



# **Erarbeitung von Empfehlungen zum Handlungsbedarf und zu Handlungsmöglichkeiten für die Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Personen in der Schweiz.**

Eine systematische Literaturrecherche

Tatjana Drescher  
16543159

Departement Gesundheit  
Institut für Gesundheitswissenschaften  
Studienjahr: 2016  
Eingereicht am: 26. April 2019  
Begleitende Lehrperson: Irene Abderhalden

**Bachelorarbeit  
Gesundheits-  
förderung und  
Prävention**

## Abstract

**Hintergrund:** Unterschiedliche vulnerable Personengruppen haben im Alter ein erhöhtes Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation. Im Hinblick auf die demographische Altersentwicklung und die gesundheitlichen Folgen sozialer Isolation muss die Gesundheitsförderung wirksame Ansätze und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe vulnerabler, älterer Menschen verfolgen.

**Ziel:** Diese Arbeit gibt einen Überblick über solche Ansätze und Strategien und leitet anhand identifizierter Angebotslücken und -potentiale Empfehlungen zum Handlungsbedarf und zu Handlungsmöglichkeiten in der Schweiz ab.

**Methodik:** Angebotslücken und Potentiale der gegenwärtigen Praxis wurden anhand einer selektiven Literaturrecherche identifiziert. Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche wurden Projekte und Studien aus dem Ausland gesucht, welche Ansätze und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe bei vulnerablen, älteren Menschen erfolgreich anwenden.

**Ergebnisse:** Viele Massnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe in der Schweiz erreichen vulnerable Personen nicht. Einsamkeit wird von wichtigen Schlüsselpersonen nicht erkannt und die Kooperation zwischen verschiedenen Akteurinnen und Akteuren ist ungenügend. Die systematische Literaturrecherche ergab zwölf Ansatzkategorien, die zur Schliessung dieser Lücken beitragen können.

**Schlussfolgerungen:** Angebote zur Förderung sozialer Teilhabe müssen unter partizipativem Einbezug der Zielgruppe geplant werden. Aufsuchende Arbeit sowie der Einsatz von Schlüsselpersonen ermöglichen niederschwellige Angebotsstrukturen. Lokale, ganzheitliche Gesundheitsförderung kann mehr Wirkung erzielen als gross angelegte Präventionskampagnen. Um vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen, braucht es professionelle Netzwerke oder Koordinationsstellen.

Key Words Deutsch: soziale Teilhabe, soziale Isolation, Einsamkeit, Interventionen, Ansätze, ältere Menschen, Seniorinnen und Senioren

Key Words Englisch: social participation, social isolation, loneliness, interventions, approaches, elderly people, in old age, seniors

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1. Thematische Einführung und Praxisrelevanz des Themas.....	5
1.2. Zielsetzung .....	6
1.3. Fragestellungen.....	6
1.4. Vorschau auf Inhalt und Struktur der Arbeit.....	7
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>8</b>
2.1. Begriffserläuterungen .....	8
2.2. Soziale Isolation/Einsamkeit und ihre Folgen auf die Gesundheit .....	9
2.3. Zahlen aus der Schweiz .....	10
2.4. Ausmass der Problematik angesichts der demografischen Entwicklung ....	10
2.5. Einflussfaktoren sozialer Isolation im Alter .....	11
2.5.1. Gemeinschaft und Familienstruktur .....	11
2.5.2. Gesundheitszustand.....	11
2.5.3. Finanzielle Lage .....	12
2.5.4. Bildungsstand .....	13
2.5.5. Gender .....	13
2.6. Vulnerable Gruppen.....	14
2.6.1. Subjektiv Vereinsamte.....	14
2.6.2. Frisch Pensionierte.....	15
2.6.3. Verwitwete Personen.....	15
2.6.4. Gebrechliche/fragile Personen .....	16
2.6.5. Zu Hause lebende Pflegeabhängige .....	16
2.6.6. Personen mit Migrationshintergrund.....	16
2.6.7. Finanziell Benachteiligte.....	17
2.7. Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen .....	18
2.8. BZgA Kriterien .....	19
<b>3. Methodik</b> .....	<b>20</b>
3.1. Bearbeitung der Fragestellungen.....	20
3.2. Selektive Recherche nach Grundlagenberichten.....	21
3.3. Systematische Literaturrecherche .....	21
3.3.1. Key-Words.....	22
3.3.2. Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche.....	22
3.3.3. Literaturdatenbanken und Suchmaschinen .....	23
3.3.4. Bewertung der Qualität der Literatur.....	23

3.3.5.	Methodisches Vorgehen.....	24
3.3.6.	Datenanalyse.....	25
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>26</b>
4.1.	Ergebnisse der selektiven Recherche nach Grundlagenberichten .....	26
4.1.1.	Bestehende Angebote in der Schweiz.....	26
4.1.2.	Angebotslücken und Potentiale in der gegenwärtigen Praxis.....	28
4.2.	Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche .....	31
4.3.	Kategorisierung der identifizierten Interventionen und Ansätze.....	32
<b>5.</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>36</b>
5.1.	Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf identifizierte Ansätze und Strategien.....	36
5.2.	Diskussion der Ansätze in Bezug auf die vulnerablen Gruppen .....	42
5.3.	Ergebnisdiskussion in Bezug auf die BZgA Kriterien.....	45
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>47</b>
6.1.	Handlungsbedarf in der Schweiz.....	47
6.2.	Handlungsmöglichkeiten in der Schweiz .....	49
6.3.	Ausblick .....	50
6.4.	Limitationen der Arbeit.....	50
<b>7.</b>	<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>51</b>
<b>8.</b>	<b>Verzeichnisse.....</b>	<b>52</b>
8.1.	Literaturverzeichnis.....	52
8.2.	Abbildungsverzeichnis .....	57
8.3.	Tabellenverzeichnis.....	57
<b>Anhang.....</b>		<b>60</b>
I Anhang (Rechercheprotokoll).....		60
II Anhang (Qualitätschecks für Projekte anhand der Best-Practice Kriterien).....		71
III Anhang (Qualitätscheck Studien) .....		90
IV Anhang (Datenextraktionstabellen).....		93
IIV Anhang (konkrete Handlungsempfehlungen).....		118

## 1. Einleitung

In diesem Kapitel wird in das Thema der vorliegenden Bachelorarbeit eingeführt und die Relevanz der gewählten Thematik für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention beleuchtet. Ausserdem werden die Fragestellungen sowie die Zielsetzung der Arbeit aufgezeigt. Der letzte Abschnitt enthält eine strukturelle und inhaltliche Vorschau auf die vorliegende Arbeit.

### 1.1. Thematische Einführung und Praxisrelevanz des Themas

Soziale Isolation und Einsamkeit stellen Risikofaktoren für zahlreiche körperliche und psychische Folgeerkrankungen dar. Ältere Menschen, welche sich einsam fühlen oder sozial isoliert sind, leiden häufiger unter körperlichen und psychischen Symptomen wie Bluthochdruck oder depressiven Verstimmungen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018). Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass bei einsamen oder sozial isolierten Personen die Wahrscheinlichkeit für Demenz doppelt so hoch ist wie bei gesunden Personen (Wilson, et al., 2007). Sozial isolierte oder einsame Personen haben ausserdem eine geringere Lebenserwartung als Personen welche gut in ein soziales Netz eingebunden sind. Sie leiden oft an Schlafstörungen, bewegen sich zu wenig und fühlen sich häufig gestresst (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Soziale Isolation und Einsamkeit sind in allen Bevölkerungsgruppen verbreitet. Um die Thematik im Rahmen einer Bachelorarbeit bearbeiten zu können, wurde sie auf die Zielgruppe ältere, vulnerable Menschen ab Pensionsalter (64/65+) in der Schweiz beschränkt. Die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter stellt ein vielschichtiges und komplexes Thema dar, welches für die Gesundheitsförderung und die gesamte Gesellschaft, vor allem aufgrund demografischer Entwicklungen, immer wichtiger werden wird. Folgeerkrankungen und Symptome sozialer Isolation mindern die Lebensqualität der Betroffenen und führen zu einer grossen Kostenbelastung für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft. Um die psychische und körperliche Gesundheit im Alter zu stärken und soziale Ressourcen im Alter zu fördern, soll die Gesundheitsförderung Möglichkeiten und Anreize zur sozialen Teilhabe schaffen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018). In der Praxis der Gesundheitsförderung soll ein besonderes Augenmerk auf schwer erreichbare und vulnerable Personengruppen gelegt werden. Ältere Menschen können jedoch nicht grundsätzlich als vulnerabel

bezeichnet werden. Verschiedene Studien haben beispielsweise gezeigt, dass ältere Menschen Spitzenwerte für Optimismus und Lebenszufriedenheit zeigen. Diese Erkenntnisse sprechen für eine gute psychische Gesundheit der Altersgruppe (Moreau-Gruet, Stamm, & Wiegand, 2014). Wenn in dieser Arbeit von vulnerablen Gruppen gesprochen wird, sind nicht alle Personen ab 64/65+ Jahren gemeint, sondern die unter Kapitel 2.6. definierten vulnerablen Gruppen.

## 1.2. Zielsetzung

Diese Arbeit hat zum Ziel, einen Überblick über Ansätze und Strategien zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter, insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen, zu geben. In der Schweiz werden Angebotslücken erfasst und Potentiale für die Praxis der Gesundheitsförderung im Alter (GFIA) identifiziert. Diese werden mit den Ansätzen und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe von vulnerablen, älteren Menschen abgeglichen, die in der systematischen Literaturrecherche gefunden werden. Aus der Synthese dieser beider Schritte werden der Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten für die Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz abgeleitet.

## 1.3. Fragestellungen

Für diese Arbeit wurde eine übergeordnete Fragestellung formuliert. Damit diese beantwortet werden kann, wurden zwei Unterfragestellungen formuliert.

**Welcher Handlungsbedarf und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen in der Schweiz in Bezug auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Menschen?**

1. Welche Angebote und Angebotslücken bestehen in der Schweiz?
2. Welche Ansätze und Interventionen für die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen, die einen Beitrag zur Schliessung der Angebotslücken in der Schweiz beitragen können, werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben?

#### 1.4. Vorschau auf Inhalt und Struktur der Arbeit

Diese Bachelorarbeit folgt dem Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit.

Im Kapitel 2, Theoretische Hintergründe, werden Begriffe erläutert, die für diese Arbeit relevant sind. Zahlen zur subjektiven Einsamkeit in der Schweiz, die gesundheitlichen Folgen von sozialer Isolation und Einsamkeit und die demografische Altersentwicklung verdeutlichen die Relevanz der Förderung sozialer Teilhabe. Einflussfaktoren und vulnerable Gruppen werden definiert und die 12 BZgA Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung werden eingeführt.

Abschliessend wird die Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen thematisiert.

Das Kapitel Methodik beschäftigt sich mit der selektiven und der systematischen Literaturrecherche. Neben Key-Words und Ausschlusskriterien für die systematische Literatursuche wird aufgezeigt, in welchen Datenbanken nach Literatur gesucht wurde und anhand welcher Qualitätsinstrumente diese beurteilt wurde.

Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse der selektiven und der systematischen Literaturrecherche aufgezeigt. Diese Ergebnisse werden im Kapitel Diskussion, abgehandelt und kritisch diskutiert. Nach einer Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf gefundene Ansätze und Strategien, folgt eine Diskussion der Ansätze und Strategien in Bezug auf die vulnerablen Gruppen und die 12 BZgA Kriterien.

Abgeschlossen wird die Arbeit mit dem 6. Kapitel, welches die Schlussfolgerungen beinhaltet. Als erstes wird der ergründete Handlungsbedarf im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe im Alter in der Schweiz aufgezeigt, danach die Handlungsmöglichkeiten für die GFIA in der Schweiz dargelegt und abschliessend die Limitationen der vorliegenden Arbeit transparent aufgezeigt.

Der Anhang enthält das detaillierte Rechercheprotokoll der systematischen Literaturrecherche sowie die Qualitätschecks und Datenextraktionstabellen der eingeschlossenen Projekte und Studien und die genauen Erläuterungen zu den drei konkreten Handlungsmöglichkeiten.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden Begriffe eingeführt, welche für das Verständnis dieser Arbeit relevant sind. Die gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit im Alter werden aufgezeigt und aktuelle Zahlen des Bundesamtes für Statistik liefern einen Überblick über Einsamkeit in der Schweiz. Im Kontext demografischer Entwicklungen wird die Relevanz der Förderung sozialer Teilhabe im Alter verdeutlicht.

Neben den Einflussfaktoren sozialer Isolation im Alter werden Personengruppen definiert, die in der Fachliteratur als besonders vulnerabel für soziale Isolation und Einsamkeit im Alter beschrieben werden. Es wird darauf eingegangen, wie diese Personen von der Gesundheitsförderung erreicht werden können und die 12 BZgA Kriterien (2017) der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung werden eingeführt.

### 2.1. Begriffserläuterungen

**Soziale Isolation** bezeichnet die Lebenssituation von Menschen, die keine oder nur sehr wenig soziale Kontakte haben. Ob ein Mensch als sozial isoliert gilt, kann anhand der vorhandenen sozialen Kontakte einer Person objektiv gemessen werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018). **Einsamkeit** hingegen wird von Perlman und Peplau (1981) als subjektiv empfundener Zustand definiert, bei dem Menschen eine Diskrepanz zwischen den zwischenmenschlichen Beziehungen fühlen, die sie haben und denen, die sie sich wünschen. Wer sich also mehr oder qualitativ besseren sozialen Kontakt wünscht, diesen aber nicht hat, gilt als einsam. Nicht jede Person welche wenig soziale Kontakte hat, fühlt sich einsam und nicht jede Person, die sich einsam fühlt, hat wenig soziale Kontakte (Perlman & Peplau, 1981).

Die «Working Group on Ageing» der United Nations Economic Commission for Europe, abgekürzt UNECE (2010), definiert **soziale Teilhabe** in ihrem Kurzdossier zum Thema Integration und Teilhabe älterer Menschen in die Gesellschaft folgendermassen: «Soziale Teilhabe bezieht sich auf die Integration von älteren Menschen in sozialen Netzwerken von Familien und Freunden sowie ihre Integration in die Gemeinschaften, in denen sie leben, und in die Gesellschaft als Ganzes» (S.3). Gesundheitsförderung Schweiz entschied sich, soziale Teilhabe als Gegenbegriff zu «Einsamkeit» zu verwenden. Dieser soll auf das Recht des «Anteilhabens» an der Gesellschaft und am sozialen Leben für Personen, deren

Partizipation aus verschiedenen Gründen gefährdet oder eingeschränkt ist, hinweisen (Schäffler, Biedermann, & Salis Gross, 2013).

Wenn vom «**Alter**» oder «**älteren Menschen**» gesprochen wird, muss die Tatsache beachtet werden, dass die Personengruppe 64/65+ eine höchst heterogene Gruppe darstellt. Gesundheitliche Unterschiede sind in dieser Altersgruppe grösser als in jeder vorhergehenden Lebensphase. Das Alter kann daher nicht pauschal mit Krankheit oder schlechtem Wohlbefinden gleichgesetzt werden. Trotzdem gibt es Personen, welche als **vulnerabel** gelten. Diese zeichnen sich durch verminderte Vitalität und eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten aus (Weber, et al., 2016).

**Vulnerabilität** bezieht sich in dieser Arbeit also auf Personengruppen, die aufgrund vorhandener Risikofaktoren eine erhöhte Anfälligkeit für Einsamkeit und soziale Isolation haben (Berger, 2015).

## 2.2. Soziale Isolation/Einsamkeit und ihre Folgen auf die Gesundheit

Stabile soziale Beziehungen sind eine wichtige Voraussetzung für das allgemeine Wohlbefinden im Alter. Gerade für ältere Menschen stellt Einsamkeit ein Risiko für die psychische, körperliche und soziale Gesundheit dar (Schäffler et. al., 2013).

Amerikanische Forscher stellten im Rahmen einer Meta-Analyse fest, dass Einsamkeit so ungesund ist wie Rauchen oder Übergewicht und zu erhöhter Mortalität und Morbidität führt (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris, & Stephenson, 2015). Einsamkeit ist ausserdem mit ungünstigen Verhaltensweisen wie beispielsweise einer einseitigen Ernährung oder mangelnder körperlicher Aktivität gekoppelt. Diese ungesunden Verhaltensweisen gefährden ein gesundes und selbstständiges Altern und begünstigen die Entstehung von Folgeerkrankungen (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015). Sozial isolierte oder einsame Personen haben ein doppelt so hohes Risiko an einem Herzinfarkt zu sterben als sozial integrierte Personen (Smith & Christakis, 2008) und leiden häufiger unter Bluthochdruck (Hawkey, Thisted, Masi, & Cacioppo, 2010).

Auch die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sind gross. Einsamkeit und soziale Isolation gehen direkt einher mit Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit oder Traurigkeit sowie depressiven Symptomen, Interessenlosigkeit und Müdigkeit. Personen, welche an einer Depression erkrankt sind oder an depressiven Verstimmungen leiden, geben häufig an, dass Einsamkeit ein Grund für ihre

Erkrankung ist (Barg, et al., 2006). Zudem erkranken einsame ältere Menschen häufiger an Demenz oder Alzheimer (Hawkley & Cacioppo, 2010).

### 2.3. Zahlen aus der Schweiz

Im Jahr 2012 führte das Bundesamt für Statistik bei der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz eine Befragung zum Einsamkeitsgefühl (subjektiv empfundene Einsamkeit) durch. Die Befragung ergab, dass sich 31.2% aller befragten Personen ab 65 Jahren einsam fühlen. In der Schweiz oder im Ausland geborene Ausländerinnen und Ausländer weisen mit 37.4% und 35.1% eine signifikant höhere Einsamkeitsquote auf als Schweizer Staatsangehörige mit 29.7% (Bundesamt für Statistik, 2014). Daraus lässt sich schliessen, dass ein Migrationshintergrund die Entstehung von Einsamkeit begünstigen kann.

### 2.4. Ausmass der Problematik angesichts der demografischen Entwicklung

In der Schweiz erreichen immer mehr Menschen ein hohes Alter und führen ein langes Leben. Verschiedene Berechnungen des Bundesamtes für Statistik zeigen, dass, im Vergleich zum Jahr 2015, im Jahr 2045 84% mehr Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz leben werden (Bundesamt für Statistik, 2015). Diese Entwicklung hängt einerseits damit zusammen, dass die geburtenstarke „Babyboomer“ Generation bis und mit 2030 ins Rentenalter kommt. Andererseits spielt auch die zunehmend höhere Lebenserwartung in unserer Gesellschaft eine Rolle (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010). Szenarien der Bevölkerungsentwicklung gehen davon aus, dass im Jahr 2045 2,7 Millionen Personen ab 65 Jahren in der Schweiz leben werden. Zum Vergleich: Ende 2014 waren es noch 1,5 Millionen (Bundesamt für Statistik, 2015). Die Tendenz eines ständig wachsenden Lebensalters ist erfreulich, bringt jedoch auch grosse Herausforderungen mit sich. Beispielsweise die Integration, Versorgung und Pflege älterer Menschen in der Schweiz. Ausserdem steigt in höheren Altersstufen die Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation und Einsamkeit massiv an. Alle diese Faktoren stellen die GFIA vor neue Herausforderungen (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010).

## 2.5. Einflussfaktoren sozialer Isolation im Alter

Wie bereits erwähnt, können ältere Menschen nicht per se als Risikogruppe für soziale Isolation und Einsamkeit definiert werden. Das Alter wird in der gerontologischen Literatur jedoch als Lebensphase beschrieben, in der die Netzwerkdicke und somit das soziale Kapital und die soziale Unterstützung unabhängig von der sozialen Position der Person abnimmt (Dellenbach & Angst, 2011). Dieses Kapitel beschreibt Faktoren, welche einen Einfluss auf die soziale Teilhabe älterer Menschen haben können. Je mehr Faktoren kumuliert vorkommen, desto grösser ist ihr Einfluss (Dellenbach & Angst, 2011).

### 2.5.1. Gemeinschaft und Familienstruktur

Eine Veränderung der Familienstruktur oder des gemeinschaftlichen Zusammenlebens kann Einfluss auf die Entstehung von sozialer Isolation und Einsamkeit haben. Unregelmässiger Kontakt zu Freunden und Familie, familiäre Konflikte oder ein kleines soziales Netzwerk gehen mit erhöhter Anfälligkeit für Einsamkeit einher (Cacioppo, Fowler, & Christakis, 2009). Auch die Anzahl Personen, welche in einem Haushalt zusammenleben, hat Einfluss auf die soziale Teilhabe im Alter. Wer alleine lebt hat ein höheres Risiko sozial isoliert oder einsam zu sein. Mehrgenerationenhaushalte, also Haushalte in denen ältere Menschen mit ihren Kindern und Enkelkindern zusammenleben, würden dieser Entwicklung entgegenwirken, sind heute in der Schweiz jedoch sehr selten geworden. Die aktuell häufigste Haushaltsform von älteren Menschen ist der Paarhaushalt ohne Kinder (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010). Auch die Wohnumgebung hat Einfluss auf die Entstehung von sozialer Isolation und Einsamkeit. Ältere Menschen, welche in einem Ein- oder Zweifamilienhaus leben, können mehr soziale Unterstützung und Hilfe aus der Nachbarschaft erwarten als Personen in einer Mietwohnung. (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010).

### 2.5.2. Gesundheitszustand

Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand und einem schlechten subjektiven Wohlbefinden fühlen sich öfter einsam als Personen mit einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand und Wohlbefinden (Cornwell & Waite, 2009). Das ist damit zu erklären, dass der Mensch gewisse somatisch-funktionelle

Fähigkeiten braucht, um am sozialen Leben teilnehmen zu können. Die fünf Sinne Tasten, Schmecken, Riechen, Sehen und Hören sind dabei von besonderer Relevanz. Mit zunehmendem Alter verschlechtern sich diese Fähigkeiten und führen zu einer schlechteren Orientierung und weniger Sicherheit im Alltag. Ein beeinträchtigtes Seh- und Hörvermögen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Stürze, verringert die Mobilität und erschwert die zwischenmenschliche Kommunikation. Verschlechtern sich diese Fähigkeiten, nehmen ältere Menschen aus Scheu häufig nicht mehr an sozialen Aktivitäten teil (Amman, 2000).

Ab einem gewissen Alter kommt es zu Einschränkungen der körperlichen Aktivität und Mobilität. Dadurch wird die Bewältigung von Aktivitäten mühsam und zeitintensiv. Aufgrund dessen und aus Angst vor Stürzen, bleiben viele ältere Menschen am liebsten in der gewohnten Wohnumgebung (Amman, 2000).

Gesundheitliche Einschränkungen führen zu einer Abnahme der Mobilität was für viele mit einem Rückzug aus dem sozialen Leben einhergeht (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010).

