

Manche der folgenden Massnahmen können von den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung selbst umgesetzt werden. Viele Massnahmen liegen aber im Einflussbereich von anderen Politikbereichen. Die Gesundheitsförderung kann diese Politikbereiche auf ungleiche Gesundheitschancen hinweisen und sie für die Rolle sensibilisieren, die sie bei der Förderung der regelmässigen Bewegung von sozial benachteiligten Menschen spielen (Stichworte: multisektorale Zusammenarbeit und Agenda-Setting, beispielsweise in departementsübergreifenden Arbeitsgruppen, Vernehmlassungsverfahren usw.).



Quelle

Die folgenden Empfehlungen wurden dem Bericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» entnommen [29]. In diesem Bericht finden sich aktuelle evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Ältere Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen Status (SES) sind mitunter von Bewegungsmöglichkeiten ausgeschlossen, wenn diese mit zu hohen finanziellen Kosten verbunden sind. **Vergrünstigungen und steuerliche Abzüge für Bewegungsangebote** können deshalb die körperliche Aktivität steigern [247, 248].

Die bewegungsfreundliche **Gestaltung der materiell-strukturellen Lebensbedingungen** ist besonders wichtig im Rahmen der Bewegungsförderung mit benachteiligten älteren Menschen. Denn diese Personen leben in der Regel seltener in einem bewegungsfreundlichen Umfeld (z. B. weniger Parkanlagen, mehr Strassen und unsichere Umgebung). Bewährte Massnahmen sind unter anderem die Schaffung von Grünflächen und die altersgerechte Gestaltung von Spazier- und Velowegen [118, 249]. In der Literatur werden ausserdem folgende Ansätze betont, um die körperliche Aktivität von benachteiligten älteren Menschen zu fördern:

- **Präventive Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute**, die zum Thema Bewegung im höheren Alter sensibilisieren [250].

- Versand von motivierenden **Briefen mit individualisierten Bewegungsauswertungen und konkreten Tipps zu Aktivitäten in der unmittelbaren Umgebung** [251]. Die positive Wirkung der Briefe scheint dabei nicht abhängig vom Bildungsniveau der älteren Personen zu sein.
- **Technologiebasierte Interventionen** (z. B. über eine App oder mit einem Schrittzähler) können dazu beitragen, die körperliche Aktivität von benachteiligten Personen im höheren Alter zu steigern [115, 252].

Massnahmen zur Bewegungsförderung wirken nicht bei allen Geschlechtern gleich [253–256]. Dieser geschlechterabhängige Effekt zeigt sich unter anderem daran, ob eine Massnahme überhaupt genutzt wird und ob eine tatsächliche Verhaltensänderung eintritt. So werden beispielsweise öffentliche Parkanlagen – eine Massnahme zur Aufwertung der materiellen Lebensbedingungen – von Männern häufiger für intensive sportliche Aktivitäten genutzt, während Frauen eher spazieren oder körperlich inaktiv sind [254]. Für die Praxis bedeuten solche geschlechterabhängigen Unterschiede:

- Das Merkmal **Gender** (nicht nur binär verstanden als Mann und Frau) ist bei der Konzeption, Umsetzung und Evaluation systematisch zu berücksichtigen.
- Es empfehlen sich **spezifische Interventionen für Frauen** (insbesondere solche mit einem Migrationshintergrund), die partizipativ ausgerichtet sowie soziokulturell und sprachlich angepasst sind, durch Peers angeleitet und in Settings der spezifischen Gemeinschaften durchgeführt werden [257].
- Weil Männer in Bewegungs- und Ernährungsinterventionen häufig untervertreten sind, kommt der Rekrutierung älterer Männer und insbesondere sozioökonomisch benachteiligter Männer besonderes Gewicht zu [258–260]. Bewährt haben sich dabei ein Fokus auf den Erhalt der körperlichen Leistung, sprachliche Anpassungen (z. B. «Training» statt «Gymnastik»), die Rekrutierung und Durchführung in «Männersettings» (z. B. Vereine und Sportclubs) sowie die Ansprache im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen (Pensionierung oder Verwitwung) [241, 259].

In der **Migrationsbevölkerung** bewähren sich zielgruppenspezifische Medienkanäle, um Informationen zu Gesundheitsförderung und Prävention zu vermitteln [261, 262]. Ausserdem sind webbasierte Angebote in der Migrationsbevölkerung wirksam und konnten in einer Studie aussergewöhnlich hohe Halteraten von über 70% erzielen [263]. Diese webbasierten Interventionen werden idealerweise mit punktueller persönlicher Unterstützung kombiniert [263] sowie sprachlich und inhaltlich an die Zielgruppe angepasst [264].

Die **sexuelle Orientierung und/oder die Genderidentität** fanden in bisherigen Studien zu chancengerechten Bewegungsinterventionen noch kaum Beachtung [265, 266]. Aus den USA sind einige erfolgreiche, zielgruppenspezifische Interventionen zur Förderung der Bewegung mit lesbischen und bisexuellen Frauen bekannt [267]. Erfolgskriterien in diesen Interventionen sind die Durchführung im Gruppensetting und mit lokalen Organisationen der Zielgruppe. Ausserdem bewährte sich, den Fokus auf körperliche Aktivität und deren positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden zu legen und nicht auf das Gewicht, da Letzteres als Ausdruck eines heteronormativen Körperbildes verstanden werden kann [267].



Erfolgskriterien aus der Praxis

Allgemeine Erfolgskriterien in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Gruppen – also praxiserprobte Wege, um die genannten Ansätze noch wirksamer zu machen – finden sich in [Abschnitt 7.3](#).

7.5 Erfolgsfaktoren

Die Regelmässigkeit von Bewegung ist *die* Voraussetzung für gesundheitliche Gewinne – und gleichzeitig ist sie die primäre Herausforderung für die Bewegungsförderung in jedem Alter.

Um nachhaltige Veränderungen des Bewegungsverhaltens zu bewirken, braucht es die ganze Gesellschaft. Zudem kommt der individuellen Motivation eine entscheidende Rolle zu. Diese beiden Faktoren werden – ergänzend zu den Tipps zur Zusammenarbeit (siehe Box) – im Folgenden eingehender betrachtet.

Engagement der ganzen Gesellschaft

Jede und jeder kann dazu beitragen, die körperliche Aktivität im Alter zu steigern. Einzelne ältere Menschen können persönliche Gründe für Bewegung formulieren und sich Bewegungsziele setzen. Familien, Bekannte und Fachpersonen aus Medizin und Bewegung können ältere Menschen unterstützen und motivieren, aktiv zu sein, denn persönliche Empfehlungen zu Aktivitäten und Angeboten wirken sehr überzeugend. Gerade Gesundheitsfachpersonen können motivieren, aber auch einer Selbstüberschätzung und Verletzungen vorbeugen.

Organisationen wie NGOs, Glaubensgemeinschaften und Sportgruppen können Bewegungsaktivitäten anbieten. Behörden können günstige Rahmenbedingungen schaffen, indem ein attraktives Bewegungsumfeld gestaltet wird oder für alle Bevölkerungsgruppen leicht zugängliche und erschwingliche Angebote offenstehen [205].



Zusammenarbeit in der Umsetzung

Hinweise auf wichtige Umsetzungs- und Ansprechpartnerinnen und -partner in der Praxis finden sich in [Abschnitt 3.6](#).

Motivation und Kommunikation

Die Motive, warum eine Person körperlich aktiv ist bzw. sein möchte, sind explizit in die Konzeption von Massnahmen einzubeziehen. Denn die Erfüllung dieser Motive trägt entscheidend dazu bei, dass ein Bewegungsverhalten beibehalten wird [171, 221]. Deshalb gilt es in der Kommunikation und Umsetzung von Angeboten an die persönlich wichtigsten Motive für Bewegung anzuknüpfen.

Diese **Motive für Bewegung** im Alter sind sehr individuell und breit gefächert und gehen weit über den gesundheitlichen Nutzen (als wesentliches Motiv) hinaus. Neben den erwiesenen gesundheitlichen Effekten (siehe [7.2](#)) lohnt es sich, unter anderem folgende Motive **in der Kommunikation aufzunehmen**:

- Aktivität hilft, sich vitaler zu fühlen und mehr Energie für das zu haben, was einem im Leben wichtig ist.
- Bewegung in einer Gruppe macht Spass und bietet die Möglichkeit, gesellig zusammen zu sein.

- Ausflüge in die Natur lassen uns die Schönheit und Ruhe in Parks, Wäldern und den Bergen geniessen.
- Bewegung kann mit Freude, Wohlbefinden und einem guten Körpergefühl verbunden sein – besonders, wenn Intensität und Dauer der eigenen Fitness entsprechen und die Bewegung abwechslungsreich ist.
- Eine selbstständige Lebensführung und sichere Mobilität bleiben möglich, wenn man körperlich gut in Form ist.
- Bewegung hilft, sein Gedächtnis zu trainieren und geistig gesund zu bleiben.
- Eine bessere körperliche und geistige Gesundheit fördert die Fahrtüchtigkeit und kann einem Verlust des Führerscheins vorbeugen.

Insbesondere für bislang inaktive ältere Menschen mögen die Bewegungsempfehlungen hochschwellig wirken und verunsichern. In der Kommunikation sind deshalb **folgende Botschaften** zu **betonen**:

- Jede Bewegung zählt! Auch eine geringe Steigerung der Aktivität und Reduktion der Zeit im Sitzen kann die Gesundheit stärken.
- In kleinen Schritten können wir uns auf ein Fernziel hinbewegen.
- Viele Aktivitäten im Alltag (putzen, gärtnern, gehen) gelten bereits als körperliche Aktivität und lassen sich «anrechnen».
- Bewegung kann zu einer positiven Aufwärtsspirale führen, Energie geben und dafür sorgen, dass alltägliche Aktivitäten leichter fallen (wie duschen, putzen und gehen).



Weiterführende Informationen zum Thema Bewegungsförderung

Empfehlungen und Hilfsmittel für Fachpersonen:

- Checkliste Aufgaben bei der Entwicklung und Umsetzung von Bewegungsangeboten mit Gruppen von älteren Erwachsenen: [Informationen und Tipps für die Leitung](#)
- Faktenblatt 63: [Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote](#)
- Faktenblatt 24: [Sturzprävention bei Personen mit erhöhtem Sturzrisiko](#)
- Broschüre [Kommunale Netzwerke für Bewegung und Begegnung im Alter](#)

Tipps für die Bevölkerung:

- Kampagne [«sicher stehen – sicher gehen»](#)



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Eine grosse Anzahl an Good-Practice-Beispielen zur Förderung der regelmässigen Bewegung im Alter findet sich in der [Orientierungsliste](#) von Gesundheitsförderung Schweiz.

8 Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Im Folgenden wird aufgezeigt, was eine ausgewogene Ernährung im Alter ausmacht, welche Faktoren zu Fehl- und Mangelernährung führen können und wie sich eine ausgewogene Ernährung im Alter fördern lässt.

8.1 Grundlagen und Definitionen

Einflussfaktoren auf das Ernährungsverhalten im Alter

In jedem Alter sind **Genuss und Freude** beim Essen sowie **Essen in guter Gesellschaft** wichtige Faktoren, die eine regelmässige und ausgewogene Ernährung begünstigen [268].

Darüber hinaus können zahlreiche **physiologische Veränderungen** im Alter den Ernährungszustand stark beeinflussen. Dazu gehören unter anderem vermindertes Appetit- und Durstempfinden, verringerte Speichelbildung, Schluck- oder Kaubeschwerden sowie Verdauungsschwierigkeiten. Zahnausfall, ein schlecht sitzendes Gebiss oder eine schlechte Mundgesundheit können schmerzhafte Folgen im Mundraum haben und zu einer Einschränkung der Lebensmittelauswahl führen. Insbesondere nährstoffreiche Lebensmittel wie Vollkornprodukte, Früchte, Gemüse und Fleisch werden gemieden, da sie kauintensiv sind und Schmerzen verursachen können (z. B. Körner im Brot). Dies wiederum hat zur Folge, dass einige Lebensmittelgruppen teilweise oder ganz weggelassen werden und so bestimmte Vitamine und Mineralstoffe in ungenügendem Mass zugeführt werden [269]. Auch Erkrankungen wie Demenz führen zu einer Veränderung des Ernährungsverhaltens und Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken [270, 271].

Weiter können **abnehmende Sinneswahrnehmungen**, zum Beispiel eine Verminderung des Geschmacks-, Geruchs-, Seh- oder Tastsinns, die Ernährung negativ beeinflussen.

Soziale, psychische und finanzielle Risikofaktoren wie der Verlust von Partnern und Freundinnen, die Pensionierung und fehlende Aktivitäten, Armut sowie Einsamkeit und Depressionen begünstigen

ebenfalls eine unregelmässige oder einseitige Ernährungsweise. In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 gab zudem ein grosser Teil (39%) der 65- bis 74-jährigen Menschen die hohen Preise von gesunden Lebensmitteln als ein Hindernis für ein gesundes Ernährungsverhalten an.

Für die Gesundheitsförderung besonders relevant sind schliesslich **persönliche Wahrnehmungen und Gewohnheiten**, die das eigene Essverhalten beeinflussen. In der erwähnten SGB verwiesen je rund ein Viertel der 65- bis 74-jährigen Menschen auf Gewohnheiten und Zwänge des Alltags (25%) und auf den hohen Zeitaufwand für Einkaufen und Zubereitung (23%) als wesentliche Hindernisse für eine gesunde Ernährung. Das häufigste selbst berichtete Hindernis für eine gesunde Ernährung war jedoch eine grosse Vorliebe für gutes Essen, was von der Hälfte (52%) der befragten Personen zwischen 65 und 74 Jahren genannt wurde. Diese Wahrnehmung, wonach gutes Essen nicht gesund bzw. gesundes Essen nicht gut sei, ist in der älteren Bevölkerung weiter verbreitet als in jüngeren Altersgruppen und wird mit steigendem Alter noch häufiger (59% der Personen ab 75 Jahren). Die Sensibilisierung dafür, dass auch gesundes Essen schmackhaft ist, und die Vermittlung von konkreten Rezeptideen scheinen in dieser Altersgruppe besonders wichtig. Denn der **fehlende Wille** – und damit ein tiefer Stellenwert einer gesunden Ernährung – wurde am seltensten als Hindernis genannt (18%).



Definition 5

Ausgewogene Ernährung

Als ausgewogen gilt eine Ernährung, wenn sie den aktuellen Empfehlungen für ältere Menschen entspricht. Diese werden in [Abschnitt 8.3.1](#) skizziert und in den [Schweizer Ernährungsempfehlungen für ältere Erwachsene](#) des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) praxisbezogen und detailliert erläutert.

8.2 Warum lohnt sich die Förderung einer ausgewogenen Ernährung im Alter?

Die Ernährung beeinflusst die Gesundheit und Lebensqualität in vielfacher Weise

Studien weisen auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Ernährung und der Gesundheit, Lebensqualität sowie Mobilität von älteren Menschen hin.

Eine Ernährung, die ausreichend Energie und essenzielle Nährstoffe (v. a. Proteine) liefert, trägt gemeinsam mit regelmässiger Bewegung dazu bei, **Mobilität und Unabhängigkeit** lange zu gewährleisten [268]. Eine ausgewogene Ernährung ist beispielsweise wichtig, um möglichst viel Muskelmasse zu erhalten. Denn die heute bekannten Ursachen von Muskelschwund im Alter sind neben biologischen Veränderungen auch Veränderungen in Ernährung und körperlicher Aktivität [243]. Eine Mangelernährung spielt zudem eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Gebrechlichkeit, die mit einem höheren Risiko für Stürze, Einschränkungen im Alltag und dem Eintritt ins Pflegeheim einhergeht [272].

Ausserdem wirkt eine ausgewogene Ernährung auch präventiv im Hinblick auf zahlreiche **nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs)**. Sie hilft Übergewicht und Adipositas vorzubeugen, die ihrerseits die Entstehung von Diabetes, bestimmten Krebsarten, Bluthochdruck und weiteren Herz-Kreislauf-Erkrankungen begünstigen. Studien zeigen zudem, dass eine mediterrane Ernährungsweise (hoher Anteil an Getreide, Früchten, Fisch und Gemüse) das **Demenzrisiko** möglicherweise senken kann [273, 274].

Eine ausgewogene Ernährung – und damit verbundenes Normalgewicht – stärkt schliesslich das **Immunsystem** und reduziert so die **Infektanfälligkeit** bzw. beeinflusst den Verlauf einer infektiösen Krankheit wie Covid-19 positiv [275, 276].

Schliesslich beeinflusst die Ernährung auch die **psychische Gesundheit** (siehe 10.1.2), denn eine un ausgewogene Ernährung kann beispielsweise die Entstehung von Depressionen begünstigen [277]. Länder wie Neuseeland und Australien haben deshalb die Ernährung explizit in ihre neusten Empfehlungen zur psychischen Gesundheit aufgenommen. Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung beeinflussen also die körperliche und

psychische Gesundheit in vielfältiger Weise positiv [278]. Wer eine ausgewogene und genussvolle Ernährung auch im Alter pflegt, legt somit eine gute Basis, um lange gesund, mobil und selbstständig zu bleiben [268, 279–281].

Ernährungsinterventionen sind auch im hohen Alter (kosten)wirksam

Studien belegen, dass sich das Ernährungsverhalten auch im hohen Alter durch gezielte Interventionen verbessern und ausgewogener gestalten lässt [278, 282–284]. Dabei zeigen sich messbare Wirkungen: Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung können unterschiedliche körperliche und psychische Funktionen positiv beeinflussen (wie den Erhalt der Muskelmasse) und dadurch die Gesundheit älterer Menschen nachweislich verbessern [278]. Eine Metaanalyse verschiedener Studien verzeichnete einen gesundheitsförderlichen Einfluss von Ernährungsinterventionen auf eine klinische und subklinische Depression [285].

In einer systematischen Literaturanalyse zeigte sich, dass Ernährungsinterventionen bei älteren Menschen auch zu tieferen Gesundheitsausgaben beitragen können [278].

8.3 Ernährungsempfehlungen und -verhalten im Alter

8.3.1 Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen

Die Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen (ab 65 Jahren) entsprechen grösstenteils den Empfehlungen für gesunde Menschen mittleren Alters. Ein Merkmal der alternden Generationen ist eine ausgeprägte Heterogenität des Gesundheitszustands sowie des Trink-, Ernährungs- und Genussverhaltens. Ernährung ist geprägt von kulturellen Faktoren und persönlichen Geschmacksvorlieben und -erfahrungen. Somit müssen Empfehlungen zur Ernährung im Alter zielgruppenspezifisch formuliert und immer wieder an neue Generationen älterer Menschen angepasst werden [272].

Eine ausgewogene Ernährung soll gleichzeitig den Bedarf an Nährstoffen abdecken, eine Über- oder Unterernährung vermeiden und die persönlichen Vorlieben berücksichtigen, gemäss dem Motto «geniessen und gesund bleiben» [286]. Dies sind die

wichtigsten [Schweizer Empfehlungen](#) für eine gesunde, ausgewogene und genussvolle Ernährung für selbstständig zuhause lebende ältere Menschen:

- Energiezufuhr dem Bedarf anpassen
- Genügend trinken (mind. 1,5 Liter)
- Abwechslungsreich und regelmässig essen
- Genügend Proteine aufnehmen
- Vitamin D zusätzlich zur Ernährung einnehmen
- Freude am Essen erhalten und Essen in Gesellschaft pflegen
- Mangelernährung erkennen und behandeln

8.3.2 Ernährungsverhalten der älteren Bevölkerung in der Schweiz

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass den älteren Menschen eine gesunde Ernährung wichtig ist, viele allerdings nicht genau wissen, was sie ausmacht. Zudem weichen die konsumierten Lebensmittel teilweise deutlich von den Empfehlungen ab.

Allgemeine Ernährungssituation im Alter

Im Allgemeinen ist in der Schweiz die tägliche Energiezufuhr im Alter ausreichend, allerdings könnte die Zusammensetzung der Ernährung verbessert werden. Um den altersspezifischen Ernährungsempfehlungen zu entsprechen, sollte generell die Fettzufuhr reduziert und die Aufnahme von Proteinen und komplexen Kohlenhydraten erhöht werden [272]. Auch die Empfehlung, täglich fünf und mehr Portionen Gemüse und Früchte zu essen, wird nur von 20 % der älteren Menschen erfüllt [287].

Im Durchschnitt trinken ältere Menschen genügend, nämlich knapp 1,5 Liter Wasser pro Tag, und erfüllen damit die Minimalempfehlung [272]. Wie so oft verstellen Durchschnittswerte den Blick auf Unterschiede in der Bevölkerung: Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 trinken nur gut 50 % der älteren Menschen 1,5 Liter oder mehr. Und mit zunehmendem Alter wird allgemein weniger Flüssigkeit aufgenommen; so trinken beispielsweise über 12 % der Personen ab 75 Jahren weniger als einen Liter pro Tag [288].

Dabei ist zu beachten, dass die grosse Heterogenität im Alter auch mit unterschiedlichen Ernährungsproblemen einhergeht: Bei vitalen älteren Menschen stehen diese häufig im Zusammenhang mit NCDs, bei den fragilen Personen betreffen sie eher die Mangelernährung.

Mangelernährung im Alter

Mangelernährung ist im Alter eine bedeutende Herausforderung. In einer internen Untersuchung des Kantonsspitals Winterthur konnte gezeigt werden, dass die Prävalenz einer Mangelernährung direkt altersabhängig war [289]: Während sie bei unter 45-Jährigen 8 % betrug, stieg dieser Anteil mit zunehmendem Alter auf 11 % (45- bis 64-Jährige), 22 % (65- bis 84-Jährige) und 28 % (über 85-Jährige).

Körpergewicht im Alter

Eine Fehlernährung kann sich auf das Körpergewicht auswirken und sich als Unter- oder Übergewicht zeigen. Während in der Schweiz nur etwas mehr als 2 % der älteren Menschen untergewichtig sind [290], gelten 39 % der Erwachsenen zwischen 65 und 75 Jahren als übergewichtig und 17,8 % als adipös [291].

Im Alter treten Adipositas und Verlust an Muskelmasse oft kombiniert auf, was zu mehr gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt. Dennoch ist ab dem 70. Lebensjahr oft ein Gewichtserhalt (vor allem der «Lean Body Mass») anzustreben, da ein Gewichtsverlust in der Regel mit einem Verlust von Muskelmasse einhergeht, der sich negativ auf die Autonomie und Mobilität auswirken und die Sturzhäufigkeit erhöhen kann.



Ernährung während der Corona-Pandemie

Im März und April 2020 – also während der strengsten Corona-Schutzmassnahmen («erster Lockdown») – veränderten sich die Essgewohnheiten jüngerer Menschen unter 45 Jahren viel stärker als diejenigen der älteren Personen ab 60 Jahren. Ältere Menschen behielten ihre bisherigen Gewohnheiten mehrheitlich bei. Dennoch gaben 22 % der älteren Menschen an, generell mehr gegessen und beispielsweise mehr Zwischenmahlzeiten konsumiert zu haben (+21 %). Dabei wurden gesunde Lebensmittel wie Früchte und Gemüse, genauso wie süsse und salzige Snacks, sowie hausgemachtes Brot vermehrt gegessen. Dies wirkte sich auch auf die Gewichtszunahme der Bevölkerung in diesem Zeitraum aus [398, 408].

Einstellungen, Wissen und Verhalten

Besonders interessant und relevant für die Gesundheitsförderung ist der Blick auf Einstellungen und Wissen sowie soziale Unterschiede im Ernährungsbereich.

Eine gesunde Ernährung hat für ältere Menschen einen hohen Stellenwert: In einer Studie mit Menschen zwischen 50 und 80 Jahren aus der ganzen Schweiz gaben 95% der Teilnehmenden an, dass ihnen eine gesunde Ernährung eher wichtig bzw. sehr wichtig ist [292].

Ältere Menschen haben ein hohes Ernährungsbewusstsein: Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen geben die 65- bis 74-Jährigen etwas häufiger an, bei der Ernährung auf bestimmte Sachen⁸ zu achten (73%). Dieser Wert sinkt erst ab einem Alter von 75 Jahren [293].

Ernährungsempfehlungen sind mit steigendem Alter weniger bekannt: Die Schweizer Lebensmittelpyramide ist bei Menschen zwischen 65 und 75 Jahren deutlich weniger bekannt als bei jüngeren Menschen zwischen 18 und 34 Jahren (66% gegenüber 83%) [291].



Sozial bedingte Unterschiede im Ernährungsverhalten

Das Ernährungsverhalten und -wissen unterscheidet sich unter anderem nach Bildung, Geschlecht und Wohnregion von Personen. Je höher die Bildung ist, umso häufiger werden mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse gegessen [287], umso bekannter sind die Ernährungsempfehlungen [291] und umso häufiger wird bei der Ernährung auf bestimmte Sachen geachtet [293]. Frauen achten häufiger auf bestimmte Sachen bei der Ernährung als Männer [293] und sie kennen häufiger die Ernährungsempfehlungen [291]. Schliesslich achten mehr Menschen im Tessin (77%) und in der Deutschschweiz (73%) bei der Ernährung auf bestimmte Sachen als in der Romandie (52%) [293], allerdings werden in der Romandie häufiger fünf Portionen Früchte und Gemüse gegessen als in anderen Landesregionen [287].

Was bedeuten diese Ergebnisse für die Praxis der Gesundheitsförderung?

- Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung unterstützen ältere Menschen bei einem Anliegen, das ihnen selbst wichtig ist.
- Viele ältere Menschen haben bereits ein hohes Ernährungsbewusstsein, an das in Interventionen angeknüpft werden kann.
- Ein beträchtlicher Teil der älteren Menschen kennt die Ernährungsempfehlungen nicht, somit besteht weiterhin Bedarf nach Sensibilisierung und Informationen.
- Angesichts der sozial bedingten Unterschiede (siehe Box) ist die Chancengleichheit über Ernährungsinterventionen zu stärken.

8.4 Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Von der Produktion bis zum Konsum von Nahrungsmitteln gibt es unterschiedliche Handlungsfelder zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung ([Abbildung 12](#)). Ziel ist dabei stets, die Freude an einer ausgewogenen Ernährung zu wecken, Wissen zu vermitteln und gesunde Nahrungsmittel zugänglich zu machen [268].

Im Rahmen der Produktion lässt sich die Freude an Lebensmitteln fördern, indem ältere Menschen beispielsweise in Familien- oder Generationengärten einbezogen werden.

Beim Einkauf lässt sich durch Nudging (kleine Verhaltensanstösse) die Wahl von gesunden Nahrungsmitteln unterstützen [230, 294–297].

**Quellen**

Die folgenden Empfehlungen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung basieren auf:

- fachlichen Grundlagen [8, 268, 272, 410, 411],
- themenspezifischen Strategien ([Schweizer Ernährungsstrategie](#)) und
- bewährten und innovativen Projekten ([Orientierungsliste](#) und [Projektförderung KAP](#)).

⁸ In der SGB wird nicht erhoben, worauf ältere Menschen bei der Ernährung genau achten. Die Frage kann jedoch einen Hinweis auf das Ernährungsbewusstsein geben.

Bei der Zubereitung lässt sich beispielsweise durch Kochkurse für ältere Menschen Wissen aufbauen und durch Labels die Qualität von Mahlzeitendiensten erhöhen.

Schliesslich lässt sich die Freude beim Konsum von Nahrungsmitteln stützen, indem an Mittagstischen gemeinsam gegessen wird und soziale Kontakte gepflegt werden.

Gemäss aktuellem Wissensstand scheinen insbesondere die folgenden Ansätze empfehlenswert, um in der Praxis eine ausgewogene Ernährung im Alter zu fördern.