### 2.5.3. Finanzielle Lage

Soziale Teilhabe eines Menschen wird auch durch Einkommen und Vermögen bestimmt. Ein hohes Einkommen und Vermögen schafft Spielraum für die Verwirklichung von individuellen Fähigkeiten, Interessen und Kenntnissen (Huster, Boeckh, & Mogge-Grotjahn, 2017). Der grösste Teil der Rentnerinnen und Rentner in der Schweiz geniesst dank sozialpolitischen Errungenschaften eine grosse materielle Sicherheit. Trotzdem ist auch in der Schweiz Altersarmut eine Realität. Rund 12% der Pensionierten beziehen Ergänzungsleistungen. In keiner Altersgruppe ist Vermögen und Einkommen so ungleich verteilt wie bei den über 60-Jährigen. Unerwartete Ausgaben wie z.B. eine Reparatur oder der Ersatz einer kaputten Brille wären ohne zusätzliche Leistungen für die Betroffenen unbezahlbar (Pilgram & Seifert, 2009). Menschen, welche in finanziell knappen Verhältnissen leben, haben auch bei der Freizeitgestaltung wenig bis gar keinen Spielraum. Die Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten wie z.B. Theaterbesuchen oder Sportkursen ist für viele aufgrund der eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten unmöglich. Finanzieller Druck und die damit verbundenen Schwierigkeiten werden als Risikofaktor für soziale Isolation und Einsamkeit gesehen (De Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010).

In Kumulation mit anderen Faktoren, z.B. einem verschlechterten Gesundheitszustand, wird der Einfluss von Armut auf soziale Teilhabe besonders bedeutsam (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010).

#### 2.5.4. Bildungsstand

Bildung stellt einer der zentralsten Einflussfaktoren dar, wenn es um gesundheitliche Chancengleichheit geht. Dies kommt daher, dass Personen mit einem tiefen Bildungsniveau oftmals auch eine tiefe Gesundheitskompetenz aufweisen. Für ein gesundheitskompetentes Handeln, welches auch das Pflegen von sozialen Kontakten einschliesst, ist nicht nur Fachwissen oder der Zugang zu diesem relevant, es braucht auch alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Für die Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen, ist es wichtig, sich die schulischen Hintergründe älterer Menschen bewusst zu machen. Autoritäre und passiv-rezeptive Erziehungs- und Bildungsstile waren prägend für diese Zielgruppe. Aktiver und partizipativer Umgang mit Wissen ist für sie ein neuer Bildungsstil und muss zuerst erlernt werden (Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

#### 2.5.5. Gender

Ein weiterer Einflussfaktor auf die soziale Teilhabe im Alter ist das Geschlecht. Heute ist das Überwiegen des Frauenanteils in der älteren Bevölkerung eine Realität. In der Literatur wird dabei von einer «Feminisierung des Alters» gesprochen (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010). Während bis und mit 40-64 Jahren die Männer leicht in der Überzahl sind, ist ab dem 65. Lebensjahr ein Überwiegen der weiblichen Bevölkerung zu erkennen. Ab dem 80. Lebensjahr sind Frauen dann mit 6.3% der Bevölkerung klar höher vertreten als Männer mit 3.9% (Bundesamt für Statistik, 2017). Der Hauptgrund für diese Entwicklung ist vor allem die längere Lebenserwartung von Frauen. Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung für Frauen in der Schweiz 85,4 und für Männer 81,4 Jahre (Bundesamt für Statistik, 2017). Die zusätzlichen Lebensjahre der Frauen sind verbunden mit erhöhter Krankheitsanfälligkeit. Demenzielle Erkrankungen treten zum Beispiel häufig erst nach dem 80. Lebensjahr auf (BAG & GDK, 2013). Da Frauen durchschnittlich länger leben als Männer, haben sie auch eine höhere Wahrscheinlichkeit von negativen

Lebensereignissen wie Verwitung oder dem Verlust lieber Mitmenschen getroffen zu werden (Perrig-Chiello, 2016).

## 2.6. Vulnerable Gruppen

Folgende Personengruppen wurden, ausgehend von kritischen Lebensereignissen, von Dellenbach und Angst (2011) als besonders vulnerabel für soziale Isolation im Alter identifiziert:

- Subjektiv Vereinsamte
- Frisch Pensionierte
- Verwitwete und getrennt lebende Personen
- Zu Hause lebende Pflegebedürftige
- Gebrechliche, fragile Personen
- Finanziell Benachteiligte

Zusätzlich wird diese Liste aufgrund der Erkenntnisse in Kapitel 2.2 ergänzt durch Personen mit Migrationshintergrund.

### 2.6.1. Subjektiv Vereinsamte

Verschiedene Ereignisse der Lebensphase Alter wie z.B. die Pensionierung, der Tod des Lebensgefährten oder der Lebensgefährtin sowie körperliche Einschränkungen sind gekoppelt mit dem Verlust von sozialen Beziehungen und einem Rückzug aus dem sozialen Leben (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2006). Auch wenn soziale Netzwerke im Alter brüchiger werden, muss das alleine noch nicht zu Einsamkeit führen. Denn wie bereits erwähnt, sind soziale Isolation und Einsamkeit nicht zwingend deckungsgleich (Perlman & Peplau, 1981). Soziale Isolation und Vereinsamung im Alter können auch das Resultat eines selbstgewählten Rückzugprozesses sein. Als subjektiv einsam, und somit auch als vulnerabel, gelten nur jene Personen die sich selber als einsam einschätzen und unter diesem Umstand leiden (Höpflinger, 2009).

### 2.6.2. Frisch Pensionierte

Der Übertritt vom Erwerbsleben in die Pension stellt für viele Menschen ein einschneidendes Ereignis dar. Für die meisten Personen markiert die Pensionierung den Übergang in die Lebensphase Alter auch wenn sie grösstenteils noch fit und aktiv sind. Das Ausscheiden aus dem Beruf erfordert eine Neugestaltung des Lebens und des Alltags und ist von Umorientierung gekennzeichnet. Viele Verpflichtungen können abgegeben werden und im Idealfall werden neue angenommen (Hörl & Kytir, 2000). Das Ausscheiden aus dem Berufsleben bedeutet aber auch die Beendigung zahlreicher beruflicher Kontakte und sozialen Verbindungen. Vor allem für Personen, bei welchen die Arbeit einen hohen Stellenwert hatte und viel Zeit in Anspruch nahm, führt dieser Prozess zu einer Abschwächung der sozialen Integration. Einsamkeit, soziale Isolation und Rollenkonflikte können die Folge sein (Hörl & Kytir, 2000).

### 2.6.3. Verwitwete Personen

Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, den Tod des Lebensgefährten oder der Lebensgefährtin miterleben zu müssen. Im Jahr 2017 lebten in der Schweiz 4.8% der Bevölkerung im Zivilstand «verwitwet» (Bundesamt für Statistik, 2017). Es ist naheliegend, dass mit dem Verlust des Partners oder der Partnerin die wahrscheinlich wichtigste soziale Komponente wegfällt. Einerseits gehen Nähe, empfundene Sicherheit und Möglichkeiten zur Kommunikation verloren. Andererseits fallen zahlreiche Aufgaben wie zum Beispiel die Pflege und Betreuung des Partners oder der Partnerin sowie diverse Aktivitäten im und ausserhalb des Haushalts weg oder werden plötzlich nicht mehr als sinnvoll empfunden. Die Verwitwung ist ein Schicksal, welches - zumindest heute noch - überwiegend das weibliche Geschlecht trifft. Frauen haben ein mehr als doppelt so hohes Risiko für Verwitwung als Männer. Die Anzahl sozialer Kontakte ausserhalb der Partnerschaft, die soziale Unterstützung durch Angehörige und Freunde, Lebenseinstellung und Erfahrungen sowie der eigene Gesundheitszustand haben einen Einfluss darauf, ob sich eine Person nach dem Tod des Partners oder der Partnerin mehr oder weniger sozial isoliert fühlt (Höpflinger & Stuckelberger, 1999).

#### 2.6.4. Gebrechliche/fragile Personen

Gebrechlichkeit – oder auch Fragilität – ist keine Krankheit, sondern eine natürliche Veränderung des Körpers innerhalb des Alterungsprozesses (Gasser et. al., 2015). Sie äussert sich durch eine spürbare Verringerung der Muskelkraft, eine nachlassende Gehgeschwindigkeit und allgemein verringerter körperlicher Aktivität. Diese verminderten Leistungsreserven führen zu einer zunehmenden Vulnerabilität gegenüber Erkrankungen und deren Folgen (Nikolaus, 2008). Eine eingeschränkte körperliche Mobilität führt dazu, dass alltägliche Aktivitäten wie Einkaufen, Arztbesuche oder Haushalten nur noch erschwert oder gar nicht mehr selbstständig verrichtet werden können. Auch persönliche Interessen oder Hobbys wie beispielsweise die Teilnahme in einem Verein, Treffen mit Freunden oder sportliche Aktivitäten können nur noch erschwert wahrgenommen werden. Dies führt nach und nach zu einem Rückzug der Betroffenen aus dem sozialen Leben und begünstigt die Entstehung von sozialer Isolation oder Einsamkeit (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011).

#### 2.6.5. Zu Hause lebende Pflegeabhängige

Als betreuungs- oder pflegeabhängig gelten Personen, welche bei basalen (zu Bett gehen, Körperpflege, An- und Ausziehen, etc.) oder instrumentalen (Essen zubereiten, Einkaufen, Putzen, etc.) Aktivitäten im Alltag auf Unterstützung angewiesen sind. Funktionale Einschränkungen der basalen oder instrumentellen Alltagsaktivitäten sind mit einer erhöhten psychischen Belastung verbunden. Die erhöhte psychische Belastung in Kombination mit einem eingeschränkten Zugang zur Aussenwelt resultieren bei zu Hause lebenden Pflegeabhängigen häufig in sozialer Isolation und Einsamkeit. Oft stellt der tägliche Pflegebesuch der wichtigste soziale Kontakt für die Betroffenen dar (Dellenbach & Angst, 2011).

#### 2.6.6. Personen mit Migrationshintergrund

Eine Auswertung des Bundesamts für Statistik aus dem Jahr 2014 zeigt, dass sich ausländische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger aber auch eingebürgerte Personen mit Migrationshintergrund unabhängig ihres Geschlechts signifikant häufiger einsam fühlen als gebürtige Schweizerinnen und Schweizer (Bundesamt für Statistik, 2014). Personen mit Migrationshintergrund haben insbesondere im Alter ein

erhöhtes Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation. Dies wird in zwei verschiedenen Ursachen begründet. Erstens erreichen Personen mit einem Migrationshintergrund häufig das Pensionsalter, ohne über ein enges Sozialnetz zu verfügen. Zweitens leiden insbesondere die Erstmigrantinnen und Erstmigranten, bei welchen es sich mehrheitlich um nichtqualifizierte Arbeiterinnen und Arbeiter handelt, wesentlich häufiger unter psychischen und körperlichen Problemen und Einschränkungen als Schweizerinnen und Schweizer in der gleichen Alterskategorie. Dieser Umstand wird vor allem auf beschwerlichere Arbeitsbedingungen dieser Personengruppe zurückgeführt (Fibbi, Lerch, & Wanner, 2005). Sprachliche Barrieren erschweren den Zugang zu gesundheitsförderlichen Informationen für Migrantinnen und Migranten. Ausserdem halten sie sich oft in anderen Institutionen auf und haben unterschiedliche Interessen in Bezug auf Gesundheit als die Schweizer Bevölkerung (ZEPRA, n. d.).

#### 2.6.7. Finanziell Benachteiligte

Auch im Alter beeinflusst die finanzielle Lage die Gesundheit eines Menschen. Ältere Personen mit einem geringen nachberuflichen Einkommen haben einen erschwerten Zugang zu sinnvollen Aktivitäten und können sich die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben oft nicht leisten. Auch leiden sie häufiger unter körperlichen Beschwerden und haben eine tiefere Lebenserwartung als ältere Personen mit einem hohen nachberuflichen Einkommen (Dellenbach & Angst, 2011). Armut hat im Alter eine zusätzliche Besonderheit: Sie hält im Vergleich zu früheren Lebensphasen wesentlich länger an und endet nicht selten erst mit dem Tod des Betroffenen (Backens & Clemens, 2008). Personen welche über längere Zeit finanziellem Druck ausgesetzt sind und Schwierigkeiten haben den Lebensunterhalt zu finanzieren, sind demzufolge besonders vulnerabel für soziale Isolation und Einsamkeit (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010).

## 2.7. Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen

Vulnerable Gruppen haben oft nur beschränkt Zugang zu präventiven oder gesundheitsförderlichen Angeboten. Sie gelten als «schwer erreichbar». Wenn in der Gesundheitsförderung und Prävention von erschwerter Erreichbarkeit gesprochen wird, sind in der Regel folgende drei Zielebenen gemeint (Soom Ammann & Salis Gross, 2011):

- **Zugang** zu den Menschen schaffen - die Menschen mit Angeboten erreichen.
- **Akzeptanz** gewinnen - die Menschen lassen sich auf die Angebote ein.
- **Wirkung** erzielen - es kommt zu Verhaltensänderungen bzw. -anpassungen.

Um Angebote bei vulnerablen Personen bekannt zu machen, müssen Informationen am richtigen Ort und in adressatengerechter Sprache bekannt gemacht werden. Weiter muss der Zugang zu Angeboten so niederschwellig wie möglich sein und allfällige Barrieren müssen berücksichtigt werden. Zugangsbarrieren können in unterschiedlichster Form auftreten (Gasser et. al., 2015). Für diese Arbeit sind vor allem die eingeschränkte Mobilität, direkte/indirekte strukturelle Barrieren, soziale oder räumliche Isolation, tiefer sozioökonomischer Status (SES) und Bildungsferne relevant (Biehl & Abderhalden, 2018). Sogenannt «klassische» Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention wie z.B. ausschliessliche Information und Sensibilisierung durch Broschüren, Flyer oder Kampagnen ohne begleitende Massnahmen sind, besonders für die Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen, ungeeignet. Auch auf Verhältnisprävention, welche ausschliesslich auf die Veränderung von Strukturen abzielt und nicht mit Verhaltensprävention kombiniert wird, sollte verzichtet werden. Besonders gut für die Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen eignen sich bspw. sogenannte Peer-to-Peer Ansätze (Biehl & Abderhalden, 2018). Bei diesem Ansatz vermitteln ausgebildete Peers ihr Wissen an Personen in ähnlicher Lebenslage. Dabei geht man von der Erkenntnis aus, dass die Vermittlung von Inhalten und Verhalten durch Peers eine höhere Akzeptanz bei der Zielgruppe mit sich bringt (Kern, n. d.).

## 2.8. BZgA Kriterien

Die 12 BZgA Kriterien zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, welche in untenstehender Abbildung aufgelistet sind, wurden von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit entwickelt. Es handelt sich dabei um Good-Practice Kriterien, welche einen fachlichen Orientierungsrahmen für die Planung und Umsetzung von Massnahmen der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung bieten. Jedes Kriterium steht für ein fachliches Konzept. Diese sollen Akteurinnen und Akteuren Anregungen geben, Gesundheitsförderung im jeweiligen Handlungsfeld anzustossen oder zu intensivieren (BZgA, 2013).

Die BZgA Kriterien orientieren sich am inhaltlichen Ziel eines Angebots. Dabei müssen Bedarf, Ressourcen und Belastungen von sozial benachteiligten Zielgruppen berücksichtigt werden. Weiter spiegeln die Kriterien auch das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der WHO wider, in welchem der Setting-Ansatz neben der Förderung der individuellen Ressourcen eine tragende Rolle spielt (Berger, 2015).

**Abbildung 1.** Die 12 BZgA Kriterien der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (BZgA, 2017)



### 3. Methodik

Der methodische Teil dieser Arbeit befasst sich in einem ersten Schritt mit der selektiven Literaturrecherche nach Grundlagenberichten zur Angebotslage im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz. Im zweiten Teil wird die systematische Literaturrecherche nach Ansätzen und Strategien zur Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen im Ausland beleuchtet.

#### 3.1. Bearbeitung der Fragestellungen

Nachfolgende Tabelle beschreibt die methodischen Vorgehensweisen zur Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit.

**Tabelle 1** Fragestellungen der Arbeit mit jeweiligen methodischen Vorgehen zu deren Beantwortung

<b>Fragestellung</b>	<b>Methodik</b>
Welche Angebote und Angebotslücken bestehen in der Schweiz?	Selektive Recherche nach Grundlagenberichten zur Angebotslage und Angebotslücken in der Schweiz.
Welche Ansätze und Interventionen für die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen, die einen Beitrag zur Schliessung der Angebotslücken in der Schweiz beitragen können, werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben?	Systematische Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken, Projektdatenbanken und Internetsuchmaschinen.
Welcher Handlungsbedarf und welche Handlungsmöglichkeiten bestehen in der Schweiz in Bezug auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Menschen?	Übergeordnete Fragestellung welche in einer Synthese aus den Fragestellungen eins und zwei im Kapitel Schlussfolgerungen beantwortet wird.

### 3.2. Selektive Recherche nach Grundlagenberichten

Um die Fragestellung «Welche Angebote und Angebotslücken bestehen in der Schweiz?» beantworten zu können, wurde in der Internetsuchmaschine Google nach Grundlagenberichten zur Angebotslage und Angebotslücken im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz gesucht. Dabei wurde der Bericht «Soziale Teilhabe – Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter» (Schäffler et. al., 2013), in welchem bestehende Angebotsformen und Zugangswegen zur Förderung der sozialen Teilhabe in der Schweiz betrachtet werden, identifiziert.

Nach gründlicher Sichtung des Berichts wurde festgestellt, dass dieser im Bereich «Angebotslücken» zu wenig vertieft ist, um die erste Fragestellung beantworten zu können. Daher wurde ergänzend der Bericht «Schwer erreichbare Zielgruppen – Zusammenfassung und Empfehlungen» von Soom Amman und Salis Gross (2011) hinzugezogen. Anhand dieser beiden Berichte konnte die Angebotslage im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz wie auch die Lücken und Potentiale der gegenwärtigen Praxis in der Schweiz identifiziert werden.

### 3.3. Systematische Literaturrecherche

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurde die Fragestellung «Welche Ansätze und Interventionen für die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen, die einen Beitrag zur Schliessung der Angebotslücken in der Schweiz beitragen können, werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben?» bearbeitet. Da es sich bei der Gesundheitsförderung um ein relativ neues Forschungsgebiet handelt, ist in den klassischen wissenschaftlichen Datenbanken nur wenig Evidenz vorhanden. Aus diesem Grund wurde auch graue Literatur aus Projektdatenbanken und Internetsuchmaschinen berücksichtigt.

### 3.3.1. Key-Words

Folgende Key-Words in Deutsch und Englisch wurden für die systematische Literaturrecherche bestimmt:

**Tabelle 2** Key-Words Deutsch

Soziale Teilhabe	Soziale Isolation	Gesundheitsförderung	Intervention	Im Alter	Prävention	Vulnerabilität
Soziale Partizipation	Einsamkeit		Ansatz	Ältere Menschen	Vorbeugung	Verletzlichkeit
Soziale Integration	Vereinsamung		Strategie	Seniorinnen und Senioren	Verhinderung	Verletzliche Personen
Teilhabemöglichkeit			Methode	Im hohen Alter	Prophylaxe	Vulnerable Personen
			Massnahme Projekt Programm			

**Tabelle 3** Key-Words English

Social Participation	Social Isolation	Health Promotion	Intervention	In old Age	Prevention	Vulnerability
Social Integration	Loneliness		Approach	Elderly people	Prophylaxis	
Social Support			Strategy Method Project Program	Seniors		

### 3.3.2. Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche

Folgende Ausschlusskriterien wurden für die systematische Literaturrecherche definiert.

**Tabelle 4** Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche

Nr.	Ausschlusskriterium
1	Falsche Thematik
2	Studien aus nicht vergleichbaren Ländern
3	Volltext nicht verfügbar/zu wenig Informationen verfügbar
4	Beschrieb in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch
5	Studien vor dem Jahr 2000
6	Andere Zielgruppe (z.B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene bis 64 Jahre)
7	Rein medizinische Thematik, keine Präventions- oder Gesundheitsförderungsansätze erkennbar
8	Kein Interventions- oder Projektansatz ersichtlich
9	Hintergrundinformationen, welche keinen Bezug zum Thema aufweisen
10	Kein Bezug auf vulnerable Gruppen
11	Ansatz welche nicht auf identifizierte Lücken in der Schweiz passt
12	Ansatz, den es in der Schweiz bereits gibt

Für das Ausschlusskriterium «vergleichbare Länder» wurden nur OECD Staaten mit einer Lebenserwartung von über 80 Jahren und einem als «sehr gut» wahrgenommenem subjektiven Gesundheitszustand von über 60% bei beiden Geschlechtern definiert. Anhand dieser Kriterien wurden für diese Arbeit folgende Länder als mit der Schweiz vergleichbar definiert:

Australien, Belgien, Deutschland, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Island, Irland, Israel, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Österreich, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Türkei, USA (OECD.Stat, 2016a), (OECD.Stat, 2016b).

### 3.3.3. Literaturdatenbanken und Suchmaschinen

Es erfolgte eine systematische Literaturrecherche in folgenden elektronischen Literaturdatenbanken, Projektdatenbanken und Internetsuchmaschinen:

- PubMed
- CINAHL Complete
- Medline
- Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich
- Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit
- Google

### 3.3.4. Bewertung der Qualität der Literatur

Die Beurteilung der Qualität der Literatur bezieht sich unter anderem auf die «Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen» (Du Prel, Röhrig, & Blettner, 2009), welche im Bericht «Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung» veröffentlicht wurde. Anhand dieser Checkliste ist es möglich die statistische und methodische Qualität der quantitativen Studie einzuschätzen. Somit können Studien mit einer ungenügenden Qualität ausgeschlossen werden. (Haas, Breyer, Knaller, & Weigl, 2013).

Für die Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen mit qualitativen Methoden werden die die «Leitfragen zur Beurteilung von qualitativen Studien» (Haas et. al., 2013) verwendet. Die Qualitätschecks der wissenschaftlichen Studien sind im Anhang III einsehbar.

Für die Beurteilung der Qualität von Projekten wurde anhand der 12 BZgA Kriterien (BZgA, 2017) eine Checkliste zur Beurteilung der Praxisrelevanz und der Qualität der untersuchten Projekte erstellt. Die Kriterien sind operationalisiert und somit bewertbar. Der Kern der Operationalisierung ist die Skalierung der Kriterien. Für jedes Kriterium werden unterschiedliche Umsetzungsstufen ausgewiesen und in aufsteigende Rangfolge gebracht (Stufe 1 = niedrigste Umsetzungsstufe, Stufe 4 = höchste Umsetzungsstufe). Die genauen Ausführungen zu den operationalisierten Kriterien können im Bericht «Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung» (BZgA, 2013) nachgeschlagen werden.

Über die bestehenden Kriterien hinaus, wurde von der Autorin das Kriterium «Nicht beurteilbar» hinzugefügt. Es wurde absichtlich nicht «nicht erfüllt» als Kriterium gewählt. Eine Nicht-Erfüllung der Kriterien konnte anhand der vorhandenen Projektdokumente nicht ausreichend geprüft werden. Projekte bei welchen fünf oder mehr Kriterien nicht beurteilbar waren, wurden aus der Arbeit ausgeschlossen. Alle Qualitätschecks anhand der BZgA Kriterien sind im Anhang II aufgeführt.

### 3.3.5. Methodisches Vorgehen

Für die systematische Literaturrecherche wurden englische und deutsche Key-Words definiert. Über Basic-Search, Multi-Field-Search oder mit einer Syntax wurde in den wissenschaftlichen Datenbanken, Projektdatenbanken und Internetsuchmaschinen nach Literatur gesucht. Im Rechercheprotokoll, welches im Anhang I ersichtlich ist, wurde festgehalten wie viele Ergebnisse mit welchen Keywords oder welcher Syntax in den verschiedenen Datenbanken erzielt werden konnte.

In den wissenschaftlichen Datenbanken führte eine erste Suche zu über 8000 Ergebnissen was zu einer Anpassung der Syntax führte. In der Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich konnten mit den Key Words «Einsamkeit», «Soziale Teilhabe» und «Soziale Isolation» insgesamt 26 Treffer erzielt werden. In der Projektdatenbank des Kooperationsverbunds gesundheitliche Chancengleichheit konnten mit der Anwendung von Suchfiltern insgesamt 139 Projekte identifiziert werden. Nach Ausschluss von Doppelnennungen konnten 87 Projekte eingeschlossen werden. In Google wurde gezielt nach dem Projekt SONIA - Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation gesucht auf welches die Autorin im Rahmen Ihres Praktikums aufmerksam gemacht wurde.

Um die Anzahl der Ergebnisse weiter einzuschränken, wurden in den Literaturdatenbanken unterschiedliche Filteroptionen angewendet, welche sich mit den Ausschlusskriterien deckten. Insgesamt wurden danach 198 Studien und Projekte in das Rechercheprotokoll aufgenommen. In einem weiteren Schritt wurden die Studien und Projekte anhand ihrer Titel, Abstracts und Studieninformationen geprüft, um die Suchergebnisse anhand der vordefinierten Ausschlusskriterien weiter einzuschränken.

Anhand der Ausschlusskriterien konnten 173 Studien und Projekte ausgeschlossen werden, was zu einer Anzahl von insgesamt 25 Studien und Projekte führte.

Nach dem Lesen des Volltextes der 25 Veröffentlichungen wurden fünf weitere Studien wurden vorzeitig und ohne Qualitätscheck ausgeschlossen.

Die wissenschaftlichen Veröffentlichungen (N=3) wurden auf ihre statistische und methodische Qualität überprüft. Die Projekte (N=17) wurden anhand der BZgA Kriterien auf ihre Qualität geprüft. Keine der Studien wurde aufgrund mangelhafter wissenschaftlicher Qualität ausgeschlossen. Ein Projekt wurde aufgrund mangelhafter Erfüllung der BZgA Kriterien ausgeschlossen. Schlussendlich konnten 19 Veröffentlichungen für die Bearbeitung in dieser Arbeit eingeschlossen werden.

### 3.3.6. Datenanalyse

Die wichtigsten Daten aus den ausgewählten Studien und Projekten wurden extrahiert und in einer Datenextraktionstabelle dargestellt.

Bei der Erstellung der Datenextraktionstabelle wurde die Vorlage der Wiener Gesundheitsförderung als Vorbild genommen. Diese wurde im Bericht «Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung» veröffentlicht (Haas et. al, 2013). Die Datenextraktionstabellen für die Erfassung von Projektdaten wurden angepasst. Daten zu «Stichprobe», «Methodik», «Ergebnisse der Untersuchung» und «Conclusion» wurden weggelassen. Eine neue Kategorie mit Infos zu Projektzielen wurde hinzugefügt. Alle Datenextraktionstabellen mit Informationen zu den Studien und Projekten sind im Anhang IV ersichtlich.

## 4. Ergebnisse

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse aus der selektiven Recherche nach Grundlagenberichten in der Schweiz sowie aus der systematischen Literaturrecherche präsentiert. In diesem Kontext werden die Fragestellungen «Welche Angebote und Angebotslücken bestehen in der Schweiz?» und «Welche Ansätze und Interventionen für die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen, die einen Beitrag zur Schliessung der Angebotslücken in der Schweiz beitragen können, werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben?» beantwortet.

### 4.1. Ergebnisse der selektiven Recherche nach Grundlagenberichten

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Ergebnissen der selektiven Literaturrecherche nach Grundlagenberichten zur Angebotssituation im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz. Bestehende Angebote und Angebotslücken in der Schweiz werden aufgezeigt.

#### 4.1.1. Bestehende Angebote in der Schweiz

Um einen Überblick über die gegenwärtige Angebotssituation zu gewinnen, wurde von Schäffler et. al. (2013) eine exemplarische Sammlung von Angebotsformen, welche zur Förderung der sozialen Teilhabe älterer und vulnerabler Menschen beitragen können, erstellt. Die Sammlung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dies wäre im Hinblick auf die unterschiedlichen Angebote, welche oft an lokale Strukturen gebunden sind, kaum zu erreichen.

Die eingeschlossenen Angebote richten sich grundsätzlich an Personen über 55 Jahre. Gesucht wurde speziell nach Angeboten, die vulnerable, ältere Personen in ihrer unmittelbaren Wohnumgebung erreichen. Ausserdem wurden Angebote der in der Schweiz tätigen Organisationen im Bereich Alter (Spitex, SRK, Pro Senectute, etc.) integriert (Schäffler et. al., 2013).

Grob wurden die Angebote in sogenannte «Hol- und Bring Angebote» unterteilt. Diese Kategorisierung nimmt die Perspektive der Zielgruppe ein. Bei der Inanspruchnahme eines «Hol-Angebots» muss die direkte Wohnumgebung verlassen werden. Das setzt voraus, dass die Zielgruppe einen gewissen Grad an Mobilität aufweist. «Bring-Angebote» hingegen werden der Zielgruppe «gebracht»

und sind somit auch für Personen, welche aufgrund von Mobilitätseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit, etc. an die eigenen vier Wände gebunden sind, verfügbar (Schäffler et. al., 2013). Die bestehenden «Hol-Angebote» in der Schweiz wurden von Schäffler et. al. (2013) in vier unterschiedliche Kategorien eingeteilt welche in nachfolgender Tabelle ersichtlich sind.

**Tabelle 5** Bestehende "Hol-Angebote" in der Schweiz

<b>Kategorie</b>	<b>Angebote</b>
Bildungs- und Informationsangebote	Kurse Organisierte Ausflüge und Besichtigungen Einmalige Veranstaltungen/Vorträge
Bewegungs- und Sportangebote	Sportkurse Lokal organisierte Wander-, Spazier-, und Velogruppen
Vernetzungs-Angebote	Treffs und Clubs Mittagstische und andere Essensangebote Gesprächsrunden Spielnachmittage Senioren-Theatergruppe und «Oldies Disco» Selbstorganisierte Treffs ohne Thema Möglichkeiten zur Freiwilligenarbeit
Anderes	«Altersgerechte» Ferien/Ausflüge Organisierte Ferien/Ausflüge für Menschen mit speziellen Bedürfnissen Patengrosselternschaft

Schäffler et. al. (2013) stellten fest, dass es heute in der Schweiz zahlreiche Dienstleistungen gibt, welche zu älteren, vulnerablen Menschen nach Hause gebracht werden, sogenannte «Bring-Angebote». Die Angebote stehen somit auch Personen zur Verfügung, welche ihre Wohnung oder ihr Haus alters- oder krankheitsbedingt nicht verlassen können. Oft werden diese Dienstleistungen von Fachorganisationen wie der Spitex, der Pro Senectute, der Caritas oder dem SRK erbracht. Aber auch unabhängige Vereine, Nachbarschaftshilfen und die Kirchen engagieren sich in diesem Bereich. Es wurden sechs Kategorien mit Angebotsformen identifiziert, welche das Potential haben, die soziale Teilhabe der Zielgruppen zu stärken. Diese sind in untenstehender Tabelle ersichtlich (Schäffler et. al., 2013).

**Tabelle 6** Bestehende "Bring-Angebote" in der Schweiz

<b>Kategorie</b>	<b>Angebote</b>
Abklärung, Beratung und Koordination	Abklärung von weiterem Hilfsbedarf, aufsuchende Gesundheitsberatung, präventive Hausbesuche
Haushalt	Hauswirtschaft, Besorgungen erledigen, soziale Begleitung, Betreuung, Mahlzeitendienst, «Reinigungsdienst»
Pflege	Kranken- oder Körperpflege, Coiffeur-Service, «Fusspflege zu Hause»
Administration	«Administrationsdienst», «Steuererklärungsdienst»
Sicherheit	Fahrdienst, Notrufsystem
Gesellschaft	Besuchs- und Begleitdienst, «Besuchsgruppen zu Anlässen»

Die genaue Auflistung aller Hol- und Bring-Angebote in der Schweiz kann im Bericht «Soziale Teilhabe - Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter» von Schäffler et. Al. (2013) eingesehen werden.

#### 4.1.2. Angebotslücken und Potentiale in der gegenwärtigen Praxis

Im Rahmen von Expertinnen- und Experteninterviews erarbeiteten Schäffler et. al. (2013) das Verbesserungspotential der untersuchten Angebotsformen. Es zeigte sich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von aufsuchenden Diensten wie z.B. der Spitex besser auf die Thematik Einsamkeit geschult und sensibilisiert werden müssen, um Vereinsamung frühzeitig zu erkennen. Weiter zeigte sich, dass die verschiedenen Anbieterinnen und Anbieter sowie Organisationen besser miteinander kooperieren müssen und dass es eine Koordinationsstelle der Angebote braucht, um den Zugang für ältere Menschen zu erleichtern. Optimierungspotenzial wird ausserdem bei der grundsätzlichen Planung der Versorgung älterer Menschen auf Gemeindeebene gesehen (Schäffler et. al., 2013). Die Autoren des ISGF Berichts «Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen» (Soom Ammann & Salis Gross, 2011) kamen zum allgemeinen Ergebnis, dass Gesundheitsförderungsmassnahmen im Alter heute eher Personen aus den oberen und mittleren Gesellschaftsschichten ansprechen. Benachteiligte oder vulnerable Personengruppen werden schlechter erreicht obwohl sie höheren Risiken ausgesetzt sind. Die Massnahmen sind also oft so konzipiert, dass sie nicht dort ankommen, wo sie am dringendsten benötigt werden (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Um

diesem Missstand entgegenzuwirken, wurden verschiedene Gesundheitsförderungsansätze identifiziert, die das Potential haben auch schwer erreichbare und vulnerable Zielgruppen anzusprechen. Das grösste Potential für die Erreichbarkeit von benachteiligten Zielgruppen im Alter weist dabei die aufsuchende Arbeit und die individuelle Beratung über präventive Hausbesuche, Bildungsarbeit in Gruppen, partizipative Workshops oder Selbsthilfegruppen und die Förderung sozialer Integration über Gemeinwesenarbeit und Setting Ansätze auf. Alle diese Ansätze haben Vor- und Nachteile und erreichen bestimmte Zielgruppen besser als andere. Aus diesem Grund wird eine Kombination der unterschiedlichen Ansätze als die sinnvollste Lösung angesehen (Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Zentral hervorgehoben wird hier ebenfalls, dass das ungenutzte Vernetzung- und Koordinationspotential auf lokaler Ebene besser genutzt und die Zielgruppe partizipativ in alle Ebenen der Projektarbeit eingebunden werden soll. Durchgehend gute Erfahrungen haben die untersuchten Projekte und Programme mit gezielter, persönlich vermittelter Ansprache von kleinräumig definierten Zielgruppen oder Einzelpersonen gehabt. Netzwerke und die beziehungsgeleitete Vermittlung haben daher eine grosse Bedeutung. Die Arbeit mit Vermittlungsinstanzen, Multiplikatoren oder Schlüsselpersonen, welche bereits einen Zugang zur Zielgruppe haben wie bspw. Vereine oder religiöse Instanzen, weist viel Potential für die Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen auf. Zivilgesellschaftliches Engagement soll gefördert werden und als Ergänzung zu Fachkräften eingesetzt werden. (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Allgemein wird ein Umdenken oder ein Perspektivenwechsel in der Gesundheitsförderung empfohlen. Wenn man neben der allgemeinen Bevölkerung auch vulnerable Gruppen erreichen will, soll man weg kommen von gross angelegten Präventions- oder Sensibilisierungskampagnen. Kleinräumig angepasste, ganzheitlich ausgerichtete Interventionen im unmittelbaren Sozialraum der Zielgruppe werden als Alternative empfohlen (Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Nachfolgende Tabelle fasst die identifizierten Lücken und Potentiale der gegenwärtigen GFIA zusammen.

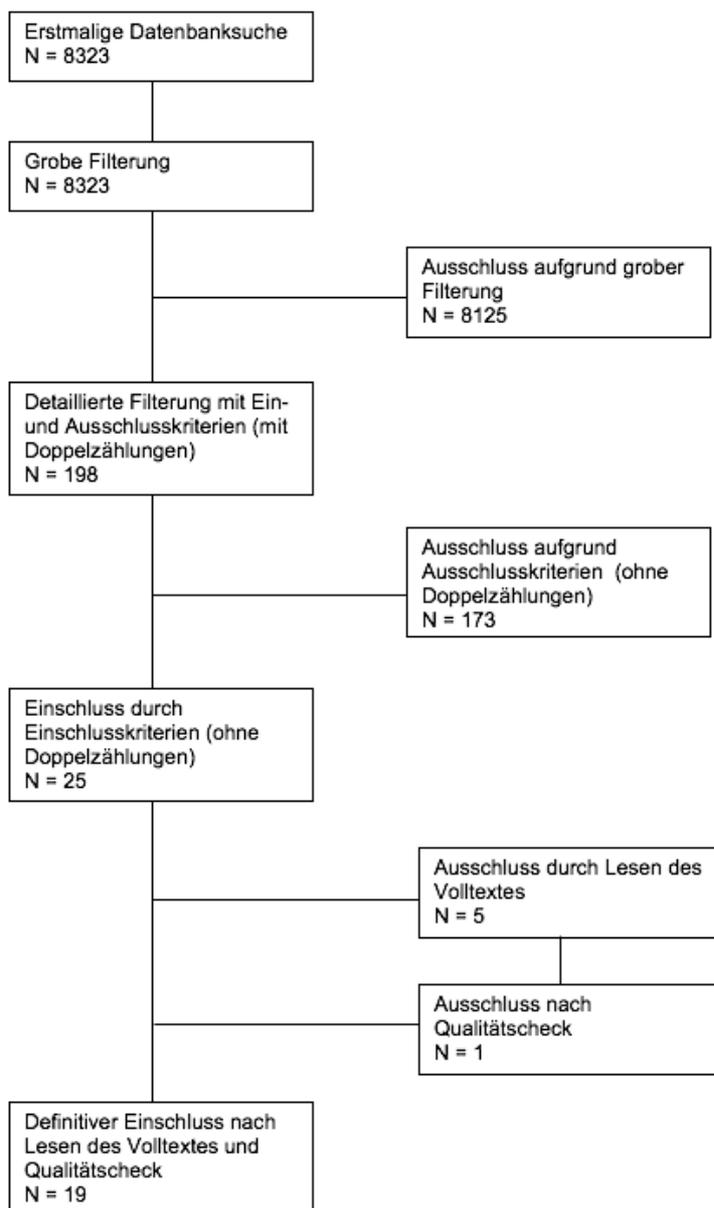
**Tabelle 7** In der Literatur identifizierte Lücken und Potentiale der gegenwärtigen Gesundheitsförderungspraxis zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz

<b>Lücke</b>	<b>Potential</b>
Soziale Isolation und Einsamkeit wird nicht erkannt	Schulung und Sensibilisierung von Schlüsselpersonen auf die Thematik Einsamkeit
Fehlende Koordination und Kooperation unterschiedlicher Anbieter/-innen	Netzwerke, Koordinationsstellen, Checklisten
Erstzugang zu vulnerablen Gruppen gelingt nicht	Vermittlungsinstanzen (Multiplikator/-innen, Schlüsselpersonen) nutzen. Gezielte und/oder persönliche Ansprache von kleinräumig definierten Zielgruppen oder Einzelpersonen Zivilgesellschaftliches Engagement als Ergänzung zu Fachpersonen
Vulnerable Gruppen nutzen die Angebote nicht	Aufsuchende Arbeit, individuelle Beratung (z.B. präventive Hausbesuche), partizipative Kurse und Workshops, Selbsthilfegruppen
Starke Orientierung auf «Hol-Angebote»	Aufsuchende Arbeit
Angebote nicht aus Sicht der Zielgruppe konzipiert	Partizipativer Einbezug der Zielgruppen auf allen Ebenen der Projektarbeit
Gross Angelegte Präventions- oder Gesundheitsförderungskampagnen	Ganzheitliche und lokale Ausrichtung von Angeboten, Setting Ansätze und Gemeinwesenarbeit

## 4.2. Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Durch die systematische Literaturrecherche, welche in untenstehender Abbildung grafisch dargestellt wird, konnten N=3 wissenschaftliche Publikationen und N=16 Projekt identifiziert und eingeschlossen werden. Bei den Studien handelt es sich um einen systematischen Review von Chen und Schulz (2016) aus der Schweiz und China, eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) von Pitkala et. al. (2009) aus Finnland, sowie eine kontrollierte Studie aus Japan (Murayama, et al., 2014). Alle identifizierten Projekte stammen aus Deutschland und wurden über den Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit gefunden.

**Abbildung 2.** Literaturbaum der systematischen Literaturrecherche



#### 4.3. Kategorisierung der identifizierten Interventionen und Ansätze

Nach einer vertieften Auseinandersetzung mit den eingeschlossenen Studien und Projekten und den darin verwendeten Ansätzen und Strategien zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter konnten zwölf verschiedenen Ansatzkategorien gebildet werden. Diese haben das Potential die soziale Teilhabe älterer, vulnerabler Personen zu fördern und einen Beitrag zur Schliessung der identifizierten Angebotslücken in der Schweiz zu leisten. Die zwölf Kategorien lauten folgendermassen:

- Aufsuchende Arbeit
- Netzwerke/Koordinationsstellen
- Schulung und Sensibilisierung von Schlüsselpersonen auf die Thematik Einsamkeit
- Multiplikatoren Ansatz
- Individuelle Beratung
- Selbsthilfegruppen
- Bildungsarbeit in partizipativen Kursen/Workshops
- Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)
- Intergenerative Vernetzung
- Peer-to-Peer Ansatz
- Zivilgesellschaftliches Engagement als Ergänzung zu Fachpersonen
- Ganzheitliche und lokale Angebote, Setting Ansätze, Gemeinwesenarbeit (GWA)

Die Kategorien «Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT)» und «Intergenerative Vernetzung» haben sich bei der Identifikation der Lücken in der Schweiz nicht gezeigt. Nach der systematischen Literaturrecherche und Sichtung der vorhandenen Evidenz wurde jedoch beschlossen, diese auch als wirksame Ansätze zur Förderung von sozialer Teilhabe im Alter zu definieren. Chen und Schulz (2016) stellten in ihrem systematischen Review einen Zusammenhang zwischen der Nutzung von diversen Informations- und Kommunikationstechnologien in Interventionen und der Reduktion von Einsamkeit fest. Die Studie «The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults» (Murayama, et al.,

2014) sowie diverse identifizierte Projekte wie z.B. «Freunde alter Menschen» (Pawletko, 2015) verwenden einen intergenerativen Ansatz zur Förderung der sozialen Teilhabe durch die Vernetzung verschiedener Generationen und das Schliessen von intergenerativen Freundschaften.

Nachfolgende Tabellen zeigen auf, welche der zwölf Ansatzkategorien die eingeschlossenen Projekte und Studien genutzt haben.

**Tabelle 8** Identifizierte Projekte und Studien mit den genutzten Ansätzen und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen I

	SONIA (Selke & Biniok, 2016)	AGNES (Grande & Hochmuth, 2011)	Berliner Seniorentelefon (Weise, 2015)	Mannebacher Mobilitätsmodell (Gard, 2015)	Freunde alter Menschen (Pawletko, 2015)	Pflegenetzwerk Plettenberg- Herscheid (Brüggermann, 2018)	Netzwerk ältere Migrant/- innen (Treiber, 2011)	Zeit haben, Zeit schenken (Berbair, 2017)	Silbernetz (Schilling, 2017)	Netzwerk für mehr Teilhabe Kreuzberg (Runge, 2017)
Aufsuchende Arbeit		x	(x)	x	x			x	(x)	
Netzwerk/ Koordinationsstelle		x					x			x
Schulung & Sensibilisierung von Schlüsselpersonen						x				
Multiplikatoren- Ansatz	x	x					x			
Individuelle Beratung		x	x	x					x	
Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfegruppen)										
Partizipative Kurse/ Workshops	x	x								
Nutzung von IKT	x		x		x				x	
Intergenerative Vernetzung		x			x			x	x	
Peer-to-Peer Ansatz			x				x			
Zivilgesellschaftliches Engagement als Ergänzung zu Fachpersonen		x	x	x	x			x	x	
Ganzheitliches, lokales Angebot/ Setting Ansatz/GWA	x	x		x		x	x			

**Tabelle 9** Identifizierte Projekte und Studien mit den genutzten Ansätzen und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen II

	Generationen- Netzwerk Gelsenkirchen (Heite, 2015)	Leuchtturm- Projekt (Klarhöfer, 2019)	Betreute Anlaufstellen (Lemme & Hummert, 2015)	Ruhepunkt (Lezius, 2018)	Gesundheits- buddys (Träger, 2017)	Quartiers- Entwicklung Pankow (Dierich, 2017)	REPRINT (Murayama, et al., 2014)	Finnische Selbsthilfe- gruppen (Pitkala et. al., 2009)	IKT Review (Chen & Schulz, 2016)
Aufsuchende Arbeit				x	x				(x)
Netzwerk/ Koordinationsstelle	x					x			
Schulung & Sensibilisierung von Schlüsselpersonen									
Multiplikatoren- Ansatz					x				
Individuelle Beratung		x	x	x	x				x
Selbsthilfe (z.B. Selbsthilfegruppen)				x				x	
Partizipative Kurse/ Workshops		x						x	x
Nutzung von IKT		x							x
Intergenerative Vernetzung	x				x	x	x		
Peer-to-Peer Ansatz					x			x	x
Zivilgesellschaftliches Engagement als Ergänzung zu Fachpersonen		x	x		x		x		
Ganzheitliches, lokales Angebot/ Setting Ansatz/GWA	x	x		x		x			

## 5. Diskussion der Ergebnisse

Es folgt eine Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche. Zudem wird eine Diskussion der Ansätze in Bezug zu den vulnerablen Gruppen aus Kapitel 2.6. und den 12 BZgA (2017) Kriterien geführt.

### 5.1. Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf identifizierte Ansätze und Strategien

Im folgenden Abschnitt findet eine Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf die identifizierten Ansatzkategorien statt. Mit einer Ausnahme haben alle identifizierten Projekte und Studien aus der systematischen Literaturrecherche mehrere der zwölf Ansatzkategorien verwendet. Dies ist positiv zu beurteilen, da alle Ansätze und Strategien laut Soom-Ammann und Salis Gross (2011) ihre Vor- und Nachteile haben und bestimmte Gruppen besser erreichen als andere.