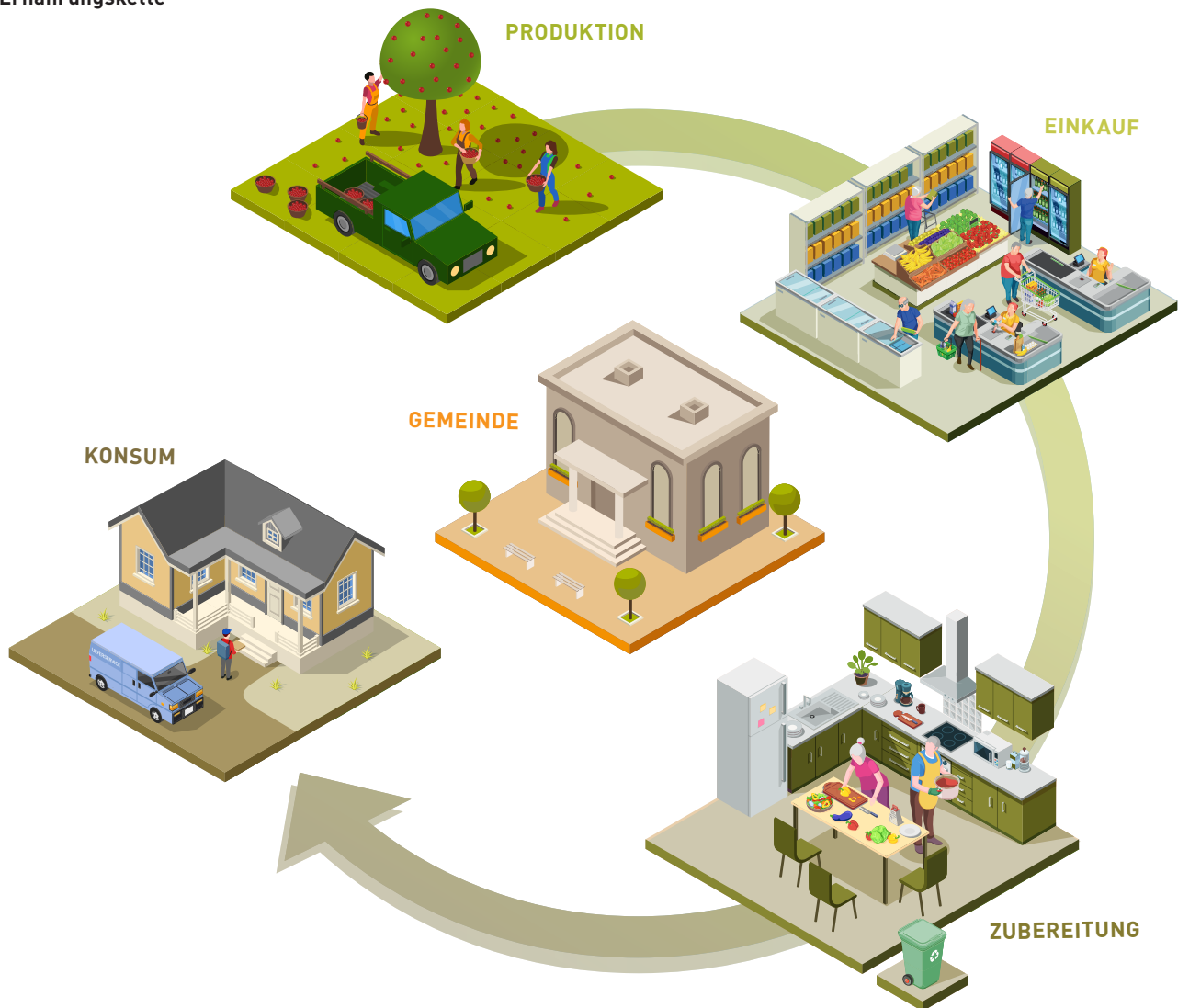
Förderung der Ernährungskompetenz von älteren Menschen und ihren Angehörigen

Sensibilisierung und Wissensvermittlung spielen eine zentrale Rolle, denn «nur wer gut informiert ist und den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit versteht, kann Verantwortung für sich und seine Mitmenschen übernehmen und eine bewusste Lebensmittelwahl treffen» [286].

Im Zentrum stehen einheitliche Kernbotschaften zu den Ernährungsempfehlungen (im Sinne von «wie viel wovon?») und einfach umsetzbare Ernährungstipps für die ältere Bevölkerung und ihre Angehörigen.

ABBILDUNG 12

Ernährungskette



Quelle: [268]

gen. Informationen sollen einerseits sensibilisieren und aufzeigen, wie die Ernährung zu den gesundheitlichen Zielen und Anliegen der älteren Menschen beiträgt (z.B. Autonomie und Mobilität). Andererseits sollen sie die Kompetenzen in Bezug auf eine ausgewogene und genussvolle Ernährung stärken, indem niederschwellige Empfehlungen und Tipps vermittelt werden. Dazu gehören unter anderem Rezeptideen, die den Nährstoffbedarf im Alter abdecken, und praktische Tipps zur Küchenhygiene, um auch mit nachlassenden Sinneswahrnehmungen verdorbene Lebensmittel zuverlässig zu erkennen. Diese Inhalte können auf unterschiedlichen Wegen vermittelt werden. Ernährungsinformationen lassen sich über **Medien und Broschüren** kommunizieren. Dazu gehören Beiträge in Fernsehen, Zeitungen und Zeitschriften sowie im Internet. In der Romandie bietet beispielsweise das Projekt [«senso5»](#) Broschüren und Videoclips, Online-Tools wie sensorische Tests, geeignete Rezepte und praktische Küchentipps an.

Ältere Menschen können auch im Rahmen von **Informationsveranstaltungen und individuellen Beratungen** über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung informiert werden. Diese werden in der Regel über zivilgesellschaftliche Multiplikatoren wie die Spitex, Pro Senectute und das SRK angeboten. Ein Beispiel sind die Gesundheitsberatungen von «Zwäg ins Alter» im Kanton Bern.

Insbesondere beim Zugang zu sozial benachteiligten Schichten der Bevölkerung hat sich die **Gruppenarbeit** bewährt. Im Projekt «Femmes-Tische» für ältere Migrantinnen und Migranten werden die Themen Bewegung und Ernährung in vertrauensvollen kleinen Gruppen in der Herkunftssprache der Teilnehmenden diskutiert, Erfahrungen weitergegeben und es wird nach alltagspraktischen Lösungen gesucht. Die Freude am Kochen und teilweise auch Ernährungskompetenzen lassen sich schliesslich auch in **Kochkursen⁹ und spielerischen Kochwettbewerben** fördern. Diese können sich spezifisch an ältere Menschen richten, aber auch mehrere Generationen zusammenführen. Das generationenübergreifende Projekt [«Die Küchenpartie mit peb»](#) aus Deutschland zum Beispiel bringt Jung und Alt über das gemeinsame Kochen zusammen, um den Austausch zwischen den Generationen anzustossen und die

Ernährungskompetenz zu stärken. Ein [Projektleitfaden](#) inklusive Methoden, Materialien, Rezepten, Abläufen und Hintergrundinformationen unterstützt Interessierte bei der Umsetzung. Einen ähnlichen Pilotversuch gibt es in der Romandie unter dem Namen [«Fourchette gourmande»](#).

Möglichkeiten zum gemeinsamen Essen fördern

Freude beim Essen ist die beste Voraussetzung für eine bedarfsdeckende Ernährung. Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung im Alter können dies unterstützen, indem sie Gelegenheiten für gemeinsames Essen fördern [268]. Sogenannte Mittagstische oder Tischgemeinschaften, die soziale Teilhabe und ausgewogene Ernährung verbinden, haben innerhalb der Interventionen für ältere Menschen deshalb einen besonderen Stellenwert.

In der Schweiz werden Mittagstische von Gemeinden, Kirchen und Vereinen angeboten; bereits seit Jahren bewähren sich in der Deutschschweiz [«Tavolata»](#) und in der Romandie die «Tables conviviales». Bei diesen Projekten handelt es sich um Netzwerke von selbstorganisierten lokalen Tischgemeinschaften, in deren Rahmen sich ältere Menschen privat oder in einem halböffentlichen Raum regelmässig zum gemeinsamen Kochen, Essen und Austausch treffen. Die Stärken solcher Projekte sind vielfältig: Neben der Förderung von sozialen Kontakten und der Freude am Essen liegen sie auch darin, dass sich äl-



Thematische Verbindungen schaffen

Die Themen Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig und werden daher idealerweise in Interventionen kombiniert. Die Verbindung von sozialer Teilhabe und ausgewogener Ernährung bietet zudem einen guten Rahmen, um ältere Menschen zu motivieren, weitere Angebote zur Gesundheitsförderung wahrzunehmen. Ein zusätzliches Rahmenprogramm kann vor oder nach dem Mittagstisch angeboten werden, beispielsweise indem Bewegungsübungen angeleitet oder kurze, attraktive Inputs zu Gesundheitsthemen gegeben werden (siehe hierzu [Kapitel 10](#)).

⁹ Siehe hierzu die [Checkliste](#) von Gesundheitsförderung Schweiz zu Kochinterventionen für ältere Menschen.

tere Menschen engagieren und selbst organisieren können und damit Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung werden. International haben sich Mittagstische ebenso bewährt, um ältere Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen (u.a. Migrationshintergrund) oder ältere Menschen und Jugendliche zusammenzubringen [298].

Schliesslich sind Mittagstische eine Möglichkeit, Ernährungsempfehlungen beim gemeinsamen Kochen und Essen zu vermitteln. So wurde beispielsweise das Projekt «Tavolata» gezielt um den Aspekt «gesunde Ernährung im Alter» erweitert, indem unter anderem altersgerechte Rezepte und Menüideen sowie konkrete Umsetzungstipps vermittelt werden, beispielsweise als «Amuse bouche» (virtuelle Kurzveranstaltungen rund um das Thema Kochen, Essen und Gesundheit).

Rahmenbedingungen schaffen, die eine ausgewogene Ernährung unterstützen

Das Ernährungsverhalten wird entscheidend durch das jeweilige Umfeld geprägt. Ziel ist es deshalb, die Rahmenbedingungen und das Umfeld so zu gestalten, dass die Wahl gesunder Lebensmittel und eine ausgewogene Ernährung einfacher sind [286].

Städte, Gemeinden und Quartiere können beispielsweise selbstorganisierte Mittagstische initiieren, Fahrdienste für mobilitätseingeschränkte Personen organisieren, **Begegnungsräume für gemeinsames Kochen und Essen** zugänglich machen oder eine altersgerechte und **ausgewogene Ernährung bzw. Verpflegung in Altersleitbildern verankern** (Policy). Eine ausgewogene Lebensmittelauswahl lässt sich gemeinsam mit **Produzenten und Detailhändlern** fördern, indem diese auf freiwilliger Basis die Zusammensetzung und das Angebot an gesunden Nahrungsmitteln optimieren. In der Schweiz geschieht dies bereits im Rahmen der Initiative **actionsanté**. Beim Einkaufen lässt sich mithilfe von Nudging-Strategien (kleine Verhaltensanstösse) die Wahl von gesunden Nahrungsmitteln unterstützen [230, 294–297, 299].

Während Nudging auf Anreize und Freiwilligkeit setzt, lässt sich der Ernährungsstatus älterer Menschen ebenfalls durch **Qualitätsstandards** und Regulierungen verbessern [278]. In der Schweiz werden bereits heute sozialmedizinische und geriatrische Institutionen, deren Haupt- und Zwischenmahlzeiten die Ernährungsempfehlungen für ältere Menschen erfüllen, mit dem Label **«Fourchette**

verte Senior Tagesstätten» ausgezeichnet. Analog dazu empfiehlt es sich, Qualitätsstandards und Richtlinien für die Angebote von Mahlzeitendiensten zu erstellen, die ältere Menschen in ihrem Zuhause beliefern. Das Label **«Fourchette verte Senior @ home»** strebt das in der Schweiz an. In diesem Rahmen werden Beratungen, Ausbildungen und ein Label für Mahlzeitendienste angeboten.

Förderung des Fachwissens von Fachpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Die ausgewogene Ernährung im Alter lässt sich fördern, indem Fachpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Thema sensibilisiert und in ihrer Fachkompetenz gestärkt werden. Ein Hauptziel ist, dass die Fachleute darin unterstützt werden, das Thema Ernährung mit einfachen Massnahmen umzusetzen. Solche Beratungs- und Weiterbildungsangebote richten sich an Fachpersonen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die im direkten Kontakt mit älteren Menschen stehen. Dazu gehören Mitarbeitende von Sozial- und Pflegediensten, Freiwillige, Ärztinnen und Ärzte, Anbietende von Mahlzeitendiensten, Fachkräfte in der Gemeinschaftsverpflegung usw.

In der Praxis bewährt haben sich einerseits der Aufbau von **Schulungen zu Ernährungs- und Gesundheitsthemen** sowie die Entwicklung und Sammlung von **schriftlichen Fachinformationen und Hilfsmitteln**, die Fachpersonen in der Beratung und in Kursen einsetzen können. Das Projekt **«Ernährung 60+»** der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) stellt beispielsweise Unterlagen zur Beratung von älteren Menschen (z. B. Rohtexte, Präsentationen, Podcasts) kostenlos zur Verfügung. Ein kreativer und innovativer Werkzeugkasten, mit dem Fachleute die Ernährung im Alter niederschwellig thematisieren können, wurde vom Projekt **«senso5»** entwickelt. Andererseits bietet sich der **Austausch von Erfahrungen** mit anderen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an, damit gegenseitig von Erkenntnissen und Erfolgskriterien aus Projekten und Massnahmen profitiert werden kann.

Kooperation mit Gesundheitsversorgung – Früherkennung von Mangelernährung

Mangelernährung ist mit steigendem Alter zunehmend verbreitet und ein wesentlicher Risikofaktor für Stürze, Mobilitätseinschränkungen und Spitaleinweisungen (siehe 8.2). Für die Förderung der aus-



gewogenen Ernährung ist die Vernetzung mit der Gesundheitsversorgung deshalb besonders wichtig. Der Ernährungszustand einer älteren Person wird vielerorts standardmässig im Krankenhaus erfasst [300]. Eine Mangelernährung sollte aber nicht erst im Krankenhaus entdeckt, sondern bereits frühzeitig bei der Hausärztin oder dem Hausarzt diagnostiziert werden. Die Früherkennung von Mangelernährung bei zuhause lebenden Menschen gelingt unter anderem mithilfe von Instrumenten wie dem MNA-SF (Mini nutritional assessment short form) und dem MUST (Malnutrition universal screening tool) [272]. Für das Screening und die Früherkennung in der Hausarztpraxis genügen grundsätzlich drei Fragen [301]:

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

Insbesondere eine ungewollte Gewichtsabnahme kann auf das Risiko für eine Mangelernährung hinweisen und die Notwendigkeit einer detaillierten Ernährungsanamnese sowie der Förderung einer ausgewogenen Ernährung aufzeigen [301].

Chancengerechte Ernährungsinterventionen

Das Ernährungsverhalten und der Ernährungszustand sind nicht in der gesamten Bevölkerung gleich, sondern sie werden massgeblich geprägt von sozialen Merkmalen und Lebensbedingungen (siehe 8.3.2). Um gleiche Chancen zu fördern, sind die persönlichen Ressourcen von Einzelpersonen zu stärken *und* die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für alle zu verbessern.

Manche der folgenden Massnahmen können von den Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention selbst umgesetzt werden. Viele Massnahmen liegen hingegen im Einflussbereich von anderen Politikbereichen. Die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung können diese Politikbereiche aber auf ungleiche Gesundheitschancen hinweisen und für ihren Beitrag an die Förderung der ausgewogenen Ernährung von sozial benachteiligten Menschen sensibilisieren (multi-sektorale Zusammenarbeit und Agenda-Setting, beispielsweise in departementsübergreifenden Arbeitsgruppen, Vernehmlassungsverfahren usw.).

Quelle

Die folgenden Empfehlungen wurden dem Bericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» entnommen [29]. In diesem Bericht finden sich aktuelle evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Aufgrund knapper finanzieller Ressourcen können sich armutsbetroffene ältere Menschen gesunde Lebensmittel nur bedingt leisten (siehe 8.1). Eine ausgewogene Ernährung von Menschen mit einem tiefen sozioökonomischen Status (SES) lässt sich deshalb nachweislich über **finanzielle Anreize für gesunde Ernährung** in Form von Subventionen für gesundes Essen fördern. Positive Wirkungsnachweise zeigt auch die **Anpassung der Lebensmittelpreise** über eine Erhöhung der Preise für «unge-sunde» Nahrungsmittel [118, 247]. In der Schweiz stellt das Projekt [«gggessen»](#) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Materialien zur Verfügung, um eine ausgewogene Ernährung auch mit einem kleinen Budget zu fördern. Die Fédération romande des consommateurs (FRC) bietet Informationen und Workshops zum Thema [«Bien manger à petit prix»](#) an. Erfolgreich sind zudem Interventionen, die das **lokale Angebot an gesundem Essen** in benachteiligten Quartieren fördern [118, 119], denn (internationale) Studien zeigen, dass der Zugang zu gesunden Lebensmitteln nicht in allen Wohnquartieren und -gedenden gleich einfach ist [302, 303].

Schliesslich sind auch Ernährungskompetenzen und das Wissen über gesunde Ernährung nicht gleich in der Gesellschaft verteilt (siehe 8.3.2). Um das Ernährungsverhalten gesundheitsförderlicher zu gestalten, bieten sich präventive **Hausbesuche durch Gesundheitsfachleute** an [250].

In der Migrationsbevölkerung hat es sich zudem bewährt, **zielgruppenspezifische Medienkanäle** zu nutzen, um Informationen zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. ausgewogene Ernährung) zu vermitteln [261, 262].

In Ernährungsmassnahmen sind Männer, insbesondere wenn sie sozial benachteiligt sind, deutlich untervertreten. Bei der **Ansprache von älteren Männern** haben sich unter anderem folgende Kriterien als erfolgreich erwiesen: ein Fokus auf Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Rekrutierung

rung und Durchführung in «Männersettings» (z. B. Vereinen, Organisationen, Sportclubs). Gerade ältere Männer weisen im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen (Pensionierung, Krankheit, Tod von nahestehenden Personen) eine höhere Motivation auf, sich mit einem Thema wie Ernährung auseinanderzusetzen [241, 258–260].



Erfolgskriterien aus der Praxis

Allgemeine Erfolgskriterien in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Gruppen – also praxiserprobte Wege, um die genannten Ansätze noch wirksamer zu machen – finden sich in [Abschnitt 5.3](#).

8.5 Erfolgsfaktoren

Wirksame und nachhaltige Interventionen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung orientieren sich an den allgemeinen Leitlinien der Gesundheitsförderung. Dazu gehören insbesondere:

- der evidenzbasierte und klar aufgezeigte Nutzen für Stakeholder und Zielgruppe;
- das Empowerment von älteren Menschen;
- unterschiedliche methodische Ansätze, um der Diversität der Zielgruppe und ihres Alltags gerecht zu werden;
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen, der Zivilgesellschaft und dem persönlichen Umfeld von älteren Menschen;
- der aktive Einbezug älterer Menschen als besonderer Erfolgsfaktor von wirksamen Ernährungsinterventionen.



Zusammenarbeit in der Umsetzung

Hinweise auf wichtige Umsetzungs- und Ansprechpartnerinnen und -partner in der Praxis finden sich in [Abschnitt 3.6](#).

Gerade auch bei Ernährungsinterventionen ist die Freude ein entscheidender Erfolgsfaktor, denn Genuss und Freude beim Essen sind die beste Voraussetzung für eine bedarfsdeckende Ernährung [268]. Weil das Thema «Gesundheit» im Zusammenhang mit Ernährung bei vielen älteren Menschen weniger mit Genuss und eher mit Verzicht verbunden ist, gilt es, lustvolle Rezeptideen zu vermitteln und dafür zu sensibilisieren, dass auch gesundes Essen schmackhaft ist.

Weil sich Ernährungsgewohnheiten von älteren Menschen über einen langen Zeitraum entwickelt und etabliert haben, ist es ein langwieriger Prozess, unausgewogene Ernährungsweisen zu verändern. Ausserdem sehen ältere Menschen, die sich gegenwärtig gesund fühlen, oft wenig Grund zu einer Veränderung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Der Kommunikation und der Motivation kommt daher eine besondere Rolle zu: So kann es helfen, von «kleinen Anpassungen» in der Ernährung zu sprechen und insbesondere den Erhalt der Selbstständigkeit zu betonen und zu veranschaulichen, wie eine ausgewogene Ernährung dazu beiträgt. Analog zur Bewegungsförderung (siehe 7.5) spielen auch im Ernährungsbereich die individuellen Bedürfnisse und Ziele der älteren Menschen eine zentrale Rolle in der Verhaltensänderung. Was motiviert ältere Menschen, sich ausgewogener zu ernähren (z. B. Erhalt der Mobilität, Förderung der kognitiven Gesundheit, essen in einer geselligen Runde)? Diese Motive und unterschiedlichen Bedürfnisse gilt es – angesichts der sehr heterogenen Zielgruppe – aktiv zu erheben und ins Zentrum von Massnahmen zu stellen.



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Eine grosse Anzahl an Good-Practice-Beispielen zur Förderung der ausgewogenen Ernährung findet sich in der [Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz](#).



Weiterführende Informationen zum Thema Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Ernährungsempfehlungen:

- [Schweizer Ernährungsempfehlungen für ältere Erwachsene](#) (BLV)

Ernährungsverhalten:

- [Schweizerische Gesundheitsbefragung](#) (Personen ab 15 Jahren in einem Privathaushalt)
- Nationale Ernährungserhebung [menuCH](#) (Bevölkerung zwischen 18 und 75 Jahren)
- Europäische Studie [DO-HEALTH](#) (Menschen ab 70 Jahren, auch in der Schweiz)

Grundlagen und Hilfsmittel für Fachpersonen:

- Wissenschaftliche Informationen zur [«Ernährung im Alter»](#) (EEK, 2018)
- Broschüre [Förderung einer gesunden Ernährung bei älteren Menschen: Eine Anleitung für Gemeinden](#)

- Checkliste [Förderung einer gesunden Ernährung im Alter: Empfehlungen für Projektleitende zur Entwicklung von Kochinterventionen](#)

- Vortragsunterlagen, [Rohtexte sowie Podcasts zur Ernährung ab 60 Jahren](#) (SGE)
- Broschüre [Ernährung ab 60 Jahren](#) (8 Seiten)
- [Ernährung bei gesundheitlichen Problemen](#)

Tipps für die Bevölkerung:

- Broschüre für ältere Personen und Angehörige [«Gesund essen – fit bleiben»](#)
- Merkblatt [Ernährung ab 60 Jahren](#) (1 Seite)
- Broschüre [Mangelernährung trotz Überfluss?!](#)
- Rätselheft mit [Tipps zum Essen und Geniessen ab 60 Jahren](#)

9 Förderung der psychischen Gesundheit

Wie entsteht psychische Gesundheit? Was schützt und gefährdet die psychische Gesundheit von älteren Menschen? Warum lohnt sich die Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen – für die betroffenen Personen und für die ganze Gesellschaft? Und welche konkreten Massnahmen haben sich in der Praxis bewährt, um die psychische Gesundheit im Alter zu fördern? Diesen und weiteren Fragen widmet sich das folgende Kapitel.

9.1 Grundlagen und Definitionen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betonte bereits vor rund siebzig Jahren, dass die psychische Dimension ein integraler Teil von Gesundheit ist [304]. Tatsächlich gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit [305]. Angesichts von abnehmenden körperlichen und sozialen Ressourcen kommt der psychischen Gesundheit im Alter ein besonders hoher Stellenwert zu, weil sie den Umgang mit körperlichen und sozialen Einbussen und Verlusten erleichtert.

Psychische Gesundheit und psychische Krankheiten

Das Modell des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums von Antonovsky wird benutzt, um die fließenden Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit zu veranschaulichen. Das Zwei-Kontinua-Modell [307–309] bietet ein hilfreiches und ergänzendes Modell für die Förderung der psychischen Gesundheit [310]. Denn es zeigt, dass es sinnvoll ist, die **psychische Gesundheit unabhängig von einer allfälligen (chronischen) Erkrankung zu stärken**.

Die vertikale Achse des Modells (Abbildung 13) repräsentiert die Ausprägung der psychischen Gesundheit von hoch bis niedrig. Das heisst, das emotionale Wohlbefinden sowie die psychische und soziale Funktionsfähigkeit stehen im Vordergrund. Auf dieser Achse setzt die Gesundheitsförderung an. Die horizontale Achse dagegen stellt die psychische Krankheit mit Ausprägungen von hoch bis niedrig dar. Hier sind die psychischen Krankheits-

symptome im Fokus. Dank Gesundheitsförderung können Menschen mit oder ohne Erkrankungen an emotionalem Wohlbefinden und psychischer sowie sozialer Funktionsfähigkeit hinzugewinnen [310].

Wie psychische Gesundheit entsteht

Die psychische Gesundheit verändert sich das ganze Leben hindurch und ist damit eher ein Prozess als ein fixer Zustand. **Psychische Gesundheit** kann man sich **als eine Waage** vorstellen, **auf der sich Ressourcen und Belastungen gegenüberstehen** (siehe [311]).

In der einen Waagschale liegen Belastungen, die sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können. Der Einfluss von Belastungen auf die Gesundheit ist unter anderem von ihrer Intensität und Häufigkeit abhängig [312]. Nicht nur einschneidende Ereignisse können die psychische Gesundheit beeinflussen, sondern auch tägliche kleinere Belastungen.

In der anderen Waagschale liegen Ressourcen, die unsere Gesundheit stärken. Ressourcen tun uns gut und sie erlauben uns, Belastungen zu bewältigen und so deren negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit abzuschwächen oder sogar zu verhindern [313].



Definition 6

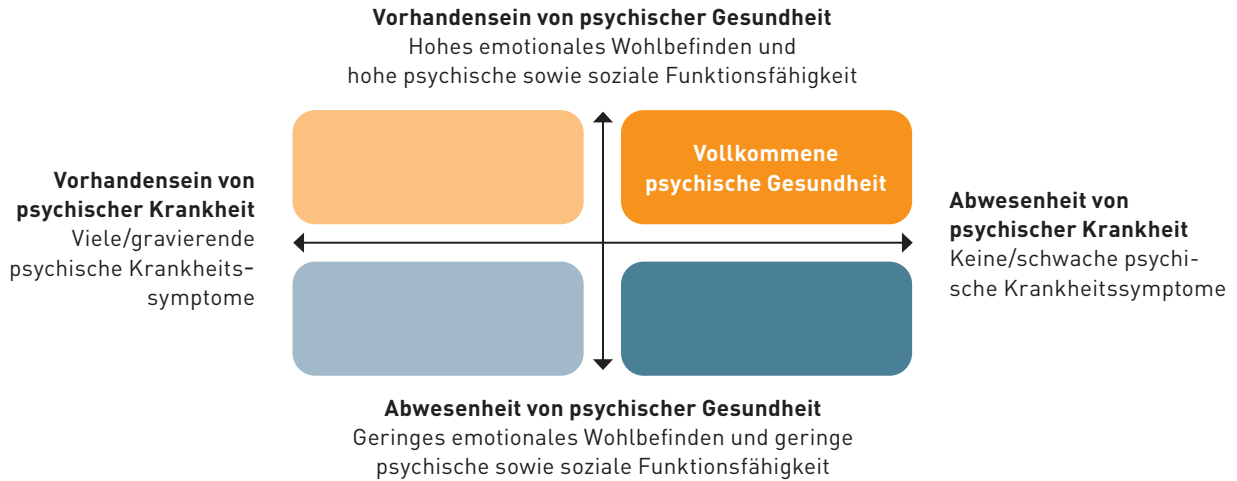
Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit ist vielschichtig und umfasst Aspekte wie Wohlbefinden, Optimismus, Sinnerleben, soziale Beziehungen, Alltagsbewältigung, Selbstwertgefühl und eine gefestigte Identität [65]. Psychische Gesundheit ist also nicht mit der blossen Abwesenheit von psychischen Erkrankungen gleichzusetzen.

Eine psychisch gesunde Person kann ihre kognitiven und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, alltägliche Lebensbelastungen und Veränderungen bewältigen und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen [306].

ABBILDUNG 13

Zwei-Kontinua-Modell psychischer Gesundheit



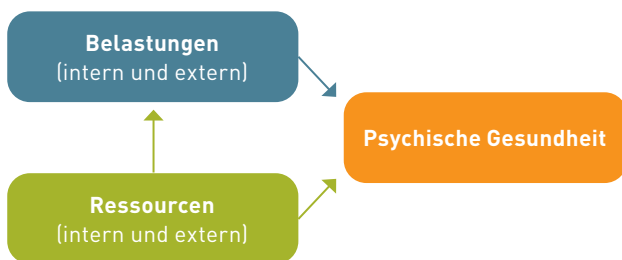
- Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden, ohne psychische Störung
- Personen mit hohem psychischem Wohlbefinden, mit diagnostizierbarer psychischer Störung
- Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, ohne psychische Störung
- Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden, mit diagnostizierbarer psychischer Störung

Quellen: Eigene Darstellung basierend auf [307–309]

Psychische Gesundheit entsteht, wenn sich Ressourcen und Belastungen im Gleichgewicht befinden oder die Ressourcen gesamthaft die Belastungen überwiegen [8, 311]. Das modifizierte Ressourcen-Belastungs-Modell (Abbildung 14) zeigt vereinfacht diese direkten und indirekten Wirkungen von Ressourcen und Belastungen auf die psychische Gesundheit auf.