- Soziale Isolation wird nicht erkannt

In der Schweiz wird soziale Isolation von wichtigen Schlüsselpersonen, z.B. der Spitex oder Kirche, nicht erkannt (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Gerade für pflegebedürftige oder mobilitätseingeschränkte Menschen stellen diese Personen wichtige Bezugspersonen dar (Dellenbach & Angst, 2011). Die Schulung und Sensibilisierung von Schlüsselpersonen birgt laut Schäffler et. al. (2013) Potential für die frühzeitige Erkennung von Einsamkeit und sozialer Isolation vulnerabler, älterer Menschen. In der Schweiz wird dieser Ansatz von der GFIA noch nicht systematisch verfolgt. Auch im Ausland konnte nur ein Projekt identifiziert werden, das ansatzweise ein solches Vorgehen aufweist. Im Projekt «Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid» werden unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aus dem Alters- und Gesundheitssektor im Rahmen von runden Tischen auf soziale Isolation und Einsamkeit im Alter sensibilisiert und es werden gemeinsam Handlungsempfehlungen abgeleitet (Brüggermann, 2018). Damit soziale Isolation und Einsamkeit flächendeckend erkannt werden kann, könnten Schulungen für Schlüsselpersonen angeboten werden. Da es in der Schweiz viele Bring-Angebote gibt in welche Schlüsselpersonen zu älteren Menschen nach Hause gehen, bietet

sich die gezielte Schulung dieser Schlüsselpersonen zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, beispielsweise im Rahmen eines Weiterbildungsmoduls für Mitarbeitende von Alters- und Pflegeorganisationen, an.

- **Fehlende Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Anbieter**

Fehlende Kooperation zwischen verschiedenen Akteurinnen- und Akteuren und fehlende Koordination der Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe stellen in der Schweiz ein Problem dar (Schäffler et. al., 2013). In Deutschland wurden Netzwerke identifiziert, die sich für mehr soziale Teilhabe älterer Menschen stark machen. Dies sind bspw. das «Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg» (Runge, 2017), oder das «Netzwerk ältere Migrant/-innen Kiel» (Treiber, 2011). Netzwerke und Koordinationsstellen verbessern die Kooperation unter den Akteurinnen und Akteuren. Durch professionelle Vernetzung und Nutzung von Synergien können Ressourcen und Potentiale effizienter und wirksamer eingesetzt werden. Es kommt zu weniger Doppelspurigkeiten und die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel können zielführend und ressourcenschonend für die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter eingesetzt werden (Schäffler et. al., 2013).

Um die Interessen von älteren, vulnerablen Menschen in der Schweiz zu vertreten und soziale Teilhabe zu fördern, bieten sich aus Sicht der Autorin vor allem kommunale Netzwerke und Nachbarschaftsnetzwerke an. Diese haben einen direkten Bezug zur Lebenswelt der Zielgruppe und können Seniorinnen und Senioren in einen Dialog mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Gemeinde bringen. Die Partizipation der Zielgruppe muss vom Aufbau bis hin zur Evaluation eines Netzwerkes einen hohen Stellenwert geniessen, um Angebote zu entwickeln, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausgerichtet sind. Zielgruppenspezifische Netzwerke, wie z.B. das «Netzwerk ältere Migrant/-innen Kiel», durch welches erstmalig eine Vielfalt unterschiedlicher, bei Bedarf muttersprachlicher Angebote gewährleistet wurde, können eingesetzt werden um sich für die Bedürfnisse besonders vulnerabler Personengruppen stark zu machen (Treiber, 2011).

- Angebote für vulnerable Gruppen zugänglich und nutzbar machen

Für einen erfolgreichen ersten Zugang zu vulnerablen Zielgruppen nutzen viele der identifizierten Projekte und Studien einen Multiplikatoren- oder Peer-to-Peer Ansatz. Beide haben laut Literatur das Potential, auch vulnerable Gruppen zu erreichen (Schäffler et. al., 2013), (Biehl & Abderhalden, 2018) und werden daher als wichtige Strategien angesehen, um niederschwellige Angebote für vulnerable Personen anzubieten.

Um die Akzeptanz der Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe bei der Zielgruppe zu stärken, ist ein partizipativer Einbezug der Zielgruppe in alle Ebenen der Projektarbeit zentral (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Ein umfassender partizipativer Ansatz konnte bei keinem Projekt und keiner Studie ausgemacht werden. Das Projekt SONIA - Soziale Inklusion durch technikgestützte Kommunikationsangebote führte jedoch zahlreiche partizipative Workshops und Kurse zur Optimierung und Anpassung des Angebots durch und liess die Zielgruppe bei der Gestaltung der Kommunikationsplattform mitbestimmen. Dadurch konnte eine hohe Verbundenheit und Identifikation mit der Intervention erreicht werden, auffällig wenige Personen stiegen frühzeitig aus dem Projekt aus (Selke & Biniok, 2016). In fünf Projekten wurde in der Umsetzungsphase partizipativ mit der Zielgruppe gearbeitet, z.B. in Workshops oder Kursen, was ebenfalls zu einer stärkeren Identifikation mit dem Angebot führen kann und daher gefördert werden soll. Um strukturelle Zugangsbarrieren, eingeschränkte Mobilität und räumliche Isolation zu umgehen, verwendeten sechs Projekte aus Deutschland aufsuchende Ansätze. Diese Angebote werden vor allem von mobilitätseingeschränkten Personen geschätzt. Das Projekt «Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen nach Hause» verbindet ein Home-Training und regelmässigen sozialen Kontakt und ist ein gutes Beispiel für die Umsetzung eines niederschweligen, aufsuchenden Ansatzes zur Verringerung sozialer Isolation und ihrer Folgen (Träger, 2017). Weiter wurden kostenlose Telefonhotlines für ältere Menschen identifiziert, welche das Ziel haben, Einsamkeit zu verhindern. IKT Interventionen können sich positiv auf die soziale Teilhabe und die Verringerung von Einsamkeit älterer Menschen auswirken (Chen & Schulz, 2016) und sind auch für pflegeabhängige Personen oder Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zugänglich weshalb sie als Ansatz zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter eingesetzt werden sollen.

Selbsthilfegruppen wurden als wirksamer Ansatz zur Verringerung des Einsamkeitsgefühls identifiziert (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). In Finnland wurden im Rahmen einer RCT Studie regelmässig strukturierte Gruppentreffen mit subjektiv vereinsamten Personen durchgeführt. Diese führten zu einer Verringerung des Einsamkeitsgefühls in der Interventionsgruppe. Dadurch, dass alle Teilnehmenden von Einsamkeit betroffen sind, ist die Schwelle an einer solchen Gruppe teilzunehmen weniger hoch (Pitkala et. al., 2009).

Sieben Projekte und eine Studie fördern die soziale Vernetzung älterer Menschen mit Hilfe eines intergenerativen Ansatzes. Das Projekt REPRINT (Murayama, et al., 2014) fördert den Aufbau von Beziehungen zwischen Schulkindern und pensionierten Personen und das Generationennetzwerk Gelsenkirchen vernetzt verschiedene Generationen auf städtischer Ebene (Heite, 2015). Intergenerative Projekte können aus Sicht der Autorin nicht nur Einsamkeit und soziale Isolation verringern. Sie fördern auch das gegenseitige Verständnis unterschiedlicher Generationen. Dies könnte auf längere Sicht zu einem stärkeren gesellschaftlichen Zusammenhalt führen. Solche Bedingungen würden die Integration und Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen in die Gesellschaft erleichtern.

- **Starke Orientierung auf Hol-Angebote**

Die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter ist in der Schweiz heute sehr auf die sogenannten Hol-Angebote ausgerichtet. Bei den bestehenden Bring-Angeboten handelt es sich grösstenteils um Dienstleistungen wie z.B. Mahlzeitendienst, Pflege oder Coiffeur zu Hause, welche im Zuhause einer älteren Person erbracht werden (Schäffler et. al., 2013). Diese können einen Beitrag zur Förderung der sozialen Teilhabe leisten, sind aber nicht speziell darauf ausgerichtet. Es wäre deshalb wünschenswert, dass die Gesundheitsförderung im Alter vermehrt aufsuchende Angebote für vulnerable, ältere Menschen konzipiert. Diese sind sehr niederschwellig und umgehen diverse Zugangsbarrieren. Auf der anderen Seite kann mit aufsuchender Arbeit keine Integration in Gruppen oder in die Gesellschaft als Ganzes stattfinden weshalb Kontinuität in Bezug auf die besuchende Person als wichtig angesehen wird. Auch IKT Interventionen können dazu beitragen, die starke Orientierung auf Hol-Angebote in der Schweiz abzuschwächen. Die Wirkung

unterschiedlicher IK Technologien auf soziale Teilhabe im Alter wurde von Chen und Schulz (2016) in einem umfassenden systematischen Review untersucht.

- Angebote sind nicht aus Sicht der Zielgruppe konzipiert

Für die GFIA ist es essenziell, sich bei der Erarbeitung von Angeboten nicht nur am fachlich oder wissenschaftlich belegten Bedarf zu orientieren. Um tragende und bedürfnisorientierte Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Menschen zu konzipieren, braucht es einen umfassenden partizipativen Einbezug der Zielgruppe auf allen Ebenen der Projektarbeit (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). In dieser Hinsicht besteht sowohl in der Schweiz als auch im Ausland aus Sicht der Autorin Handlungspotential. Der partizipative Einbezug der Zielgruppen ist ressourcenintensiv, zahlt sich aber durch verstärkte Identifikation, Akzeptanz und Nutzung des Angebot aus.

- Gross angelegte Präventions- oder Gesundheitsförderungskampagnen

Bei neun der identifizierten Projekte aus Deutschland handelt es sich um ganzheitliche, lokale Angebote. Um soziale Teilhabe im Alter zu fördern, braucht es keine gross angelegten Sensibilisierungs- oder Präventionskampagnen (Schäffler et. al., 2013). Gerade im Hinblick auf vulnerable Gruppen können solche Interventionen nur wenig Wirkung erzielen (Biehl & Abderhalden, 2018). Die Förderung sozialer Teilhabe soll aus Sicht der Autorin ganzheitlich ausgerichtet und in ein Konzept eingebettet sein. Somit kann die Zielgruppe von nachhaltig verbesserten Verhältnissen profitieren. Die soziale Teilhabe muss dort gefördert werden, wo sie gelebt werden soll. Das kann bspw. in einer Gemeinde, einem Quartier oder einem Heim sein. Massnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene sollten dabei ineinandergreifen. Um soziale Teilhabe zu fördern, braucht es Massnahmen zur Stärkung individueller Ressourcen und eine nachhaltige Verbesserung der Lebenswelten vulnerabler Personen. Vor allem bei vulnerablen Gruppen reicht es nicht aus, Verhältnisse zu ändern und keine Begleitmassnahmen anzubieten (Biehl & Abderhalden, 2018). Ein gutes Praxisbeispiel für einen ganzheitlichen, lokalen Ansatz ist das Projekt AGNES - Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil. Neben einer neu eingerichteten Kontakt- und Beratungsstelle für ältere Menschen kann ein aufsuchender

Besuchsdienst in Anspruch genommen werden. Zudem fand eine Vernetzung aller relevanten Akteurinnen und Akteure im Stadtteil statt und es werden regelmässig partizipative Informationsveranstaltungen durchgeführt. Zusätzlich wurden neue Möglichkeiten für freiwilliges Engagement geschaffen. Durch die Kombination der verschiedenen Ansätze können unterschiedliche Personen von den Angeboten profitieren und die soziale Teilhabe im Stadtteil wird ganzheitlich gefördert (Grande & Hochmuth, 2011). Untenstehende Tabelle fasst die Aussagen dieses Kapitels kurz zusammen.

**Tabelle 10** Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf identifizierte Ansätze und Strategien

<b>Lücke</b>	<b>Identifizierte Ansätze und Strategien</b>
Soziale Isolation und Einsamkeit wird nicht erkannt	Schulung und Sensibilisierung von Schlüsselpersonen
Fehlende Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Anbieter	Netzwerke
Erstzugang zu vulnerablen Gruppen gelingt nicht	Multiplikatoren Ansatz Peer-to-Peer Ansatz
Vulnerable Gruppen nutzen die Angebote nicht	Aufsuchende Arbeit Nutzung von IKT Selbsthilfegruppen Partizipative Workshops und Kurse Intergenerative Vernetzung
Starke Orientierung auf «Hol-Angebote»	Aufsuchende Arbeit Nutzung von IKT
Angebote nicht aus Sicht der Zielgruppe konzipiert	Partizipativer Einbezug der Zielgruppe
Gross Angelegte Präventions- oder Gesundheitsförderungskampagnen	Ganzheitliche und lokale Gesundheitsförderungsangebote Individuelle Beratung Zivilgesellschaftliches Engagement als Ergänzung zu Fachpersonen

## 5.2. Diskussion der Ansätze in Bezug auf die vulnerablen Gruppen

Um Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe für vulnerable, ältere Personen zugänglich und nutzbar zu machen, müssen folgende Zugangsbarrieren beachtet werden: Eingeschränkte Mobilität, strukturelle Barrieren, soziale oder räumliche Isolation, finanzielle Barrieren und Bildungsferne (Biehl & Abderhalden, 2018). Grundsätzlich können alle gefundenen Ansätze für alle vulnerablen Zielgruppen genutzt werden. Bei der Planung eines Angebots müssen jedoch die verschiedenen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Ressourcen der sehr heterogenen Zielgruppe berücksichtigt werden. Bspw. hat eine frisch pensionierte Person nicht die gleichen Ansprüche an ein Angebot wie eine zu Hause lebende pflegeabhängige Person. Um möglichst viele Gruppen zu erreichen, empfiehlt sich daher eine Kombination mehrerer Ansätze (Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

- **Subjektiv Vereinsamte**

Für subjektiv Vereinsamte kann die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sinnvoll sein. Diese stärken das Selbstvertrauen und fördern die soziale Aktivierung der Teilnehmenden. Ausserdem können gezielt professionelle Dienste und Angebote vermittelt werden was die Nachhaltigkeit der Intervention stärkt (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). In der Literatur wurde dazu das Projekt «Beratungsstelle für Menschen in schwierigen Lebenssituationen» identifiziert. Die Zielgruppe wird dort mit «Hilfe zur Selbsthilfe» dabei unterstützt, Probleme zu bewältigen und persönliche Ressourcen zu stärken (Lezius, 2018).

Als geeigneter Ansatz für subjektiv vereinsamte Personen wurden auch Peer-to-Peer Ansätze identifiziert. Diese machen Erfahrungswissen von Menschen welche ähnliche Wege gegangen sind, nutzbar für die Zielgruppe und führen erwiesenermassen zu einer höheren Akzeptanz der Intervention (Kern, n. d.). Um die soziale Teilhabe von subjektiv vereinsamten Personen zu fördern, können Peers beispielsweise in Projektgruppen einbezogen werden. Sie könnten aber auch direkt in Kontakt mit Betroffenen kommen, z.B. im Rahmen einer individuellen Beratung (Biehl & Abderhalden, 2018).

- **Frisch Pensionierte**

Frisch pensionierte Personen sind grösstenteils noch fit und aktiv. Dadurch haben sie andere Ansprüche an ein Angebot zur Förderung der sozialen Teilhabe als andere vulnerable Gruppen. Durch das Wegfallen vieler sozialer Kontakte aus dem Berufsleben und dem Verlust einer sinn- und strukturgebenden Tätigkeit, ist diese Personengruppe dennoch für soziale Isolation und Einsamkeit gefährdet. Es ist daher wichtig, sich bereits vor der Pensionierung mit der weiterführenden Lebensgestaltung auseinanderzusetzen (Hörl & Kytir, 2000).

Dafür könnten individuelle Beratungen oder partizipative Kurse und Workshops zur Vorbereitung auf den neuen Lebensabschnitt angeboten werden. Eine weitere Möglichkeit, auch nach dem Berufsleben einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen und sozial vernetzt zu bleiben, ist das freiwillige Engagement. Einige deutsche Projekte integrierten pensionierte Seniorinnen und Senioren als freiwillige Mitarbeiter in ihre Angebote. Z.B. für Besuchsdienste oder Betreuung von Telefonhotlines für ältere Menschen. Auf diese Weise können nicht nur die Teilnehmenden, sondern auch die freiwilligen Rentnerinnen und Rentner von mehr sozialer Teilhabe profitieren.

- **Verwitwete Personen**

Für verwitwete Personen bietet sich die Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder individuellen Beratungen an. Auch Peer-to-Peer Ansätze könnten aus Sicht der Autorin positive Effekte haben. Abhängig vom persönlichen Hintergrund ist es für gewisse Personen schwieriger, die Verwitwung zu verarbeiten als für andere. Die Anzahl Kontakte, welche eine Person ausserhalb der Partnerschaft hat (Höpflinger & Stuckelberger, 1999), der eigene Gesundheitszustand sowie Lebenserfahrungen und -einstellungen der Personen spielen dabei eine Rolle (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010) und müssen, besonders bei individuellen Beratungen, beachtet werden. Da Frauen häufiger den Verlust des Partners miterleben als Männer und nach dem Tod des Partners oft mit anderen Herausforderungen konfrontiert sind (Hofer & Moser-Siegmeth, 2010), können geschlechterspezifische Angebote eventuell sinnvoll sein. Solche Angebote konnten durch die Literaturrecherche nicht identifiziert werden. Ebenfalls müssen die Chancen und Risiken in Hinblick auf das Prinzip der Chancengleichheit sorgfältig abgewogen werden.

- **Gebrechliche/fragile Personen und zu Hause lebende Pflegebedürftige**

Diese zwei Gruppen werden aufgrund ihrer ähnlichen Bedürfnisse und Zugangsbarrieren gemeinsam behandelt. Sie zeichnen sich vor allem durch räumliche Isolation, eingeschränkte Mobilität und schlechte körperliche Gesundheit aus. Diese Zugangsbarrieren kann die GFIA am besten mit aufsuchenden Angeboten umgehen. Sie sind niederschwellig und eignen sich gut für Personen, die ihre Wohnumgebung nicht mehr verlassen können oder wollen (Schäffler et. al., 2013). Mit aufsuchender Arbeit können wohnraumgebundene Personen nicht in Gruppen oder Gemeinschaften eingebunden werden. Damit trotzdem stabile zwischenmenschliche Beziehungen und Vertrauen entstehen kann, sollte immer die gleiche Person oder so wenig unterschiedliche Personen wie möglich den Hausbesuch durchführt (Berbair, 2017). Eine weitere Möglichkeit zur Erreichung von zu Hause lebenden Pflegedürftigen oder gebrechlichen/fragilen Personen ist die Schulung und Sensibilisierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf die Erkennung von Einsamkeit.

- **Personen mit Migrationshintergrund**

Auf die ältere Migrationsbevölkerung wird in der Schweiz und im Ausland oft nur unspezifisch eingegangen. Viele Angebote setzen bspw. das Verstehen der Landessprache voraus. Dies schliesst viele Personen aus der Migrationsbevölkerung von der Teilnahme an einem Angeboten aus. Kommunikationsmittel für die Migrationsbevölkerung sollen daher in einfacher Sprache verfasst und durch den Einsatz von Visualisierungen nutzbar gemacht werden. Die ältere Migrationsbevölkerung erreicht man oft nicht über herkömmliche Kanäle da sie sich nicht in den gleichen Vereinen, religiösen Institutionen oder Treffs aufhalten wie die Schweizer Bevölkerung (ZEPRA, n. d.). Aus diesem Grund ist eine Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen aus dem Migrationsbereich angezeigt. Personen aus ethnischen Vereinen oder Verbänden sowie religiösen Instanzen können als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren eingesetzt und geschult und bei Bedarf auch als Dolmetscher eingesetzt werden.

- **Finanziell Benachteiligte**

Ältere Personen mit wenig finanziellen Mitteln haben erschwerten Zugang zu sinnvollen Aktivitäten und können sich eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben oft nicht leisten (Dellenbach & Angst, 2011). Um die Zugangshürden für Personen mit einem tiefen SES so niedrig wie möglich zu halten, müssen Angebote kostenlos oder sehr günstig angeboten werden. Um dies zu erreichen, können Kooperationen mit Freiwilligen Sinn machen. Ausserdem muss bei der Planung von Angeboten beachtet werden, dass finanziell Benachteiligte häufig auch ein tiefes Bildungsniveau haben. Angebote müssen daher einfach verständlich und ohne hohe Komplexität sein. Partizipative Arbeit ist aufgrund der autoritären Schulbildung der Zielgruppe häufig noch unbekannt und muss sorgfältig eingeführt werden. Wenn die Förderung sozialer Teilhabe von älteren Menschen mit tiefem Bildungsniveau gestärkt werden soll, muss über das bloss Vermitteln von Informationen hinausgegangen werden (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Um die Gesundheitskompetenz bildungsferner Personen zu stärken, eignen sich aus Sicht der Autorin partizipative Angebote besser als Informationsveranstaltungen.

### 5.3. Ergebnisdiskussion in Bezug auf die BZgA Kriterien

Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe in der Schweiz sind heute oft so konzipiert, dass eher aktive Bürgerinnen und Bürger erreicht werden und nicht vulnerable Personengruppen (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Um anhand der identifizierten Ansätze und Strategien vulnerable Gruppen zu erreichen, können die 12 BZgA Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung als Orientierungsrahmen für Fachpersonen genutzt werden um gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern. Nachfolgende Tabelle zeigt eine Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die BZgA Kriterien. Die Kriterien Dokumentation/Evaluation und Kosten-Wirksamkeitsverhältnis wurden weggelassen da kein Bezug zu den Ergebnissen hergestellt werden konnte. Die Relevanz der partizipativen Arbeit mit der Zielgruppe, der ganzheitlichen, lokalen Gesundheitsförderung im Sinne des Setting Ansatzes, der Arbeit mit Schlüsselpersonen oder Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, der niedrighschwelligen Gestaltung von Angeboten und der professionellen Vernetzung wurde noch einmal deutlich (BZgA, 2017).

**Tabelle 11** Diskussion der Ergebnisse anhand der 12 BZgA Kriterien der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung

<b>Konzeption</b>	Die Konzeption eines Angebots soll sich am Bedarf und den Bedürfnissen der vulnerablen Zielgruppe orientieren. Bereits in der Konzeption einer Massnahme soll die Zielgruppe daher partizipativ einbezogen werden. Das hat zum Vorteil, dass das Angebot aus Sicht der Zielgruppe gestaltet ist und deren Bedürfnissen gerecht wird was wiederum die effektive Nutzung des Angebots durch die vulnerable Zielgruppe mit sich bringt (BZgA, 2017).
<b>Zielgruppenbezug</b>	Eine Auseinandersetzung mit den (gesundheitlichen) Problemen der vulnerablen Gruppen, welche sich aus ihrer schwierigen sozialen Lage ergeben, ist essentiell um geeignete Strategien und Ansätze zur Förderung der sozialen Teilhabe auszuwählen. Diese Ansätze sollen gezielt die individuellen Bewältigungsressourcen fördern und die Lebensbedingungen der Zielgruppe nachhaltig verbessern (BZgA, 2017).
<b>Setting Ansatz</b>	Die Lebenswelten der vulnerablen Personen müssen bei der Angebotsplanung in den Blick genommen werden da die Bedingungen in den Settings einen wesentlichen Einfluss darauf haben, ob ein gesundes Leben geführt werden kann oder nicht. Der Setting Ansatz hat zu Ziel, Lebensbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten aber auch individuelle und gemeinschaftliche Ressourcen zu fördern. Wenn ganzheitliche, lokale Gesundheitsförderung gemacht wird, muss die Zielgruppen in die Gestaltung der Lebenswelt einbezogen werden (BZgA, 2017).
<b>Multiplikatoren Konzept</b>	In einem Multiplikatoren Konzept wird festgehalten, welche Schlüsselpersonen in die Umsetzung einer Massnahme eingebunden werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können sowohl professionelle Personen (z.B. Mitarbeitende der Spitex) als auch glaubwürdige und akzeptierte Mitglieder der Zielgruppe (Peers) sein. Sie können Informationen an die vulnerablen Zielgruppen weitergeben und dabei unterstützen, den Zugang zu Angeboten für vulnerable Personen zu erleichtern (BZgA, 2017).
<b>Nachhaltigkeit</b>	Um nachweisliche und dauerhaft die soziale Teilhabe bei vulnerablen Zielgruppen zu fördern, braucht es verlässliche und zeitstabile Angebotsstrukturen. Vernetzung und Kooperationen können dabei unterstützen (BZgA, 2017).
<b>Niedrigschwellige Arbeitsweise</b>	Bei der Planung eines Angebots müssen mögliche Zugangsbarrieren aus Sicht der Zielgruppe reflektiert werden um diese möglichst niedrig zu halten. Aufsuchende Angebote sind typisch für eine niedrigschwellige Arbeitsweise und besonders gut für viele vulnerable, ältere Personen geeignet. Auch der Einbezug der Zielgruppe oder die Arbeit mit Schlüsselpersonen fördern niederschwellige Angebotsstrukturen (BZgA, 2017).
<b>Partizipation</b>	Um Angebote zielgruppengerecht zu gestalten, braucht es einen partizipativen Einbezug der vulnerablen Zielgruppe in allen Phasen des Public Health Action Cycle. Die Zielgruppe soll befähigt werden, ihre Bedürfnisse, Wünsche, Ideen und Vorstellungen einzubringen. Mit der Zeit soll die Zielgruppe immer mehr Einflussmöglichkeiten erhalten. Um partizipativ arbeiten zu können, braucht es Verständnis für die Lebenslage und Empathie gegenüber der Zielgruppe (BZgA, 2017).
<b>Empowerment</b>	Empowerment hat zum Ziel, dass Personen selbstständig ihr Leben und ihre Lebenswelt gestalten können. Individuelle und gemeinschaftliche Ressourcen sollen identifiziert und daraus praktische Handlungsstrategien abgeleitet werden. Empowerment-Prozesse sollen Abhängigkeiten Schritt für Schritt verringern. Empowerment ist eine wichtige Voraussetzung von Partizipation, Teilhabe und Gemeinschaftsbildung (BZgA, 2017).
<b>Integriertes Handlungskonzept/ Vernetzung</b>	Ein integriertes Handlungskonzept stellt ein wichtiges Steuerungs- und Koordinationsinstrument der Gesundheitsförderung dar. Es wird gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren aus dem jeweiligen Setting entwickelt und fördert die Vernetzung von verschiedenen Personen und Organisationen. Die Vernetzung durch ein integriertes Handlungskonzept führt dazu, dass sich Massnahmen bedarfsgerecht in die lokale Angebotslandschaft einfügen (BZgA, 2017).
<b>Qualitätsmanagement</b>	Qualitätsmanagement beinhaltet die Sicherung und Entwicklung einer hohen Qualität von gesundheitsförderlichen Angeboten. Das bedeutet unter anderem, Massnahmen bedarfs- und fachgerecht als auch partizipativ und somit zielgruppengerecht zu gestalten, umzusetzen und kontinuierlich weiterzuentwickeln (BZgA, 2017).

## 6. Schlussfolgerungen

Dieses Kapitel zeigt den Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten zur Förderung sozialer Teilhabe vulnerabler, älterer Menschen für die GFIA in der Schweiz und beantwortet somit die Fragestellung: «Welcher Handlungsbedarf und welche Handlungsmöglichkeiten besteht in der Schweiz in Bezug auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Menschen?». Zudem werden die Konsequenzen der Arbeit für die Gesundheitsförderung in der Schweiz und die Limitationen der vorliegenden Arbeit aufgezeigt.

### 6.1. Handlungsbedarf in der Schweiz

Rund ein Drittel der Bevölkerung ab 65 Jahren in der Schweiz fühlt sich einsam (Bundesamt für Statistik, 2014). Einsamkeit und soziale Isolation im Alter zu verhindern, sollte daher für die GFIA in der Schweiz von grosser Bedeutung sein. Einerseits ist Einsamkeit mit ungünstigen Verhaltensweisen wie beispielsweise schlechter Ernährung oder wenig körperlicher Aktivität gekoppelt. Diese Verhaltensweisen gefährden ein gesundes und selbstständiges Altern und begünstigen die Entstehung von Folgeerkrankungen und hohen Kosten für das Schweizer Gesundheitswesen (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015). Andererseits werden in Zukunft immer mehr Menschen im hohen Alter in der Schweiz leben (Bundesamt für Statistik, 2015). Diese haben das Recht, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und sollen vor sozialer Isolation geschützt werden.

Die in dieser Arbeit identifizierten Ansätze lassen sich gut in den Kontext der Schweiz übertragen und sind in vielen Bereichen der Gesundheitsförderung schon Teil der bestehenden Praxis. Aktuell sind Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter so ausgerichtet, dass vulnerable Personen, welche am meisten davon profitieren könnten, nicht erreicht werden. Das Angebot an Sport- und Bildungsangeboten sowie Vernetzungsmöglichkeiten in Form von Treffs oder ähnlichem ist gross. Diese Angebote sprechen hauptsächlich Personen an, welche körperlich und geistig fit sind und bereits in soziale Netzwerke eingebunden sind. Solche Angebote sind wichtig und werden auch in Zukunft benötigt. Die GFIA muss sich aber stärker für die Bedürfnisse vulnerabler Personen einsetzen und spezifische Angebote konzipieren, um Einsamkeit und soziale Isolation dort zu verhindern, wo sie am meisten vorkommt. Um Good-Practice Angebote für vulnerable Zielgruppen

umzusetzen und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern, können sich Fachpersonen unter anderem an den 12 BZgA Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung orientieren.

Auf der Ebene der Vernetzung braucht es mehr Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren der Altersarbeit. Das Bilden von Netzwerken oder Kooperationsstellen hilft, Ressourcen zur Förderung sozialer Teilhabe im Alter effizient einzusetzen und Synergien zu nutzen. Dies ist wichtig, um die begrenzt zur Verfügung stehenden Mittel so wirksam und für so viele Personen wie möglich einzusetzen. Eine gelungene Vernetzung kann auf verschiedenen Ebenen durch integrierte Handlungskonzepte unterstützt und gefördert werden. In der Schweiz ist eine starke Fokussierung auf Hol-Angebote zur Förderung der sozialen Teilhabe spürbar. Für viele ältere, vulnerable Menschen wären aufsuchende Angebote allerdings wirkungsvoller und niederschwelliger. Um die bestehenden Bring-Angebote in der Schweiz besser für die Förderung der sozialen Teilhabe im Alter nutzen zu können, wäre eine Schulung der Schlüsselpersonen auf die Thematik Einsamkeit und soziale Isolation sinnvoll. Zudem sollten neue aufsuchende Angebote geschaffen werden, welche sich nicht primär um das Erbringen einer kostenpflichtigen Dienstleistung drehen.

Die vielfältigen Möglichkeiten für IKT Interventionen sollten auch von der GFIA verfolgt werden. IK Technologien können im Bereich Förderung der sozialen Teilhabe und sozialer Vernetzung im Alter einen wertvollen Beitrag leisten. Wie die aufsuchende Arbeit stehen IKT Interventionen auch Menschen zur Verfügung, welche an die eigenen vier Wände gebunden sind.

Auch generationenverbindende Angebote zur Förderung sozialer Teilhabe sollen von der GFIA gefördert werden. Diese tragen zu einem besseren intergenerativen Verständnis bei und fördern das gemeinschaftliche Zusammenleben und die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen.

Um soziale Isolation und Einsamkeit bei vulnerablen Zielgruppen zu verhindern, braucht es keine gross angelegten Präventionskampagnen. Wichtig ist eine lokale und ganzheitliche Ausrichtung der Gesundheitsförderung, z.B. durch Setting Ansätze oder unter Einbezug der Gemeinwesenarbeit. Ein solcher Ansatz ist in der Schweiz vor allem in kleineren Gemeinden und städtischen Quartieren gut umsetzbar.

Zudem könnte das Potential der Freiwilligenarbeit in der Schweiz besser ausgenutzt werden. Damit können personelle und finanzielle Ressourcen gespart werden was im Hinblick auf die Belastung des Gesundheitssystems immer wichtiger werden wird.

## 6.2. Handlungsmöglichkeiten in der Schweiz

Um vulnerable Gruppen besser zu erreichen, muss der Fokus stärker auf den Zugang, die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Angebote bei vulnerablen Gruppen gelegt werden. Dafür müssen Angebote und Informationen am richtigen Ort und in zielgruppengerechter Sprache bekannt gemacht werden. Die Zugangsbarrieren der Zielgruppe müssen beachtet werden um diejenigen Personen zu erreichen, welche am meisten profitieren können. Um dies zu erreichen, kann die GFIA die Zielgruppen stärker in alle Phasen der Projektarbeit einbeziehen. Bildungsarbeit soll, wenn möglich, partizipativ ausgerichtet sein um die soziale Teilhabe zu fördern. Aufsuchende Arbeit sowie der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren fördern niederschwellige Angebotsstrukturen und können einen Beitrag zur besseren Erreichbarkeit und Nutzung von Angeboten durch vulnerable Gruppen leisten. Lokale und ganzheitlich ausgerichtete Angebote in Gemeinden oder Quartieren unter Einbezug der Zielgruppe sollen von der GFIA gefördert werden. Eine Orientierung am Setting Ansatz ist dabei wünschenswert. Der Einsatz von IKT, intergenerativer Vernetzung und Selbsthilfegruppen kann in der Schweiz zu mehr sozialer Teilhabe älterer Menschen beitragen. Für eine bessere Koordination und einen erleichterten Zugang der Zielgruppe zu Angeboten, können sich Fachleute in Netzwerken zusammenschliessen oder Koordinationsstellen bilden.

Im Zuge dieser Arbeit wurden zusätzlich drei konkrete Handlungsmöglichkeiten für die Schweiz ausgearbeitet welche zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Personen beitragen können:

- Aufsuchende Angebote in Kombination mit zivilgesellschaftlichen Engagement
- Förderung der Gesundheitskompetenz durch partizipative Bildungsarbeit
- Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation im Alter

Eine genaue Beschreibung dieser konkreten Handlungsmöglichkeiten ist im Anhang IIV einsehbar.

### 6.3. Ausblick

Auf Gemeindeebene besteht laut Schäffler et. al. (2013) Verbesserungspotenzial bei der grundsätzlichen Planung der Versorgung älterer Menschen. Zur Schliessung dieser Lücke konnten im Rahmen dieser Arbeit keine Ansätze oder Strategien identifiziert werden. Die GFIA in der Schweiz soll dazu auf kommunaler Ebene innovative Lösungen ausarbeiten, um einen besseren Überblick darüber zu erhalten, welche Angebote eine Gemeinde braucht, um Einsamkeit im Alter zu verhindern.

### 6.4. Limitationen der Arbeit

Das Forschungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention ist relativ neu weshalb in vielen Bereichen ein Bedarf an Forschung und Evidenz besteht. Aus diesem Grund wurden in dieser Arbeit nicht nur Studien einbezogen, sondern auch Beispiele direkt aus der Praxis. Angebote und Interventionen der Gesundheitsförderung sind oft an lokale Strukturen gebunden. Aus diesem Grund kann eine systematische Literaturrecherche keinen vollständigen Überblick über alle bestehenden Angebote und Ansätze zur Förderung der sozialen Teilhabe im Alter liefern sondern nur einen kleinen Teil davon abbilden.

## 7. Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Unterschrift: 

Ort, Datum: Dübendorf, 26.04.2019

### Wortanzahl

Abstract: 202

Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9979

## 8. Verzeichnisse

### 8.1. Literaturverzeichnis

- Amman, A. (2000). *Umwelt, Mobilität und Kompetenzen im Alter*. Wien: Böhlau Verlag .
- Backens, G. M., & Clemens, W. (2008). *Lebensphase Alter*. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- BAG, B. f., & GDK, S. K. (2013). *Nationale Demenzstrategie 2014-2017*. Bern: BAG und GDK.
- Barg, F., Huss-Ashmore, R., Wittink, M., Murray, G., Bogner, H., & Gallo, J. (2006). Understanding Loneliness and Depression in Older Adults: A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in older Adults. *The journal of Gerontology, Psychological sciences and social sciences*, S. 329-339.
- Berbuir, H. (27. Juli 2017). *Seniorenbegleitung, Zeit haben - Zeit schenken*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/seniorenbegleitung-zeit-haben-zeit-schenken/>
- Berger, C. (2015). *Vulnerable Anspruchsgruppen - Grundlagen und Ansätze für die Suchtprävention*. Stadt Zürich Suchtpräventionsstelle , Zürich.
- Biehl, V., & Abderhalden, I. (März 2018). Zugänge und Methoden der Partizipation und der Erreichbarkeit von schwer erreichbaren Zielgruppen. Winterthur .
- Brüggermann, L. (13. August 2018). *Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenbergherscheid*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/gesundheits-und-pflegenetzwerk-plettenberg-herscheid/>
- Bundesamt für Statistik. (10. Oktober 2014). Einsamkeitsgefühl in der ständigen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren, nach Geburtsort und Staatsangehörigkeit sowie verschiedenen soziodemografischen Merkmalen. Bern, Bern, Schweiz.
- Bundesamt für Statistik. (22 . Juni 2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Neuchatel , Schweiz .
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Alter, Zivilstand, Staatsangehörigkeit* . Abgerufen am Dezember 2018 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Lebenserwartung in der Schweiz*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburtentodesfaelle/lebenserwartung.html>

- BZgA. (2013). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- BZgA. (2017). *Kriterien guter Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.
- Cacioppo, J. T., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2009). Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. *Journal of personality and social psychology*, 977-991.
- Chen, Y.-R. R., & Schulz, P. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology*, S. 38-46.
- De Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, J. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*.
- Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, Zürich.
- Dierich, K. (29. Mai 2017). *Quartiersentwicklung in Pankow - Zentrum*. *Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/quartiersentwicklung-in-pankow-zentrum.-aufmerksamkeit-fuer-ein-nachbarschaftliches-miteinander/>
- Du Prel, J.-B., Röhrig, B., & Blettner, M. (2009). *kritisches Lesen wissenschaftlicher Artikel*. Mainz: Deutsches Ärzteblatt.
- Fibbi, R., Lerch, M., & Wanner, P. (2005). *Die Integration der ausländischen zweiten Generation und der Eingebürgerten in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- Gard, B. (2015). Abgerufen am Januar 2019 von Mannebacher Mobilitätsmodell - langes Leben im Dorf: <http://www.mannebach.vg-hosting.de/index.php/ct-menu-item-53>
- Gasser, N., Knöpfel, C., & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil - Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen* (erste Auflage Ausg.). (P. S. Schweiz, Hrsg.) Pro Senectute Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2018). *Best-Practice*. Von [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch): <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/wirkungsmanagement/qualitaet/best-practice.html> abgerufen
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2018). *Soziale Teilhabe*. Abgerufen am 25. August 2018 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale->

- aktionsprogramme/psychische-gesundheit/aeltere-menschen/fokusthemen/soziale-teilhabe.html
- Grande, G., & Hochmuth, M. (2011). *AGNES*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/agnes/>
- Höpflinger, F. (2009). *Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder*. Abgerufen am Januar 2019 von [www.hoepflinger.com](http://www.hoepflinger.com): <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf>
- Höpflinger, F., & Stuckelberger, A. (1999). *Demographische Alterung und individuelles Altern*. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans-Huber.
- Hörl, J., & Kytir, J. (2000). *Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen*. Wien.
- Haas, S., Breyer, E., Knaller, C., & Weigl, M. (2013). *Evidenzrecherche in der Gesundheitsförderung*. Fonds Gesundes Österreich, Wien.
- Hawley, L. C., & Cacioppo, J. (13. Dezember 2010). *Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms*.
- Hawley, L. C., Thisted, R., Masi, C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, S. 132-141.
- Heite, E. (24. September 2015). *Generationennetz Gelsenkirchen*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/generationennetz-gelsenkirchen-e.-v/>
- Hochmuth, M., Kluge, & Grande, G. (Mai 2011). *AGNES: Gemeinsam aktiv im Alter Aktivierende Gesundheitsförderung in einem Stadtteil von Leipzig*. Leipzig.
- Hofer, K., & Moser-Siegmeth, V. (2010). *Soziale Isolation älterer Menschen - Ursache, Folgen und technische Lösungsansätze*. Wien, Österreich.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*.
- Humanistischer Verband Deutschland. (2018). *Berliner Seniorentelefon*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://humanistisch.de/seniorentelefon>
- Huster, E.-U., Boeckh, J., & Mogge-Grotjahn, H. (2017). *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kern, W. (n. d.). *Peergroup education und Suchtprävention*. Zürich.
- Klarhöfer, S. (24. Januar 2019). *Leuchtturmprojekt "Wohnungsnaher Hilfen für ältere Bürgerinnen und Bürger bei der Nutzung zeitgemäßer Informations- und Kommunikationsmittel"*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/leuchtturmprojekt-wohnungsnaher-hilfen-fuer-aeltere-buergerinnen-und-buerger-bei-der-nutzung-zeitgemaesser-informations-und-kommunikationsmittel/>

- Klein, M. (10. März 2015). MACY. Von [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/macy/) :  
<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/macy/>  
 abgerufen
- Lemme, W., & Hummert, U. (8. Juni 2015). *Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in zentraler Lage in der Samtgemeinde Neuenkirchen*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/einrichtung-von-betreuten-anlaufstellen-fuer-aeltere-menschen-in-zentraler-lage-in-der-samtgemeinde-neuenkirchen/>
- Lezius, M. (2. Mai 2018). *Ruhepunkt - Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/ruhepunkt-beratungsstelle-fuer-aeltere-menschen-in-schwierigen-lebenssituationen/>
- Moreau-Gruet, F., Stamm, H., & Wiegand, D. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit - mit Fokus "ältere Menschen" und "Stress am Arbeitsplatz"*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nanaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., . . . Fujiwara, Y. (2014). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health*.
- Nikolaus, T. (2008). *Basiswissen Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Heidelberg: Springer.
- OECD.Stat. (2016a). *Health Status - Life Expectancy*. Abgerufen am Dezember 2018 von [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- OECD.Stat. (2016b). *Health Status - perceived health status*. Abgerufen am Dezember 2018 von [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)
- Pawletko, K. (18. September 2015). *Freunde alter Menschen e.V.* Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/freunde-alter-menschen-e.v/>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). *Toward a social Psychology of Loneliness*. London: Academic Press.
- Perrig-Chiello, P. (2016). *Frauen im Alter - Vorurteile und Fakten*. Freiburg: Freiburger Frauenstudien.
- Pilgram, A., & Seifert, K. (2009). *Leben mit wenig Spielraum - Altersarmut in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H., & Tilvis, R. (2009). Pitkala, Kaisu H.; Routasalo, Pirkko; Kautiainen, Hanno; Tilvis, Reijo S. *Journal of Gerontology*(7), S. 792-800.
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationships to loneliness among aged people - a population-base study. *Gerontology*, 52, 181-187.

- Runge, M. (19. Mai 2017). *Netzwerk "Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg"*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/netzwerk-fuer-mehr-teilhabe-aelterer-menschen-in-kreuzberg/>
- Schäffler, H., Biedermann, A., & Salis Gross, C. (2013). *Soziale Teilhabe - Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter*. Bern: Public Health Services .
- Schilling, E. (7. Juli 2017). *Silbernetz*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/silbernetz/>
- Selke, D. P., & Biniok, D. (2016). *SONIA – Soziale Inklusion durch technikgestützte Kommunikationsangebote im Stadt-Land-Vergleich*.
- Silbernetz. (2018). *Silbernetz.org*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.silbernetz.org>
- Smith, K. P., & Christakis, N. (2008). Social Networks and Health . *Annual Review of Sociology* , S. 405-429.
- Soom Ammann, E., & Salis Gross, C. (2011). *Alt und schwer erreichbar. Best Practice Gesundheitsförderung im Alter bei benachteiligten Gruppen*. München : AVM Verlag .
- Soom Ammann, E., & Salis Gross, C. (2011). *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen*. Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- Träger, M. (21. Juli 2017). *Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen nach Hause*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/bewegung-in-die-wohnung-bringen.ein-gesundheitsbuddy-kommt-zu-ihnen/>
- Treiber, M. (2. November 2011). *Netzwerk ältere Migrant/innen Kiel*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/netzwerk-aeltere-migrant-innen-kiel/>
- UNECE. (2010). *Integration und Teilhabe älterer Menschen in die Gesellschaft*. Working Group on Ageing .
- Verein NetComputer Lernen. (n. d.). *NetComputerLerne (NCL)*. Abgerufen am Januar 2019 von <http://www.netcomputer-lernen.de/leuchtturmprojekt.html>
- Weber, D., Abel , B., Ackermann, G., Biedermann , A., Bürgi, F., Kessler, C., . . . Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter - Grundlage für kantonale Aktionsprogramme "Gesundheitsförderung im Alter"* . Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne .
- Weise, A. (2015). *Berliner Seniorentelefon - Gespräch, Information und Beratung*. Abgerufen am Januar 2019 von <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/berliner-seniorentelefon-gespraech-information-und-beratung/>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J., Barnes , L., . . . Bennett, D. (Februar 2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *General Psychiatry* .