ABBILDUNG 14

Modifiziertes Ressourcen-Belastungs-Modell



Quelle: [311]

Um die psychische Gesundheit zu fördern, sind folglich **Belastungen zu reduzieren** und vor allem **Ressourcen zu stärken**.

Ressourcen und Belastungen sind vielfältig und können auf körperlicher, psychischer, sozialer und physikalisch-materieller Ebene bestehen [8]. Wir unterscheiden deshalb zwischen internen Ressourcen und Belastungen (die in der Person selbst liegen) und externen Ressourcen und Belastungen (die durch das Umfeld einer Person bedingt sind).

Wichtige **Ressourcen** sind Lebenskompetenzen (wie Kommunikations- und Selbstreflexionsfähigkeiten), die Selbstwirksamkeitserwartung, soziale Unterstützung, Möglichkeiten für sinnstiftende Aktivitäten und ein differenziertes Altersbild in der Gesellschaft. Wesentliche **Belastungen** sind körperliche Faktoren (z.B. Hörbehinderung, chronische Schmerzen), Einsamkeit, die Betreuung von Angehörigen, infrastrukturelle Barrieren sowie kritische Lebensereignisse und biografische Übergänge (z.B. Pensionierung, Trennung oder Scheidung, Tod einer engen Bezugsperson).

9.2 Die psychische Gesundheit der älteren Menschen in der Schweiz

Einstellungen, Wissen und Verhalten

Im Jahr 2021 liess Gesundheitsförderung Schweiz eine [repräsentative Bevölkerungsbefragung](#) zum Thema der psychischen Gesundheitskompetenz durchführen. Aus diesen Daten lässt sich Folgendes für die älteren Menschen in der Schweiz herauslesen:

- **Hoher Stellenwert:** Die Pflege ihrer psychischen Gesundheit ist den älteren Menschen so wichtig wie keiner anderen Altersgruppe (insbesondere im Vergleich zu jenen der 15- bis 34- und der 35- bis 49-Jährigen) und sie tun öfter bewusst etwas für ihre psychische Gesundheit als jüngere Menschen.
- **Stärkere Hemmung, um Unterstützung zu fragen:** Im höheren Alter sind Entspannungsmomente, Selbstakzeptanz, Kontaktpflege, Neues lernen und kreativ sein sowie sich um andere kümmern beliebte Strategien, um die eigene psychische Gesundheit zu fördern. Im Vergleich zu jüngeren Gruppen geben ältere Menschen seltener an, dass es hilfreich sei, um Hilfe zu fragen und über eigene Gefühle zu sprechen. Sie sagen auch häufiger als jüngere Menschen, dass sie gar nicht wüssten, mit wem sie darüber sprechen können.
- **Durchschnittliches Wissen und höhere Stigmatisierung:** Mit Ausnahme von Online-Quellen geben ältere Menschen an, gut an Informationen zur Förderung der psychischen Gesundheit zu gelangen. Allerdings fällt ihnen häufiger als jüngeren Menschen das Verstehen dieser Informationen schwer. Das Wissen der älteren Menschen darüber, was man für die psychische Gesundheit tun kann, ist gut und vergleichbar mit demjenigen jüngerer Altersgruppen. Ältere Personen haben hingegen ein etwas tieferes Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen. Die Überzeugung, wonach eine psychische Erkrankung keine «echte» Krankheit sei, ist im höheren Alter weiter verbreitet.
- **Grosse sozial bedingte Unterschiede:** Männer und Personen aus der Migrationsbevölkerung kennen weniger Angebote zur Stärkung der psychischen Gesundheit als Frauen und Personen mit Schweizer Pass. Personen mit tiefem Bildungsniveau finden und verstehen Informa-

tionen zur psychischen Gesundheit weniger gut und beurteilen die Pflege der psychischen Gesundheit als weniger wichtig im Vergleich zu Menschen mit hoher Bildung. Auch Barrieren bei der Suche und Annahme von Hilfe (wie «andere nicht belasten wollen», «keine Lust, darüber zu sprechen», «Betroffenheit von einem psychischen Problem ist peinlich») sind stärker ausgeprägt bei hochaltrigen Menschen, Menschen mit tiefem Bildungsniveau und Menschen ohne Schweizer Pass, aber auch bei Männern mehr als bei Frauen.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Gesundheitsförderung im Alter? Die Förderung der psychischen Gesundheit unterstützt ältere Menschen bei einem Anliegen, das ihnen selbst sehr wichtig ist. Sie kann zudem darauf aufbauen, dass ältere Menschen häufig bereits bewusst etwas für die eigene psychische Gesundheit tun. Grundsätzlich beginnt die Förderung der psychischen Gesundheit nach wie vor mit Information. Doch nicht nur der Zugang zu Wissen, was man selbst tun kann und wo es Hilfe gibt, muss verstärkt werden, sondern insbesondere die zielgruppengerechten und niederschweligen Massnahmen müssen ausgebaut werden. Die Information sollte dabei über viele verschiedene Kanäle erfolgen und die Angebote sich auch gezielt an sozial benachteiligte Zielgruppen richten.

Verbreitung von Gesundheit und Krankheit

Über die gesamte ältere Bevölkerung hinweg betrachtet ist die psychische Gesundheit im Alter gut und in mancher Hinsicht sogar besser als im mittleren Erwachsenenalter. Dieses Phänomen wird als Paradoxon des Alters bezeichnet: Aufgrund von hohen Anpassungs- und Selbstregulationsleistungen (adaptivem Coping) nimmt das psychische Wohlbefinden im Alter trotz körperlicher und kognitiver Einbussen in der Regel nicht ab, sondern stabilisiert sich sogar auf höherem Niveau [314].

Die gute psychische Gesundheit von älteren Menschen, die in Privathaushalten leben, zeigt sich unter anderem an folgenden Indikatoren:

- **Lebensqualität:** Gut 92 % der Menschen ab 65 Jahren schätzen ihre Lebensqualität als (sehr) gut ein [310]. Damit geben ältere Menschen höhere Werte an als jüngere (mit Ausnahme der 15- bis 34-Jährigen, die ihre Lebensqualität noch höher einschätzen).

- **Energie und Vitalität:** Keine andere Altersgruppe fühlt sich so häufig voller Energie und Vitalität wie die 65- bis 74-Jährigen (gut 62% der Befragten). Erst ab 75 Jahren sinkt dieser Wert und liegt leicht unter dem Durchschnitt aller Altersgruppen [20].
- **Optimismus und Wohlbefinden:** Optimismus und Wohlbefinden steigen mit zunehmendem Alter an und sinken erst im hohen Alter. Zwischen 65 und 74 Jahren geben 72% hohe bis sehr hohe Werte für Optimismus und Wohlbefinden an. Ab 75 Jahren erfolgt ein Rückgang auf einen mittleren Wert von 55% [21].

Eine zentrale interne Ressource ist die Überzeugung, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können (internale Kontrollüberzeugung). Diese Ressource ist in keiner anderen Altersgruppe so stark ausgeprägt wie bei Personen im Pensionsalter [315].

Das Älterwerden ist also nicht generell mit mehr psychischen Erkrankungen verbunden, einzig hirnorganische Erkrankungen, insbesondere Demenzerkrankungen, nehmen mit steigendem Alter zu [316, 317]. Dennoch ist die psychische Belastung bei älteren Menschen nicht zu unterschätzen. Dabei gibt es Unterschiede nach Alter und Geschlecht: Über 75-Jährige berichten eine höhere Belastung als 65- bis 74-Jährige; Frauen eine höhere als Männer. Das ergibt ein Spektrum von 7,5% (Männer zwischen 65

und 74 Jahren) bis hin zu 17,3% (Frauen ab 75 Jahren), die eine mittlere bis hohe psychische Belastung berichten [31]. Eine mittlere bis hohe Belastung weist auf eine erhöhte bis sehr hohe Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung hin [310]. In der Schweiz sind im Alter die folgenden psychischen Erkrankungen und Beschwerden am weitesten verbreitet:

- Mittlere bis schwere **Depressionen** («major depressions») betreffen gut 3,2% der Menschen zwischen 65 und 74 Jahren. Ab 75 Jahren zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede: 3,8% der Männer und 6,7% der Frauen berichten im hohen Alter von Depressionen [310]. **Angsterkrankungen** (spezifische Phobien und generalisierte Angststörungen) sind ebenfalls verbreitet [318].
- Fast 6,5% der Menschen im Pensionsalter weisen einen **chronisch risikoreichen Alkoholkonsum** auf, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen [319]. Die Einnahme von **Medikamenten** wie Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln nimmt mit dem Alter stark zu [310].
- **Schlafstörungen** treten mit zunehmendem Alter häufiger auf und sind oft Folge, aber auch Ursache anderer Erkrankungen. 41% der Personen ab 65 Jahren leiden an schwachen bis starken Einschlaf- oder Durchschlafstörungen [320].

Psychische Erkrankungen, und insbesondere Depressionen, können auch zu **Suizidalität** führen. Vollendete Suizide häufen sich mit zunehmendem Alter, und insbesondere ältere, verwitwete Männer vollziehen überdurchschnittlich häufig Suizide. Ohne die begleiteten Suizide einzurechnen, ist die Suizidrate bei älteren Männern zweimal (65- bis 84-Jährige) bis viermal (ab 85 Jahren) höher als in der gesamten männlichen Bevölkerung [321, 322]. Schliesslich sind soziale Isolation und **Einsamkeit** im Alter wichtige psychosoziale Herausforderungen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Sie sind hinsichtlich der Morbidität und Mortalität so ungesund oder sogar noch ungesünder als andere, gut bekannte Risikofaktoren wie der Konsum von 15 Zigaretten pro Tag und Übergewicht [323–325]. Fast jede dritte Person (32%) im Pensionsalter gibt an, sich manchmal bis sehr häufig einsam zu fühlen [33].



Sozial bedingte Unterschiede in der psychischen Gesundheit

Bestimmte Personengruppen weisen ein höheres Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit auf als die Allgemeinbevölkerung. Dazu gehören Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, sozial benachteiligte Schichten der Migrationsbevölkerung, alleinstehende Personen, betreuende Angehörige und Mitglieder der LGBTIQ-Community. Frauen weisen im Vergleich zu Männern ebenfalls etwas häufiger eine schlechte psychische Gesundheit im Alter auf, insbesondere wenn sie in Armut oder sozialer Isolation leben [29, 101, 310].



Corona und psychische Gesundheit im Alter

Aus mehreren Befragungen geht hervor, dass sich ältere Menschen von Corona weniger belastet fühlen als jüngere Altersgruppen [412]. So geben die 65- bis 74-Jährigen – wie bereits vor Corona – auch während der Pandemie die höchste Lebenszufriedenheit aller Altersgruppen an (91% sind eher bis sehr zufrieden mit ihrem Leben) [413].

Während der Pandemie war in der gesamten Bevölkerung ein Anstieg von Einsamkeit zu verzeichnen, allerdings stärker bei jüngeren als bei älteren Menschen. Gleichwohl waren Einsamkeit und soziale Isolation in dieser Zeit auch im Alter ein grosses Problem. 30% der älteren Menschen gaben an, dass die Pflege von Beziehungen während des Lockdowns eine starke Herausforderung war [399]. Sozial isolierte ältere Menschen oder ältere Personen mit alltagsrelevanten Vorerkrankungen litten während der Pandemie noch verstärkt an Einsamkeit [414].

9.3 Warum lohnt sich die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter?

Psychische Gesundheit ist (auch) im Alter zentral

Die psychische Gesundheit wirkt sich im gesamten Lebensverlauf und gerade auch im Alter positiv auf Einzelpersonen und die Gesellschaft aus [326]. Eine gute psychische Gesundheit erlaubt unter anderem:

- das Alter wertzuschätzen und mit körperlichen Erkrankungen, Verlusten und der eigenen Endlichkeit umzugehen [314, 327];
- eine Reduktion von körperlichen Erkrankungen, da im höheren Lebensalter die körperliche und psychische Gesundheit besonders eng miteinander verbunden sind [305, 328];
- eine höhere Autonomie und Selbstständigkeit, denn psychische Erkrankungen bedeuten gerade im Alter eine grössere Hilflosigkeit und Abhängigkeit [318];
- die Auswirkungen von gesellschaftlichen Krisen wie der Covid-19-Pandemie zu bewältigen;
- sich für das persönliche Umfeld und die Gesellschaft einzusetzen (siehe Kapitel 4).

(Kosten-)Wirksamkeit auch im höheren Alter

Die psychische Gesundheit lässt sich auch im Alter nachweislich fördern. Auf Gemeindeebene können Gruppeninterventionen – beispielsweise zur Selbstreflexion und Stressbewältigung – die psychische Gesundheit älterer Menschen nachweislich erhalten und verbessern [329]. Die Förderung von sozialen Ressourcen wirkt sich nicht nur positiv auf das Wohlbefinden und auf affektive Erkrankungen aus, sie scheint zudem ein Schutzfaktor für die kognitive Gesundheit zu sein [330]. Auch psychische Erkrankungen lassen sich im Alter wirksam vermindern: Depressionen und Angststörungen können beispielsweise durch die Förderung eines gesunden und körperlich aktiven Lebensstils und durch Entspannungstrainings nachweislich positiv beeinflusst werden [331]. Schliesslich können sich auch einsame ältere Menschen durch entsprechende Interventionen von Einsamkeit «erholen» und ihr soziales Netzwerk wieder tragfähig machen [332]. Neben einem Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen geht die Förderung der psychischen Gesundheit im Alter mit einem beträchtlichen volkswirtschaftlichen Potenzial einher:

- Über alle Altersgruppen hinweg betrachtet verursachen psychische Erkrankungen hohe direkte Gesundheitskosten, die in der Schweiz zwischen 4 und 6,3 Milliarden Franken pro Jahr betragen [333]. Wenn psychische Erkrankungen verhindert werden oder sich deren Ausmass reduzieren lässt, sind deutlich tiefere Gesundheitsausgaben zu erwarten.
- So senkt beispielsweise die Förderung der sozialen Teilhabe die Beanspruchung von Gesundheitsdiensten [334, 335]. Eine Evaluation von Kunst-, Diskussions- und Bewegungsgruppen in Finnland hat gezeigt, dass diese Interventionen die Kosten für medizinische und soziale Leistungen um mehr als ein Drittel senkten [336].
- Eine psychisch gesunde Person ist länger zu einer selbstständigen Lebensführung fähig, wodurch Pflege- und Heimkosten eingespart werden. Oft ist Einsamkeit ein wichtiger Grund, in ein Pflegeheim zu übersiedeln, obwohl die betroffene Person noch selbstständig leben könnte.
- Psychisch gesunde ältere Menschen sind in der Lage, sich gesellschaftlich zu engagieren und vielfältige Beiträge zu leisten.

9.4 Förderung der psychischen Gesundheit im Alter

Was lässt sich tun, um die psychische Gesundheit von älteren Menschen zu fördern? Wo können wir ansetzen und wie können wir vorgehen?

Nationale [337] und internationale Grundlagen [338–343] formulieren generell die folgenden drei Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Empfehlung 1: Interne und externe Ressourcen stärken

Der Schwerpunkt von Massnahmen sollte auf Empowerment und Resilienz liegen, indem interne und externe Ressourcen gestärkt werden.

Interne Ressourcen (wie die Selbstwirksamkeit) und externe Ressourcen (wie die soziale Unterstützung) lassen sich nachweislich stärken durch die Förderung von Lebenskompetenzen (wie Kommunikationsfähigkeiten, Selbstreflexion und Emotionsregulation) und eines gesundheitsförderlichen Umfelds (wie verlässliche Bezugspersonen).

Empfehlung 2: Auf Zielgruppen fokussieren (insbesondere auf vulnerable Zielgruppen)

Grundsätzlich ist es bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen sinnvoll, vulnerable Zielgruppen prioritär zu berücksichtigen. Damit sind Gruppen gemeint, die besonders herausfordernden Bedingungen für die psychische Gesundheit ausgesetzt sind. Dazu gehören insbesondere Personen, die sozial benachteiligt sind. In den KAP wird ausserdem ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheit von betreuenden Angehörigen gelegt.

Empfehlung 3: Die Person in ihrem Umfeld berücksichtigen

Die psychische Gesundheit wird von persönlichen Faktoren und Umfeldfaktoren beeinflusst. Wegen des engen Zusammenspiels zwischen der Person und ihrem Lebensumfeld sind Massnahmen am erfolgreichsten, die Einstellungen und Lebensstile sowie die Lebensumstände älterer Personen gleichzeitig berücksichtigen und gesundheitsförderlich gestalten (Kombination von Verhaltens- und Verhältnisansatz).

Die Empfehlung 3 ist damit eine Art «Querschnittsempfehlung», die bei den Empfehlungen 1 und 2 zwingend zu berücksichtigen ist. Denn um interne und externe Ressourcen zu stärken, braucht es Massnahmen auf individueller Ebene (z.B. Förderung der Lebenskompetenzen) und auf der Ebene des Umfelds. Und um die Gesundheit von vulnerablen Gruppen zu stärken, müssen neben persönlichen Ressourcen (wie Gesundheitskompetenz) besonders auch gesundheitsförderliche Lebensbedingungen gestärkt werden.

Aufbauend auf diesen Empfehlungen werden im Folgenden **vier Wege zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter** vorgestellt:

- die Stärkung der Selbstwirksamkeit als interne Ressource in Verbindung mit der Stärkung der Lebenskompetenzen und einem förderlichen Umfeld (9.4.1),
- die Stärkung der sozialen Unterstützung als externe Ressource und wichtiges Element der sozialen Teilhabe (9.4.2),
- die Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen als einer vulnerablen Zielgruppe (9.4.3)
- und die chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit (9.4.4).



Weiterführende Informationen zum Thema psychische Gesundheit allgemein

Grundlagen und Hilfsmittel für Fachpersonen:

- Bericht [Psychische Gesundheit über die Lebensspanne](#)
- Faktenblatt 60: [Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann?](#)
- Infoblatt [10 Schritte für die psychische Gesundheit](#)
- BAG-Website zur [Förderung der psychischen Gesundheit](#)

Tipps und Empfehlungen für ältere Menschen:

- [10 Schritte für deine psychische Gesundheit](#)
- Kampagne [«Wie geht's dir?»](#) – Emotionen ABC
- Kampagne [«Santé Psy»](#)



Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz

Eine grosse Anzahl an Good-Practice-Beispielen zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter findet sich in der [Orientierungsliste](#) von Gesundheitsförderung Schweiz.



Zusammenarbeit in der Umsetzung

Hinweise auf wichtige Umsetzungs- und Ansprechpartnerinnen und -partner in der Praxis finden sich in [Abschnitt 3.6](#).

9.4.1 Stärkung der Selbstwirksamkeit¹⁰

Die Selbstwirksamkeit ist bei der Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen entscheidend. Sie beeinflusst auch, ob man neue Rollen im Leben annimmt oder neue Verhaltensweisen ausprobiert, umsetzt und aufrechterhält. Ausserdem ist die Selbstwirksamkeit wesentlich für die soziale Teilhabe (9.4.3). Sie beeinflusst, ob eine Person sich im gesellschaftlichen und sozialen Leben einbringt – und wird wiederum durch positive Erfahrungen der sozialen Teilhabe gestärkt. Die Selbstwirksamkeit ist darum eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit [337]. Für gesundheitsförderliches Verhalten ist sie überdies ein wichtiger Motivator (siehe [Kapitel 10](#)). So haben zum Beispiel ältere Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung ein höheres Wohlbefinden [344] und weniger Angst vor Stürzen [345, 346].

Ansätze zur Förderung der Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit kann bis ins hohe Alter gefördert werden. Die Gesundheitsförderung setzt dabei **auf zwei Ebenen an**: bei einem **förderlichen Umfeld**, das Wertschätzung und Handlungsspielraum bietet (siehe 9.4.2), und bei den **Lebenskompetenzen** [347].

Ein wertschätzendes Umfeld ist wichtig

Nach Bandura [348] gelingt es, die Selbstwirksamkeit über die folgenden vier Faktoren aufzubauen:

- 1) **Eigene Erfahrungen** und damit verbundene Erfolgserlebnisse – durch eigene Anstrengungen – sind besonders förderlich. Die Selbstwirksamkeit wird in diesem Sinne auch gestärkt durch die Möglichkeit, aktiv mitzubestimmen. Solche Gelegenheiten bieten sich zum Beispiel bei gesellschaftlichem Engagement (z. B. im Rahmen der Quartierentwicklung). Im Alter wird der Wunsch, etwas weitergeben zu können, wichtiger [85, 349]. Selbstwirksamkeit lässt sich fördern, wenn ältere Menschen ihr Wissen und ihre Erfahrungen teilen können. Dies kann zum Beispiel in generationenübergreifenden Projekten ermöglicht werden.
- 2) Die Selbstwirksamkeit kann auch in Gruppenangeboten zur Gesundheitsförderung durch die **Beobachtung** der anderen gestärkt werden. Der Effekt ist grösser, wenn die anderen ähnliche Voraussetzungen mitbringen (z. B. ähnliche Beweglichkeit oder Fitness).
- 3) Gruppenangebote eignen sich zudem für gegenseitigen **Zuspruch und Ermutigung**. Ein positives Altersbild kann hier unterstützend wirken: Es



Definition 7

Selbstwirksamkeit

Selbstwirksamkeit bezeichnet die Überzeugung, Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen ausführen zu können. Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit erleben und erwarten also, dass sie Handlungen dank eigener Fähigkeiten erfolgreich ausführen und auch schwierige Situationen bewältigen können [347].

Definition 8

Lebenskompetenzen

Der Begriff Lebenskompetenzen bezeichnet Fähigkeiten, mit denen Menschen Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich bewältigen [350].

¹⁰ Dieses Kapitel basiert wesentlich auf den Studien von Abderhalden et al. [347] und Jacobshagen [350], die im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz verfasst wurden.

ist förderlich, wenn Fachpersonen und Bezugspersonen der Person eine Aufgabe zutrauen und sie ermutigen, eine Herausforderung anzunehmen.

- 4) Mit dem Älterwerden verändern sich manche **körperlichen Reaktionen**. Es ist darum wichtig, dass ältere Personen ihre körperlichen Reaktionen richtig interpretieren. Beispielsweise sollen sie wahrnehmen, dass bei Bewegung das Herz schneller schlägt, weil es gut arbeitet, oder dass ein Muskelkater zeigen kann, dass man etwas geleistet hat – und dass dies keine Zeichen von Schwäche oder Krankheit sein müssen.

Diese Faktoren können in allen Angeboten gestärkt werden, das heisst, alle bieten die Gelegenheit, die Selbstwirksamkeit von älteren Menschen gezielt zu fördern.



Weiterführende Informationen zum Thema Selbstwirksamkeit

- Video: [Was ist Selbstwirksamkeit und wie wird sie gefördert?](#)
- Video: [Wie wird die Selbstwirksamkeit bei älteren Menschen gestärkt?](#)
- [Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen](#)

Im Alter wichtige Lebenskompetenzen

Gemäss Forschung und Praxis sind im Alter prioritär Kompetenzen zu fördern, die dem Lernen, dem persönlichen Wachstum, der Entscheidungsfindung sowie dem Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen dienen.

Gesundheitsförderung Schweiz empfiehlt – im Einklang mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – bei älteren Menschen konkret eine Stärkung der in **Tabelle 7** genannten Lebenskompetenzen.

TABELLE 7

Die sechs Lebenskompetenzen des Alters

	Lebenskompetent im Alter ist also, wer
1. Kommunikationsfähigkeiten	• wirkungsvoll kommunizieren kann,
2. Emotionsregulation	• seine Gefühle positiv und aktiv beeinflussen kann,
3. Selbstreflexion	• sich selbst kennt und mag,
4. Soziale Kompetenzen	• Beziehungen aufbauen und positiv gestalten kann,
5. Stressbewältigung	• Stress zu bewältigen vermag und
6. Entscheidungen treffen	• selbstbestimmt Entscheidungen trifft.

Quellen: [329, 350]

Interventionen zur Förderung der Lebenskompetenzen im Alter im wertschätzenden Umfeld

Für das Erlernen und Entwickeln von Lebenskompetenzen gibt es keine Altersgrenze; sie lassen sich bis ins hohe Alter weiter entwickeln und stärken [350]. Am **Beispiel der Selbstreflexion** wird im Folgenden illustriert, wie sich eine Lebenskompetenz fördern lässt.

Unter Selbstreflexion wird die Fähigkeit verstanden, sich selbst zu kennen und zu mögen, Erlebnisse einzuordnen und dem Erlebten einen Sinn zu geben. Im Alter ist diese Lebenskompetenz besonders gefordert, weil identitätsstiftende Rollen infolge Pensionierung oder Verwitwung wegfallen oder weil der Verlust geistiger und körperlicher Fähigkeiten die Freiräume und Perspektiven einschränkt. Auch die Nähe zum eigenen Tod erfordert das Nachdenken über sich und sein Leben.

Interventionen zur Stärkung der Selbstreflexion bei älteren Menschen fördern insbesondere die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und dem persönlichen Altersbild.

Die Lebenszufriedenheit im Alter hängt oft mit der erfolgreichen Bewältigung von Krisen in früheren Lebensphasen zusammen. Dabei hilft die **Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte**, im Sinne des Akzeptierens von Gelebtem und Nichtgelebtem.



In der Schweiz tauschen sich ältere Menschen zum Beispiel in [Erzählcafés](#) zu ihren Erinnerungen an Familienfeste, den ersten Schultag und andere Themen aus. Damit üben und stärken sie nicht nur ihre Selbstreflexion, sondern erfahren auch Wertschätzung des Erlebten durch die anderen Teilnehmenden. Dieses Zusammenspiel von Person und Umfeld stärkt die Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung.



Weiterführende Informationen zum Thema Lebenskompetenzen

In der [Broschüre](#) und dem [Arbeitspapier](#) zu den Lebenskompetenzen werden alle sechs im Alter relevanten Lebenskompetenzen vorgestellt und konkrete Interventionen zu ihrer Förderung genannt.

Eigene und gesellschaftliche Altersbilder können das psychische Wohlbefinden entscheidend beeinflussen. Eine differenzierte Betrachtungsweise, die sowohl positive als auch negative Aspekte des Alters anerkennt, also Potenziale und Herausforderungen sieht, fehlt jedoch oft.

Eine beliebte Art, die Reflexion von eigenen Altersbildern anzuregen, sind offene Gesprächsgruppen über philosophische Gedanken zum Älterwerden wie zum Beispiel das [Café Dialogue](#).

Diese Gruppenangebote haben einen besonderen Wert, weil gleichzeitig neue Beziehungen entstehen können. Wirksam sind insbesondere regelmässige und langfristige Gruppenaktivitäten mit aktiver Beteiligung der Teilnehmenden [38, 335, 351, 352].

9.4.2 Stärkung der sozialen Unterstützung im Kontext der sozialen Teilhabe

Menschen sind soziale Wesen. Die sozialen Beziehungen, die wir zu anderen Menschen pflegen, machen es möglich, dass wir die Unterstützung bekommen, die wir brauchen. Wenn wir weniger vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen haben, als wir uns wünschen, dann hat dies erhebliche Auswirkungen auf unsere Gesundheit [323–325]. Die soziale Unterstützung ist darum eine zentrale Ressource für die psychische Gesundheit [337]. In der psychologischen Fachsprache ist die soziale Unterstützung Teil der sozialen Ressourcen und

Definition 9

Soziale Teilhabe

Soziale Teilhabe umfasst zwei Elemente: erstens die Integration in vertrauensvolle Beziehungsnetze, die **soziale Unterstützung** bieten und damit eine gesundheitsschützende Qualität aufweisen; zweitens die **Teilnahme am gesellschaftlichen Leben** im näheren und weiteren Umfeld, das (zivil)gesellschaftliche Engagement sowie die Mitgestaltung und Mitbestimmung des eigenen alltäglichen Lebensumfelds.

Definition 10

Soziale Unterstützung

Unter sozialer Unterstützung verstehen wir die Vermittlung von Hilfe, Wertschätzung und Information zwischen Menschen. Soziale Unterstützung kann in unterschiedlicher Form erfolgen [353]:

- *instrumentell* (z. B. praktische Hilfeleistungen wie Einkaufen),
- *emotional* (z. B. Trost, Wertschätzung, Aufmunterung),
- *informationell* (z. B. Hinweise auf Hilfsangebote und Wege zur Problemlösung),
- *evaluativ* (z. B. Feedback zu Verhalten).

vermittelt Hilfe in einem sozialen Netz. Das soziale Netz ist der psychischen Gesundheit dienlich, wenn soziale Beziehungen von guter Qualität sind und eine Balance zwischen Geben und Annehmen von Unterstützung besteht (Reziprozität) [353, 354].