ZEPRA. (n. d. ). *Zugangswege zur Migrationsbevölkerung*. Abgerufen am April 2019 von <https://www.zepra.info/news-detail/zugangswege-zur-migrationsbevoelkerung.html>

## 8.2. Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1.</b> Die 12 BZgA Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung .....	19
<b>Abbildung 2.</b> Literaturbaum der systematischen Literaturrecherche .....	31

## 8.3. Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> Fragestellungen der Arbeit mit jeweiligen methodischen Vorgehen zu deren Beantwortung.....	20
<b>Tabelle 2</b> Key-Words Deutsch.....	22
<b>Tabelle 3</b> Key-Words English .....	22
<b>Tabelle 4</b> Ausschlusskriterien für die systematische Literaturrecherche .....	22
<b>Tabelle 5</b> Bestehende "Hol-Angebote" in der Schweiz.....	27
<b>Tabelle 6</b> Bestehende "Bring-Angebote" in der Schweiz.....	28
<b>Tabelle 7</b> In der Literatur identifizierte Lücken und Potentiale der gegenwärtigen Gesundheitsförderungspraxis zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen in der Schweiz .....	30
<b>Tabelle 8</b> Identifizierte Projekte und Studien mit den genutzten Ansätzen und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen I.....	34
<b>Tabelle 9</b> Identifizierte Projekte und Studien mit den genutzten Ansätzen und Strategien zur Förderung sozialer Teilhabe älterer, vulnerabler Menschen II.....	35
<b>Tabelle 10</b> Diskussion der Angebotslücken in Bezug auf identifizierte Ansätze und Strategien.....	41
<b>Tabelle 11</b> Diskussion der Ergebnisse anhand der 12 BZgA Kriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung .....	46
<b>Tabelle 12</b> Rechercheprotokoll der systematischen Literaturrecherche .....	60
<b>Tabelle 13</b> Ausführliche Protokollierung der systematischen Literaturrecherche mit Datenbank, Titel des Dokuments und Ein- oder Ausschlussgrund .....	62
<b>Tabelle 14</b> Qualitätscheck Projekt «SONIA» .....	71
<b>Tabelle 15</b> Qualitätscheck Projekt «AGNES».....	73
<b>Tabelle 16</b> Qualitätscheck Projekt «Berliner Seniorentelefon».....	74

<b>Tabelle 17</b> Qualitätscheck Projekt «Mannebacher Mobilitätsmodell».....	75
<b>Tabelle 18</b> Qualitätscheck Projekt «Freunde alter Menschen e.V.» .....	76
<b>Tabelle 19</b> Qualitätscheck Projekt «Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg Herscheid» .....	77
<b>Tabelle 20</b> Qualitätscheck Projekt «Netzwerk älterer Migrant/-innen Kiel» .....	78
<b>Tabelle 21</b> Qualitätscheck Projekt «Seniorenbegleitung, Zeit haben - Zeit schenken» .....	79
<b>Tabelle 22</b> Qualitätscheck Projekt «Silbernetz - Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter» .....	80
<b>Tabelle 23</b> Qualitätscheck Projekt «Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg» .....	81
<b>Tabelle 24</b> Qualitätscheck Projekt «Generationennetzwerk Gelsenkirchen e.V.» ....	82
<b>Tabelle 25</b> Qualitätscheck Projekt «Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen» .....	83
<b>Tabelle 26</b> Qualitätscheck Projekt «MACY» .....	84
<b>Tabelle 27</b> Qualitätscheck Projekt «Leuchtturmprojekt».....	85
<b>Tabelle 28</b> Qualitätscheck Projekt «Ruhepunkt - Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen» .....	86
<b>Tabelle 29</b> Qualitätscheck Projekt «Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen nach Hause».....	87
<b>Tabelle 30</b> Qualitätscheck Projekt «Quartiersentwicklung in Pankow Zentrum. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander» .....	89
<b>Tabelle 31</b> Qualitätscheck Studie «Effects of Psychological Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial» .....	90
<b>Tabelle 32</b> Qualitätscheck Studie «The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review» .....	91
<b>Tabelle 33</b> Qualitätscheck Studie «The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults» .....	92
<b>Tabelle 34</b> Datenextraktionstabelle Projekt «SONIA» .....	93
<b>Tabelle 35</b> Datenextraktionstabelle Projekt «AGNES».....	96
<b>Tabelle 36</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Berliner Seniorentelefon» .....	97

<b>Tabelle 37</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Mannebacher Mobilitätsmodell».....	98
<b>Tabelle 38</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Freunde alter Menschen e.V.» .....	99
<b>Tabelle 39</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg Herscheid».....	100
<b>Tabelle 40</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Netzwerk ältere Migrant/innen Kiel». 101	
<b>Tabelle 41</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Seniorenbegleitung. Zeit haben - Zeit schenken».....	102
<b>Tabelle 42</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Silbernetz - Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter» .....	103
<b>Tabelle 43</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg» .....	105
<b>Tabelle 44</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Generationennetzwerk Gelsenkirchen e.V.» .....	106
<b>Tabelle 45</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Leuchtturmprojekt».....	107
<b>Tabelle 46</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen» .....	108
<b>Tabelle 47</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Ruhepunkt- Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen».....	109
<b>Tabelle 48</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen.».....	110
<b>Tabelle 49</b> Datenextraktionstabelle Projekt «Quartiersentwicklung in Pankow. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander» .....	111
<b>Tabelle 50</b> Datenextraktionstabelle Studie «The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults» .....	112
<b>Tabelle 51</b> Datenextraktionstabelle Studie «Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial» .....	114
<b>Tabelle 52</b> Datenextraktionstabelle Studie «The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review» .....	116

## Anhang

### I Anhang (Rechercheprotokoll)

**Tabelle 12** Rechercheprotokoll der systematischen Literaturrecherche

Fragestellung/en:
<b>Welcher Handlungsbedarf besteht in der Schweiz in Bezug auf die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Menschen?</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Welche Angebote und Angebotslücken bestehen in der Schweiz?</li> <li>2. Welche Ansätze und Interventionen für die Förderung der sozialen Teilhabe von älteren, vulnerablen Personen, die einen Beitrag zur Schliessung der Angebotslücken in der Schweiz beitragen können, werden in der evidenzbasierten Literatur beschrieben?</li> </ol>

<b>Boolesche Operatoren</b>	↓ OR	AND	AND	OR
<b>Aspekte der Fragestellung</b>	Soziale Teilhabe und soziale Isolation	Interventionen	Ältere Menschen	
<b>Synonyme</b>	Soziale Partizipation, soziale Integration, Einsamkeit, Vereinsamung, Soziale Isolation, soziale Partizipation, soziale Integration, Teilhabemöglichkeit	Projekte, Ansätze, Strategien, Massnahmen, Methoden	Seniorinnen und Senioren, im hohen Alter, im Alter	
<b>Englische Übersetzung (Keywords)</b>	Social Participation, Social Integration, Loneliness, Social Isolation	Interventions, Approach, Strategies, Methods, Projects	In old Age, Seniors, elderly, elderly people	

<b>Datenbank</b>	<b>Suchkombinationen / Eingrenzungen</b>	<b>Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit</b>
PubMed	(«Social Isolation» OR loneliness) AND Intervention AND «elderly people»	95
CINAHL Compete	(«Social Isolation» OR loneliness) AND Intervention AND «elderly people»	Über 8000 Treffer, Anpassung der Syntax siehe unten

CINAL Complete	("Social isolation" OR loneliness OR "social exclusion") AND "in elderly" AND Intervention	20
Medline	(«Social Isolation» OR loneliness) AND Intervention AND «elderly people»	33
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Einsamkeit	1
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Soziale Teilhabe	20
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	«Soziale Isolation»	5
Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (Volltextsuche)	«Soziale Isolation» UND «ältere Menschen» UND Vulnerabilität	0
"	«Soziale Teilhabe» UND «ältere Menschen» UND vulnerabel	0
"	Einsamkeit UND «ältere Menschen» UND vulnerabel	0
"	Einsamkeit UND Alter	23
"	«Soziale Isolation» UND Alter	0
Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (Recherche)	Lebenswelt: Seniorenfreizeitstätte Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	21
"	Lebenswelt: Stadt/Stadtteil/Quartier/Kommune Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	21
"	Lebenswelt: Häusliches Umfeld Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	16

"	Lebenswelt: Internet/Selbsthilfeforen Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	1
"	Lebenswelt: Verein/Verband Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	9
"	Lebenswelt: Freizeiteinrichtungen Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	4
"	Lebenswelt: Beratungsstelle Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	10
"	Lebenswelt: Pflegestützpunkt / Seniorenbüro Themen: Soziale Teilhabe Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	8
"	Lebenswelt: Stadt/Stadtteil/Quartier/Kommune Themen: Stadtteil/Gemeinwesenarbeit, Nachbarschaftsnetzwerke Zielgruppe: soziale Isolierte und/oder Vereinsamte Altersgruppe: 66-79 Jahre	26
Google	«SONIA Projekt»	Über 3 Mio. Treffer. PDF des Projektsberichts allerdings bereits auf erster Seite.

**Tabelle 13** Ausführliche Protokollierung der systematischen Literaturrecherche mit Datenbank, Titel des Dokuments und Ein- oder Ausschlussgrund

Datenbank	Titel des gefundenen Dokuments	Bewertung anhand Ein- bzw. Ausschlusskriterien und Qualitätscheck. Stichwortartige Begründung
PubMed, CINAHL Complete, Medline	The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review.	<b>Einschluss:</b> Nach kritischem Lesen und Qualitätscheck
PubMed, Medline	Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan.	<b>Ausschluss:</b> nach Lesen des Volltexts. Die Studie wurde zuerst trotz ihrer Herkunft (Japan) genauer betrachtet da ansonsten keine Studie gefunden wurde, welche sich auf die vulnerable Gruppen der Migrantinnen und Migranten fokussiert. Die im Titel verwendete Bezeichnung meint aber nicht, was wir unter Migranten verstehen sondern Personen welche innerhalb des Landes umgezogen sind weshalb keine

		vertiefte Auseinandersetzung mit der Studien stattfand.
PubMed	The lost Gemeinschaft: how people working with the elderly explain loneliness.	Ausschluss: Kein Interventions- oder Projektbezug
PubMed	Feelings of Loneliness and Living Alone as Predictors of Mortality in the Elderly: The PAQUID Study.	Ausschluss: Kein Interventions- oder Projektbezug
PubMed	[Validation of the UCLA loneliness scale in an elderly population that live alone].	Ausschluss: Artikel in Spanisch
PubMed	Isolation and unnatural death of elderly people in the aging Japanese society.	Ausschluss: Studie aus Japan
PubMed	Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers.	Ausschluss: Studie aus Brasilien, Zielgruppe pflegende Angehörige
PubMed	[Systemic analysis of factors affecting the quality of life of elderly people using different forms of social services].	Ausschluss: Studie aus Russland
PubMed	[Elderly people's level of participation in social and recreational activities in Barranquilla, Colombia].	Ausschluss: Studie aus Kolumbien
PubMed, Medline	Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in non-institutionalised elderly Dutch people.	Ausschluss: die evaluierten Ansätze sind nachweislich nicht geeignet für die Erreichbarkeit von vulnerablen Zielgruppen (Plakatkampagne, Auflage von Informationsmaterial ohne Einbindung in eine weitere Intervention, etc.)
PubMed, CINAHL Complete, Medline	The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults.	<b>Einschluss:</b> Nach Lesen des Volltexts und Qualitätscheck. Studie kommt aus Japan was eigentlich ein Ausschlussgrund wäre. Da der Ansatz intergenerativer Programme aber sehr interessant ist und sonst nirgends gefunden wurde, wird die Studie trotzdem eingeschlossen
PubMed	Evaluation of an Assistive Telepresence Robot for Elderly Healthcare.	Ausschluss: Volltext nicht verfügbar
PubMed, Medline	Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in non-institutionalized elderly Dutch people.	Ausschluss: Evaluationsdesign
PubMed	[Characteristics of elderly people registering with emergency contacts systems Case study of "elderly monitoring key ring"].	Ausschluss: Studie aus Japan
PubMed	Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care.	Ausschluss: Volltext nicht verfügbar
PubMed, Medline	Pet therapy: an effective strategy to care for the elderly? An experimental study in a nursing home.	Ausschluss: Volltext nicht verfügbar
PubMed	Social functioning of elderly persons with malignant diseases.	Ausschluss: medizinische Thematik
PubMed	Factors associated with loneliness among mothers with 4-month-old or 18-month-old infants in an urban area in Japan.	Ausschluss: falsche Zielgruppe, Studie aus Japan
PubMed	Social isolation risk factors in older hospitalized individuals.	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
PubMed, Medline	The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people.	Ausschluss: Volltext auf Portugiesisch, Studie aus Brasilien
PubMed	Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs.	Ausschluss: falsche Thematik

PubMed	[Malnutrition in the elderly: clinical features, psychological and social determinants. Preliminary results].	Ausschluss: Falsche Thematik
PubMed	Medical insurance policy organized by Chinese government and the health inequity of the elderly: longitudinal comparison based on effect of New Cooperative Medical Scheme on health of rural elderly in 22 provinces and cities.	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie aus China
PubMed	[Study on social determinants and health-related quality of life among the 'empty nest' (lonely) elderly Chinese people].	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie aus China
PubMed	The spiritual well-being of elderly people: a study of a French sample.	Ausschluss: Falsche Thematik
PubMed	[Psychotherapy].	Ausschluss: Studie aus Japan, falsche Thematik
PubMed	[Personality and personality disorders in the elderly: diagnostic, course and management].	Ausschluss: falsche Thematik
PubMed	The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged.	Ausschluss: Studie aus Taiwan
PubMed	The protective effect of taking care of grandchildren on elders' mental health? Associations between changing patterns of intergenerational exchanges and the reduction of elders' loneliness and depression between 1993 and 2007 in Taiwan.	Ausschluss: Studie aus Taiwan
PubMed, Medline	[Evaluation of a community program to reduce isolation in older people due to architectural barriers].	Ausschluss: Artikel auf Spanisch
PubMed	Quality of life in nursing homes following the group-living principle: a pilot study measuring the quality of life from the subjective perspective of dependent-living elderly.	Ausschluss: Falsche Thematik
PubMed	Psychometric properties the Iranian version of Older People's Quality Of Life questionnaire (OPQOL).	Ausschluss: Studie aus Iran, falsche Thematik
PubMed	Understanding loneliness in the lived experiences of Iranian elders.	Ausschluss: Studie aus Iran, falsche Thematik
PubMed	The effect of loneliness on malnutrition in elderly population.	Ausschluss: Studie aus Bosnien und Herzegowina
PubMed	Resources as a protective factor for negative outcomes of frailty in elderly people.	Ausschluss: Falsche Thematik
PubMed	The effect of health status and living arrangements on long term care models among older Chinese: A cross-sectional study.	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie aus China
PubMed, CINAHL Complete, Medline	Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: a randomized, controlled trial.	Einschluss: nach kritischem Lesen und Qualitätscheck
PubMed	[Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly].	Ausschluss: rein medizinische Thematik
PubMed	Older adults' own reasoning for their alcohol consumption.	Ausschluss: falsche Thematik
PubMed	[Classification of Japanese elderly in an urban area at risk of becoming homebound: knowledge for improving prevention strategies].	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie aus Japan
PubMed	Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly.	Ausschluss: Falsche Thematik
PubMed	Fatigue, function, and mortality in older adults.	Ausschluss: Falsche Thematik

PubMed	[Deterioration of social relationships at home and lack of appetite].	Ausschluss: Falsche Thematik
CINAHL Complete	Acceptability of the Components of a Loneliness Intervention Among Elderly Dutch People: A Qualitative Study	Ausschluss: Nach Lesen des Volltextes. Es liegt noch eine Evaluation dieser Studie vor welche für diese Arbeit besser geeignet ist.
CINAHL Complete, Medline	A feasibility study for NON-Traditional providers to support the management of Elderly People with Anxiety and Depression: The NOTEPAD study Protocol.	Ausschluss: falsche Thematik (Angststörungen und Depressionen)
CINAHL Complete	The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review protocol.	Ausschluss: Falsche Thematik (Alzheimer)
CINAHL Complete	Health promotions interventions designed and implemented in aged people over 65 years: a systematic review.	Ausschluss: Artikel in Spanisch
CINAHL Complete	Towards an inclusive society in Asia: the invisible helping hand.	Ausschluss: Studien aus verschiedene asiatischen Ländern
Medline	Dual-Process Bereavement Group intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults.	Ausschluss: Studie aus China
Medline	Mental health symptoms and verbal fluency in elderly people: Evidence from the Spanish longitudinal study of aging.	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Loneliness Literacy Scale: Development and Evaluation of an Early Indicator for Loneliness Prevention.	Ausschluss: Nach Lesen des Volltextes wurde klar, dass diese Studie nicht eingeschlossen werden kann. Es geht um die Entwicklung einer Skala zur Bestimmung der Einsamkeit welche für die Forschung verwendet werden kann und nicht um einen Gesundheitsförderungs- oder Präventionsansatz.
Medline	Enriched Physical Environment Attenuates Spatial and Social Memory Impairments of Aged Socially Isolated Mice	Ausschluss: Tierversuchsstudie (Mäuse)
Medline	Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial.	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly	Ausschluss: Studie auf Französisch, falsche Thematik
Medline	[Emergency medicine--medicine for an ageing society. A contribution to the context of emergency missions for elderly people.	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Time since falling and fear of falling among community-dwelling elderly.	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people outcomes from a multi-method observational study.	Ausschluss: Volltext nicht verfügbar
Medline	[How can psychological help be provided for the patient/caregiver tandem home?]	Ausschluss: Studie auf Französisch, falsche Thematik
Medline	The effect of Tai Chi Chuan in reducing falls among elderly people: design of a randomized clinical trial in the Netherlands	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study.	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Quality of life" of the elderly population: a survey to evaluate elderly people's self -perceived health in 11 Italian regions	Ausschluss: Falsche Thematik

Medline	Evaluating an intervention on reduce fear of falling and associated activity restriction in elderly persons: design of a randomized controlled trial	Ausschluss: Falsche Thematik
Medline	Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults.	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie aus China
Medline	Elderly people's accounts of home care rationing: missing voices in long-term care policy debates.	Ausschluss: Falsche Thematik, Studie zu alt
Medline	Health education and exercise stimulation for older people: development and evaluation of the program "Healthy and Vital	Ausschluss: Studie auf Holländisch, falsche Thematik
Medline	Loneliness in elderly people: an important area for nursing research.	Ausschluss: Studie zu alt
Medline	Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people.	Ausschluss: Studie zu alt, falsche Thematik
Medline	effects of preventive home visits to elderly people.	Ausschluss: Studie zu alt
Medline	To grow old. From a socio-medical epidemiological intervention study among old citizens of Copenhagen	Ausschluss: Studie zu alt, falsche Thematik
Medline	Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial.	Ausschluss: Studie zu alt, falsche Thematik
Medline	Cooperating concerning admission to and discharge of elderly people from the hospital 3. Functional capacity, self-assessed health and quality of life.	Ausschluss: Studie zu alt, falsche Thematik, Studie auf Dänisch
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Auf gute Nachbarschaft»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «AuGeN auf – Auf gesunde Nachbarschaft – aktiv und freiwillig»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Komm!unity.sportiv»	Ausschluss: Nach Lesen des Volltextes. Das Projekt hat als Hauptfokus die Bewegungsförderung und nicht soziale Teilhabe.
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gesundheitskompetenz durch gemeinsames Lernen und Arbeiten in Vereinen – Inklusion für alle»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «longinclusion»	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Jung und Alt aktiv in Kapfenberg»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gemeinsam Gesund in Oberwart»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gemeinsam gesund alt werden in Tatzmannsdorf»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «AGIL – Aktiv und gesund im Leben bleiben»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Fachtagung «Gemeinsam für Frauengesundheit»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar, kein Projekt
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «TREFFPUNKT Esslingen»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projektdatenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «get together»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar

Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gemeinsam gesund in Wolfau»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gesunde Nachbarschaft mit FamilienpatInnen»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gemeinsam gesund alt werden»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gemeinsam gesund in Eberau»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «Gute Nachbarschaft, gesunde Bevölkerung»	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Gemeinsam gesund in Minihof-Liebau, Mühlgraben und St. Martin an der Raab	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «SEGAME»	Ausschluss: Falsche Zielgruppe (Migrantinnen und Migranten allgemein)
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Projekt «feel good»	Ausschluss: Falsche Zielgruppe (Kinder und Jugendliche)
Projekt Datenbank des Fonds gesundes Österreich	Sensibilisierungs- und Informationskampagne zum Thema "Gesundheitsförderung durch soziale Teilhabe älterer Frauen und Männer"	Ausschluss: Kein Projektbericht (Volltext) verfügbar
Google	«SONIA Projekt»	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz
Praxis Datenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit	AGNES (Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil)	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz
"	Beratung für Menschen mit Behinderung und deren Angehörige	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Beratung und Treffangebote für Frauen in schwierigen psychosozialen Lebenslagen	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz auch schon besteht
"	Berliner Seniorentelefon – Gespräch, Information, Beratung	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz
"	Betreutes Alterswohnen (BAW)	Ausschluss: Stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar
"	Das Mannebacher Mobilitätsmodell	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz
"	Flankierende Hilfemassnahmen für ältere, kranke Frauen	Ausschluss: zu wenig Informationen
"	Flashmob «Generationen bewegen»	Ausschluss: Sensibilisierung für das aktive Alter stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar
"	Freunde alter Menschen e.V.	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz
"	Gesprächsgruppe für Frauen mit Erfahrung nach einem Schwangerschaftsabbruch	Ausschluss: Falsche Zielgruppe

"	Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Gesundheitsförderung für Senioren und benachteiligte Personengruppen	Ausschluss: Angebot welches auch in der Schweiz schon besteht
"	Kontaktstelle für Menschen mit seelischen Störungen und Suchterkrankungen am Gesundheitsamt	Ausschluss: Falsche Zielgruppe, zu wenig Informationen
"	MUT statt arMUT	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Nachbarschaftshilfe Hasenberg	Ausschluss: Zu wenig Informationen, Angebot welches auch in der Schweiz schon besteht
"	Netzwerk ältere MigrantInnen Kiel	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Offenbacher Bewegungsprogramm 50+	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Psychologische Erstberatung für Frauen mit Migrationshintergrund	Ausschluss: Falsche Zielgruppe, zu wenig Informationen
"	Seniorenbegleitung, Zeit haben – Zeit schenken	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Silbernetz	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Soziale Orientierung – SO	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Soziale Stadt - BIWAQ	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Treff am Suppentopf	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz auch schon besteht, zu wenig Informationen
"	Netzwerk «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg»	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Generationennetz Gelsenkirchen	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Leben mit Demenz – Betreuung von Betroffenen, Entlastung für Angehörige	Ausschluss: Falsche Zielgruppe, falsche Thematik
"	«Mach mit – bleib Fit»	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Agil im Alter – Rollatoranz	Ausschluss: stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar, Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Aktiv und mobil mit Rollator	Ausschluss: Zu wenig Informationen verfügbar
"	Alzheimer-Angehörigen Initiative	Ausschluss: Falsche Thematik, Falsche Zielgruppe
"	ASB Begegnungsstätte für Behinderte und Nicht-Behinderte	Ausschluss: Zu wenig Informationen, Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Beratungsbüro Pflege und Soziales	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Berliner Spaziergangsgruppen	Ausschluss: Ansatz, welcher in der Schweiz schon besteht
"	Betreuungszentrum Adorf/Vogtl.	Ausschluss: Stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar
"	BIGGER – Bewegung als Investition in Gesundheit gemeinsam erleben	Ausschluss: Stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar

"	Degewo- Nachbarschaftstreff Sonnenblume	Ausschluss: Zu wenig Informationen, Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in zentraler Lage in der Samtgemeinde Neuenkirchen	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Förderung der körperlichen Aktivität in der Landeshauptstadt Dresden	Ausschluss: Falsche Thematik
"	MACY	Ausschluss: Nach Qualitätscheck. Es konnten gerade einmal 4 der 12 Kriterien auf Stufe 2-4 verortet werden. Die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung wurden zu wenig beachtet, das Projekt ist für vulnerable ältere Personen nicht geeignet.
"	Leuchtturmprojekt «Wohnungsnaher Hilfen für ältere Bürgerinnen und Bürger bei der Nutzung zeitgemäßer Informations- und Kommunikationsmittel.»	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Mehrsprachige Informationsbroschüren für ältere MigrantInnen	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Offene Gruppenangebote und Beratung für Senioren und Seniorinnen mit Zuwanderungsgeschichten	Ausschluss: Zu wenig Informationen verfügbar
"	Ruhepunkt – Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen	Einschluss: Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Senioren Stadtteilbüro Niederrad	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Seniorenbüro Petri-Villa	Ausschluss: zu wenig Informationen
"	Dabei und mittendrin – Gaben und Aufgaben demenzsensibler Kirchengemeinden	Ausschluss: Falsche Thematik, Falsche Zielgruppe
"	Älter werden in Saarbrücken	Ausschluss: Zu wenig Informationen verfügbar
"	Ältere Migranten im Quartier – Anlaufstelle Gesundheit	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Alltagtrainingsprogramm (ATP)	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Altern in der zweiten Heimat	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Chemnitz+ Zukunftsregion lebenswert gestalten	Ausschluss: Falsche Thematik, Stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar
"	Gesund und Mobil im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang	Ausschluss: Falsche Thematik, Stellt keine identifizierte Lücke in der Schweiz dar, für vulnerable Gruppen nicht sehr geeignet
"	Gesund im Giebel – auch im Alter	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Gesundheitstreff Seelze/Letter	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Grips – Kompetent ins Alter	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Gut versorgt in jedem Alter – Stadtteilbüro Leinberg	Ausschluss: zu wenig Informationen
"	Kontaktstelle PflegeEngagement Mitte	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Kontaktstelle PflegeEngagement Reinickendorf	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Beratung / Schulung / Betreuung	Ausschluss: Falsche Zielgruppe, zu wenig Informationen

"	Besuchsdienst vierte Lebensphase	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Bewegung in die Wohnung bringen – ein Gesundheitsbuddy kommt zu ihnen	<b>Einschluss:</b> Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	JULEMA – Agentur für Lebensgestaltung im Alter	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Quartierentwicklung in Pankow – Zentrum, Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander	<b>Einschluss:</b> Nach Qualitätscheck mit BZgA Kriterien, passt zu identifizierten Lücken in der Schweiz.
"	Telefonfreundschaften	Ausschluss: habe andere Telefonfreundschaftsprojekte welche für den Teilnehmenden kostenlos sind gefunden
"	Entdecken Sie ihr Gleichgewicht. Bewegungsprogramm zur Stabilisation des Gleichgewichts nach Dorothea Beigel.	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Orientierungskurs für Frauen ohne Erwerbsarbeit	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Was geht! Sport, Bewegung und Demenz	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Suchtberatung von Suchtgefährdeten und Abhängigen, Angehörigenberatung	Ausschluss: falsche Thematik
"	Tagesstätte mit Tageszentrum und Kontakt- und Beratungsstelle	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Neues Altern in der Stadt NAIS Bruchsaal	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht
"	Computertreff für Senioren	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Altersfreundliche Kommune – Stadtteilanalyse Weinheim West	Ausschluss: Es handelt sich um eine Analyse und nicht um konkrete Interventionen/Angebote
"	Gesund und fit 50+	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Allgemeine Sozialberatung	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz bereits besteht
"	Betreuungsgruppe für Demenzkranke	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Fit ins hohe Alter	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Gesundheitsförderung für Seniorinnen und Senioren im Stadtteil	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz bereits besteht
"	Kontaktstelle PflegeEngagement Steglitz-Zehlendorf	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Kontaktstelle PflegeEngagement Tempelhof-Schöneberg	Ausschluss: Falsche Zielgruppe
"	Männerschuppen Bamberg	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Quartiersprojekte der Diakoniestationen Hannover gGmbH	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz bereits besteht
"	Selbsthilfetreffpunkt Friedrichshain-Kreuzberg	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Senioren-Flashmob	Ausschluss: Falsche Thematik
"	Seniorenstadteilbüro Niederrad	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Seniorenbüro Leipzig Mitte Begegnung, Information und Beratung	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Seniorenbüro Ost	Ausschluss: Zu wenig Informationen
"	Suppenküche	Ausschluss: Ansatz welcher in der Schweiz schon besteht

## II Anhang (Qualitätschecks für Projekte anhand der Best-Practice Kriterien)

Qualitätscheck für Projekte der Gesundheitsförderung und wissenschaftlichen Metaanalyse über gesundheitsförderliche Interventionen anhand der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2017).

Projekt: SONIA – Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation im Stadt-Land Vergleich  
(Selke & Biniok, 2016)

**Tabelle 14** Qualitätscheck Projekt «SONIA»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption			x			In der Konzeption zum Projekt haben die Verantwortlichen dargelegt, welchen Nutzen das Projekt auf die Zielgruppe ältere Menschen in Bezug auf die Steigerung der sozialen Teilhabe haben soll.
Zielgruppenbezug				x		Die Zielgruppe vor Ort ist klar bestimmt und ihre Lebenssituation vor Ort wird berücksichtigt. Dafür wurden die Bedürfnisse unter Einbezug der Zielgruppe abgeklärt.
Setting-Ansatz	x					Es wurde mit der regionalen SONIA Plattform eine gesundheitsförderliche Struktur geschaffen. Im Rahmen der Schulungen, Workshops, etc. werden individuelle Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe gestärkt. Durch Partizipation in allen Projektebenen konnte die Beteiligung der Zielgruppe gesichert werden und die Aktivitäten innerhalb des Projekts werden professionell koordiniert.
Multiplikatoren-Konzept			x			Die für das Projekt relevanten Multiplikatoren wurden systematisch geschult und betreut.
Nachhaltigkeit				x		Auch nach Projektende treffen sich die SONIA Gruppen und organisieren gemeinsam Anlässe, Treffs, etc. Das Massnahmenpaket wird ausserdem weiterentwickelt zu einem Projekt namens „SONIANetz“, welches gezielt auch vulnerable Personen ansprechen soll.
Niederschwellige Arbeitsweise	x					Zugangshürden wurden nicht ausreichend berücksichtigt, vulnerable Personen wurden zu wenig erreicht. Dies ist dem Projektteam bewusst und darum wurde das Projekt weiterentwickelt zu SONIANetz.
Empowerment				x		Die Zielgruppe wird befähigt, etwas Neues zu lernen (Umgang mit SONIA Plattform, Tablets, Internet allgemein) und sich mit Hilfe dieser neuen Ressourcen besser zu vernetzen und die soziale Teilhabe zu stärken. Im Projektverlauf wird das Projekt immer mehr den

						Teilnehmenden «überlassen», es kommt zur Selbstorganisation und einem Rückzug der ursprünglichen Projektleitung aus dem Projekt.
Partizipation				x		Es werden partizipative Workshops für die Verbesserung der Plattform durchgeführt, dort wo es möglich ist, werden die Wünsche der Zielgruppe umgesetzt.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	x					Es fand eine Vernetzung mit verschiedenen Akteuren und Ressorts der jeweiligen Gemeinde statt. Verschiedene räumliche Ebenen (Stadt und Land) wurden berücksichtigt. Verschiedene Fach- und Politikbereiche könnten noch vermehrt miteinbezogen werden um mehr Personen mit dem Projekt zu erreichen.
Qualitätsmanagement					x	Massnahmen wurde kontinuierlich mit der Zielgruppe weiterentwickelt und so an deren Bedarf angepasst. Zum internen Qualitätsmanagement liegen keine Infos vor.
Dokumentation/Evaluation				x		Eine umfassende Evaluation des Pilotprojekts wurde durchgeführt.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Kann nicht beurteilt werden, es wurden keine Angaben zu den Kosten gemacht.

Projekt: AGNES – Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil (Hochmuth, Kluge, & Grande, 2011), (Grande & Hochmuth, 2011).

**Tabelle 15** Qualitätscheck Projekt «AGNES»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption		x				Gesundheit- und Sozillagenbezug der Zielgruppe im Stadtteil als Handlungsorientierung.
Zielgruppenbezug				x		Benachteiligte Zielgruppen (soziale benachteiligte ältere Menschen und ältere Menschen mit Migrationshintergrund wurden speziell berücksichtigt) und ihre Lebenslage im Stadtteil ist bekannt und wurde berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Das Projekt schaffte neue gesundheitsförderliche Strukturen und Angebote im Setting. Gemeinschaftliche Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting wurden gefördert. Die Angebote werden koordiniert.
Multiplikatoren-Konzept	x	x				Multiplikatoren für das Projekt wurden identifiziert und konnten für die Unterstützung des Projekts gewonnen werden. Freiwillige für den Seniorenbesuchsdienst wurden geschult und ausgebildet.
Nachhaltigkeit			x			Die Massnahme wird erfolgreich durchgeführt und ihre Verstetigung im ist Stadtteil gesichert.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Zugangshürden wurden beachtet, jedoch ohne Einbezug der Zielgruppe. Niederschwelliger Zugang zu den verschiedenen Angeboten im Stadtteil ist gewährleistet, z.B. aufsuchenden Hilfen für Personen mit Unterstützungsbedarf, kostenlose Angebote, etc.
Empowerment			x			Im Stadtteil werden Bedingungen geschaffen, die die persönlichen Ressourcen und Kompetenzen der Zielgruppe stärken.
Partizipation	x					Die Teilnehmenden werden an partizipativen Veranstaltungen dazu befähigt, ihre Gesundheitskompetenz zu stärken.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung		x				Es kommt zu einer kontinuierlichen Vernetzung innerhalb des Quartiers mit verschiedenen Akteuren und Fachbereichen.
Qualitätsmanagement					x	Zum internen Qualitätsmanagement liegen allerdings keine Infos vor.
Dokumentation/Evaluation			x			Im Hinblick auf die Erreichung der Zielgruppe und deren Zugangswege werden anlassbezogene Auswertungen vorgenommen.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Kann nicht beurteilt werden, es wurden keine Angaben zu den Kosten gemacht.

Projekt: Berliner Seniorentelefon (Humanistischer Verband Deutschland, 2018), (Weise, 2015)

**Tabelle 16** Qualitätscheck Projekt «Berliner Seniorentelefon»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegt keine Konzeption vor. Das Seniorentelefon hat sich über die Jahre hinweg weiterentwickelt. 1993 wurde es auf Initiative von einigen Studierenden und Seniorinnen und Senioren gegründet. Heute beschäftigt das Seniorentelefon freiwillige Mitarbeitende und hat an vier Tagen in der Woche (auch Sonntags) Sprechstunde.
Zielgruppenbezug			x			Ehrenamtliches Projekt für benachteiligte meist Senioren/-innen in Berlin und Umland, die einsam oder krank sind oder Sorgen haben, bei denen sie Hilfe jeder Art benötigen. Die Anrufer/-innen sind sozial sehr schwach, haben wenig oder keine Kontakte zu Mitmenschen.
Setting-Ansatz		x				Mit dem Angebot wurde eine gesundheitsfördernde Struktur in der Stadt Berlin geschaffen. Zudem werden in der persönlichen Beratung individuelle Kompetenzen und Ressourcen gestärkt.
Multiplikatoren-Konzept					x	Es ist eher so, dass das Angebot selber als Multiplikator funktioniert. Durch die telefonische Beratung können Kontakte und Angebote vermittelt werden.
Nachhaltigkeit				x		Das Angebot besteht seit dem Jahr 1993. Das verstetigte Angebot wird kontinuierlich weiterentwickelt. Da es das einzige Angebot dieser Art ist, kommen Anrufe aus ganz Deutschland. Der Multiplikationsbedarf ist aus Sicht des Projekts gross.
Niederschwellige Arbeitsweise	x					Kostenlose Beratung und Vermittlung für Seniorinnen und Senioren aus Berlin. Außerdem werden besonders eingeschränkte Bürger/-innen regelmäßig angerufen, um deren Befinden zu erfahren und Hilfe anzubieten.
Empowerment		x				Die Anrufenden werden ermutigt, sich am sozialen Leben zu beteiligen, Das Berliner Seniorentelefon kann der erste Schritt aus der Einsamkeit und der sozialen Isolation sein. Die älteren Menschen sollen durch Kontakte, Gespräche und Verständnis möglichst lange mobil und in der eigenen Wohnungen bleiben.
Partizipation	x					Die Anrufer werden informiert über weitere Angebote. Partizipation auf höherer Stufe findet nicht statt.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	x					Das Seniorentelefon fungiert unter anderem als Koordinationsstelle für die Vermittlung von weiterführenden Angeboten oder Kontakten.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation					x	Es wurden keine Angaben zu einer Evaluation gefunden

Kosten-Wirksamkeit Verhältnis	x					Nur Angaben zur Finanzierung. Durch die freiwilligen Mitarbeiter, Sponsoren und Unterstützung des HVD kann sich das Seniorentelefon finanzieren.
-------------------------------	---	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Projekt: Mannebacher Mobilitätsmodell (Gard, 2015)

**Tabelle 17** Qualitätscheck Projekt «Mannebacher Mobilitätsmodell»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption		x				Gesundheits- und Sozialsagenbezug der Seniorinnen und Senioren aus Mannebach als Orientierungsrahmen.
Zielgruppenbezug				x		Das Modell berücksichtigt die Möglichkeiten einkommensschwacher Personen in der Dorfgemeinschaft und bietet eine flexible regionale Mobilität an. Es ist speziell auf vulnerable Gruppen ausgerichtet.
Setting-Ansatz			x			Im Dorf werden koordiniert gesundheitsförderliche Strukturen geschaffen (Dorfmobil, Gesundheitshütte, Besuchsdienst). Individuelle Kompetenzen und Ressourcen werden durch die Angebote gestärkt.
Multiplikatoren-Konzept	x					Diejenigen in der Gemeinde welche das Projekt interessiert, ziehen mit. Insgesamt sind die kommunalen Strukturen nicht geeignet das Thema dauerhaft zu befördern. Ortsbürgermeister benötigen eine Ausbildung und Unterstützung durch geschulte Dorfmanager.
Nachhaltigkeit		x				Das Projekt ist auf nachhaltiges Bestehen ausgerichtet. Das Projekt startete im Jahr 2015, ein Ende ist von den Initianten nicht geplant.
Niederschwellige Arbeitsweise			x			Zugangshürden wurden berücksichtigt und das Angebot darauf ausgerichtet. Verschiedene kostenlose und niederschwellige Angebote innerhalb der Gemeinde werden angeboten. Für nicht-mobile Personen stehen das Dorfmobil und ein Besuchsdienst zur Verfügung.
Empowerment		x				Ressourcen in der Gemeinde werden gefördert und ausgebaut. Intergenerative Beziehungen werden gefördert, Die Menschen werden angeregt, ihre persönlichen Ressourcen zu stärken.
Partizipation		x				Die Dorfbewohner können über die Entwicklung des Modells (Z.B. Umsetzung der Dorfgesundheitshütte) mitbestimmen. Mehr Partizipation auf allen Projektebenen wäre aber wünschenswert.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung	x					Vernetztes Denken wird gelebt. Eine Zusammenarbeit mit den Nachbardsdörfern besteht. Bis zum integrierten Handlungskonzept ist es aber noch ein weiter Weg.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation					x	Es wurden keine Angaben zu einer Evaluation gefunden
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis		x			x	Kann nicht beurteilt werden, es wurden keine Angaben zu den Kosten gemacht.

Projekt: **Freunde alter Menschen e.V. (Pawletko, 2015)**

**Tabelle 18** Qualitätscheck Projekt «Freunde alter Menschen e.V.»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption		x				Gesundheits- und Sozialsituationenbezug von sozial isolierten, hochaltrigen und nicht-mobilen Personen als Orientierungsrahmen.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar bestimmt und mit allgemeinem Bezug auf deren soziale Lage definiert. Es sollen soziale isolierte, hochaltrige Menschen welche evtl. bereits in ihrer Mobilität eingeschränkt sind angesprochen werden.
Setting-Ansatz		x				Durch den Verein wurde eine gesundheitsförderliche Struktur geschaffen. In den unterschiedlichen Angeboten, werden individuelle Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe gestärkt.
Multiplikatoren-Konzept			x			Multiplikatoren welche sich als freiwillige Mitarbeitende engagieren, nehmen regelmässig an Schulungen teil und werden durch den Verein betreut.
Nachhaltigkeit				x		Die Massnahme besteht seit über 30 Jahren und wird kontinuierlich weiterentwickelt.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Zugangshürden wurden ohne Einbezug der Zielgruppe analysiert. Die Angebote sind aufsuchend, unbürokratisch und für die Teilnehmenden kostenlos.
Empowerment			x			Durch die Besuchspartnerschaft wurde ein dauerhaftes, kontinuierliches und kompetenzstärkendes Angebot geschaffen welche die Fähigkeiten und Ressourcen der Zielgruppe stärkt.
Partizipation		x				Die Zielgruppe wird angehört. Sie haben aber keinen Einfluss darauf, wie ihre Meinung das Angebot des Vereins beeinflusst.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation					x	Es liegen keine Informationen über eine Evaluation vor weshalb dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen über das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis vor.

Projekt: Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid (Brüggermann, 2018)

Tabelle 19 Qualitätscheck Projekt «Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg Herscheid»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Zu wenig Informationen, dieses Kriterium kann nicht beurteilt werden.
Zielgruppenbezug			x			Das professionelle Netzwerk orientiert sich grundsätzlich an allen älteren Menschen. Im Fokus stehen aber besonders pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage.
Setting-Ansatz		x				Die Koordinierung der verschiedenen Angebote innerhalb der verschiedenen Gemeinden, die Vernetzung der relevanten Akteure und die Sicherstellung der Versorgung sind die Hauptziele des Netzwerks. Dadurch wurde eine gesundheitsförderliche, interkommunale Struktur geschaffen.
Multiplikatoren-Konzept	x					Für die Mitarbeit im Netzwerk konnten zahlreiche Multiplikatoren aus unterschiedlichsten Bereichen gewonnen werden.
Nachhaltigkeit				x		Das Netzwerk besteht seit 2013 und wird stetig weiterentwickelt.
Niederschwellige Arbeitsweise					x	Ist bei einem Netzwerk schwierig zu beurteilen.
Empowerment	x					Die ZG wurde mit Seniorenvertretungen als Netzwerk- und Koordinationspartner im Netzwerk integriert und somit zu Experten ihrer Lebenswelt gemacht.
Partizipation			x			Vertreter für Seniorinnen und Senioren sind ebenfalls Mitglieder im Netzwerk. Diese können ihre Ansichten/Meinungen/etc. einbringen und mitbestimmen.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung			x			Ein gemeinsames Gremium mit verschiedenen Verwaltungsbereichen ist für die Strategieentwicklung verantwortlich. Verschiedene Gruppen von Adressatinnen und Adressaten wurden gezielt zur Mitwirkung im Netzwerk eingeladen. Unter Beteiligung mehrerer Partner und Partnerinnen von unterschiedlichen Handlungsebenen wurde ein Konzept für das Netzwerk entwickelt. Das Netzwerk ist auf ausgewählte Kommunen ausgerichtet.
Qualitätsmanagement		x				Die Qualitätssicherung des Netzwerks weist unterschiedliche Aspekte auf. Intern ist es besonders wichtig, die verschiedenen Interessen zu berücksichtigen. Da dies nicht immer möglich ist, muss stetig an einer konstruktiven Kommunikation gearbeitet werden. Eine gute Moderation des Netzwerks ist daher unerlässlich. Konfliktsituationen zufriedenstellend zu lösen ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Netzwerkarbeit. Zudem wird regelmäßig um neue Mitglieder geworben, die Vielfalt der Akteurinnen und Akteure macht die Qualität der Ideen aus.
Dokumentation/Evaluation			x			Die Arbeit an den Netzwerktreffen wird für die Netzwerkpartnerinnen und -partnern durch Protokolle dokumentiert. Die Treffen sind immer mit einer Tagesordnung versehen. Dies gilt auch für den Steuerkreis, der sich zweimal im Jahr trifft. Die Sitzungen des Steuerkreises dienen neben der steuernden

						Wirkung auch der Dokumentation der Abläufe im Netzwerk. Für die Öffentlichkeit wird die Arbeit des Netzwerks durch verschiedene Flyer, Broschüren oder Veranstaltungen transparent. Nach 5 Jahren Netzwerkarbeit ist jetzt eine Evaluation geplant.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis						Es liegen keine Informationen über das Kosten-Wirksamkeitsverhältnis vor.

Projekt: Netzwerk ältere Migrant/-innen Kiel (Treiber, 2011)

**Tabelle 20** Qualitätscheck Projekt «Netzwerk älterer Migrant/-innen Kiel»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption			x			In der Konzeption zum Netzwerk haben die Verantwortlichen dargelegt, dass das Netzwerk bei der Migrationsbevölkerung ein zentraler Punkt für die bessere Versorgung mit Angeboten und für eine bessere Koordination der Angebote ist.
Zielgruppenbezug				x		Die Zielgruppe der Migrantinnen und Migranten in Kiel ist klar bestimmt, Ihre Lebenslage vor Ort ist berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Um die Situation älterer Migrant/-innen im Stadtteil zu verbessern, hat sich erstmals ein interdisziplinäres Netzwerk mit unterschiedlichsten Akteuren zusammengefunden. Dieses Bündnis gewährleistet erstmalig eine Vielfalt unterschiedlicher – nach Bedarf muttersprachlicher Angebote womit eine gesundheitsförderliche Struktur geschaffen wurde.
Multiplikatoren-Konzept		x				Für die Durchführung der Angebote wurden ethnische Vereine, Verbände und Migrationsorganisationen als Multiplikatoren gewonnen und geschult.
Nachhaltigkeit			x			Das Netzwerk besteht auch nach Ende des Projekts im Jahr 2012 weiter.
Niederschwellige Arbeitsweise			x			Zugangshürden für die Teilnahme an Projekten wurden berücksichtigt, vor allem in Bezug auf Kultur und Sprache der Zielgruppe.
Empowerment		x				Durch unterschiedliche Angebote wurden verschiedene Kompetenzen der Zielgruppe gestärkt.
Partizipation		x				Die Zielgruppe wurde indirekt in Form von Migrations-Selbstorganisationen in das Netzwerk eingebunden und so zur Mitbestimmung eingeladen.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Dokumentation/Evaluation					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.

Projekt: Seniorenbegleitung, Zeit haben – Zeit schenken (Berbuir, 2017)

Tabelle 21 Qualitätscheck Projekt «Seniorenbegleitung, Zeit haben - Zeit schenken»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor weshalb dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar bestimmt mit allgemeinem Bezug zu ihrer sozialen Lage.
Setting-Ansatz		x				Durch die Seniorenbegleitung wurde eine gesundheitsförderliche Struktur geschaffen welche die Ressourcen und Kompetenzen der älteren Menschen in der Stadt fördert.
Multiplikatoren-Konzept		x				Die Freiwilligen Mitarbeitenden welche als Multiplikatoren fungieren wurden in einer 36 Stündigen Zertifikatsfortbildung auf ihrer ehrenamtliche Tätigkeit vorbereitet.
Nachhaltigkeit			x			Das Projekt besteht seit 2015 und hat sich in der Stadt etabliert.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Zugangswege werden berücksichtigt, diejenigen Seniorinnen und Senioren welche nicht mehr mobil sind werden zu Hause besucht.
Empowerment		x				Im Rahmen der Seniorenbegleitung wird die soziale Interaktion gestärkt und es können zwischenmenschliche Beziehungen entstehen.
Partizipation	x					Es sind praktisch keine partizipativen Anteile erkennbar.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation			x			Laut Angaben der Projektverantwortlichen wurde eine Selbstevaluation des Angebots durchgeführt.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen vor weshalb dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann.

Projekt: Silbernetz – Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter (Schilling, 2017), (Silbernetz, 2018)

**Tabelle 22** Qualitätscheck Projekt «Silbernetz - Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar eingegrenzt mit Bezug zu ihrer sozialen Lage.
Setting-Ansatz			x			Das Angebot wird professionell koordiniert und schafft mit dem Hilfe-Telefon eine neue gesundheitsförderliche Struktur. Die Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe werden durch das Silbernetz gestärkt.
Multiplikatoren-Konzept	x					Relevante Multiplikatoren für das Projekt wurden erkannt, jedoch nicht ins Projekt eingebunden.
Nachhaltigkeit			x			Das Projekt besteht seit 2017 und entwickelt sich laufend weiter. Nach Medienberichtserstattung erhielt es viel (finanzielle) Unterstützung aus der Öffentlichkeit und konnte sich weiterentwickeln.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Zugangswege wurden berücksichtigt. Das Projekt ist absichtlich telefonisch ausgerichtet um so viele sozial isolierte Menschen wie möglich zu erreichen, auch solche welche nicht mehr mobil sind.
Empowerment		x				Im Rahmen der Telefongespräche wird die soziale Interaktion gestärkt und es können zwischenmenschliche Beziehungen entstehen.
Partizipation	x					Es sind relativ wenig partizipative Anteile zu erkennen.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement				x		Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind in ein professionelles Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation		x				Es wird systematische Dokumentation betrieben. Eine Evaluation wurde noch nicht durchgeführt.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen vor weshalb dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann.