Im Zusammenhang mit älteren Menschen wird oft von der Förderung sozialer Teilhabe gesprochen (siehe [Definition 9](#)). Diese ist in jedem Lebensalter wesentlich, im höheren und hohen Alter kommt ihr zusätzliches Gewicht zu. Denn die für das Alter typischen kritischen Lebensereignisse – wie Pensionierung, Scheidung oder Verwitwung, die Pflege von Angehörigen oder eigene Erkrankungen – bergen das Risiko, zu Einsamkeit und einem Rückzug aus der Gesellschaft zu führen [8, 37].

Allein und einsam sein ist nicht dasselbe

Kaum soziale Kontakte zu haben, ist nicht zwangsläufig problematisch: Einerseits fühlen sich Menschen, die oft allein sind und allein sein möchten, nicht zwingend einsam. Andererseits kann man sich auch umgeben von Menschen einsam fühlen.

Wir unterscheiden also **das neutral empfundene und manchmal sogar selbstgewählte «Alleinsein»**, das mit einem objektiven Fehlen von sozialen Beziehungen einhergeht (soziale Isolation), von der **subjektiv empfundenen, ungewollten Einsamkeit**, die sowohl bei Vorliegen als auch Fehlen von Sozialkontakten auftreten kann. Kurz gesagt bedeutet Einsamkeit, weniger vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen zu haben als gewünscht. Die objektive soziale Isolation und die subjektiven Einsamkeitsgefühle korrelieren stark, aber sie hängen nicht zwingend zusammen. Betroffene empfinden Einsamkeit nicht selten als Makel und als persönliches Versagen in zwischenmenschlichen Beziehungen [355]. Für einsame ältere Menschen ist es folglich nicht immer einfach, ihre Einsamkeit zu artikulieren und Hilfe zu suchen. Interventionen erfordern deshalb **Fingerspitzengefühl** und das **Wissen, welche Barrieren die Annahme von Unterstützung erschweren** (z. B. «andere nicht belasten wollen»).



Wer besonders von Einsamkeit betroffen ist

Bei der Förderung der sozialen Unterstützung sind insbesondere folgende Gruppen zu berücksichtigen [38, 356]:

- Verwitwete, Getrennte/Geschiedene und Alleinwohnende
- Frisch Pensionierte
- Menschen mit geringen finanziellen Mitteln
- Menschen mit tiefer Bildung
- Ältere Frauen
- Betreuende Angehörige
- Zuhause lebende Pflegeabhängige
- Menschen mit Einschränkungen der Mobilität, des Sehens, des Hörens
- Menschen mit psychischer Erkrankung
- Benachteiligte Schichten der Migrationsbevölkerung



Quellen

Die folgenden Empfehlungen fassen Erkenntnisse aus nationalen [8, 353, 355, 375, 415] und internationalen [416, 417] Grundlagen zusammen.

Ansätze zur Förderung der sozialen Unterstützung

Für die Praxis ist es entscheidend, sowohl die Ebene des Individuums als auch jene des Umfelds zu berücksichtigen.

- **Auf individueller Ebene:** Lebenskompetenzen wie Beziehungsfähigkeit und Kommunikationsfertigkeiten sind wichtig, um sich gesellschaftlich einbringen zu können, soziale Netze zu pflegen sowie soziale Unterstützung zu geben und anzunehmen. Die Förderung von Lebenskompetenzen trägt daher zur Stärkung sowohl der sozialen Unterstützung wie auch anderer Aspekte der sozialen Teilhabe bei (siehe 9.4.1).
- **Auf Ebene des Umfelds:** Hier geht es zum einen darum, dass vertrauensvolle Bezugspersonen zur Verfügung stehen und Menschen sich wertschätzend begegnen. Zum anderen braucht es auch Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (siehe Definition 9). Dazu gehören Strukturen (wie Treffpunkte), Nachbarschaftshilfen, Partizipationsprozesse in der Gemeinde und Gelegenheiten zum Engagement und zur Mitgestaltung.

Die eine Ebene funktioniert nicht ohne die andere:

Wo ein förderliches Umfeld besteht, ermöglichen es Angebote zur Stärkung der Lebenskompetenzen, Menschen zu erreichen, die (noch) nicht teilhaben können und die gestärkt werden sollen für den Aufbau sozialer Beziehungen oder das zivilgesellschaftliche Engagement. Menschen mit ausgeprägten Lebenskompetenzen brauchen wiederum ein Umfeld, das soziale Beziehungen, Wertschätzung, Engagement und Mitgestaltung ermöglicht – ohne ein solches Umfeld sind auch sie von sozialer Isolation bedroht.

Lebenskompetenzen ermöglichen die soziale Unterstützung

In Abschnitt 9.4.1 sind die wichtigsten Lebenskompetenzen im Alter erwähnt, die auch für die Förderung der sozialen Unterstützung wichtig sind.

Für Menschen mit Schwierigkeiten, Beziehungen zu pflegen oder aufzubauen, sind gezieltere Angebote und auch intensivere Trainings sinnvoll. Im Anhang der Broschüre «[Lebenskompetenzen im Alter](#)» finden sich Beispiele für Trainings im Zusammenhang mit Hör- und Sehverminderung sowie Workshops, die die sozialen Kompetenzen beispielsweise durch [moderierte Begegnungen](#) fördern. Neuere Online-Angebote wie [LeaveLone](#) sind im Aufbau.

Vertrauensvolle Beziehungen sind wichtig

Um die soziale Unterstützung zu fördern, muss ein Umfeld Gelegenheiten bieten, Beziehungen zu pflegen. Die Qualität steht vor der Quantität und wird von den älteren Menschen auch entsprechend priorisiert [35, 356]. Es reicht nicht, «nur» soziale Kontakte zu ermöglichen (soziale Integration), sondern es sollte eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden können.

Vertrauensvolle Beziehungen können über **lokale Gemeinschaften** gestärkt und aufgebaut werden. Folgende Massnahmen haben sich bewährt:

- Selbsthilfenetzwerke und andere **Caring Communities**, die ein zivilgesellschaftliches Engagement mit einem Fokus des «gegenseitigen Sich-Kümmerns» haben,
- der Aufbau von gemeinsamen, selbstorganisierten Tischrunden wie «**Tavolata**» und «**Tables conviviales**».

Niederschwelligere Kontaktangebote wie die Angebote von «**malreden**» des Vereins Silbernetz Schweiz oder Telefonketten von Pro Senectute Schweiz ermöglichen es, erste Schritte hin zu mehr Kontakten zu machen.

Andere Politikbereiche motivieren, ein förderliches Umfeld zu schaffen

Für ein förderliches Umfeld braucht es auf **materieller Ebene** entsprechend gestaltete Quartiere, in denen sich ältere Personen bewegen und aufhalten können, in denen Begegnungen stattfinden und soziale Kontakte gepflegt werden können. Hier sind **Politikbereiche ohne direkte Aufgaben in der Gesundheitsförderung in der Verantwortung**. In der Alterspolitik spannen bereits viele Gemeinden mit den Bereichen Raumplanung, Verkehr, Sicherheit, Kultur oder Liegenschaften zusammen und ermöglichen damit:

- **Quartierbegehungen**, die eine bewährte Möglichkeit sind zur partizipativen Quartierentwicklung mit älteren Personen (z. B. bei www.altersfreundliche-gemeinde.ch),
- das Schaffen von **Treffpunkten** drinnen und draussen, wo Aktivitäten stattfinden, und soziale Kontakte gepflegt werden können (z. B. Hopp-la),

- niederschwelligen und **kostenlosen Zugang** zu Kultur- und Freizeitangeboten und ein aktives Quartier-/Dorfleben in den Gemeinden, wovon gerade armutsbetroffene Menschen besonders profitieren.

Auf **struktureller Ebene** ist die **kleinräumige Vernetzung und Koordination** sämtlicher Institutionen im Bereich «Alter und Gesundheit» wertvoll. Damit kann auch die grosse Herausforderung angegangen werden, die einsamen oder von Einsamkeit bedrohten Personen überhaupt zu erreichen [334]. Eine bewährte Möglichkeit ist, sie **über vielfältige Berufsgruppen, Institutionen und Privatpersonen anzusprechen** (wie Hausärztinnen und Hausärzte, Spitex, familiäres oder nachbarschaftliches Umfeld, Kirchen, Migrationsvereine und Seniorentreffpunkte) und mit Angeboten vertraut zu machen. Ein förderliches soziales Umfeld zeigt sich unter anderem an persönlichen und aufsuchenden Kontakten, dank denen zurückgezogen lebende oder in die Pflege eines Angehörigen eingebundene Menschen besser erreicht werden.

(Zivil)gesellschaftliches Engagement und Mitbestimmung fördern

Die Förderung von Möglichkeiten zum (zivil)gesellschaftlichen Engagement und zur Freiwilligenarbeit für ältere Menschen dient der **Sinnstiftung**, dem **Selbstwirksamkeitserleben**, der **sozialen Integration** durch die Bildung neuer Kontakte sowie der **Unterstützung von besonders vulnerablen Gruppen**. Für die psychische Gesundheit ist es auch im (zivil)gesellschaftlichen Engagement und der Freiwilligenarbeit wesentlich, den Aufbau **vertrauensvoller Beziehungen** sowie ein **Geben und Nehmen** zu ermöglichen¹¹. Reine (kostenlose) Dienstleistungen zu geben oder zu empfangen, stärkt die psychische Gesundheit nicht. Ältere Menschen müssen die Möglichkeit haben, sich aktiv einzubringen, mitzubestimmen und vertrauensvolle Beziehungen zu pflegen. Das stärkt die Selbstwirksamkeit und die soziale Unterstützung.

Zu beachten: Auf Seiten der Freiwilligen sind deren Bedürfnisse im Hinblick auf Dauer, Tätigkeit, **Selbstbestimmung und Handlungsspielraum** zu berücksichtigen.

¹¹ Das Projekt «**geben&annehmen**» bietet Instrumente und Tipps, wie das Geben und Annehmen von Unterstützung gefördert werden kann.

sichtigen. Beiträge von älteren Menschen sind anzuerkennen (z. B. durch eine öffentliche Würdigung). **Wertschätzung, Mitbestimmung** und ein differenziertes Altersbild sind zentral.

In der Schweiz haben sich die Projekte «Vicino» in Luzern oder «Quartiers solidaires» im Kanton Waadt bewährt. Weitere gute Beispiele finden sich im [Netzwerk Caring Communities](#) und in der Orientierungsliste von Gesundheitsförderung Schweiz. In Österreich wurde 2021 der Leitfaden «[Neue Bilder des Alter\(n\)s. Wertschätzend über das Alter\(n\) kommunizieren](#)» mit Tipps und Beispielen veröffentlicht, der verschiedene Aspekte rund um ein differenziertes Altersbild praxisorientiert zusammenfasst.



Weiterführende Informationen zu den Themen soziale Unterstützung und soziale Teilhabe

Grundlagen und Hilfsmittel für Fachpersonen:

- Broschüre: [Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität](#)
- Faktenblatt 63: [Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote](#)
- Planungsleitfaden [Förderung der sozialen Teilhabe im Alter in Gemeinden](#)

Tipps und Empfehlungen für ältere Menschen:

- Dokumentarfilm und Broschüre für ältere Menschen zum Thema «[Einsamkeit hat viele Gesichter](#)» und Einzelporträts

9.4.3 Förderung der psychischen Gesundheit betreuender Angehöriger¹²

Neben den professionellen Anbieterinnen und Anbietern für Pflege und Betreuung zuhause leisten betreuende Angehörige einen wesentlichen Teil der sogenannten Care-Arbeit. Betreuende Angehörige ermöglichen unter anderem die selbstbestimmte Lebensführung und die soziale Teilhabe, bieten emotionale Unterstützung, stärken das psychosoziale Wohlbefinden und helfen dabei, Sicherheit im Alltag zu finden [357].

Unverzichtbar und besonderen Herausforderungen ausgesetzt

Das Engagement von betreuenden Angehörigen ist in vielerlei Hinsicht wertvoll und nicht wegzudenken.

- **Für die betreute Person:** Betreuende Angehörige ermöglichen mit ihrem Einsatz, dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen so lange wie möglich zuhause leben können. Dies entspricht oft einem grossen Wunsch der unterstützten Person.
- **Für die betreuende Person selbst:** Viele Angehörige verstehen die Betreuung oder Pflege als sinngebende Tätigkeit, die sie – neben den Gefühlen der Verpflichtung und der Notwendigkeit – hauptsächlich aus Liebe tun und weil es ihnen ein «gutes Gefühl» gibt [358]. Betreuende Angehörige erachten es zudem als positiv, Neues dabei zu lernen und ein gestärktes Selbstwertgefühl zu haben [48].
- **Für die Gesellschaft:** In der Schweiz leisten Angehörige jährlich über 80 Millionen Stunden unbezahlte Arbeit mit einem monetären Wert von mehr als 3,7 Milliarden Franken [48]. Etwa 600 000 Angehörige unterstützen, betreuen und pflegen ihnen nahestehende Personen und tragen somit wesentlich dazu bei, vorzeitige – und kostspielige – Heimeintritte zu vermeiden [48].



Definition 11

Betreuende Angehörige

Betreuende Angehörige sind Menschen aller Altersstufen, die für ein unterstützungsbedürftiges Familienmitglied Betreuungs- und Pflegeaufgaben übernehmen. Sie übernehmen verschiedene Betreuungsaufgaben zur Bewältigung des Alltags der betreuten Person (z. B. soziale Unterstützung, Haushaltsführung, Administration, Fahrdienste) und/oder Pflegeaufgaben (z. B. Hilfe bei Pflegeaufgaben in Ergänzung zu professionellen Diensten). Personen im Alter von 50 bis 65 Jahren sind am häufigsten in der Angehörigenbetreuung engagiert [48].

¹² Dieses Kapitel basiert wesentlich auf folgender Studie von Gesundheitsförderung Schweiz: [360].

Gerade während der Covid-19-Pandemie wurde sicht- und spürbar, wie entscheidend und intensiv die Unterstützung durch betreuende Angehörige ist. In der Sprache der Pandemie ausgedrückt: Die Leistungen von betreuenden Angehörigen sind systemrelevant.

Gleichzeitig sind betreuende Angehörige besonders herausfordernden Bedingungen für die psychische und körperliche Gesundheit ausgesetzt. Etwa 44% der Angehörigen sind aufgrund der Betreuungsaufgaben in mindestens einem Bereich (finanziell, psychisch oder physisch) belastet [48]. Besonders vulnerabel sind [48]:

- Angehörige über 80 Jahre, die mit hoher Intensität über längere Zeit betreuen,
- Angehörige, die Personen mit einer psychischen Erkrankung betreuen,
- Angehörige, deren Belastung nicht direkt mit der Betreuungssituation zusammenhängt (z. B. eigene Gesundheitsprobleme oder Migrationsstatus).

Eine lang andauernde – emotionale, soziale und körperliche – Belastung kann zu Erschöpfung und zu psychischen und/oder körperlichen Erkrankungen führen [359]. Ein grosses Problem ist: Betreuende Angehörige nehmen oft erst zu spät externe Hilfe an [48].



Tabuthema Gewalt im Alter

Betagtenbeziehungen gehören zu den wichtigen Beziehungskonstellationen bei häuslicher Gewalt [418]. Die Gewalt kann sowohl von der betreuenden als auch von der unterstützten Person ausgehen.

Sie kann auf der körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene erfolgen. Psychische Gewalt kommt häufiger vor als körperliche. Soziale Gewalt umfasst Einschränkungen wie Bevormundung sowie Verbot oder strenge Kontrolle von Sozialkontakten. Viele Betroffene behalten Vorfälle aus Scham und Schuldgefühlen für sich.

Gewalt ist häufig eine Folge der psychischen Überlastung. Es ist deshalb wichtig, die internen und externen Ressourcen von betreuenden und betreuten Personen zu stärken, damit sie mit Belastungen umgehen können.

Wenn betreuende Angehörige wegen ihres Engagements selbst krank werden, endet dies oft damit, dass die betreute Person in ein Heim eingewiesen werden muss – mit gravierenden Folgen für alle Beteiligten. Auch das Gesundheitswesen gerät in Form von Versorgungsengpässen und hohen Kosten unter Druck. Deshalb ist es für Kantone und Gemeinden entscheidend, frühzeitig in die Gesundheit von betreuenden Angehörigen zu investieren und Massnahmen zu etablieren, die sie entlasten und ihre Ressourcen stärken.

Interventionsmöglichkeiten

Um zu verhindern, dass ältere Menschen durch die Angehörigenbetreuung ihre eigene Gesundheit gefährden, gilt es Angehörige nicht nur «zu entlasten», sondern auch ihre Gesundheit gezielt zu fördern [360]. Das bedeutet, die Ressourcen der betreuenden Angehörigen zu stärken, Belastungen abzubauen und so ihre psychische und körperliche Gesundheit zu fördern.

Die psychische Gesundheit von betreuenden Angehörigen lässt sich auf allen vier KAP-Ebenen fördern, wobei sich die Massnahmen auf den einzelnen Ebenen – wie immer – gegenseitig verstärken. Im Folgenden werden Empfehlungen und Handlungsfelder für alle KAP-Ebenen kurz aufgezeigt.

Auf Ebene der **Interventionen** liegt der Fokus auf der Stärkung der Ressourcen von betreuenden Angehörigen – zum Beispiel der Selbstwirksamkeit und der sozialen Unterstützung (siehe 9.4.1 und 9.4.2). Das [Projekt AEMMA](#) der Fachhochschule Fribourg bietet beispielsweise ein wirksames Programm zur Stärkung betreuender Angehöriger, das im Gruppensetting durchgeführt wird. Auch Pro Senectute Schweiz engagiert sich gemeinsam mit kantonalen Pro-Senectute-Organisationen für die Stärkung betreuender Angehöriger (z. B. durch [Coaching betreuender Angehöriger](#)).

Viele betreuende Angehörige sind durch ihre Betreuungsaufgaben ans Haus gebunden. Deshalb eignen sich die aufsuchende Arbeit zur Einschätzung der Situation vor Ort (wie beispielsweise beim [Projekt Ponte](#)) sowie beziehungsgeleitete Kontakte und individualisierte (und zunehmend digitale) Angebote, um sie zu erreichen.

Zudem können Kantone auf Informationsplattformen hinweisen, die für die Herausforderung der Betreuung sensibilisieren und Entlastungsangebote

nach Regionen aufzeigen. In der Schweiz hat beispielsweise das SRK eine solche [Informationsplattform](#) für Angehörige entwickelt.

Auf den Ebenen **Vernetzung** und **Policy** ist den folgenden Handlungsfeldern besonderes Gewicht beizumessen:

- Nachhaltige Finanzierungslösungen für Angebote zur Entlastung und Gesundheitsförderung
- Niederschwelliger, chancengleicher Zugang zu Angeboten
- Sensibilisierung von Fachleuten
- Rollenklärung der zahlreichen Akteurinnen und Akteure
- Übersicht über bestehende Angebote für betreuende Angehörige
- Aufklärung zu den neuen [gesetzlichen Rahmenbedingungen](#)



Weiterführende Informationen zur Zielgruppe betreuende Angehörige

Grundlagen und Hilfsmittel für Fachpersonen:

- [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter](#)
- [Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Modelle guter Praxis](#)
- [Sammlung von kommunikativen Hilfsmitteln zur Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen](#)
- Faktenblatt 64: [Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen – Evaluation](#)
- BAG-Broschüre [Selbstmanagement-Förderung bei betreuenden Angehörigen](#)
- [BAG-Förderprogramm Entlastungsangebote für betreuende Angehörige](#)

Tipps und Empfehlungen für ältere Menschen:

- Broschüre [«Mir selber und anderen Gutes tun»](#)

Auch auf Ebene der **Öffentlichkeitsarbeit** lässt sich viel für die psychische Gesundheit der betreuenden Angehörigen tun. Die folgenden Handlungsfelder sind empfehlenswert:

- Positive und realistische Bilder von betreuenden Angehörigen vermitteln, die sich engagieren, aber auch ohne Scham Unterstützung suchen und annehmen.
- Diversitätsgerechte Öffentlichkeitsarbeit, um betreuende Angehörige aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen ansprechen.
- Sensibilisierung der Betroffenen, ihres sozialen Umfelds und der gesamten Bevölkerung.
- Peer-Ansatz in der Öffentlichkeitsarbeit, das heisst, betreuende Angehörige selbst in die Sensibilisierungs- und Öffentlichkeitsarbeit einbinden; dafür eignet sich zum Beispiel der «Tag der betreuenden Angehörigen» am 30. Oktober.

9.4.4 Chancengerechte Förderung der psychischen Gesundheit

Ressourcen und Belastungen sind nicht gleichmässig in der Bevölkerung verteilt, sondern massgeblich geprägt von sozialen Merkmalen und Lebensbedingungen (siehe 9.2). Um gleiche Chancen zu fördern, sind die persönlichen Ressourcen von Einzelpersonen zu stärken *und* die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für alle zu verbessern.

Manche der folgenden Massnahmen können von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention selbst umgesetzt werden. Viele Massnahmen liegen hingegen im Einflussbereich von anderen Politikbereichen. Die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung können diese



Quelle

Die folgenden Empfehlungen wurden dem Bericht «Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz» entnommen [29]. In diesem Bericht finden sich aktuelle evidenzbasierte Interventionsansätze und Erfolgskriterien von Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit.

Politikbereiche aber auf ungleiche Gesundheitschancen hinweisen und für ihren Beitrag zur Förderung der psychischen Gesundheit von sozial benachteiligten Menschen sensibilisieren (multi-sektorale Zusammenarbeit und Agenda-Setting, beispielsweise in departementsübergreifenden Arbeitsgruppen, Vernehmlassungsverfahren usw.).

Armutsbetroffene Menschen leiden häufiger an einer psychischen Erkrankung oder an Einsamkeitsgefühlen. Dabei gilt «Krankheit macht arm», aber noch bedeutender ist der Zusammenhang «Armut macht krank» [310]. Der **Armutsabbau** gilt deshalb als eine wichtige Massnahme ausserhalb der Gesundheitsförderung im engeren Sinn, um die psychische Gesundheit von Menschen mit tiefem SES zu fördern und psychischen Erkrankungen vorzubeugen [361, 362].

Die **Verbesserung der Wohnsituation** gehört zu den am besten belegten Ansätzen zur chancengerechten Förderung der psychischen Gesundheit [361]. Dabei sind unterschiedliche Massnahmen wirksam, wie die stärkere soziale Durchmischung in Quartieren und die Sanierung von Wohnungen in benachteiligten Gegenden (ohne Mietaufschlag).

Die **Förderung von Strukturen, welche die soziale (Re-)Integration von benachteiligten Personen begünstigen**, trägt ebenfalls nachweislich zur Erhöhung der psychischen Gesundheit bei [361]. Mit Blick auf die begrenzten finanziellen Möglichkeiten bewähren sich Begegnungsorte ohne Konsumzwang und kostenlose Freizeitangebote.

Sozial Benachteiligte erleben nach wie vor Schwierigkeiten beim Zugang zu gesundheitlichen Dienstleistungen. So wirkt sich beispielsweise eine tiefe Bildung – die zu den wichtigsten Risikofaktoren für eine schlechte psychische Gesundheit gehört – nicht nur auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen und das Gesundheitsverhalten aus, sondern auch auf die Gesundheitskompetenz und die Orientierung im Gesundheitssystem [310]. Die **Erleichterung des Zugangs zur Gesundheitsförderung und zu Gesundheitsinformationen** verbessert deshalb auch die psychische Gesundheit [361]. Dabei helfen die Zusammenarbeit mit einflussreichen Peers und Vertrauenspersonen sowie adressatengerechte Angebote (konkret, auf Bedürfnisse eingehend, Vorurteile gegenüber dem Regelsystem berücksichtigend) [361].

Menschen mit Migrationshintergrund leiden in allen Altersgruppen häufiger an psychischen Beschwerden wie Schlafstörungen, hoher psychischer Belastung und Depressionen [100]. Das kann einerseits auf psychosoziale Belastungen durch die Migration und Diskriminierung zurückgeführt werden, andererseits auf den oft niedrigeren sozioökonomischen Status und die Lebens- und Arbeitsbedingungen [310]. Die bisher genannten Massnahmen und die allgemeinen Erfolgskriterien (siehe [Kapitel 5](#)) haben sich deshalb auch für die Migrationsbevölkerung bewährt. Als gute Beispiele aus der Schweiz sei auf das Projekt [MigrantInnen leben gesund im Alter](#) sowie das Projekt [Alter und Migration \(AltuM\)](#) von HEKS verwiesen.

Zwischen den Geschlechtern bestehen grosse Unterschiede in der psychischen Gesundheit. Das Bild ist nicht einheitlich, doch in der Regel befinden sich Frauen in einer weniger günstigen Position: Sie berichten seltener von hoher Energie und Vitalität, und die Selbstwirksamkeit ist oft tiefer. Psychische Beschwerden und Einsamkeitsgefühle sind bei Frauen verbreiteter. Demgegenüber sind Suchtprobleme bei Männern häufiger und sie nehmen seltener psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch [310]. Gesundheitsförderliche Angebote sind auf diese unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen auszurichten. Beispielsweise sind Inhalte und Zugangswege geschlechtergerecht zu gestalten sowie Auswirkungen von Lebensbedingungen und Massnahmen auf die Geschlechter systematisch zu reflektieren (**Gender Mainstreaming**). Praktische Hilfsmittel dazu wurden auch in der Schweiz erstellt [241].

Im Hinblick auf Mitglieder der LGBTIQ-Gemeinschaft gibt es positive Wirkungsnachweise für **Anti-diskriminierungsgesetze und -policies, Sensibilisierungskampagnen** sowie weitere Ansätze, die sich mit gesellschaftlichen Normen und Werten befassen und entstigmatisierend wirken [363, 364].

Die Gesundheitsförderung ist heute noch oft auf Menschen ausgerichtet, die heterosexuell sind und sich mit dem bei Geburt zugeordneten Geschlecht identifizieren («cisgender»). Ein erster Schritt ist deshalb die **Sensibilisierung von Akteurinnen und Akteuren der Gesundheitsförderung** für das erhöhte Risiko von LGBTIQ-Menschen im Bereich der psychischen Gesundheit [365]. Bewährt haben sich

zudem **diversitätskompetente Angebote**. Dazu gehören beispielsweise «gay-friendly» Angebote, wie sie in mehreren Schweizer Städten bereits in Form von sogenannten Checkpoints bestehen [366]. In der Westschweiz betreibt die Organisation Dialogai das Programm «Être gai ensemble», das unter anderem Austauschtreffen und Referate zum Thema Homosexualität anbietet. Aus Genf ist eine zielgruppenspezifische Kampagne zum Thema Depression bekannt, die spezifisch die **«mental health literacy»** von schwulen Männern verbessern konnte [367].



Erfolgskriterien aus der Praxis

Allgemeine Erfolgskriterien in der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Gruppen – also praxiserprobte Wege, um die genannten Ansätze noch wirksamer zu machen – finden sich in [Kapitel 5](#).

10 Zusammenspiel von Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit

Die körperliche und die psychische Gesundheit sind untrennbar miteinander verbunden. Beispielsweise begünstigen psychosoziale Risiken (wie Stress und Einsamkeit) das Auftreten von nichtübertragbaren Erkrankungen (NCDs). So ist Einsamkeit mit einem Anstieg der meisten NCDs verbunden (mit Ausnahme von Atemwegserkrankungen): Einsame Menschen haben unter anderem ein erhöhtes Risiko, eine Demenz zu entwickeln (+27%) oder an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu leiden (+26%) [67].

Massnahmen zur Förderung der körperlichen Gesundheit (wie mehr Bewegung, ausgewogenere Ernährung usw.) fördern deshalb auch die psychische Gesundheit, im Gegenzug wirken sich Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit positiv auf den Körper aus (siehe [Kapitel 7, 8 und 9](#)). Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit sind also jeweils wichtige Schutz- bzw. Risikofaktoren für die körperliche *und* die psychische Gesundheit. Jeder dieser Faktoren kann sich einzeln auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirken; ihre Wirkungen können sich aber auch kumulieren und gegenseitig verstärken. Beispielsweise ist die Kombination von Tabak- und übermässigem Alkoholkonsum, unausgewogener Ernährung und mangelnder Bewegung vergleichbar mit einem Altersunterschied von 10 Jahren: Ein 65-jähriger Mann mit ungesundem Lebensstil hat dieselbe Chance, die nächsten 10 Jahre zu überleben, wie ein 75-jähriger Mann mit gesundem Lebensstil [368].

10.1 Zusammenhänge zwischen Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit

Diese Wechsel-Wirkungszusammenhänge zwischen Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit werden im Folgenden an Beispielen illustriert.

10.1.1 Wie die Bewegung die anderen Themen beeinflusst

Die regelmässige Bewegung hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob ältere Menschen alltägliche Aktivitäten selbstständig erledigen können (aufstehen, anziehen, einkaufen, kochen, putzen usw.). Weil die regelmässige Bewegung die Mobilität und die Autonomie stärkt, fördert sie ebenfalls die Fähigkeit von älteren Menschen, sich um eine ausgewogene Ernährung und ihre psychische Gesundheit zu kümmern (z. B. gemeinsam mit anderen essen, soziale Teilhabe und Begegnungen pflegen, Teilnahme an Veranstaltungen usw.).

In der Gesundheitsförderung im Alter beobachten wir, dass sich **Bewegung auf unterschiedliche Art auf die Psyche auswirkt** (basierend auf [Kapitel 8](#)):

- Regelmässige Bewegung wirkt sich positiv auf Depressionen und Angststörungen aus.
- Die körperliche Aktivität beeinflusst das Schlafverhalten und die Schlafqualität.
- Je nach Bewegungsintensität und -dauer werden Hormone wie Dopamin und Serotonin ausgeschüttet und der Cortisolspiegel sinkt. Dies lässt das gute Gefühl entstehen, das wir während und nach Bewegung erleben, und dient dem Abbau von Stress bzw. erhöht die Stresstoleranz.
- Regelmässige Bewegung erhält die funktionalen Fähigkeiten und beeinflusst das eigene Körperbild, die Selbstwirksamkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben positiv.
- Auf kognitiver Ebene fördert Bewegung die Denkleistung, Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit und kann Demenzerkrankungen wie Alzheimer vorbeugen bzw. deren Verlauf positiv beeinflussen.

Bewegung und Ernährung stehen in enger Wechselwirkung und prägen beispielsweise gemeinsam das Körpergewicht entscheidend mit. Wichtig für das Körpergewicht ist die Balance zwischen Energieaufnahme und -verbrauch: Fällt dieses Gleichgewicht aus dem Lot, indem zu viel oder auch zu wenig Energie aufgenommen oder verbraucht wird, kann dies zu einer Gewichtsveränderung beitragen [369].

10.1.2 Wie die Ernährung die anderen Themen beeinflusst

Das Ernährungsverhalten kann **die psychische Gesundheit** beeinflussen (siehe 8.2). Ein Mangel an mehrfach ungesättigten Fettsäuren beeinträchtigt die kognitiven Funktionen, und ein Übermass an Fett und Zucker begünstigt neurologische und psychiatrische Erkrankungen. So kann zum Beispiel eine unausgewogene Ernährung die Entstehung von Depressionen begünstigen, die wiederum weitere körperliche Erkrankungen nach sich ziehen können [277]. Entsprechend zeigte eine Metaanalyse von verschiedenen Studien, dass sich Ernährungsinterventionen auch positiv auf eine klinische und subklinische Depression auswirken [285].

Eine ausgewogene Ernährung **fördert die Bewegung** auf fundamentale Weise, indem sie dafür sorgt, dass wir überhaupt genügend Energie und Nährstoffe für Bewegung und die dafür notwendigen metabolischen Funktionen haben. Eine ausgewogene Ernährung ist zudem wichtig, um möglichst viel Muskelmasse zu erhalten. Denn die heute bekannten Ursachen von Muskelschwund im Alter sind neben biologischen Veränderungen auch Veränderungen in Ernährung und körperlicher Aktivität [243].

Eine Mangelernährung spielt schliesslich auch eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von **Gebrechlichkeit**, die mit einem höheren Risiko für **Stürze**, Einschränkungen im Alltag und den Eintritt ins Pflegeheim einhergeht [272]. Zu geringe Flüssigkeitszufuhr (Dehydration) oder zu hoher Alkoholkonsum erhöhen das Sturzrisiko ebenfalls [370, 371]. Eine Ernährung, die ausreichend Energie, Flüssigkeit und essenzielle Nährstoffe (v.a. Proteine) zuführt, trägt folglich – gemeinsam mit regelmässiger Bewegung – entscheidend dazu bei, Mobilität und Unabhängigkeit lange zu gewährleisten [268].

10.1.3 Wie die psychische Gesundheit die anderen Themen beeinflusst

Die psychische Gesundheit **wirkt sich auf unterschiedliche Weise auf die Bewegung aus** (siehe Kapitel 7 und 9):

- Die soziale Unterstützung und das gemeinsame Aktivsein können zu mehr Bewegung motivieren.
- Eine hohe Selbstwirksamkeit, ein positives Körperbild und Vertrauen in den eigenen Körper können dazu führen, dass sich ältere Menschen öfter und mit mehr Freude bewegen.
- Eine gute psychische Gesundheit kann die Anpassungsfähigkeit bei Verlusten im Alter stärken (nachlassende funktionale Fähigkeiten, physische Herausforderungen, Todesfälle usw.).
- Depressionen äussern sich häufig in fehlendem Antrieb und können so die Lust auf bzw. die Freude an Bewegung reduzieren.
- Generalisierte Angststörungen und bewegungsspezifische Ängste – insbesondere die Angst vor Stürzen und Verletzungen sowie vor einem Herzinfarkt bei zu viel Aktivität – können dazu führen, dass sich ältere Menschen weniger bewegen [205]. Umgebungsbezogene Unsicherheiten (z. B. aufgrund von Dunkelheit oder fehlenden öffentlichen Toiletten bei Inkontinenz) können ebenfalls einen Bewegungsmangel und sogar einen sozialen Rückzug begünstigen.

Das **Ernährungsverhalten wird ebenfalls von psychologischen Einflussfaktoren mitgeprägt** (siehe 8.1). Denn unser Essverhalten ist das Resultat aus unserem individuellen Erleben und Verhalten sowie unserem Umfeld. Es entsteht aus der Wechselwirkung von Einflussfaktoren auf der biologischen Ebene (z. B. Genetik, Geschlecht, Alter), der psychologischen Ebene (Wahrnehmung, Emotion, Erziehung usw.) und der sozialen Ebene (Kultur, sozioökonomischer Status, Digitalisierung usw.) [372]. In der Praxis zeigt sich das unter anderem folgendermassen:

- Einsamkeit – und auch Depressionen – führen oft dazu, dass man seltener kocht und etwas «Richtiges» isst. Viele Angebote setzen deshalb auf die positiven Gefühle beim gemeinsamen Kochen und Essen und bieten selbstorganisierten Mittagstischen einen Rahmen.
- Die Erziehung bzw. Sozialisation beeinflusst die individuelle Ernährungsbiografie und prägt unsere

Vorstellungen von gutem Essen (z. B.: Gilt eine Mahlzeit ohne ein Stück Fleisch als ärmlich?).

- Um negative Gefühle zu bewältigen, also eine psychologische Balance wiederherzustellen, versuchen viele Menschen, das empfundene Ungleichgewicht mit Essen zu regulieren. In der Folge essen sie zu viel und oft hochkalorische Lebensmittel wie Süßes, Salziges und Fettiges [373].
- Auf Massnabmenebene zeigt sich, dass die Ernährung gut mit Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit verbunden werden kann, beispielsweise indem achtsames Essen geübt und das eigene Ernährungsverhalten als Fokus für Achtsamkeitsinterventionen genutzt wird.

10.2 Empfehlungen

Wenn wir uns die engen Wechsel-Wirkungszusammenhänge zwischen den Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit vergegenwärtigen, dann wird klar, dass eine isolierte Betrachtung der Themen in gesundheitsförderlichen Massnahmen nicht sinnvoll ist. Die NCD-Strategie bezeichnet es jedoch noch heute als zentrale Herausforderung, dass «ein grosser Teil der Präventionsbemühungen auf einzelne Risikofaktoren [fokussiert]» [374].

Anzustreben sind vielmehr ganzheitliche Interventionen, die die (positiven) Wechselwirkungen zwischen den psychischen, körperlichen und sozialen Dimensionen der Gesundheit berücksichtigen und fördern. Um die Gesundheit, Lebensqualität und Selbstständigkeit im Alter möglichst lange zu erhalten, empfiehlt es sich also, die Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit möglichst zusammen an die Zielgruppe zu bringen. Das bedeutet, dass beispielsweise Ernährungsempfehlungen und -massnahmen, wenn immer möglich, mit Empfehlungen und Massnahmen zur Bewegung und zur psychischen Gesundheit ergänzt werden sollten und umgekehrt.

Vorteile (und Grenzen) kombinierter Angebote

Kombinierte Massnahmen sind bedürfnisgerechter und attraktiver für die Zielgruppe [374]. Ausserdem sind sie in der Regel auch wirksamer [375]. Bei-

spielsweise zeigt die Kombination von Bewegung und Begegnung, also das gemeinsame Aktivsein in einer Gruppe, noch stärkere positive Effekte auf die Bewegungshäufigkeit und die psychische Gesundheit als allein körperlich aktiv zu sein [376]. Zudem können Menschen dank kombinierter Angebote zu Themen informiert werden, für die sie (noch) weniger affin sind. Besonders die Ernährung wird oft als Querschnittsthema gesehen, das erfolgreicher thematisiert werden kann, wenn es mit Bewegung und/oder psychischer Gesundheit (insbesondere soziale Teilhabe) verbunden wird. Vor allem für kleinere Kantone und Gemeinden sind ganzheitliche Ansätze schliesslich oft auch tragbarer im Hinblick auf Finanz- und Personalressourcen.

Auch wenn der Nutzen von kombinierten Angeboten unbestritten ist, gilt es darauf hinzuweisen, dass nicht jedes Projekt alle Themen abdecken kann und muss. Auf Programmebene ist hingegen unbedingt zu gewährleisten, dass die Gesundheit und die Lebensqualität ganzheitlich gefördert werden und sich einzelne Projekte gegenseitig ergänzen und verstärken.

Darstellung in einem Modell

In der Praxis hat es sich bewährt, ganzheitliche Massnahmen mithilfe einer visuellen Darstellung zu planen, um mögliche Wechselwirkungen rasch zu erkennen und gezielt zu fördern.

Zahlreiche Modelle versuchen darzustellen, wie verschiedene Determinanten und Dimensionen von Gesundheit zusammenhängen. Ein Modell, das explizit «zum interdisziplinären, integrativen Arbeiten anleiten» und die Wechselwirkungen zwischen Massnahmen illustrieren will, ist das Modell der vier Lebensbereiche [377–379] ([Abbildung 15](#)).

Das Modell geht von einer engen Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt aus. Dazu unterscheidet es die Lebensbereiche Körper und Geist/Psyche auf der Ebene des Menschen sowie die Lebensbereiche Ökologie und Soziokultur auf Ebene der Umwelt. Die enge Wechselbeziehung zwischen den vier Lebensbereichen bedeutet, dass jede Veränderung oder Intervention in einem der Lebensbereiche sich auch auf die anderen drei auswirkt.

Anhand des Modells lässt sich beispielsweise durchspielen, dass sich altersgerechte Wege und attraktive Grünflächen (Ökologie) positiv auf das Bewegungsverhalten und die funktionalen Fähigkeiten auswirken können (Körper) und diese wiederum das eigene Körperbild und das Sicherheitsgefühl stärken (Geist/Psyche), wodurch die soziale Teilhabe und das gesellschaftliche Engagement (Soziokultur) leichter fallen, was es wiederum ermöglicht, sich für eine noch altersgerechtere Umgebung einzusetzen (Ökologie), womit ein neuer Kreislauf beginnt.

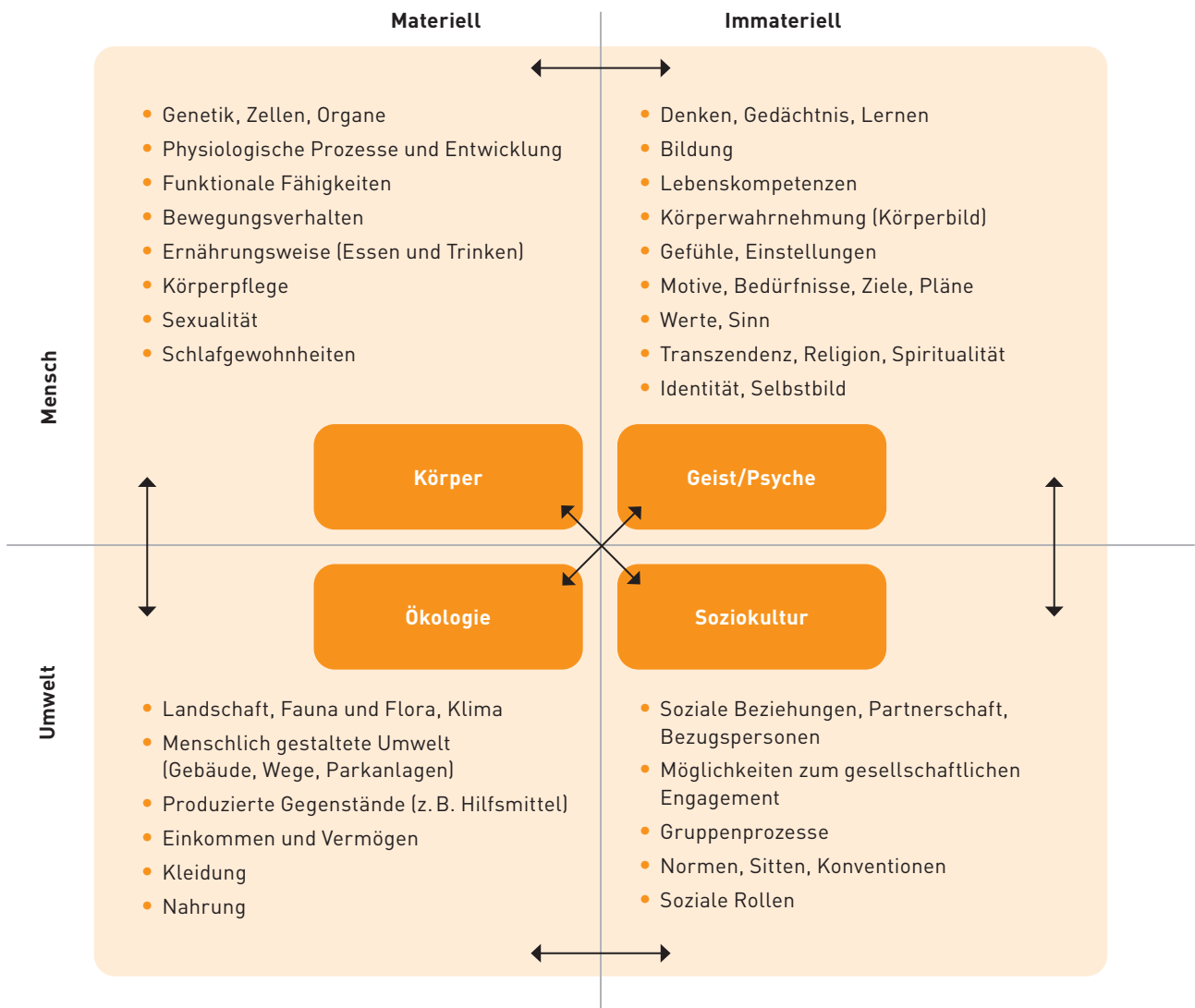
10.3 Beispiel Selbstwirksamkeit

Am Beispiel der Selbstwirksamkeit wird gezeigt, wie sich die Themen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit überschneiden und praktisch in der Gesundheitsförderung kombiniert werden können.

Die Selbstwirksamkeit ist eine Ressource für ein ausgewogenes Essverhalten, regelmässige Bewegung und psychisches Wohlbefinden. Die Förderung der Selbstwirksamkeit kann in alle Massnahmen

ABBILDUNG 15

Modell der vier Lebensbereiche



Quellen: Eigene Darstellung basierend auf [377–379]



Ganzheitliche Angebote schaffen

Die folgenden Tipps können das ganzheitliche Denken in Massnahmen unterstützen:

- Ein beliebtes Thema lässt sich für den Einstieg in die integrierte Ressourcenstärkung nutzen. Danach lassen sich auch Themen vermitteln, die für sich allein weniger attraktiv sind (z. B. Sturzprävention in Kursen zu Nordic Walking).
- Massnahmen bauen bewusst kleine Gelegenheiten ein, um für weitere Themen zu sensibilisieren und leicht umsetzbare Tipps mitzugeben. Oft reichen schon zwei bis drei zentrale Botschaften (z. B. «viel Wasser trinken»).
- Mobilität, Sicherheit und Sturzprävention sollten Aspekte jedes Bewegungsangebots sein.
- Bewegungsangebote, die bewusst Begegnungen schaffen, tragen zur Förderung der psychischen Gesundheit bei.
- Lustvolle Angebote für eine ausgewogene Ernährung beinhalten neben Begegnungs- auch Bewegungselemente und können mehr ältere

Menschen erreichen, wenn sie generationenverbindend stattfinden.

- Akteurinnen und Akteure aus den verschiedenen Themenbereichen sind gezielt zusammenzubringen und ihr Bewusstsein dafür, dass sich ihre Themen gegenseitig verstärken, ist zu fördern.
- Eine Koordinationsstelle im Kanton oder in der Gemeinde kann diese Vernetzung gezielt aufgleisen und unterstützen.
- Akteurinnen und Akteure in den verschiedenen Themenbereichen machen ältere Menschen jeweils auf andere Angebote aufmerksam (z. B. Ernährungsberaterinnen und -berater auf Bewegungsangebote).
- Auch bei Kombinationen von verhaltensorientierten Interventionen ist daran zu denken, diese mit Massnahmen auf der Verhältnisebene zu verbinden (z. B. ist der öffentliche Raum stets mitzudenken).

der Gesundheitsförderung einfließen, denn sie ist ein Schlüssel zu jedem (gesundheitsförderlichen) Verhalten.

Selbstwirksamkeit kann spezifisch für eine Aufgabe gestärkt werden, aber auch genereller in Bezug auf das eigene Tun. Für die Förderung einer ausgewogenen Ernährung heisst das:

- Um sich ausgewogener zu ernähren, braucht es die spezifische Selbstwirksamkeitserwartung, dass man die passenden Nahrungsmittel besorgen und zubereiten (lassen) kann, wie auch die Erwartung, dass man – idealerweise mit Freude – regelmässig ausgewogen essen wird. Diese Erwartung kann sich spezifisch auf das ausgewogene Essen beziehen.
- Die (Selbstwirksamkeits-)Erwartung kann aber auch generell da sein: «Wenn ich etwas machen oder ändern möchte, werde ich das schon schaffen.» Beides hilft auf dem Weg zur ausgewogenen Ernährung.

Dasselbe gilt für die Bewegungsförderung: Um sich ausreichend zu bewegen, braucht es die Selbstwirksamkeitserwartung, dass man in der Lage ist, sich zu bewegen, dass man passende Bewegungsarten und Orte findet, um sich zu bewegen, und dass man dies – idealerweise mit Freude – regelmässig tun wird. Die Freude hilft als Motivator.

Die grundsätzliche Erwartung, «wenn ich etwas machen möchte, wird mir das schon gelingen», kann über viele verschiedene Erfahrungen gestärkt und gefestigt werden: über die Erfahrung, sich ausgewogen ernähren zu können, über die Erfahrung, sich ausreichend bewegen zu können – oder auch über die Erfahrung, mit Stress umgehen oder vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen pflegen zu können.

Die Selbstwirksamkeit ist massgeblich von der Person und ihrem Umfeld geprägt. Für das Erleben von Selbstwirksamkeit braucht es ein soziales und materielles Umfeld, das dies ermöglicht, fördert und vorlebt. Manche Menschen brauchen mehr vom Umfeld, andere weniger. Manche müssen wiederholt, über verschiedene Kanäle, persönlich oder durch Vertrauenspersonen motiviert werden, an einem Bewegungskurs teilzunehmen. Für manche braucht ausgewogenes Essen die Gesellschaft anderer Menschen und einen Fahrdienst, um dorthin zu gelangen. Ohne dieses Umfeld oder diese Rahmenbedingungen erfahren diese Menschen nicht, dass auch sie sich im Alter (wieder) regelmässig bewegen und ausgewogen ernähren können.

In [Abschnitt 9.4.1](#) wird genauer beschrieben, wie Selbstwirksamkeit gefördert und gefestigt werden kann.

11 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dieses Kapitel fasst einerseits die wichtigsten Argumente für die Gesundheitsförderung mit älteren Menschen aus dem Bericht zusammen. Andererseits formuliert es Empfehlungen, um die Erkenntnisse aus dieser wissenschaftlichen Auslegeordnung in der Praxis umzusetzen. Diese Empfehlungen beziehen sich darauf, *wie* dies geschehen soll und *was* dies beinhalten soll – das heisst, welche Inhalte solche Massnahmen abdecken sollen.

11.1 Argumente für die Gesundheitsförderung im Alter: WARUM

- **Ältere Menschen sind eine der grössten Zielgruppen der Gesundheitsförderung:** Die geburtenstarken Jahrgänge (Baby Boomer) erreichen das Pensionsalter. Die Altersstruktur in der Schweiz verändert sich. Menschen über 65 Jahre sind die einzige der drei grossen Altersgruppen (U25, 25–65, Ü65), deren Anteil an der Bevölkerung noch wächst.
- **Im Alter lässt sich viel beeinflussen:** Menschen können selbst im höchsten Alter noch lernen, sich verändern und entwickeln (**Plastizität** bis ins hohe Alter). Auch das gesundheitsrelevante Verhalten kann positiv verändert werden. Gesundheitsförderliche Massnahmen im Alter stärken nachweislich die körperliche und psychische Gesundheit. In der Schweiz gibt es zahlreiche, evaluierte Projekte mit älteren Menschen (siehe [Orientierungsliste](#)).
- **Das Alter als Lebensphase(n) ist voller Übergänge und Entwicklungsprozesse.** Älterwerden bedeutet, viele Übergänge und kritische Lebensereignisse zu meistern. Einige Beispiele: die Pensionierung, eine Scheidung oder Verwitwung, die Betreuung von Angehörigen, eigene Einschränkungen im Alltag sowie Rollen- und Sinnfragen. Es ist oft eine Herausforderung, diese Übergänge erfolgreich zu meistern. Die Gesundheitsförderung kann dabei wertvolle Unterstützung bieten.
- **Gute Gesundheit stabilisieren:** In vieler Hinsicht ist die Gesundheit im Alter gut und teilweise sogar besser als in jüngeren Altersgruppen. Es lohnt sich, diese Erfolge der letzten Jahrzehnte zu stabilisieren. Denn Studien aus anderen Ländern (z. B. den USA) zeigen, dass sich die Situation verändern kann und die Gesundheit von älteren Menschen heute teilweise schlechter ist als in der vorherigen Generation [8, 380, 381].
- **Es besteht Handlungsbedarf:** Die Hälfte der Menschen ab 65 Jahren hat mindestens eine chronische Erkrankung (NCD). Besonders im vierten Lebensalter nimmt die Bewegung oft ab. Die psychische Belastung ist auch im Alter nicht zu unterschätzen. Ein Drittel der älteren Menschen fühlt sich zudem manchmal bis häufig einsam. Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick auf die (psychische) Gesundheitskompetenz: Im Vergleich zu jüngeren Menschen ist die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Alter verbreiteter und älteren Menschen fällt es schwerer, um Unterstützung zu bitten und über Gefühle zu reden.
- **Alle profitieren von guter Gesundheit im Alter:** Für die älteren Menschen selbst bedeutet eine bessere Gesundheit einen grossen Gewinn an Lebensqualität und Selbstständigkeit. Die Familien (und insbesondere Frauen) werden entlastet und in ihrer eigenen Gesundheit geschützt, wenn ältere Menschen selbstständig leben und weniger Betreuung benötigen. Schliesslich profitiert die Gesellschaft als Ganzes in verschiedener Hinsicht: Älteren Menschen fällt es bei guter Gesundheit leichter, sich für die Gesellschaft zu engagieren. Und für die zukünftigen Kosten im Gesundheitswesen ist es entscheidend, wie gesund die Menschen alt werden. Eine wirksame Gesundheitsförderung im Alter trägt massgeblich dazu bei, die prognostizierte Kostenentwicklung zu dämpfen.

11.2 Empfehlungen: WAS und WIE

Um die Gesundheit und Lebensqualität von älteren Menschen zu fördern, sollen insbesondere folgende Themen angegangen werden:

Inhaltliche Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung im Alter: WAS

- **Lebensqualität und Selbstständigkeit stehen im Zentrum:** Gesundheitsförderliche Massnahmen sollen ältere Menschen dabei unterstützen, möglichst lange sein und tun zu können, was sie selbst schätzen. Möglichst alle Menschen sollen bis ins hohe Alter ein Leben in guter Gesundheit, Autonomie und im eigenen Zuhause führen können.
- **Regelmässige Bewegung wirkt gesundheits-erhaltend und therapeutisch:** Regelmässige Bewegung fördert die körperliche Gesundheit und beeinflusst Gefühle und Denkleistungen positiv. Sie stärkt die selbstständige Lebensführung und trägt entscheidend zum Wohlbefinden im Alter bei. Dabei ist ein ganzheitlicher Blick auf körperliche Aktivität wichtig: Es geht darum, sich mehr zu bewegen *und* weniger zu sitzen. Erfolgreiche Massnahmen knüpfen an die individuellen Bewegungsmotive an, setzen auf die Unterstützung und Motivation durch Fachleute und Gleichaltrige und betonen das Vertrauen in den eigenen Körper und das Wohlbefinden während der Bewegung. Die strukturelle Bewegungsförderung ist stets wichtig, besonders für die Chancengleichheit.
- **Freude am gemeinsamen und ausgewogenen Essen fördern:** Die Ernährung beeinflusst die Gesundheit und Lebensqualität in vielfacher Weise. Und gesunde Ernährung hat für die meisten älteren Menschen einen hohen Stellenwert. Gesunde Ernährungsgewohnheiten lassen sich nicht allein über mehr Wissen gewährleisten. Ebenso wichtig ist es, Mahlzeiten zu genussvollen Erlebnissen zu machen. Die Sensibilisierung dafür, dass auch gesundes Essen schmackhaft ist, die Vermittlung von konkreten Rezeptideen und das gemeinsame Essen sind besonders wichtig.
- **Selbstwirksamkeit ist ein Schlüssel zur Gesundheit:** Die Überzeugung, gewünschte Handlungen aufgrund der eigenen Kompetenzen ausführen zu können, beeinflusst die Gesundheit eines älteren Menschen massgeblich. Wichtig ist

auch der Glaube, das eigene Leben selbstbestimmt gestalten zu können (Kontrollüberzeugung). Diese Ressourcen sind wichtig für die psychische Gesundheit und für die Motivation, sich regelmässig zu bewegen und sich ausgewogen zu ernähren. Sie helfen zudem im Umgang mit kritischen Lebensereignissen und beeinflussen, ob neue Rollen im Leben angenommen werden.

- **Lebenskompetenzen fördern:** Lebenskompetenzen bezeichnen Fähigkeiten, mit denen Menschen Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich bewältigen. Im Alter sind prioritär Kompetenzen zu fördern, die dem Lernen, dem persönlichen Wachstum, der Entscheidungsfindung, der Annahme von Unterstützung sowie dem Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen dienen. Zudem ist eine Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Alter besonders zu empfehlen.
- **Soziale Unterstützung im Kontext der sozialen Teilhabe fördern:** Die Förderung der sozialen Unterstützung ist in jedem Lebensalter wesentlich, im Alter kommt ihr besonderes Gewicht zu. Dazu braucht es einerseits Lebenskompetenzen wie Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeiten. Andererseits geht es darum, dass vertrauensvolle Bezugspersonen da sind, Menschen sich wertschätzend begegnen und Möglichkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bestehen. Bei den sozialen Beziehungen haben Menschen nicht erst im höheren Alter die Präferenz «Qualität vor Quantität».
- **Betreuende Angehörige stärken:** Neben professionellen Fachpersonen leisten Angehörige einen wesentlichen Teil der sogenannten Care-Arbeit. Dies kann sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken. Neben Information und Entlastung braucht es Massnahmen, um die psychische und körperliche Gesundheit von betreuenden Angehörigen zu stärken.

Methodisch wichtige Eckpunkte / Methodisches Vorgehen: WIE

Neben dem Wissen, *was* gefördert werden soll, ist es wertvoll zu wissen, *wie* dies geschehen soll. Im Folgenden werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Bericht zusammengefasst.

- **Diversität beachten und chancengerecht arbeiten:** Menschen ab 65 Jahren sind eine aussergewöhnlich heterogene Zielgruppe. Sie unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich ihrer Gesundheit und soziodemografischer Merkmale. Das führt zu unterschiedlichen Ressourcen, Belastungen und Bedürfnissen – kurz: zu ungleichen gesundheitlichen Chancen. Die Gesundheitsförderung (im Alter) kann direkt und indirekt die Chancengleichheit erhöhen: direkt, indem sie ihre Massnahmen zielgruppen- und chancengerecht gestaltet und die sozialen Gesundheitsdeterminanten beeinflusst; indirekt, indem sie andere Politikbereiche sensibilisiert. Allgemein und besonders mit Blick auf sozial benachteiligte Menschen braucht es Massnahmen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene.
- **Differenzierte Altersbilder fördern:** Wie in jeder Lebensphase stehen Erfreuliches und Herausforderndes auch im Alter nebeneinander. Deshalb – und aufgrund der grossen Diversität im Alter – braucht es eine laufende Reflexion und Förderung eines differenzierten Altersbildes, und zwar im gesellschaftlichen Diskurs, bei Fachpersonen mit Kontakt zu älteren Menschen sowie bei älteren Menschen und ihrem sozialen Umfeld.
- **An Bedarf und Bedürfnissen orientieren:** Eine wirksame Gesundheitsförderung orientiert sich an Daten und Fachwissen (Bedarf) sowie an den Zielen und Wünschen älterer Menschen (Bedürfnisse). So sind Massnahmen nicht nur evidenzbasiert, sondern unterstützen ältere Menschen auch bei dem, was ihnen selbst wichtig ist. Allgemeingültige Bedürfnisse gibt es nicht (Diversität im Alter!), aber typische Bereiche, die vielen älteren Menschen wichtig sind und in denen wir sie unterstützen können. Dazu gehören die Gesundheit, eine sinnhafte Rolle, enge und reziproke Beziehungen, das Gefühl von Zugehörigkeit, Autonomie, Anpassungsfähigkeit und das Leben im eigenen Zuhause. Weiter gibt es themenspezifische Motive, zum Beispiel Gründe, die ältere Menschen dazu motivieren, körperlich

aktiv zu sein. Interventionen und Kommunikation sollten diese Bedürfnisse und Motive explizit ansprechen und sie zu befriedigen helfen.

- **Beim Übergang vom dritten zum vierten Lebensalter unterstützen:** Im vierten Lebensalter können Verluste oft weniger gut ausbalanciert werden und die Verletzlichkeit nimmt zu. Das zeigt sich an vermehrten körperlichen und psychischen Beschwerden sowie einem veränderten Gesundheitsverhalten (z. B. weniger Bewegung). Diesen Übergang gilt es besonders zu beachten sowie gezielte Begleit- und Unterstützungsangebote zu entwickeln. Ein Beispiel: Angepasste Angebote in der Bewegungsförderung achten darauf, dass auch Menschen mit deutlichen Einschränkungen mit einem Gefühl von Sicherheit und Wohlbefinden mitmachen können.
- **Beziehungsgeleitete Arbeit stärken:** Angehörige, Bekannte, Peers und weitere Bezugspersonen sind wirkungsvolle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Gesundheitsförderung. Sie haben oft einen privilegierten Zugang zu (schwer erreichbaren) älteren Menschen und es lohnt sich, diese aktiv in gesundheitsfördernde Massnahmen einzubinden. Die beziehungsgeleitete Arbeit ist besonders in chancengerechten Massnahmen zentral.
- **Strukturelle Massnahmen ausbauen:** Die individuellen Ressourcen einer Person und die Ressourcen in ihrem Umfeld stehen in enger Wechselwirkung. Bis zu einem gewissen Grad kann das Umfeld sogar Einbussen in den individuellen Ressourcen kompensieren. Das Umfeld ist also besonders wichtig für die Gesundheit, wenn die individuellen Ressourcen eingeschränkt sind. Entsprechend sind strukturelle Massnahmen ein wichtiges Element einer chancengerechten Gesundheitsförderung.
- **Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit im Alter stärken:** Viele Politikbereiche prägen die Gesundheit und die Lebensbedingungen von älteren Menschen. Um ein gesundheitsförderliches Umfeld zu schaffen, braucht es deshalb eine multisektorale Zusammenarbeit. Wichtige Beiträge an die Gesundheit im Alter leisten unter anderem die Bereiche Gesundheit, Soziales, öffentlicher Verkehr und Raumplanung. Neben den professionellen sind auch zivilgesellschaftliche

Akteurinnen und Akteure (z. B. Seniorenorganisationen) von Beginn weg einzubinden sowie deren Beiträge und Kompetenzen einzuplanen.

- **Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration zusammen denken:** Die Gesundheitsförderung trägt entscheidend zur Gesundheit und Lebensqualität im Alter bei. Allein reicht sie aber nicht aus, um das zu erreichen. Im Alter gilt ein doppeltes Ziel: Ressourcen aufbauen *und* das Fortschreiten von Erkrankungen verlangsamen und Folgeerkrankungen vermeiden. Gesundheitsförderung, Prävention und Kuration leisten also sich ergänzende Beiträge zu einem gemeinsamen Ziel. Diese drei Bereiche sind aufeinander abzustimmen, Schnittstellen sind zu klären und Synergien zu nutzen.
- **Die Gemeinde ist das zentrale Setting:** Die Gemeinden sind der Ort, wo ältere Menschen im Alltag leben und gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen. Dazu gehören unter anderem Quartiere, die direkte Nachbarschaft, das eigene Zuhause, die Familie, Begegnungsräume und Vereine. Diese eignen sich als Rahmen für die Gesundheitsförderung. Die Gemeinden gestalten ausserdem die unmittelbare Lebenswelt und sind deshalb ideale Settings, um strukturelle Veränderungen anzustossen, die ein gesundheitsförderliches Leben im Alter ermöglichen. Die politische Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter in den Gemeinden ist ein zentraler Erfolgsfaktor.
- **Themen verbinden:** Die psychische Gesundheit, die Bewegung und die Ernährung stehen in einer engen Wechselwirkung. Gesunde Verhaltensweisen in diesen Themen begünstigen sich gegenseitig. Zum Beispiel fördert eine ausgewogene Ernährung das psychische Wohlbefinden und geht mit mehr Bewegung einher. Anzustreben sind deshalb ganzheitliche Interventionen, die diese (positiven) Wechselwirkungen berücksichtigen und fördern.
- **Übergänge sind gute Zeitpunkte für Interventionen:** Übergänge und kritische Lebensereignisse gelten als «teachable moments» – sie bieten also einen interessanten und effizienten Zugang zur Zielgruppe, den es für die Gesundheitsförderung zu nutzen gilt. Gerade im Hinblick auf den wesentlichen Übergang «Pensionierung» empfiehlt es sich, bereits vor dem 65. Lebensjahr die Gesundheitsförderung im Alter anzusetzen.
- **Mit statt für Menschen ab 65 arbeiten:** Die Partizipation der älteren Menschen kann die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz von Massnahmen erhöhen; zudem fördert sie die Selbstwirksamkeit und die Selbstverantwortung für das eigene Wohlbefinden. Ältere Menschen müssen in alle Phasen von Projekten und Programmen einbezogen werden – von der Konzeption über die Umsetzung bis zur Evaluation. Neben dem Einbezug in bestehende Projekte ist auch Partizipation aus Eigeninitiative zu ermöglichen. Denn ältere Menschen sollen teilhaben und mitbestimmen sowie selbst organisieren und aufbauen können. Dabei ist darauf zu achten, der Diversität in der älteren Bevölkerung möglichst gerecht zu werden. Ein aktiver Einbezug trägt wesentlich zu einem differenzierten Altersbild bei. Letztlich ist das Ziel, dass ältere Menschen an der Gesellschaft im Allgemeinen teilhaben.
- **Digitale Medien umsichtig nutzen:** Digitale Medien sind immer mehr fester Bestandteil des Alltags von älteren Menschen. Im Gesundheitsbereich bieten das Internet und mobile Technologien ein Anwendungspotenzial. So können beispielsweise Schrittzähler motivieren, sich ein Ziel zu setzen und dieses zu erreichen. Für die Praxis heisst das einerseits, die digitale Kompetenz von älteren Menschen zu stärken. Andererseits gilt es aber auch, die sogenannten Offliner nicht zu vergessen und weiterhin analoge Angebote zur Verfügung zu stellen.



Schlussfolgerungen zur Corona-Pandemie

Gesundheitsförderung hat in der Pandemie an Bedeutung gewonnen, denn in Krisen macht es mehr denn je Sinn, Menschen in ihren Ressourcen zu stärken.

Ältere Menschen haben oft mit grosser Resilienz auf die Pandemie reagiert. Trotzdem hat die Pandemie die Gesundheit älterer Menschen teilweise negativ beeinflusst und es gibt Hinweise auf einen «Fragilisierungseffekt». Studien sensibilisieren dafür, dass die Pandemie bei manchen älteren Menschen unter anderem die Gehfähigkeit eingeschränkt, Alltagsaktivitäten zusätzlich erschwert, die Selbstständigkeit reduziert sowie die Risiken erhöht hat für NCDs (wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen), kognitiven Abbau, Angsterkrankungen und Einsamkeit [419–421]. Die bereits bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten wurden verschärft (siehe [Kapitel 5](#)), ebenso die Situation von betreuenden Angehörigen [422]. Ob diese Effekte nur für die akute Phase der Pandemie gelten oder auch längerfristige Auswirkungen haben, lässt sich aktuell nicht umfassend und mit Sicherheit antizipieren. Es ist jedoch hilfreich, drei Effekte der Pandemie zu unterscheiden:

- 1) direkte Auswirkungen wie Infektionen, Todesfälle und Long-Covid,
- 2) indirekte und meist mittelfristige Auswirkungen der Schutzmassnahmen wie verschobene Behandlungen oder Einflüsse auf die psychische Gesundheit sowie
- 3) indirekte und eher langfristige Auswirkungen wie den Einfluss auf die sozialen Gesundheitsdeterminanten [423].

Massnahmen zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung, regelmässigen Bewegung und guten psychischen Gesundheit waren in der Pandemie wichtig – und sind es danach mehr denn je. Die betreuenden Angehörigen entwickelten sich zu einer noch wichtigeren Zielgruppe. Je nach Phase der Pandemie haben sich auch Arbeitsweisen und Lösungsansätze der Gesundheitsförderung verändert. Nachhaltig an Bedeutung gewonnen haben unter anderem die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit, die Digitalisierung und besonders der Fokus auf soziale Gesundheitsdeterminanten, Multisektoralität (Health in All Policies) und chancengerechte Massnahmen [412, 422, 424].

12 Literaturverzeichnis

- [1] United Nations (UN) (2013). *World Population Ageing 2013*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- [2] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone 2020–2050* (Statistik der Schweiz, Themenbereich 1). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/14963221/master>
- [3] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen: Ergebnisse des Referenzszenarios [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.12107025.html>
- [4] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18845653.html>
- [5] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Struktur der ständigen Wohnbevölkerung, 1970–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.asset-detail.18344198.html>
- [6] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2019). *Gesund altern: Wohlbefinden trotz Einschränkungen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/gesundheitsfoerderung-praevention-im-alter/gesund-altern.html>
- [7] Borkel, A., von Dungen, B., Goldapp, C., Haak, G., Schlüter, A. & Voigt, U. (2014). *In Zukunft alt? Gesund Älterwerden als Thema der Erwachsenenbildung*. BZgA; DVV. <https://shop.bzga.de/pdf/61420000.pdf>
- [8] 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. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [9] Höpflinger, F. (2019). *Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf>
- [10] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Höchste abgeschlossene Ausbildung in der Schweiz: Ständige Wohnbevölkerung ab 25 Jahren (2019) [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsstand.assetdetail.15404053.html>
- [11] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeitskategorie, 2010–2020 [Tabelle]*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.assetdetail.18344193.html>
- [12] Bundesamt für Statistik (BFS) (2020). *Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach institutionellen Gliederungen, Staatsangehörigkeit (Kategorie), Geburtsort, Geschlecht und Altersklasse [Tabelle]*. https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0103010000_201/-/px-x-0103010000_201.px/
- [13] Höpflinger, F. (2020). *Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen* (Socius-Grundlagen). Programm Socius, ein Engagement der Age-Stiftung. <https://www.age-stiftung.ch/publikation/leben-im-alter-aktuelle-feststellungen-und-zentrale-entwicklungen/>
- [14] Höpflinger, F. (2022). *Alter im Wandel – Zeitreihen für die Schweiz*. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf>
- [15] Krell, C. (2014). *Alter und Altern bei Homosexuellen*. Beltz Juventa.
- [16] Diebold, M. & Widmer, M. (2019). *Gesundheitsindikatoren zur älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Obsan. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte_alter/indikatoren-gesundheit-65plus.pdf

- [17] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Gesundheitsstatistik 2019* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/10227275/master>
- [18] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Lebenszufriedenheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/lebenszufriedenheit.html>
- [19] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Ressourcen und Gesundheitsverhalten der Seniorinnen und Senioren*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken.assetdetail.10027510.html>
- [20] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Energie und Vitalität, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [21] Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»: Aktualisierung 2014* (Arbeitspapier 2). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [22] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Vitalität und Energie* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/sgb.assetdetail.7586088.html>
- [23] World Health Organization (WHO) (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329960>
- [24] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Personen mit Bluthochdruck*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/krankheiten.assetdetail.7586044.html>
- [25] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Stürze: Häufigkeit von Stürzen bei älteren Personen*. <https://ind.obsan.admin.ch/de/indicator/obsan/stuerze>
- [26] Niemann, S., Achermann Stürmer, Y., Derrer, P. & Ellenberger, L. (2021). *Status 2021: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.399.01.2021>
- [27] Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hg.) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.). VS Verl. für Sozialwiss.
- [28] Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU.
- [29] Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Grundlagenbericht. GDK; GFCH.
- [30] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Gesundheit im Alter*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/alter.html>
- [31] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Psychische Belastung: 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [32] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Einsamkeitsgefühle nach Alter, Geschlecht, Sprachgebiet, Bildungsniveau: 1997, 2002, 2007, 2012* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand/psychische.assetdetail.281800.html>
- [33] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Einsamkeitsgefühl*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/indikatoren/einsamkeitsgefuehl.html>
- [34] Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren: Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- [35] Kruse, A. (2021). Entwicklung. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 140–149). Kohlhammer.
- [36] Jäncke, L. & Peper, M. (2022). *Plastizität*. Dorsch Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/plastizitaet>

- [37] Perrig-Chiello, P. (2014). *Das Leben ist kein ruhiger Fluss: Stressvolle biografische Übergänge und ihre Bewältigung*. 25. Zürcher Präventionstag: Stress beginnt im Alltag. Prävention auch. <https://doi.org/10.7892/boris.53433>
- [38] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [39] Schelling, H. R. (2019). *Gesund altern auch mit gesundheitlichen Einschränkungen: Auf dem Weg zur WHO Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Präsentation. 2. Kantonales Austauschtreffen Deutschschweiz (KAD): Lebensqualität und Gesundheit im Alter. <https://www.psychologie.ch/presentation-schelling-fachtagung-2019>
- [40] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*.
- [41] Ecoplan (2013). *Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie: Demenz in der Schweiz. Ausgangslage*. BAG; GDK. https://www.ecoplan.ch/download/nsd_sb_de.pdf
- [42] Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- [43] Ma'u, E., Cullum, S., Cheung, G., Livingston, G. & Mukadam, N. (2021). Differences in the potential for dementia prevention between major ethnic groups within one country: A cross sectional analysis of population attributable fraction of potentially modifiable risk factors in New Zealand. *Lancet Reg Health West Pac*, 13(July), 100191. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100191>
- [44] Busch, M. (2011). Demenzerkrankungen: Epidemiologie und Bedeutung vaskulärer Risikofaktoren. *CardioVasc*, 11(5), 32–38. <https://doi.org/10.1007/BF03359059>
- [45] Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M. & Prina, M. (2014). *World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction: An Analysis of Protective and Modifiable Factors*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2014/>
- [46] World Health Organization (WHO) (2012). *Dementia: A Public Health Priority*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75263>
- [47] Baumgart, M., Snyder, H. M., Carrillo, M. C., Fazio, S., Kim, H. & Johns, H. (2015). Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: a population-based perspective. *Alzheimers Dement*, 11(6), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.016>
- [48] Rička, R., von Wartburg, L., Gamez, F. M. & von Greyerz, S. (2020). *Synthesebericht. Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>
- [49] Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., . . . Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- [50] World Health Organization (WHO) (2022). *Dementia* [fact sheet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- [51] World Health Organization (WHO) (2015). *Altern in Gesundheit setzt einen Lebensverlaufansatz voraus*. WHO Europe News 2015/09. <https://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/pages/news/news/2015/09/healthy-ageing-requires-a-life-course-approach>
- [52] World Health Organization (WHO) (2020). *Decade of healthy ageing: baseline report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

- [53] World Health Organization (WHO) (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- [54] Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) (2008). *Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte*. https://www.vhs-sh.de/fileadmin/docs/Downloads/Programmbereiche/Gesundheit/Praeventionszeile_im_Alter.pdf
- [55] Kruse, A. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl.). Hogrefe.
- [56] Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- [57] Flor, W. (2019). *Alter(n) und Gesundheitsförderung* (BZgA-Leitbegriffe). BZgA. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i002-2.0>
- [58] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349654>
- [59] Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, S. Stock, T. Altgeld, O. von dem Knesebeck, V. Ottova, U. Ravens-Sieberer, W. Süss & A. Trojan (Hg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Aufl., S. 23–33). Hogrefe.
- [60] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years): Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/6eb0ad17e63b31d4fba0c17ab25c3a0c>
- [61] IHME GHDx (Hg.) (2022). *DALYs (Disability-Adjusted Life Years), %, Switzerland, both sexes, 55 plus, year 2019*. GBD results tool. <https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/63a908d6561dc69cad3397901ce88088>
- [62] World Health Organization (WHO) (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- [63] World Health Organization (WHO) (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>
- [64] Böhm, K., Tesch-Römer, C., Ziese, T. & Lampert, T. (Hg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). RKI.
- [65] Bürli, C., Amstad, F. T., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. BAG.
- [66] Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Obsan. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2012-psychische-gesundheit-der-schweiz>
- [67] Schenk, J., Ledermann, K. & Martin Sölch, C. (2021). *Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies nontransmissibles*. Université de Fribourg; BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-ncd/literatur-psycho-soziale-faktoren-ncd.pdf>
- [68] ten Bruggencate, T., Luijkx, K. G. & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing Soc*, 38(9), 1745–1770. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000150>
- [69] McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., Andrew, M. K., Ayala, A. P., Gray, M., Morgan, D., Chow, A. F., Parrott, E., Stephens, D., Hale, L., Keatings, M., Walker, J., Wodchis, W. P., Dubé, V., McElhaney, J. & Puts, M. (2018). Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a scoping review. *BMC Geriatr*, 18(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0925-x>
- [70] van Leeuwen, K. M., van Loon, M. S., van Nes, F. A., Bosmans, J. E., de Vet, H. C. W., Ket, J. C. F., Widdershoven, G. A. M., Ostelo, R. W. J. G. & Ginsberg, S. D. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*, 14(3), e0213263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>

- [71] Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T. & Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *J Aging Stud*, 32, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>
- [72] Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., Witte, L. de & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatr*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- [73] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung: eine Bevölkerungsbefragung*. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/foerderprogramme/fp_pflegerische_angehoerige/Kurzfassungen_Schlussberichte/Schlussbericht_Bedürfnisse_Entlastung.pdf
- [74] World Health Organization (WHO) (2016). *Weltbericht über Altern und Gesundheit: Zusammenfassung*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>
- [75] Pro Senectute Schweiz (2018). *Zwäg ins Alter ZiA 2018–2021: Kurzbeschreibung*. https://so.prosenectute.ch/dam/jcr:79e05124-5502-4ae6-b1bc-afefd03a9c89/Kurzbeschreibung_ZiA_November_2018.pdf
- [76] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Gesundheitsförderung*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/166>
- [77] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2020). *Prävention, Krankheitsprävention*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/186>
- [78] General Secretariat of the EU Council (2021). *Council Conclusions on Mainstreaming Ageing in Public Policies*. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-6976-2021-INIT/en/pdf>
- [79] Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T. & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz* (Faktenblatt 60). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [80] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2012). *Setting*. Glossar quint-essenz. <https://quint-essenz.ch/de/concepts/143>
- [81] Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit* (Arbeitspapier 46). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [82] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit, Beteiligung der Bevölkerung in %: 1997, 2000, 2004, 2007, 2010, 2013, 2016, 2020* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.assetdetail.17124494.html>
- [83] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Freiwilligenarbeit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/vereinbarkeit-unbezahlte-arbeit/freiwilligenarbeit.html>
- [84] Lamprecht, M., Fischer, A. & Stamm, H. (2020). *Freiwilliges Engagement in der zweiten Lebenshälfte*. SGG; Beisheim-Stiftung. <https://www.beisheim-stiftung.com/ch/de/aktuelles/freiwilliges-engagement-im-alter>
- [85] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Potenziale. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 177–184). Kohlhammer.
- [86] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitskosten nach Alter und Geschlecht* [Schätzung]. <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-14.05.01.04>
- [87] Colombier, C. (2012). *Ausgabenprojektionen für das Gesundheitswesen bis 2060* (Working Paper der EFV 19). https://www.efv.admin.ch/dam/efv/de/dokumente/publikationen/arbeiten_oekonomenteam/workingpapers/Working_Paper_19_d_Web.pdf
- [88] Felder, S. (2013). The Impact of Demographic Change on Healthcare Expenditure. *CESifo DICE Report*, 11(1), 3–6. <https://www.ifo.de/DocDL/dicereport113-forum1.pdf>

- [89] Karlsson, M. & Klohn, F. (2014). Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *Eur J Health Econ*, 15(5), 533–551.
<https://doi.org/10.1007/s10198-013-0493-0>
- [90] Westerhout, E. (2014). Population ageing and health care expenditure growth. In S. Harper & K. A. Hamblin (Hg.), *Handbooks of research on public policy. International handbook on ageing and public policy* (S. 178–190). Elgar.
- [91] Schweizerischer Bundesrat (2012). Entwicklungsszenarien Ausgaben im Gesundheitswesen. In *Legislativfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2* (S. 157–171). Schweizerische Eidgenossenschaft.
- [92] Felder, S., Meyer, S. & Bieri, D. (2015). *Die Rolle der privaten Spitex in der ambulanten Pflege – heute und in 20 Jahren: Schlussbericht*. ASPS.
https://www.omeris.ch/wp-content/uploads/2017/11/220_WX_Kurzfassung-Studie-S.-Felder.pdf
- [93] Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Obsan.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2011_hh_pflegebed_d.pdf
- [94] Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Gesundheitsförderung im Alter: Fakten und Zahlen* (Faktenblatt 15). www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [95] Eling, M. & Elvedi, M. (2019). *Die Zukunft der Langzeitpflege in der Schweiz* (IWV HSG Schriftenreihe 66).
<https://www.iwv.unisg.ch/wp-content/uploads/2019/08/Band66-Langfassung.pdf>
- [96] Schweizerische Eidgenossenschaft (2012). *Legislativfinanzplan 2013–2015: Anhang zur Botschaft über die Legislaturplanung 2011–2015. Anhang 2*.
- [97] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit: Zahlen und Fakten für die Schweiz*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>
- [98] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012* (BFS aktuell).
<https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349311/master>
- [99] Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz: Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015 (Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums). Hogrefe. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/gesundheitsbericht_2015_d_0.pdf
- [100] Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung: Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Schlussbericht. BAG.
<https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/gesundheit-der-migrationsbevoelkerung-ergebnisse-der-schweizerischen-gesundheitsbefragung-2017>
- [101] Krüger, P., Pfister, A., Eder, M. & Mikolasek, M. (2021). *Vergleichender Bericht zur Gesundheit von LGBT-Personen: Schlussbericht*. (Draft). HSLU.
- [102] Misoch, S. (2017). «Lesbian, gay & grey»: Besondere Bedürfnisse von homosexuellen Frauen und Männern im dritten und vierten Lebensalter. *Z Gerontol Geriatr*, 50(3), 239–246.
<https://doi.org/10.1007/s00391-016-1030-4>
- [103] World Health Organization (WHO) (2018). *Health inequities and their causes*.
https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/
- [104] World Health Organization (WHO) (2013). *Social determinants of health: Key concepts*.
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- [105] WHO Regional Office for Europe (WHO Europe) (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Updated reprint.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

- [106] AG NCD-Strategie Teilprojekt 1 (Hg.) (2015). *Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien: Grundlagebericht als Basis für die zur Erarbeitung der nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Unveröffentlichter Bericht.
- [107] Homfeldt, H. G. (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 315–320). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_31
- [108] Kowalski, C., Steinhausen, S., Pfaff, H. & Janßen, C. (2008). Sozioökonomische Ungleichheit erfordert zielgruppenspezifische Präventionsprogramme. *Public Health Forum*, 16(2), e1–e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2008.04.017>
- [109] Gittelsohn, J. & Trude, A. (2017). Diabetes and obesity prevention: changing the food environment in low-income settings. *Nutr Rev*, 75(Suppl. 1), 62–69. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw038>
- [110] Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention: Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien*. Kurzversion für die Praxis. BAG; GFCH; GDK. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [111] Salis Gross, C., Soom Ammann, E. & El Fehri, V. (2012). Die Rolle sozialer Netzwerke beim Rauchstopp. *Suchtmagazin*(3–4), 26–29. <https://doi.org/10.5167/uzh-74947>
- [112] Moret, J. & Dahinden, J. (2009). *Wege zu einer besseren Kommunikation*. EKM. https://www.ekm.admin.ch/dam/ekm/de/data/dokumentation/materialien/mat_wege_kommunikation_d.pdf
- [113] Kricheldorf, C. (2010). Bildungsarbeit mit älteren und alten Menschen. In K. Aner & U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 99–109). VS Verl. für Sozialwiss. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92004-7_9
- [114] Hackl, C. (2007). *Gesundheitsförderung für ältere Menschen, mit dem Schwerpunkt sozial Schwache* [Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krems].
- [115] Baxter, S., Johnson, M., Payne, N., Buckley-Woods, H., Blank, L., Hock, E., Daley, A., Taylor, A., Pavey, T., Mountain, G. & Goyder, E. (2016). Promoting and maintaining physical activity in the transition to retirement: a systematic review of interventions for adults around retirement age. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 12. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0336-3>
- [116] Lood, Q., Häggblom-Kronlöf, G. & Dahlin-Ivanoff, S. (2015). Health promotion programme design and efficacy in relation to ageing persons with culturally and linguistically diverse backgrounds: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*, 15, 560. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1222-4>
- [117] Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 15(1), Artikel 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- [118] Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obes Rev*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- [119] Abeykoon, A. M. H., Engler-Stringer, R. & Muhajarine, N. (2017). Health-related outcomes of new grocery store interventions: a systematic review. *Public Health Nutr*, 20(12), 2236–2248. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000933>
- [120] Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promot Int*, 30(Suppl. 2), ii8–19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- [121] Everson-Hock, E. S., Johnson, M., Jones, R., Woods, H. B., Goyder, E., Payne, N. & Chilcott, J. (2013). Community-based dietary and physical activity interventions in low socioeconomic groups in the UK: a mixed methods systematic review. *Prev Med*, 56(5), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.02.023>

- [122] Schnyder-Walser, K., Ruflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse «Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts»*. Schlussbericht. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitsliche-chancengleichheit/literaturanalyse-gesundheitliche-ungleichheit.pdf>
- [123] Seifert, A., Ackermann, T. & Schelling, H. R. (2020). *Digitale Senioren 2020: Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Personen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Studie III. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie; Pro Senectute Schweiz.
- [124] Seifert, A. (2022). Digitale Transformation in den Haushalten älterer Menschen. *Z Gerontol Geriatr*, 55(4), 305–311. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01897-5>
- [125] Rasche, P., Wille, M., Brühl, C., Theis, S., Schäfer, K., Knobe, M. & Mertens, A. (2018). Prevalence of Health App Use Among Older Adults in Germany: National Survey. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(1), e26. <https://doi.org/10.2196/mhealth.8619>
- [126] Schlomann, A., Seifert, A., Zank, S. & Rietz, C. (2020). Assistive Technology and Mobile ICT Usage Among Oldest-Old Cohorts: Comparison of the Oldest-Old in Private Homes and in Long-Term Care Facilities. *Res Aging*, 42(5–6), 163–173. <https://doi.org/10.1177/0164027520911286>
- [127] von Storch, K., Schlomann, A., Rietz, C., Polidori, M. C. & Woopen, C. (2018). Wearables zur Unterstützung des Selbstmanagements von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen: Eine qualitative Studie aus der Perspektive von Patienten und Ärzten. *Z Gerontol Geriatr*, 51(7), 791–798. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1323-2>
- [128] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/ministerium/berichte-der-bundesregierung/achter-altersbericht>
- [129] Cotten, S. R. (2021). Technologies and aging: understanding use, impacts, and future needs. In K. F. Ferraro & D. Carr (Hg.), *Handbooks of aging: Bd. 1. Handbook of aging and the social sciences* (9. Aufl., S. 373–392). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815970-5.00023-1>
- [130] Francis, J., Ball, C., Kadylak, T. & Cotten, S. R. (2019). Aging in the Digital Age: Conceptualizing Technology Adoption and Digital Inequalities. In B. B. Neves & F. Vetere (Hg.), *Ageing and Digital Technology: Designing and Evaluating Emerging Technologies for Older Adults* (S. 35–49). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3693-5_3
- [131] König, R., Seifert, A. & Doh, M. (2018). Internet use among older Europeans: an analysis based on SHARE data. *Univers Access Inf Soc*, 17(3), 621–633. <https://doi.org/10.1007/s10209-018-0609-5>
- [132] Quittschalle, J., Stein, J., Luppa, M., Pabst, A., Löbner, M., Koenig, H.-H. & Riedel-Heller, S. G. (2020). Internet Use in Old Age: Results of a German Population. *J Med Internet Res*, 22(11), e15543. <https://doi.org/10.2196/15543> (Representative Survey).
- [133] Seifert, A. & Vandelanotte, C. (2021). The use of wearables and health apps and the willingness to share self-collected data among older adults. *Aging Health Res*, 1(3), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100032>
- [134] Varlamova, M., Premrov, T., Fuchs, M., Forsman, A. K., Bovenzi, G. M. & Strollo, F. (2020). *Ageing in Europe: from north to south*. European Liberal Forum. https://liberalforum.eu/wp-content/uploads/2021/07/Ageing-in-Europe-book_final_final_v.14.12.pdf
- [135] Seifert, A., Cotten, S. R., Xie, B. & Carr, D. (2021). A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76(3), e99–e103. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa098>
- [136] Baumann, E., Czerwinski, F., Rosset, M., Seelig, M. & Suhr, R. (2020). Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany *Bundesgesundheitsblatt*, 63(9), 1151–1160. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03192-x>
- [137] Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., Rooij, S. E. de & Abu-Hanna, A. (2015). Health information-seeking behavior of seniors who use the Internet: a survey. *J Med Internet Res*, 17(1), e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.3749>

- [138] Seifert, A. & Schlomann, A. (2017). Gesundheitsthemen im Internet suchen – etwas für ältere Menschen? *NOVAcura*, 48(4), 39–41.
- [139] Tuckson, R. V., Edmunds, M. & Hodgkins, M. L. (2017). Telehealth. *N Engl J Med*, 377(16), 1585–1592. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>
- [140] Kowatsch, T., Harperink, S., Cotti, A., Trémeaud, R., Schneider, J. & Della Valle, M. (2021). *Evaluierungs-Framework und Kriterienkatalog für digitale Gesundheitsinterventionen in der Schweiz*. <https://doi.org/10.3929/ETHZ-B-000470919>
- [141] Seifert, A., Reinwand, D. A. & Schlomann, A. (2019). Designing and Using Digital Mental Health Interventions for Older Adults: Being Aware of Digital Inequality. *Front Psychiatry*, 10, 568. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00568>
- [142] Meidert, U., Scheermesser, M., Prieur, Y., Hegyi, S., Stockinger, K., Eyyi, G., Evers-Wölk, M., Jacobs, M., Oertel, B. & Becker, H. (2018). *Quantified Self: Schnittstelle zwischen Lifestyle und Medizin*. (TA-Swiss). vdf Hochschulverlag.
- [143] Seifert, A. & Meidert, U. (2018). «Quantified seniors»: Technisch unterstützte Selbstvermessung bei älteren Personen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4), 353–360. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0646-1>
- [144] Seifert, A., Schlomann, A., Rietz, C. & Schelling, H. R. (2017). The use of mobile devices for physical activity tracking in older adults' everyday life. *Digit Health*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2055207617740088>
- [145] Schlomann, A. (2017). A case study on older adults' long-term use of an activity tracker. *Gerontechnology*, 16(2), 115–124.
- [146] Klebbe, R., Steinert, A. & Müller-Werdan, U. (2019). Wearables for Older Adults: Requirements, Design, and User Experience. In I. Buchem, R. Klamma & F. Wild (Hg.), *Perspectives on Wearable Enhanced Learning (WELL): Current Trends, Research, and Practice* (S. 313–332). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64301-4_15
- [147] Dobkin, B. H. (2013). Wearable motion sensors to continuously measure real-world physical activities. *Curr Opin Neurol*, 26(6), 602–608. <https://doi.org/10.1097/WCO.000000000000026>
- [148] Jindai, K., Nielson, C. M., Vorderstrasse, B. A. & Quiñones, A. R. (2016). Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older: NHANES 2005–2012. *Prev Chronic Dis*, 13, 160–174. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160174>
- [149] Seifert, A., Christen, M. & Martin, M. (2018). Willingness of Older Adults to Share Mobile Health Data with Researchers. *GeroPsych (Bern)*, 31(1), 41–49. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000181>
- [150] Koivisto, J., Malik, A. & Heyn, P. C. (2021). Gamification for older adults: a systematic literature review. *Gerontologist*, 61(7), e360–e372. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa047>
- [151] Wellmann, C. & Bittner, J. V. (2016). Gamification-Elemente bei Apps zur Bewegungsförderung. *Wirtschaftspsychologie*, 18(4), 28–39. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2904462>
- [152] Doh, M., Schmidt, L. I., Herbolsheimer, F., Jokisch, M. & Wahl, H.-W. (2015). Patterns of ICT use among «Senior Technology Experts»: the role of demographic variables, subjective beliefs and attitudes. In J. Zhou & G. Salvendy (Hg.), *Lecture notes in computer science: Bd. 9193, Human Aspects of IT for the Aged Population: Design for Aging. Proceedings, Part I* (S. 177–188). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-20892-3_18
- [153] Free, C., Phillips, G., Galli, L., Watson, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., Haines, A. & Cornford, T. (2013). The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. *PLoS Med*, 10(1), e1001362. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001362>
- [154] Kricheldorf, C., König, P., Klobucnik, T., Schmidt, S. & Tonello, L. (2017). *Ethische Guidelines für Forschung und Entwicklung im Bereich Alter und Technik: Grundlagen für die Arbeit in Ethikkommissionen*. Pabst Science Publishers.
- [155] Darvishy, A., Hutter, H.-P. & Seifert, A. (2021). *Altersgerechte digitale Kanäle: Webseiten und mobile Apps*. Springer Fachmedien; Springer Vieweg. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35501-2>

- [156] Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N. & Rogers, W. A. (2019). *Designing for older adults: principles and creative human factors approaches* (3. Aufl.) (Human factors and aging series). CRC Press Taylor & Francis Group.
- [157] Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Gesundheit (BAG), Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH), Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU), Suva & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung: Grundlagendokument*. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [158] Götschi, T., Kahlmeier, S., Martin-Diener, E., Martin, B. W., Bize, R., Simonson, T., Rathod, A. & Diebold, M. (2015). *Aktive Mobilität und Gesundheit: Hintergrundbericht für den nationalen Gesundheitsbericht 2015* (Obsan Dossier 47). Obsan.
- [159] Musselwhite, C. (2021). Prioritising transport barriers and enablers to mobility in later life: A case study from Greater Manchester in the United Kingdom. *J Transp Health*, 22(February), 101085. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2021.101085>
- [160] senior-lab & mobil sein & bleiben (2021). *Mobilität der Senioren und Seniorinnen in der Schweiz*. Factsheet. <https://mobilsein-mobilbleiben.ch/docs/Blog/factsheet-mobilitaetsumfrage.pdf>
- [161] Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Gill, T. M., Groessl, E. J., King, A. C., Kritchevsky, S. B., Manini, T. M., McDermott, M. M., Miller, M. E., Newman, A. B., Rejeski, W. J., Sink, K. M. & Williamson, J. D. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA*, 311(23), 2387–2396. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.5616>
- [162] Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F.-C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., Manini, T. M., Church, T. S., Gill, T. M., Miller, M. E. & Pahor, M. (2015). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 70(2), 216–222. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu099>
- [163] Seematter-Bagnoud, L., Bize, R., Mettler, D., Büla, C. & Santos-Eggimann, B. (2011). *Promotion de l'activité physique: Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»* (Serveur académique Lausannois). UNIL. <https://hdl.handle.net/10670/1.7vukui>
- [164] Burtscher, J., Burtscher, M. & Millet, G. P. (2021). The central role of mitochondrial fitness on antiviral defenses: an advocacy for physical activity during the COVID-19 pandemic. *Redox Biol*, 43, 101976. <https://doi.org/10.1016/j.redox.2021.101976>
- [165] Chastin, S. F. M., Abaraogu, U., Bourgois, J. G., Dall, P. M., Darnborough, J., Duncan, E., Dumortier, J., Pavón, D. J., McParland, J., Roberts, N. J. & Hamer, M. (2021). Effects of Regular Physical Activity on the Immune System, Vaccination and Risk of Community-Acquired Infectious Disease in the General Population: Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 51(8), 1673–1686. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01466-1>
- [166] Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., Smith, G. N. & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *Br J Sports Med*, 55(19), 1099–1105. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>
- [167] Woods, J. A., Hutchinson, N. T., Powers, S. K., Roberts, W. O., Gomez-Cabrera, M. C., Radak, Z., Berkes, I., Boros, A., Boldogh, I., Leeuwenburgh, C., Coelho-Júnior, H. J., Marzetti, E., Cheng, Y., Liu, J., Durstine, J. L., Sun, J. & Ji, L. L. (2020). The COVID-19 pandemic and physical activity. *Sports Med Health Sci*, 2(2), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2020.05.006>
- [168] Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B. A. (2021). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health Psychol Rev*, 15(4), 574–592. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1760728>
- [169] Sawa, R., Asai, T., Doi, T., Misu, S., Murata, S., Ono, R. & Knight, B. G. (2020). The Association Between Physical Activity, Including Physical Activity Intensity, and Fear of Falling Differs by Fear Severity in Older Adults Living in the Community. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(5), 953–960. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby103>

- [170] Stamm, H., Gebert, A., Wiegand, D. & Lamprecht, M. (2013). *Die Förderung gesundheitswirksamer Bewegung und der Kampf gegen die Inaktivität: Situationsanalyse und Definition der Rolle des Bundesamtes für Gesundheit*. Schlussbericht. BAG. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=3033>
- [171] McPhee, J. S., French, D. P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N. & Degens, H. (2016). Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17(3), 567–580. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
- [172] Wiswell, R. A., Hawkins, S. A., Jaque, S. V., Hyslop, D., Constantino, N., Tarpinning, K., Marcell, T. & Schroeder, E. T. (2001). Relationship between physiological loss, performance decrement, and age in master athletes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(10), M618–M626. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.10.M618>
- [173] Harridge, S. D. R. & Lazarus, N. R. (2017). Physical activity, aging, and physiological function. *Physiology (Bethesda)*, 32(2), 152–161. <https://doi.org/10.1152/physiol.00029.2016>
- [174] Saint-Maurice, P. F., Coughlan, D., Kelly, S. P., Keadle, S. K., Cook, M. B., Carlson, S. A., Fulton, J. E. & Matthews, C. E. (2019). Association of Leisure-Time Physical Activity Across the Adult Life Course With All-Cause and Cause-Specific Mortality. *JAMA Netw Open*, 2(3), e190355. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.0355>
- [175] Dipietro, L., Campbell, W. W., Buchner, D. M., Erickson, K. I., Powell, K. E., Bloodgood, B., Hughes, T., Day, K. R., Piercy, K. L., Vaux-Bjerke, A. & Olson, R. D. (2019). Physical activity, injurious falls, and physical function in aging: an umbrella review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1303–1313. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001942>
- [176] Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*, 90(1059), 26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>
- [177] Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J. & Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, 41(7), 1510–1530. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- [178] Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). Bewegung im Alter: dafür ist es nie zu spät! *Swiss Medical Forum*, 14(45), 836–841. <https://doi.org/10.4414/SMF.2014.02090>
- [179] Chou, C.-H., Hwang, C.-L. & Wu, Y.-T. (2012). Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 93(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.042>
- [180] Cochrane, T., Munro, J., Davey, R. & Nicholl, J. (1998). Exercise, Physical Function and Health Perceptions of Older People. *Physiotherapy*, 84(12), 598–602. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(05\)66153-6](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(05)66153-6)
- [181] de Vries, N. M., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., Staal, J. B. & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 11(1), 136–149. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002>
- [182] Koizumi, D., Rogers, N. L., Rogers, M. E., Islam, M. M., Kusunoki, M. & Takeshima, N. (2009). Efficacy of an accelerometer-guided physical activity intervention in community-dwelling older women. *J Phys Act Health*, 6(4), 467–474. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.4.467>
- [183] Opdenacker, J., Boen, F., Coorevits, N. & Delecluse, C. (2008). Effectiveness of a lifestyle intervention and a structured exercise intervention in older adults. *Prev Med*, 46(6), 518–524. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2008.02.017>
- [184] Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R. & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14(1), 510. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-510>

- [185] Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G. H. M., van Berckel, B. N. M., Scheltens, P., Scherder, E. J. A., van der Flier, W. M. & Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Res Rev*, 25, 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- [186] Tanigawa, T., Takechi, H., Arai, H., Yamada, M., Nishiguchi, S. & Aoyama, T. (2014). Effect of physical activity on memory function in older adults with mild Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, 14(4), 758–762. <https://doi.org/10.1111/ggi.12159>
- [187] Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A. & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev*, 12(1), 329–338. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001>
- [188] Ory, M. G., Lee, S., Han, G., Towne, S. D., Quinn, C., Neher, T., Stevens, A. & Smith, M. L. (2018). Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Social Support, Self-Efficacy, and Physical Activity among Older Adults: Evaluation of Texercise Select. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020234>
- [189] Ashe, M. C., Edwards, N. Y., Taylor, A., Burnett, L., Giangregorio, L. M., Milne, K., Clemson, L. M. & Fleig, L. (2019). Return to Everyday Activity in the Community and Home: a feasibility study for a lifestyle intervention to sit less, move more, and be strong. *Pilot Feasibility Stud*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S40814-019-0467-9>
- [190] Schwenk, M., Bergquist, R., Boulton, E., van Ancum, J. M., Nerz, C., Weber, M., Barz, C., Jonkman, N. H., Taraldsen, K., Helbostad, J. L., Vereijken, B., Pijnappels, M., Maier, A. B., Zhang, W., Becker, C., Todd, C., Clemson, L. & Hawley-Hague, H. (2019). The Adapted Lifestyle-Integrated Functional Exercise Program for Preventing Functional Decline in Young Seniors: Development and Initial Evaluation. *Gerontology*, 65(4), 362–374. <https://doi.org/10.1159/000499962>
- [191] van Doorn-van Atten, M., de Groot, L., de Vries, J. & Haveman-Nies, A. (2018). Determinants of behaviour change in a multi-component telemonitoring intervention for community-dwelling older adults. *Nutrients*, 10(8), 1062. <https://doi.org/10.3390/nu10081062>
- [192] Moore, M., Warburton, J., O'Halloran, P. D., Shields, N. & Kingsley, M. (2016). Effective Community-Based Physical Activity Interventions for Older Adults Living in Rural and Regional Areas: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*, 24(1), 158–167. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0218>
- [193] Roberts, C. E., Phillips, L. H., Cooper, C. L., Gray, S. & Allan, J. L. (2017). Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Aging Phys Act*, 25(4), 653–670. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0201>
- [194] Burton, E., Farrier, K., Galvin, R., Johnson, S., Horgan, N. F., Wartens, A. & Hill, K. D. (2019). Physical activity programs for older people in the community receiving home care services: systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*, 14, 1045–1064. <https://doi.org/10.2147/CIA.S205019>
- [195] Minghetti, A., Donath, L., Zahner, L., Hanssen, H. & Faude, O. (2021). Beneficial effects of an inter-generational exercise intervention on health-related physical and psychosocial outcomes in Swiss preschool children and residential seniors: a clinical trial. *PeerJ*, 9, e11292. <https://doi.org/10.7717/peerj.11292>
- [196] Chase, J.-A. D. (2015). Interventions to increase physical activity among older adults: a meta-analysis. *Gerontologist*, 55(4), 706–718. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu090>
- [197] Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N. J., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R. G., Herbert, R. D., Close, J. C. T. & Lord, S. R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(24), 1750–1758. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547>
- [198] Sherrington, C., Fairhall, N. J., Wallbank, G. K., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L. M., Hopewell, S. & Lamb, S. E. (2019). Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD012424. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424.pub2>

- [199] El-Khoury, F., Cassou, B., Charles, M.-A. & Dargent-Molina, P. (2013). The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347(f6234), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6234>
- [200] Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M. & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- [201] Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). *Körperliche Aktivität* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 26). RKI. <https://doi.org/10.25646/3102>
- [202] Mattli, R., Hess, S., Maurer, M., Eichler, K., Pletscher, M. & Wieser, S. (2014). *Kosten der körperlichen Inaktivität in der Schweiz: Schlussbericht*. BAG.
- [203] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2018). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Stärkeres Engagement gegen Sturzunfälle*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/medien/medienmitteilungen/artikel/kampagne-sicher-stehen-sicher-gehen-staerkeres-engagement-gegen-sturzunfaelle.html>
- [204] World Health Organization (WHO) (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>
- [205] U.S. Department of Health and Human Services (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. 2nd ed. <https://health.gov/paguidelines/second-edition/>
- [206] Canadian Society for Exercise Physiology (CSEP). *Canadian 24-hour Movement Guidelines*. <https://csep.ca/guidelines>
- [207] Hamer, M., Lavoie, K. L. & Bacon, S. L. (2014). Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med*, 48(3), 239–243. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092993>
- [208] Ekkekakis, P., Vazou, S., Bixby, W. R. & Georgiadis, E. (2016). The mysterious case of the public health guideline that is (almost) entirely ignored: call for a research agenda on the causes of the extreme avoidance of physical activity in obesity. *Obes Rev*, 17(4), 313–329. <https://doi.org/10.1111/obr.12369>
- [209] Bucksch, J. & Schlicht, W. (2014). Sitzende Lebensweise als ein gesundheitlich riskantes Verhalten. *Dtsch Z Sportmed*, 65(1), 15–21. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2012.077>
- [210] Irving Medical Center, Columbia University (2021). *Different physical activity ‘cocktails’ have similar health benefits*. <https://www.cuimc.columbia.edu/news/different-physical-activity-cocktails-have-similar-health-benefits>
- [211] Chastin, S. F. M. & Diaz, K. M. (2021). *Thirty minutes’ exercise won’t counteract sitting all day, but adding light movement can help: new research*. The conversation. <https://theconversation.com/thirty-minutes-160577>
- [212] Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*, 35(6), 725–740. <https://doi.org/10.1139/H10-079>
- [213] Dempsey, P. C., Biddle, S. J. H., Buman, M. P., Chastin, S. F. M., Ekelund, U., Friedenreich, C. M., Katzmarzyk, P. T., Leitzmann, M. F., Stamatakis, E., van der Ploeg, H. P., Willumsen, J. & Bull, F. C. (2020). New global guidelines on sedentary behaviour and health for adults: broadening the behavioural targets. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01044-0>
- [214] Nigg, C. R. & Harmon, B. (2017). The Sedentariness Epidemic — Demographic Considerations. In S. Razon & M. L. Sachs (Hg.), *Applied Exercise Psychology* (S. 5–14). Routledge.
- [215] Chastin, S. F. M., McGregor, D., Palarea-Albaladejo, J., Diaz, K. M., Hagströmer, M., Hallal, P. C., van Hees, V. T., Hooker, S., Howard, V. J., Lee, I.-M., Rosen, P. von, Sabia, S., Shiroma, E. J., Yerramalla, M. S. & Dall, P. M. (2021). Joint association between accelerometry-measured daily combination of time spent in physical activity, sedentary behaviour and sleep and all-cause mortality: a pooled analysis of six prospective cohorts using compositional analysis. *Br J Sports Med*, 55(22), 1277–1285. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102345>

- [216] Bundesamt für Statistik (BFS) (o. J.). *Körperliche Aktivität 2017, in % der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- [217] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Sitzen (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/sitzen-alter-15>
- [218] Bundesamt für Statistik (BFS) (2019). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Körperliche Aktivität und Gesundheit* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.9546738.html>
- [219] Lamprecht, M., Bürgi, R. & Stamm, H. (2020). *Sport Schweiz 2020: Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung*. BASPO. https://www.baspo.admin.ch/content/baspo-internet/de/dokumentation/publikationen/sport-schweiz-2020/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloadItems/296_1591280041472.download/Bro_Sport_Schweiz_2020_d_WEB.pdf
- [220] Höpflinger, F. (2021). *Sport und Bewegung im Alter – Trends*. <https://www.gerontologieblog.ch/sport-und-bewegung-im-alter-trends/>
- [221] Schmid, J., Molinari, V., Lehnert, K., Sudeck, G. & Conzelmann, A. (2014). BMZI-HEA: Adaption des Berner Motiv- und Zielinventars im Freizeit- und Gesundheitssport für Menschen im höheren Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22(3), 104–117. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000119>
- [222] Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(2), 60–76. <https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000137>
- [223] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- [224] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med*, 358(21), 2249–2258. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0706154>
- [225] Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2010). *Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist* (J. Neubauer, Übers.). Fischer.
- [226] Dorgo, S., Robinson, K. M. & Bader, J. (2009). The effectiveness of a peer-mentored older adult fitness program on perceived physical, mental, and social function. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(2), 116–122. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00393.x>
- [227] Minghetti, A., Schwarz, O. & Junker-Wick, D. (2021). *Stiftung Hopp-la: Förderung der sozialen Teilhabe von älteren Menschen mittels intergenerativer Bewegungsangebote* (Faktenblatt 63). GFCH. https://www.hopp-la.ch/wp-content/uploads/2021/10/FB_63_Hopp_la_de_web.pdf
- [228] Kraus, W. E., Janz, K. F., Powell, K. E., Campbell, W. W., Jakicic, J. M., Troiano, R. P., Sprow, K., Torres, A. & Piercy, K. L. (2019). Daily Step Counts for Measuring Physical Activity Exposure and Its Relation to Health. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1206–1212. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000001932>
- [229] Boulton, E., Hawley-Hague, H., French, D. P., Mellone, S., Zacchi, A., Clemson, L. M., Vereijken, B. & Todd, C. (2019). Implementing behaviour change theory and techniques to increase physical activity and prevent functional decline among adults aged 61–70: The PreventIT project. *Prog Cardiovasc Dis*, 62(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2019.01.003>
- [230] Peyer, L. & Scherrer, J. (2022). *Verhaltensökonomischer Leitfaden: Verhalten verstehen und adressieren*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/leitfaden.pdf>
- [231] Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) (2010). *Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln*. https://ispah.org/wp-content/uploads/2019/08/Toronto_Charter_German.pdf
- [232] Bucksch, J. & Schneider, S. (Hg.) (2014). *Walkability: Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune*. Hans Huber.
- [233] Kannus, P., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Järvinen, M. & Vuori, I. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*, 281(20), 1895–1899. <https://doi.org/10.1001/JAMA.281.20.1895>

- [234] Korhonen, N. (2014). *Fall-induced injuries and deaths among older Finns between 1970 and 2012* [Diss., University of Tampere]. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9638-7>
- [235] Soriano, T. A., DeCherrie, L. V. & Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*, 2(4), 545–553. <https://doi.org/10.2147/cia.s1080>
- [236] Gschwind, Y. J. & Pfenninger, B. (2013). *Training zur Sturzprävention: Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter* (BFU Fachdokumentation 2.104). https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/tools/bfu-Fachdokumentation_Training_zur_Sturzpraevention.pdf
- [237] Gschwind, Y. J., Wolf, I., Bridenbaugh, S. A. & Kressig, R. W. (2011). *Sturzprävention: Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»*. GFCH; BFU. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/best-practice/Via_-_Best-Practice-Studie_Sturzpraevention_-_Zusammenfassung_und_Empfehlungen.pdf
- [238] Michel, F. I. & Bochud, Y. (2012). *Haus und Freizeit: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse* (BFU Sicherheitsdossier 9). BFU.
- [239] Grünenfelder, R., Zumbach, D. & Gföhler, B. (2020). *Evaluation der Kampagne «Sicher stehen – sicher gehen»*. Pro Senectute Schweiz; GFCH; BFU.
- [240] Bolliger, C., Gerber, M., Stocker, E., Derrer, P. & Bächli, M. (2021). *Sturzpräventives Training: Mobilisierungspotenzial und fördernde Faktoren in der Bevölkerung 60+*. BFU.
- [241] Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Leitfaden «Wie erreichen wir Männer 65+ ?»: Gendergerechte Gesundheitsförderung im Alter*. Gesammelte Erfahrungen für Fachleute auf der Umsetzungsebene. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [242] Deutz, N. E. P., Bauer, J. M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosy-Westphal, A., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Krznarić, Z., Nair, K. S., Singer, P., Teta, D., Tipton, K. & Calder, P. C. (2014). Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr*, 33(6), 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>
- [243] Kressig, R. W. (2015). Training und richtige Ernährung bei Sarkopenie. *Der informierte Arzt*(3), 48–50.
- [244] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2014). *Selbstständig bis ins hohe Alter: Checkliste Wohnumgebung, Training und Tipps zur Mobilität*. <https://www.bfu.ch/media/4lhlpt0g/selbststaendig-bis-ins-hohe-alter.pdf>
- [245] Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) (2021). *Kampagne «sicher stehen – sicher gehen»: Fakten und Zahlen*. https://www.sichergehen.ch/_Resources/Persistent/66ff92064c95c243b6629d7ac3b2bea-39d84a1fc/2021_Fakten_u_Zahlen_DE.pdf
- [246] Ellenberger, L. & Bächli, M. (2022). *Sicherheitsanalyse Treppen: Unfall-, Risiko- und Interventionsanalyse*. BFU. <https://doi.org/10.13100/BFU.2.420.01.2021>
- [247] Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obes Rev*, 17(12), 1198–1217. <https://doi.org/10.1111/obr.12457>
- [248] Spence, J. C., Holt, N. L., Dutove, J. K. & Carson, V. (2010). Uptake and effectiveness of the Children's Fitness Tax Credit in Canada: the rich get richer. *BMC Public Health*, 10, 356. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-356>
- [249] Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017). Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport: an update and new findings on health equity. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0613-9>
- [250] Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C. & Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing*, 4(3), 115–124. <https://doi.org/10.1007/s10433-007-0057-1>

- [251] Lehne, G. & Bolte, G. (2017). Impact of universal interventions on social inequalities in physical activity among older adults: an equity-focused systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 14(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0472-4>
- [252] Muellmann, S., Forberger, S., Möllers, T., Bröring, E., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2018). Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review. *Prev Med*, 108, 93–110. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.026>
- [253] Baker, P. R. A., Francis, D. P., Soares, J., Weightman, A. L. & Foster, C. (2015). Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD008366. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008366.pub3>
- [254] Joseph, R. P. & Maddock, J. E. (2016). Observational Park-based physical activity studies: A systematic review of the literature. *Prev Med*, 89, 257–277. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.06.016>
- [255] Lupton, B. S., Fønnebo, V. & Sogaard, A. J. (2003). The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scand J Public Health*, 31(3), 178–186. <https://doi.org/10.1080/14034940210134077>
- [256] Brown, W. J., Mummery, K., Eakin, E. & Schofield, G. (2006). 10,000 Steps Rockhampton: evaluation of a whole community approach to improving population levels of physical activity. *J Phys Act Health*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1123/jpah.3.1.1>
- [257] Mendoza-Vasconez, A. S., Linke, S., Muñoz, M., Pekmezi, D., Ainsworth, C., Cano, M., Williams, V., Marcus, B. H. & Larsen, B. A. (2016). Promoting Physical Activity among Underserved Populations. *Curr Sports Med Rep*, 15(4), 290–297. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000276>
- [258] Robertson, C., Archibald, D., Avenell, A., Douglas, F., Hoddinott, P., van Teijlingen, E., Boyers, D., Stewart, F., Boachie, C., Fioratou, E., Wilkins, D., Street, T., Carroll, P. & Fowler, C. (2014). Systematic reviews of and integrated report on the quantitative, qualitative and economic evidence base for the management of obesity in men. *Health Technol Assess*, 18(35), v–vi, xxiii–xxix, 1424. <https://doi.org/10.3310/hta18350>
- [259] Botorff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., Jaffer-Hirji, H. & Tillotson, S. M. (2015). An updated review of interventions that include promotion of physical activity for adult men. *Sports Med*, 45(6), 775–800. <https://doi.org/10.1007/s40279-014-0286-3>
- [260] Kessler, C. & Bürgi, F. (2016). *Faktenblatt Epidemiologie: Gender-disaggregierte Daten zur Gesundheit von älteren Frauen und Männern in der Schweiz*. GFCH; Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter.
- [261] Kaya, B. (2014). *Migration et information sur la santé: Revue de littérature*. CRS. https://face-migration.ch/wp/wp-content/uploads/2015/02/Kaya_2014_Migration_Information_Sante.pdf
- [262] Mosdøl, A., Lidal, I. B., Straumann, G. H. & Vist, G. E. (2017). Targeted mass media interventions promoting healthy behaviours to reduce risk of non-communicable diseases in adult, ethnic minorities. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD011683. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011683.pub2>
- [263] Bennett, G. G., Steinberg, D. M., Stoute, C., Lanpher, M., Lane, I., Askew, S., Foley, P. B. & Baskin, M. L. (2014). Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obes Rev*, 15(Suppl. 4), 146–158. <https://doi.org/10.1111/obr.12218>
- [264] Marcus, B. H., Hartman, S. J., Larsen, B. A., Pekmezi, D., Dunsiger, S. I., Linke, S., Marquez, B., Gans, K. M., Bock, B. C., Mendoza-Vasconez, A. S., Noble, M. L. & Rojas, C. (2016). Pasos Hacia La Salud: a randomized controlled trial of an internet-delivered physical activity intervention for Latinas. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 62. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0385-7>
- [265] Attwood, S., van Sluijs, E. M. F. & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 13, 60. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0384-8>
- [266] VanKim, N. A., Austin, S. B., Jun, H.-J. & Corliss, H. L. (2017). Physical Activity and Sedentary Behaviors Among Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women: Findings from the Nurses' Health Study II. *J Womens Health*, 26(10), 1077–1085. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6389>

- [267] McElroy, J. A., Haynes, S. G., Eliason, M. J., Wood, S. F., Gilbert, T., Barker, L. T. & Minnis, A. M. (2016). Healthy Weight in Lesbian and Bisexual Women Aged 40 and Older: An Effective Intervention in 10 Cities Using Tailored Approaches. *Womens Health Issues*, 26(Suppl. 1), S18–S35. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.05.002>
- [268] Hayer, A., Jost, E., Jordi, C. & Weber, Y. (2020). *Förderung einer gesunden Ernährung bei älteren Menschen*. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [269] Hellwege, K.-D. (2003). *Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe: Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie* (6. Aufl.). Georg Thieme.
- [270] Cipriani, G., Carlesi, C., Lucetti, C., Danti, S. & Nuti, A. (2016). Eating behaviors and dietary changes in patients with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 31(8), 706–716. <https://doi.org/10.1177/1533317516673155>
- [271] Kai, K., Hashimoto, M., Amano, K., Tanaka, H., Fukuhara, R., Ikeda, M. & Ginsberg, S. D. (2015). Relationship between eating disturbance and dementia severity in patients with Alzheimer's disease. *PLoS One*, 10(8), e0133666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133666>
- [272] Eidgenössische Ernährungskommission (EEK) (2018). *Ernährung im Alter*. Expertenbericht. <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/das-blv/organisation/kommissionen/EEK/ernaehrung-im-alter.html>
- [273] Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M. & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. ADI. <https://www.alzint.org/resource/nutrition-and-dementia/>
- [274] Berti, V., Walters, M., Sterling, J., Quinn, C. G., Logue, M., Andrews, R., Matthews, D. C., Osorio, R. S., Pupi, A., Vallabhajosula, S., Isaacson, R. S., de Leon, M. J. & Mosconi, L. (2018). Mediterranean diet and 3-year Alzheimer brain biomarker changes in middle-aged adults. *Neurology*, 90(20), e1789. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005527>
- [275] Bundesamt für Statistik (BFS) (2014). *Gesundheitsstatistik 2014* (Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit). <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/349483/master>
- [276] Fäh, D., Rohrmann, S., Bochud, M. & Mühleemann, P. (2021). *Die Bedeutung von Ernährung, Adipositas und Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen im Hinblick auf COVID-19*. Faktenblatt. Allianz Ernährung und Gesundheit. https://allianzernaehrung.ch/documents/1031/Ernaehrung_Adipositas_Covid_19_Faktenblatt_2021_DE.pdf
- [277] Lang, U. E. & Walter, M. (2017). Depression in the Context of Medical Disorders: New Pharmacological Pathways Revisited. *Neurosignals*, 25(1), 54–73. <https://doi.org/10.1159/000482001>
- [278] Bandayrel, K. & Wong, S. (2011). Systematic literature review of randomized control trials assessing the effectiveness of nutrition interventions in community-dwelling older adults. *J Nutr Educ Behav*, 43(4), 251–262. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.01.004>
- [279] Jones, J., Duffy, M., Coull, Y. & Wilkinson, H. (2009). *Older people living in the community – nutritional needs, barriers and interventions: a literature review* (Health and community care). Scottish Government Social Research. <https://eresearch.qmu.ac.uk/bitstream/handle/20.500.12289/1266/1266.pdf>
- [280] O'Dwyer, C. & Timonen, V. (2009). *The Role and Future Development of the Meals-on-Wheels: Service for Older People in Ireland*. (NCOA). <http://hdl.handle.net/2262/34610>
- [281] Volkert, D. (Hg.) (2015). *Ernährung im Alter: Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt*. (Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt: Bd. 4). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110346497>
- [282] Vrdoljak, D., Marković, B. B., Puljak, L., Lalić, D. I., Kranjčević, K. & Vučak, J. (2014). Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*, 58(1), 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.007>
- [283] Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E. & von dem Knesebeck, O. (2013). Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen [Outcome evaluation of a health promotion among the elderly]. *Gesundheitswesen*, 75(2), e5–e10. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1311617>

- [284] Zhou, X., Perez-Cueto, F. J. A., Santos, D. Q., Monteleone, E., Giboreau, A., Appleton, K. M., Bjørner, T., Bredie, W. L. P. & Hartwell, H. (2018). A Systematic Review of Behavioural Interventions Promoting Healthy Eating among Older People. *Nutrients*, 10(2), 128. <https://doi.org/10.3390/nu10020128>
- [285] Firth, J., Marx, W., Dash, S., Carney, R., Teasdale, S. B., Solmi, M., Stubbs, B., Schuch, F. B., Carvalho, A. F., Jacka, F. & Sarris, J. (2019). The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med*, 81(3), 265–280. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- [286] Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) (2017). *Geniessen und gesund bleiben: Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/schweizer-ernaehrungsstrategie-2017-2024.PDF>
- [287] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Früchte- und Gemüsekonsum (Alter: 15+)*. <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/fruechte-und-gemuesekonsum-alter-15>
- [288] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [289] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2011). Mangelernährung – Unterernährung. *Swiss Medical Forum*, 11(44), 782–786. <https://doi.org/10.4414/smf.2011.07663>
- [290] Bundesamt für Statistik (BFS) (2018). *Body Mass Index (BMI) nach Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Sprachgebiet: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/determinanten/uebergewicht.assetdetail.6466017.html>
- [291] Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J.-M. & Beer-Borst, S. (2017). *Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population: results from menuCH 2014–2015*. BLV. <https://doi.org/10.7892/BORIS.101641>
- [292] Gille, D., Bütikofer, U., Chollet, M., Schmid, A., Altintzoglou, T., Honkanen, P., Stoffers, H., Walther, B. & Piccinali, P. (2016). Nutrition behavior of the middle-aged and elderly: compliance with dietary recommendations of the food pyramid. *Clin Nutr*, 35(3), 638–644. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.04.002>
- [293] Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Detaillierte Ergebnisse – Gesundheitsverhalten – Ernährung* [Tabellen]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a2.xml>
- [294] Cadario, R. & Chandon, P. (2019). Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments. *Marketing Science*, 39(3), 465–486. <https://doi.org/10.1287/mksc.2018.1128>
- [295] Miesler, L. & Stutz, E. (2019). *Behavioural Insights: Intuitiv zu einem gesünderen Lebensstil*. BAG. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/verhaltenskonomie/verhaltensökonomie_bericht_zhaw.pdf
- [296] Bucher, T., Collins, C., Rollo, M. E., McCaffrey, T. A., de Vlieger, N., van der Bend, D., Truby, H. & Perez-Cueto, F. J. A. (2016). Nudging consumers towards healthier choices: a systematic review of positional influences on food choice. *Br J Nutr*, 115(12), 2252–2263. <https://doi.org/10.1017/S0007114516001653>
- [297] Arno, A. & Thomas, S. (2016). The efficacy of nudge theory strategies in influencing adult dietary behaviour: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 16, 676. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3272-x>
- [298] Holtorf, R., v. Laufenberg-Beermann, A. & Mertens-Zündorf, G. (2017). *Mittagstisch-Angebote für ältere Menschen erfolgreich organisieren: IN FORM Leitfaden-Mittagstisch*. BAGSO. https://im-alter-inform.de/fileadmin/user_upload/6_Weiterbildung/Materialien/Mittagstisch/Broschuere-Mittagstisch_neu_Klo_ckner_kl.pdf
- [299] Harbers, M. C., Beulens, J. W. J., Rutters, F., de Boer, F., Gillebaart, M., Sluijs, I. & van der Schouw, Y. T. (2020). The effects of nudges on purchases, food choice, and energy intake or content of purchases in real-life food purchasing environments: a systematic review and evidence synthesis. *Nutr J*, 19(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00623-y>
- [300] Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(03)00098-0)

- [301] Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A. & Ballmer, P. E. (2014). Mangelernährung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(49), 932–936. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02092>
- [302] Hilmers, A., Hilmers, D. C. & Dave, J. (2012). Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice. *Am J Public Health*, 102(9), 1644–1654. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300865>
- [303] Ohri-Vachaspati, P., DeWeese, R. S., Acciai, F., DeLia, D., Tulloch, D., Tong, D., Lorts, C. & Yedidia, M. (2019). Healthy Food Access in Low-Income High-Minority Communities: A Longitudinal Assessment–2009–2017. *Int J Environ Res Public Health*, 16(13), 2354. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132354>
- [304] World Health Organization (WHO) (o. J.). *Constitution of the World Health Organization*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- [305] Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- [306] World Health Organization (WHO) (2001). *Mental health: new understanding, new hope* (The world health report 2001). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- [307] Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*, 62(2), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- [308] Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- [309] Westerhof, G. J. & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- [310] Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Obsan. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf
- [311] Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht*. Bericht 6. GFCH. https://www.prevention.ch/files/publicimages/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf
- [312] Weiss, H. M. & Cropanzano, R. (1996). Affective Events Theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Hg.), *Research in organizational behavior. An annual series of analytical essays and critical reviews Vol. 18* (S. 1–74). JAI Press.
- [313] Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hg.), *Enzyklopädie der Psychologie: D/III/3. Organisationspsychologie: Grundlagen und Personalpsychologie* (S. 1007–1112). Hogrefe.
- [314] Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, P. Perrig-Chiello, P. Rusterholz, C. von Zimmermann, A. Wagner & S. Zwahlen (Hg.), *Berner Universitätschriften: Bd. 56. Glück: Referate einer Vorlesungsreihe des Collegium generale der Universität Bern im Frühjahrssemester 2010* (S. 241–255). Haupt.
- [315] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitszustand – Psychische Gesundheit – Kontrollüberzeugungen: 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02b6.xml>
- [316] Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich: Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- [317] Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: Die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8. https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=2149
- [318] Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1–3. <https://doi.org/10.4414/saez.2012.00745>

- [319] Bundesamt für Statistik (BFS) (2022). *Gesundheitsverhalten – Alkohol – Chronischer Alkoholkonsum: 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Tabelle]. Statistik der Schweiz, Fachbereich 14 – Gesundheit. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a3.xml>
- [320] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2022). *Schwache bis starke Einschlaf- oder Durchschlafstörungen*. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/einschlaf-oder-durchschlafstoerungen>
- [321] Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). *Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>
- [322] Bundesamt für Statistik (BFS) (2021). *Psychische Gesundheit*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- [323] Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- [324] Holt-Lunstad, J. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy Aging Rep*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/PPAR/PRX030>
- [325] Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L. & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- [326] McCulloch, A. (2009). Old age and mental health in the context of the life span: What are the key issues in the 21st century. In T. Williamson (Hg.), *Older People's Mental Health Today: A Handbook* (S. 9–18). Pavilion.
- [327] Steinmann, R. M. (2015). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit: Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention* (3. Aufl.)(Psychologie des Bewusstseins A: Bd. 11). LIT.
- [328] Stoppe, G. (2014). Prävention psychischer Störungen im Alter. In W. Rössler & V. Ajdacic-Gross (Hg.), *Prävention psychischer Störungen: Konzepte und Umsetzungen* (S. 107–119). Kohlhammer.
- [329] Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen: Grundlagenpapier* (Arbeitspapier 49). GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [330] Haslam, C., Cruwys, T. & Haslam, S. A. (2014). «The we's have it»: evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*, 120, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.037>
- [331] Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y. & Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Health Res*, 19(12), 1043–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.997191>
- [332] Victor, C. R., Bowling, A., Victor, C. R. & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*, 146(3), 313–331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- [333] Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. & Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht. ZHAW; BAG. <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/103453/>
- [334] Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.
- [335] Wettstein, A., Dyntaxa, D. & Kälin, M. (2014). Gesundheitsrisiko Vereinsamung im Alter. *Swiss Medical Forum*, 14(47), 877–880. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.02118>
- [336] Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H. & Tilvis, R. S. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64(7), 792–800. <https://doi.org/10.1093/gerona/glp011>

- [337] Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht. Bericht 6* (S. 117–121): Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).
- [338] Lee, M. (2007). *Improving services and support for older people with mental health problems: the second report from the UK inquiry into mental health and well-being in later life*. Age Concern England. <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/improving-services-and-support-for-older-people-with-mental-health-problems.pdf>
- [339] Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: older adults 55+*. <https://www.porticonetwork.ca/documents/81358/128451/Older+Adults+55+/d27d7310-ba6c-4fe8-91d1-1d9e60c9ce72>
- [340] Friedli, L., Oliver, C., Tidyman, M. & Ward, G. (2007). *Mental health improvement: evidence based message to promote mental wellbeing*. NHS Health Scotland.
- [341] Jané-Llopis, E. & Gabilondo, A. (2008). *Mental health in older people: Consensus paper*. European Communities. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- [342] ProMenPol (2009). *A Manual for Promoting Mental Health and Wellbeing: Older Peoples Residences*. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.promenpol-tool-kit>
- [343] Resch, K., Strümpel, C., Wild, M., Hackl, C. & Lang, G. (Hg.) (2010). *Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen*. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=567>
- [344] Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qual Life Res*, 19(3), 351–361. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9601-0>
- [345] Ribeiro, O. & Santos, Â. R. (2015). Psychological Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *Educ Gerontol*, 41(1), 69–78. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.924272>
- [346] McAuley, E., Mihalko, S. L. & Rosengren, K. (1997). Self-Efficacy and Balance Correlates of Fear of Falling in the Elderly. *J Aging Phys Act*, 5(4), 329–340. <https://doi.org/10.1123/japa.5.4.329>
- [347] 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*. GFCH. www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [348] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Worth.
- [349] Kruse, A. & Schmitt, E. (2021). Soziale Teilhabe. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 159–168). Kohlhammer.
- [350] Jacobshagen, N. (2020). *Lebenskompetenzen und psychische Gesundheit im Alter: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zu Interventionsmöglichkeiten für die Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [351] Cattan, M., White, M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc*, 25(1), 41–67.
- [352] Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>
- [353] Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. GFCH. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2020-06_-_Soziale_Ressourcen.pdf
- [354] Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Obsan.

- [355] Schäffler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe: Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [356] Kruse, A., Pantel, J. & Schmitt, E. (2021). Isolation. In J. Pantel, C. Bollheimer, A. Kruse, J. Schröder, C. Sieber & V. A. Tesky (Hg.), *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* (2. Aufl., S. 524–540). Kohlhammer.
- [357] Knöpfel, C., Pardini, R. & Heinzmann, C. (2020). *Wegweiser für gute Betreuung im Alter: Begriffsklärung und Leitlinien*. Age-Stiftung; Beisheim-Stiftung; MBF Foundation; Migros-Kulturprozent; Paul-Schiller-Stiftung; Walder-Stiftung. https://www.walder-stiftung.ch/wp-content/uploads/2020/06/wegweiser_gute_betreuung_im_alter_dt_200513.pdf
- [358] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [359] Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz: SwissAgeCare 2010*. Schlussbericht. Spitex Verband Schweiz. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht>
- [360] Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. GFCH. <https://www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [361] Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(5), 505–514. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1370-4>
- [362] World Health Organization (WHO) (2014). *Social determinants of mental health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>
- [363] Hatzenbuehler, M. L. & Keyes, K. M. (2013). Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth. *J Adolesc Health*, 53(1 Suppl.), S21–S26. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.08.010>
- [364] Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., Hasin, D. S. & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *Am J Public Health*, 99(12), 2275–2281. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.153510>
- [365] White Hughto, J. M., Reisner, S. L. & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*, 147, 222–231. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010>
- [366] PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT: Le rôle du système de santé*. Résumé et recommandations (PREOS rapport du groupe santé). https://www.promotionsantevalais.ch/data/documents/PREMIS/Ressources_DOCS/Rsum_cahier_PREOS_sant.pdf
- [367] Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S. & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *J Affect Disord*, 150(2), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.011>
- [368] Martin-Diener, E., Meyer, J., Braun, J., Tarnutzer, S., Fäh, D., Rohrmann, S. & Martin, B. W. (2014). The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Prev Med*, 65, 148–152. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.023>
- [369] Vandenbroeck, P., Goossens, J. & Clemens, M. (2007). *Tackling Obesities: Future Choices – Obesity System Atlas*. UK Government Office for Science.
- [370] Hamrick, I., Norton, D., Birstler, J., Chen, G., Cruz, L. & Hanrahan, L. (2020). Association between dehydration and falls. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*, 4(3), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2020.01.003>
- [371] Chen, C. M. & Yoon, Y.-H. (2017). Usual Alcohol Consumption and Risks for Nonfatal Fall Injuries in the United States: Results From the 2004–2013 National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*, 52(9), 1120–1132. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293101>

- [372] Klotter, J. C. (2014). *Einführung Ernährungspsychologie* (2. Aufl.)(PsychoMed compact: Bd. 2). Reinhardt.
- [373] Torres, S. J. & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11–12), 887–894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- [374] Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheits-strategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf>
- [375] Weber, D. & Kessler, C. (2021). *Gesundheitsförderung im Alter lohnt sich! Argumente und Handlungsfelder für Gemeinden und Städte*. GFCH. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [376] Mortazavi, S. S., Shati, M., Ardebili, H. E., Mohammad, K., Beni, R. D. & Keshteli, A. H. (2013). Comparing the Effects of Group and Home-based Physical Activity on Mental Health in the Elderly. *Int J Prev Med*, 4(11), 1282–1289.
- [377] Müller, B. (2014). *Lebenswelt erkennen*. Berner Fachhochschule, Institut Alter.
- [378] Kalbermatten, U. & Valach, L. (2020). *Psychologische Handlungstheorie in angewandter Forschung und Praxis: Gerontologie, Gesundheitspsychologie, Berufsberatung und Suizidprävention*. (Research). Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28927-0>
- [379] Kalbermatten, U. (1998). *Alter: Perspektiven einer aktiven Lebensgestaltung* (Theoretisches Modell der Lebensbereiche Heft 2). Pro Senectute Schweiz; Schweizerisches Rotes Kreuz.
- [380] Freedman, V. A., Spillman, B. C., Andreski, P. M., Cornman, J. C., Crimmins, E. M., Kramarow, E., Lubitz, J., Martin, L. G., Merkin, S. S., Schoeni, R. F., Seeman, T. E. & Waidmann, T. A. (2013). Trends in late-life activity limitations in the United States: an update from five national surveys. *Demography*, 50(2), 661–671. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0167-z>
- [381] Crimmins, E. M. & Beltrán-Sánchez, H. (2011). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(1), 75–86. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq088>
- [382] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2013). *The global burden of disease: generating evidence, guiding policy*. European Union and European free trade association regional edition.
- [383] Bühler, G., Hermann, M., Lambertus, M. & Würigler, E. (2019). *Altersbilder der Gegenwart: Haltung der Bevölkerung zum Alter und zur alternden Gesellschaft*. Berner Generationenhaus. https://www.begh.ch/sites/default/files/2021-02/Studie_Altersbilder2019_sotomo-Begh.pdf
- [384] Auer, K., Karl, F. & Rosenmayr, L. (Hg.) (2007). *Die neuen Alten – Retter des Sozialen?* VS Verl. für Sozialwiss. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90472-6>
- [385] Ries, M.-L. & Arioli, K. (Hg.) (2015). *Die neuen alten Frauen: Das Alter gestalten – Erfahrungen teilen – sichtbar werden*. Limmat.
- [386] Samochowiec, J., Thalmann, L. & Müller, A. (2018). *Die neuen Freiwilligen: Die Zukunft zivilgesellschaftlicher Partizipation*. GDI.
- [387] Samochowiec, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). *Digital Ageing: Unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. GDI.
- [388] Hungerbühler, H. (2013). Occorre una politica per la terza età attenta alla diversità: La situazione degli immigrati anziani. *Terra Cognita*, 23, 106–109.
- [389] Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349–357. <https://doi.org/10.1093/geront/23.4.349>
- [390] Steiger, B. (2020). *Wie kann man die «Lebensqualität im Alter» erforschen?* Seniorweb. <https://seniorweb.ch/2020/11/03/wie-kann-man-die-lebensqualitaet-im-alter-erforschen/>
- [391] Bünning, M., Ehrlich, U., Behaghel, F. & Huxhold, O. (2021). *Enkelbetreuung während der Corona-Pandemie* (DZA aktuell). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-75928-5>
- [392] Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2021). *Großeltern leisten auch in der Pandemie einen beachtlichen Beitrag zur Kinderbetreuung* [Pressemitteilung]. <https://www.dza.de/themen/die-corona-pandemie-und-aeltere-menschen/detailansicht/grosseltern-leisten-auch-in-der-pandemie-einen-beachtlichen-beitrag-zur-kinderbetreuung>

- [393] Riou, J., Panczak, R., Althaus, C. L., Junker, C., Perisa, D., Schneider, K., Criscuolo, N. G., Low, N. & Egger, M. (2021). Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*, 6(9), e683–e691. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00160-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00160-2)
- [394] Webb Hooper, M., Nápoles, A. M. & Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and Racial/Ethnic Disparities. *JAMA*, 323(24), 2466–2467. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.8598>
- [395] Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A. Y. S., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., . . . Goldacre, B. (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)
- [396] Probst, J. & Ruedin, D. (2021). *Littérature en santé relative au covid-19: focus sur la population migrante*. (SFM studies: Bd. 78). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/migrationsbevölkerung-gesundheitskompetenz-und-covid-19.pdf>
- [397] Bishop, A. (2020). *Vulnerability amplified: The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBTIQ People*. OutRight Action International. https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf
- [398] M.I.S. TREND (2020). *Etude sur les habitudes alimentaires et l'activité physique de la population en Suisse pendant la période des mesures du Conseil fédéral visant à freiner la propagation du Covid-19 (du 13 mars au 26. avril)*. IRES. <https://www.blv.admin.ch/dam/blv/fr/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-bericht.pdf>
- [399] Höglinger, M. & Heiniger, S. (2020). *Verhaltensveränderungen im Lockdown und persönliche Herausforderungen: Auswertungen mit Daten des COVID-19 Social Monitor für Gesundheitsförderung Schweiz*. Schlussbericht. Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie; ZHAW. <https://doi.org/10.21256/ZHAW-22546>
- [400] Prickett, K. C., Habibi, H. & Carr, P. A. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Acceptance in a Cohort of Diverse New Zealanders. *Lancet Reg Health West Pac*, 14, 100241. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100241>
- [401] Friemel, T. N. & Geber, S. (2021). *The role of socio-demographics in Covid-19 prevention*. Fachdiskussion Covid-19 Taskforce 12. Jan. 2021. BAG. https://covid-norms.ch/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Norms_Fachgespraech_20210112_Friemel-Geber_webseite.pdf
- [402] Geber, S., Tribelhorn, L. & Friemel, T. N. (2020). *Die Impfbereitschaft in der Schweizer Bevölkerung*. Covid-Norms. <https://covid-norms.ch/impfbereitschaft-schweiz/>
- [403] Robertson, E., Reeve, K. S., Niedzwiedz, C. L., Moore, J., Blake, M., Green, M., Katikireddi, S. V. & Benzeval, M. J. (2021). Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*, 94, 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.008>
- [404] Kortmann, L., Hagen, C., Endter, C., Riesch, J. & Tesch-Römer, C. (2021). *Internetnutzung von Menschen in der zweiten Lebenshälfte während der Corona-Pandemie: Soziale Ungleichheiten bleiben bestehen* (DZA aktuell 05/2021). DZA. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-72025-4>
- [405] Seifert, A. & Cotten, S. R. (2020). In care and digitally savvy? Modern ICT use in long-term care institutions. *Educ Gerontol*, 46(8), 473–485. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1776911>
- [406] Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M. & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- [407] Karn, S. & Schellenberger, S. (2020). *Lockdown Auswirkungen auf ältere Menschen: Freizeitverhalten der Bevölkerung 65+ in Bezug auf Frei- und Grünräume während der Coronakrise*. Projektbericht der HSR Hochschule für Technik Rapperswil. ILF. <https://de.readkong.com/page/lockdown-auswirkungen-auf-aeltere-menschen-3388759>

- [408] M.I.S. TREND (2020). *Umfrage zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten während der Zeit der Massnahmen des Bundesrates zur Eindämmung der Verbreitung des Covid-19 (13. März bis 26. April 2020)*. Management Summary. IRES.
<https://www.blv.admin.ch/dam/blv/de/dokumente/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung-waehrend-lockdown-management-summary.pdf>
- [409] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2021). *Bewegungsverhalten (Alter: 15+)*.
<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/bewegungsverhalten-alter-15>
- [410] Brombach, C., Sych, J., Grütter, S., Ziesemer, K., Ogorsolka, M. & Baumer, B. (2015). *Wirkungsvolle Ernährungsinterventionen für ältere Menschen*. Unveröffentlichter Bericht.
- [411] Buri, B. (2015). *Ernährung im Alter: Aktueller Stand des Wissens und Vorschlag für die Zielgruppendefinition im Rahmen des Via-Projekts «Ernährung im Alter»*. Unveröffentlichter Bericht.
- [412] Kessler, C. & Guggenbühl, L. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf gesundheitsbezogene Belastungen und Ressourcen der Bevölkerung: Ausgewählte Forschungsergebnisse 2020 für die Schweiz* (Arbeitspapier 52). GFCH; BAG. <https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>
- [413] Bühler, G., Craviolini, J., Krähenbühl, D., Hermann, M., Müller, E. & Wenger, V. (2020). *Generationenbarometer 2020: Was Jung und Alt bewegt*. Berner Generationenhaus.
https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2020/12/Generationen-Barometer2020_Web.pdf
- [414] Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz: Erster Teilbericht*. BAG. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/covid-19/covid-19-psychische-gesundheit-teilbericht-1.pdf>
- [415] Ackermann, G. & Amstad, F. T. (2019). *Orientierungsliste KAP 2019*. GFCH.
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/projekte/Orientierungsliste_GFCH-2019-08_-_Interventionen_und_Massnahmen_fuer_die_KAP.pdf
- [416] United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in der Gesellschaft* (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern 4). http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/docs/age/2010/Policy-Briefs/4-Policybrief_Participation_Ger.pdf
- [417] World Health Organization (WHO) (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343206>
- [418] Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) (2017). *Definition, Formen und Folgen häuslicher Gewalt*. Informationsblatt.
https://www.ebg.admin.ch/dam/ebg/de/dokumente/haeusliche_gewalt/infoblaetter/a1.pdf.download.pdf
- [419] Kirwan, R., McCullough, D., Butler, T., Perez de Heredia, F., Davies, I. G. & Stewart, C. (2020). Sarcopenia during COVID-19 lockdown restrictions: long-term health effects of short-term muscle loss. *Geroscience*, 42(6), 1547–1578. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00272-3>
- [420] Martinez-Ferran, M., de la Guía-Galipienso, F., Sanchis-Gomar, F. & Pareja-Galeano, H. (2020). Metabolic Impacts of Confinement during the COVID-19 Pandemic Due to Modified Diet and Physical Activity Habits. *Nutrients*, 12(6), 1549. <https://doi.org/10.3390/nu12061549>
- [421] Age UK (Hg.) (2021). *Impact of Covid-19 on older people's mental and physical health: one year on*. <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/coronavirus/id204712-age-uk-coronavirus-impact-report---one-year-on.pdf>
- [422] Fassbind, J. & Weber, D. (2020). *Gesundheitsförderung im Alter im Kontext von Covid-19: Situation und Erfahrungen, Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis*. GFCH.
www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen
- [423] Fisayo, T. & Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgrad Med J*, 97(1147), 332. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138564>
- [424] Kessler, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung: Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven, Stand 2021* (Arbeitspapier 56). GFCH.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/publikationen>

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