Projekt: Netzwerk «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg» (Runge, 2017)

**Tabelle 23** Qualitätscheck Projekt «Netzwerk für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption				x		Es liegt eine Konzeption mit klarer Ziel- und Massnahmenformulierung vor. Diese wurde im Netzwerk gemeinschaftlich beschlossen und kontinuierlich weiterentwickelt.
Zielgruppenbezug				x		Die Zielgruppe ist klar bestimmt. Ihre Lebenslage in Berlin Kreuzberg ist bekannt und wird berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Durch das Netzwerk soll es zu mehr Koordination zwischen lokalen Anbietern und Anbieterinnen kommen was eine gesundheitsförderliche Struktur schafft. Die Mitarbeit und Beteiligung unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure konnte gesichert werden.
Multiplikatoren-Konzept	x					Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden erkannt und für die Mitarbeit im Projekt gewonnen.
Nachhaltigkeit			x			Die Netzwerke haben sich etabliert und weiterentwickelt. In einem nächsten Schritt ist die Zusammenführung beider Netzwerke zu einem umfassenden Netzwerk geplant.
Niederschwellige Arbeitsweise			x			Die Zugangshürden der Zielgruppe wurden ermittelt und bei der Entwicklung von neuen und kreativen Zugangswegen berücksichtigt.
Empowerment	x					Die Zielgruppe wird als Experte in eigener Lebenswelt wahrgenommen.
Partizipation					x	Es wurden leider keine Personen aus der Zielgruppe in das Netzwerk einbezogen
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung				x		Es findet eine kontinuierliche und formelle Vernetzung und Integration statt.
Qualitätsmanagement		x				In der Qualitätsentwicklung unserer Netzwerkarbeit gilt es regelmäßig viele Akteure einzubinden. Allerdings sind die Ressourcen vieler Netzwerkpartner sehr begrenzt, wodurch eine regelmäßige Zusammenarbeit nicht mit allen Netzwerkpartnerinnen und -partnern gelingt!
Dokumentation/Evaluation				x		Die Netzwerkarbeit sowie Aktionen und Veranstaltungen werden regelmässig evaluiert was zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit beiträgt. Alle Aktivitäten des Netzwerkes wie auch die Netzwerkarbeit selbst werden regelmässig reflektiert und ausgewertet. Es wurde eine Selbstevaluation durchgeführt.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen vor weshalb dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann.

Projekt: **Generationennetzwerk Gelsenkirchen e.V. (Heite, 2015)**

**Tabelle 24** Qualitätscheck Projekt «Generationennetzwerk Gelsenkirchen e.V.»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption				x		Es liegt eine Konzeption mit klarer Ziel- und Massnahmenformulierung vor. Diese wird im Netzwerk gemeinschaftlich beschlossen und kontinuierlich weiterentwickelt.
Zielgruppenbezug				x		Die Zielgruppe ist klar bestimmt. Ihre Lebenslage in Gelsenkirchen ist bekannt und wird berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Durch das Netzwerk soll es zu mehr Koordination zwischen lokalen Anbieterinnen und Anbietern kommen was eine gesundheitsförderliche Struktur schafft. Die Mitarbeit und Beteiligung unterschiedlichster Akteurinnen und Akteure konnte gesichert werden. Es entsteht keine unübersichtliche Projektlandschaft sondern ein integriertes Alterskonzept.
Multiplikatoren-Konzept	x					Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden erkannt und für die Mitarbeit im Projekt gewonnen.
Nachhaltigkeit				x		Durch die Rechtsform des eingetragenen Vereins, die Vereinbarung mit der Stadt Gelsenkirchen zur Übernahme der Personalkosten und die (gestaffelten) Mitgliedsbeiträge ist das Netzwerk auch für die Zukunft finanziell abgesichert. Die personelle Ausstattung in den Infocentern ist in den letzten Jahren stetig angestiegen. Im Jahr 2010 gab es drei hauptamtliche Kräfte, 2012 bereits acht und im Jahr 2015 sind zwölf Mitarbeitende auf neun Vollzeitstellen beschäftigt.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Die Zugangshürden der Zielgruppe wurden recherchiert und bei der Entwicklung von neuen Angeboten berücksichtigt.
Empowerment					x	Die Mitglieder des Generationennetzes schaffen Ermöglichungsstrukturen für Seniorinnen und Senioren. Ältere Menschen werden als Expertinnen und Experten ihrer eigenen Lebenswelt angesehen, deren Wünsche und Bedürfnisse ernstgenommen werden. Selbstbestimmung und Selbstorganisation werden gefördert.
Partizipation		x				Zur Erstellung des «Seniorenplans» wurde eine Problem- und Bedarfsanalyse mit der Zielgruppe durchgeführt.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung				x		Das Generationennetz Gelsenkirchen e. V. ist eingebettet in den „Masterplan Seniorinnen und Senioren in Gelsenkirchen“. Dieser Masterplan ist ein gesamtstädtisches, integriertes Handlungskonzept für den Bereich Seniorinnen und Senioren und wurde im Jahr 2005 vom Stadtrat beschlossen und veröffentlicht.
Qualitätsmanagement				x		Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.

Dokumentation/Evaluation					x	Es liegen keine Informationen über eine Evaluation/Dokumentation vor.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis				x		Siehe Nachhaltigkeit

Projekt: Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen  
(Lemme & Hummert, 2015)

**Tabelle 25** Qualitätscheck Projekt «Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar bestimmt und ihre Lebenslage in der Samtgemeinde wird berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Durch die betreuten Beratungsstellen wurde ein koordiniertes Angebot und somit eine Gesundheitsförderliche Struktur geschaffen welche die sozialen Kompetenzen der Zielgruppe stärkt und Wissen vermittelt.
Multiplikatoren-Konzept	x					Zusammenarbeit mit lokalen Vereinen, Schulen, etc. keine Schulung der Multiplikatoren
Nachhaltigkeit			x			Das Angebot hat sich verstetigt und wird weiterentwickelt. Von den Initiantinnen und Initianten ist kein Ende geplant.
Niederschwellige Arbeitsweise	x					Zugangswege wurden kaum berücksichtigt. Es handelt sich zwar um ein lokales Angebot in zentraler Lage, für nicht-mobile Seniorinnen und Senioren jedoch trotzdem nur schwer erreichbar.
Empowerment		x				Mit den betreuten Beratungsstellen wurden in der Gemeinde Bedingungen geschaffen, welche die Kompetenzen der Zielgruppe stärken. Eine Weiterentwicklung der Kompetenzen konnte nicht identifiziert werden.
Partizipation	x					Es sind keine partizipativen Anteile erkennbar.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen zur Beurteilung des Kriteriums vor.
Qualitätsmanagement		x				Regelmäßige Treffen mit den ehrenamtlichen Helferteams, Erfahrungsaustausch, Reflexion um die Qualität des Projekts laufend zu verbessern. Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation					x	Es liegen keine Informationen über eine Evaluation / Dokumentation vor.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen zur Beurteilung des Kriteriums vor.

Projekt: MACY (Ausgeschlossen) (Klein, 2015)

Tabelle 26 Qualitätscheck Projekt «MACY»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug		x				Die Zielgruppen sind genauer bestimmt, dies jedoch ohne Bezug zu ihre sozialen Lage.
Setting-Ansatz	x					Mit den Gesprächsrunden wird eine gesundheitsförderliche Struktur/Bedingung initiiert, ansonsten ist praktisch kein Bezug zu einem Setting Ansatz erkennbar.
Multiplikatoren-Konzept					x	Es wurden keine Multiplikatoren identifiziert.
Nachhaltigkeit	x					Das Projekt ist abgeschlossen, es gibt keine Hinweise darauf, dass es selbständig weiterläuft.
Niederschwellige Arbeitsweise	x					Zugangswege wurden kaum berücksichtigt, für vulnerable Gruppen wäre dieses Projekt ungeeignet.
Empowerment		x				Verschiedene Kompetenzen der Zielgruppe werden durch die Intervention gestärkt.
Partizipation					x	Es können keine partizipativen Ansätze erkannt werden.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen zur Beurteilung des Kriteriums vor.
Qualitätsmanagement				x		Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden
Dokumentation/Evaluation				x		Es liegt ein Ergebnisbericht vor.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen zur Beurteilung des Kriteriums vor.

Projekt: Leuchtturmprojekt (Klarhöfer, 2019), (Verein NetComputer Lernen, n. d.)

Tabelle 27 Qualitätscheck Projekt «Leuchtturmprojekt»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar definiert und ihre Lebenslage im Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf wird berücksichtigt.
Setting-Ansatz		x				Mit dem Projekt welches in den Verein NetComputer Lernen integriert wurde, konnte eine gesundheitsförderliche Struktur im sozial schwachen Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf geschaffen werden. Die Zielgruppe wird befähigt, sich neue Kompetenzen im Bereich Technik anzueignen und diese für ihre Mobilität und Lebensqualität zu nutzen.
Multiplikatoren-Konzept			x			Monatliche Beratungen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, interne Weiterbildungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Teilnehmenden-Feedbacks
Nachhaltigkeit		x				Die Massnahme wurde konzipiert und umgesetzt, das Projekt startete Anfangs 2019. Wie nachhaltig das Projekt ist, muss sich erst noch zeigen.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Mögliche Zugangshürden wurden reflektiert und umgesetzt indem ein dezentrales Projekt mit niedrigen bürokratischen Hürden umgesetzt wurde.
Empowerment			x			Im Rahmen des Projekts werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ältere Menschen ohne Bezug zu Technik diese kennenlernen und als Ressource in ihren Alltag einbauen können. Neu Kompetenzen können entdeckt und gestärkt werden.
Partizipation		x				In den Workshops werden Lernsituationen betrachtet, welche alltagsrelevant sind. Senioren werden angehört und ihre Wünsche gegebenenfalls umgesetzt.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation			x			Es liegt bereits ein Ergebnisbericht über das Projekt vor.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.

Projekt: Ruhepunkt – Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen (Lezius, 2018)

**Tabelle 28** Qualitätscheck Projekt «Ruhepunkt - Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar definiert und ihre Lebenslage/Gesundheitliche Lage wurde berücksichtigt.
Setting-Ansatz		x				Mit der Beratungsstelle für Menschen in schwierigen Lebenslagen wurde ein nachhaltige, gesundheitsförderliche Struktur in der Stadt geschaffen. Die Zielgruppe wird mit «Hilfe zur Selbsthilfe» dabei unterstützt, Probleme zu bewältigen und persönliche Ressourcen zu stärken (Resilienz, Selbstwirksamkeit, etc.) Die Angebote sind professionell koordiniert und es wird intensiv mit anderen Akteurinnen und Akteuren zusammengearbeitet.
Multiplikatoren-Konzept			x			Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Alten- und Gesundheitsbereich erhalten regelmässige Fortbildungen und Schulungen.
Nachhaltigkeit				x		Die Beratungsstelle konnte sich als nachhaltige Struktur in der Stadt verankern und entwickelt sich laufend durch neue Angebote weiter.
Niederschwellige Arbeitsweise			x			Zugangshürden werden in der Arbeit mit der Zielgruppe sehr berücksichtigt, für nicht-mobile Personen werden aufsuchende Beratungen zu Hause angeboten.
Empowerment			x			Die Zielgruppe wird mit «Hilfe zur Selbsthilfe» dabei unterstützt, Probleme zu bewältigen und persönliche Ressourcen zu stärken (Resilienz, Selbstwirksamkeit, etc.) Die Eigeninitiative der Zielgruppe wird gestärkt und Anknüpfungsmöglichkeiten an kompetenzstärkende Angebote bestehen.
Partizipation		x				Der Bedarf für die Gruppenangebote wurde in Zusammenarbeit mit der Zielgruppe erarbeitet.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung		x				Mit verschiedenen Fachbereichen findet eine kontinuierliche Vernetzung statt. Es werden bedarfsgerechte räumliche Schwerpunkte in der Stadt gesetzt.
Qualitätsmanagement		x				Für die Weiterentwicklung der Qualität wird an Weiterbildungen teilgenommen, es gibt Fallsupervisionen und die Vernetzung und der Austausch mit anderen Akteuren wird gefördert. Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation			x			Es ist bereits ein Ergebnisbericht vorhanden.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen keine Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.

Projekt:  
(Träger, 2017)

## Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen nach Hause

**Tabelle 29** Qualitätscheck Projekt «Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen nach Hause»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug			x			Die Zielgruppe ist klar definiert und ihre Lebenslage/Gesundheitliche Lage wurde berücksichtigt.
Setting-Ansatz			x			Mit der Initiierung des «Gesundheitsbuddys» wurde ein nachhaltiges Projekt und eine gesundheitsförderliche Struktur in Potsdam verankert. Das Projekt und die Ausbildung der Buddys wird professionell koordiniert. Die Buddys helfen den Teilnehmenden dabei, wichtige Kompetenzen wie Selbstständigkeit, Selbstvertrauen, soziale Kompetenzen, etc. zu erlernen und im Alltag anzuwenden.
Multiplikatoren-Konzept			x			Die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (in diesem Fall die freiwilligen Mitarbeitenden) wurden professionell ausgebildet und erhalten jeden Monat mindestens eine Stunde Weiterbildung.
Nachhaltigkeit				x		Die Nachhaltigkeit des Projekts ist gesichert. Das Projekt ist ab sofort dauerhaft fortsetzbar. Der Projektträger hat beim LASV einen Antrag auf Anerkennung als NBEA (Niedrigschwelliges Betreuungs- und Entlastungsangebot nach §45b Pflegeversicherung) gestellt und wurde als Leistungsträger anerkannt.
Niederschwellige Arbeitsweise			x			Die Gesundheitsbuddys arbeiten aufsuchend. Somit können auch mobilitätseingeschränkte Personen von einem Bewegungsangebot profitieren und gleichzeitig soziale Kompetenzen stärken.
Empowerment			x			Zahlreiche wichtige Kompetenzen werden durch die Gesundheitsbuddys vermittelt. Diese fordern die Teilnehmenden auch dazu auf, diese im Alltag umzusetzen. Bspw. hat ein Teilnehmer seine Wohnung seit drei Jahren nicht mehr verlassen, nach einigen Trainings mit seinem Buddy und vielen Ermutigungen hat er sich einen Rollator gekauft und geht jetzt regelmässig ins Dorf. Ein grosser Gewinn an Lebensqualität.
Partizipation			x			Die fachliche Leitung des Projekts führt regelmässig Hausbesuche bei den Teilnehmenden durch um den Bedarf abzufragen und das Projekt laufend zu verbessern.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung			x			Das Projekt wird von zahlreichen Organisationen in der Stadt unterstützt, es kam bereits zu Kooperationen mit anderen Organisationen bei der Durchführung von Schulungen für die Gesundheitsbuddys. Erste Einsätze wurden schon ausserhalb von Potsdam durchgeführt und eine Multiplikation des Projekts in weiteren Regionen Deutschlands geplant.

Qualitätsmanagement			x			Regelmässiger Erfahrungsaustausch mit Gesundheitsbuddys aus Wien, regelmässige Weiterbildungen für die Gesundheitsbuddys. Das Angebot ist bei der Pflegeversicherung anerkannt und unterliegt den Qualitätskriterien des LASV.
Dokumentation/Evaluation		x				Es ist bereits ein Ergebnisbericht vorhanden.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis		x				Das Projekt wird von der Pflegeversicherung mit 6 Euro pro Hausbesuch unterstützt. Die Ausbildung der Gesundheitsbuddys ist eine Herausforderung da diese natürlich unentgeltlich teilnehmen. Der Verein muss kontinuierlich Fördermittel und Spendengelder akquirieren, um das Konzept umzusetzen.

Projekt:  
(Dierich, 2017)

Quartiersentwicklung in Pankow - Zentrum. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander

**Tabelle 30** Qualitätscheck Projekt «Quartiersentwicklung in Pankow Zentrum. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander»

Kriterium	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Nicht beurteilbar	Begründung
Konzeption					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Zielgruppenbezug		x				Die Zielgruppe ist klar definiert, allerdings ohne expliziten Bezug zu ihrer sozialen Lage.
Setting-Ansatz				x		Die Quartiersentwicklung Pankow schafft verschiedene, nachhaltige gesundheitsförderliche Strukturen welche die Zielgruppe in ihrer Gesundheitskompetenz längerfristig stärkt. Die Umsetzung der Massnahmen erfolgt unter Einbezug der Zielgruppe um deren Beteiligung zu sichern. Die unterschiedlichen Angebote werden vom Verein koordiniert und überwacht.
Multiplikatoren-Konzept	x					Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurden über das Projekt informiert.
Nachhaltigkeit		x				Verschiedene Massnahmen wurden bereits initiiert und umgesetzt, eine Verstetigung dieser Massnahmen im Rahmen der Quartiersentwicklung sollte erfolgen.
Niederschwellige Arbeitsweise		x				Zugangshürden wurden ermittelt, Im Rahmen der Quartiersentwicklung ist es unter anderem ein Ziel, Barrierefreiheit im Bezirk zu erreichen.
Empowerment			x			durch eine ganzheitliche Quartiersentwicklung wird die Zielgruppe in unterschiedlichen Bereichen angeregt ihre Ressourcen zu nutzen. Somit werden wichtige Kompetenzen wie die Selbstwirksamkeit gesteigert. Es werden Möglichkeiten zur Teilhabe im Quartier geschaffen.
Partizipation		x				Die Zielgruppe wurde auf der Umsetzungsebene in das Projekt einbezogen.
Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.
Qualitätsmanagement					x	Die Qualitätsentwicklung und Ergebnissicherung sind nicht in ein Qualitätsmanagementsystem eingebunden.
Dokumentation/Evaluation		x				Regelmässige Dokumentation der Arbeit in Leitbildern und Protokollen.
Kosten-Wirksamkeit Verhältnis					x	Es liegen zu wenig Informationen vor, um dieses Kriterium beurteilen zu können.

### III Anhang (Qualitätscheck Studien)

**Tabelle 31** Qualitätscheck Studie «Effects of Psychological Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial»

<b>Leitfragen zur Beurteilung von qualitativen Studien</b>
<b>Studie: Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial (Pitkala et. al. 2009)</b>
<b>Gibt es eine klare Forschungsfrage, bzw. ist diese in einen theoretischen Rahmen eingebettet?</b>
Ja, das Ziel der Studie war es, die Effekte einer psychologischen Gruppenintervention auf das subjektive Gesundheitsempfinden (Einsamkeit), Gesundheitskosten und Sterblichkeitsrate von älteren Menschen (75+) welche sich einsam fühlen zu untersuchen. Dies geschah im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie mit sorgfältig geplanten Gruppeninterventionen.
<b>Ist die Auswahl der Stichprobe geeignet, die Forschungsfrage zu beantworten?</b>
Ja, es konnten 235 Personen für die Teilnahmen an der Studie rekrutiert werden von denen 117 in die Kontrollgruppe und 118 in die Interventionsgruppen eingeteilt wurden. Es wurde auf eine möglichst grosse Homogenität innerhalb der beiden Gruppen geachtet so dass die Gruppen vergleichbar wurden. Die Drop-Out Rate lag nur bei 2.5% was im Vergleich zu anderen Studien in diesem Bereich sehr tief ist.
<b>Erfolgte die Datenerhebung durch eine Methode, die für das Setting am geeignetsten ist?</b>
Ja, für die Rekrutierung der Gruppenteilnehmenden wurden quantitative Fragebogen verwendet. Im Setting Pflegeheime in welcher die Treffen stattfanden wurden zu Beginn, drei Monate nach Start und 6 Monate nach Beginn der Intervention Gesundheitscheck durchgeführt. Die Gruppeninterventionen wurden jeweils von den Gruppenleitern dokumentiert und ausgewertet um die Entwicklung der Gruppendynamik auszuwerten. Die Nutzung der Gesundheitskosten wurden gemessen anhand des durchschnittlichen Finnischen Bürgers dieser Altersklasse und Vergleiche zwischen IG und KG.
<b>Ist die Art der Datenanalyse explizit und in Bezug zur Literatur dargestellt?</b>
Die Art der Datenanalyse ist explizit und teilweise mit Bezug zur Literatur dargestellt.
<b>Sind die Schlussfolgerungen nachvollziehbar?</b>
Ja, die Schlussfolgerungen leiten sich nachvollziehbar aus den Ergebnissen der Studie ab, könnten aber etwas ausführlicher beschrieben werden.
<b>Reflektiert die Studie ethische Aspekte?</b>
Nicht explizit.

**Tabelle 32** Qualitätscheck Studie «The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review»

<b>Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher (quantitativer) Veröffentlichungen</b>			
<b>Studie: The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review (Chen &amp; Schulz, 2016)</b>			
	Ja (1)	Unklar (2)	Nein (3)
<b>Design</b>			
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	x		
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	x		
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt? Falls Ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?		x	
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	x		
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq$ 50 %)?		x	
War die Messmethode (z.B. Labor, Fragebögen, Diagnosetest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?	x		
Wurden Angaben zum Datenverlust (Responseraten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?	x		
<b>Start und Durchführung der Studie</b>			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Rauchergewohnheiten usw.) überein?		x	
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?		x	
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung?		x	
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?			x
<b>Analyse und Auswertung</b>			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	x		
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	x		
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?	x		
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?		x	
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?			x
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?	x		
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?	x		

**Tabelle 33** Qualitätscheck Studie «The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults»

<b>Checkliste zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Veröffentlichungen</b>			
<b>Studie: The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults (Murayama, et al., 2014)</b>			
	Ja (1)	Unklar (2)	Nein (3)
<b>Design</b>			
Ist die eigentliche Fragestellung der Studie gut beschrieben?	x		
Wurden die Studienpopulation(en) sowie Ein- und Ausschlusskriterien umfassend beschrieben?	x		
Wurden die Patienten randomisiert auf die Studienarme verteilt? Falls Ja: wurde die Methode der Randomisierung entsprechend beschrieben?			x
a) Wird zur Fallzahl Stellung genommen?	x		
b) Wurden ausreichend Fälle einbezogen (z. B. Power $\geq$ 50 %)?			x
War die Messmethode (z.B. Labor, Fragebögen, Diagnosetest) geeignet hinsichtlich der Bestimmung der Zielgröße (bzgl. Skala, Untersuchungszeitpunkt, Standardisierung)?		x	
Wurden Angaben zum Datenverlust (Responseraten, „loss to follow up“, „missing values“) gemacht?			x
<b>Start und Durchführung der Studie</b>			
Stimmen Behandlungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich wichtiger studienrelevanter Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Rauchergewohnheiten usw.) überein?	x		
Wurden die Drop-out-Fälle in Abhängigkeit von der Behandlungs- bzw. Kontrollgruppe deskriptiv ausgewertet?		x	
Wie viele Fälle standen während der gesamten Studiendauer unter Beobachtung? <b>26 IG, 54 KG</b>	x		
Wurden während der Studie auftretende Nebenwirkungen und unerwünschte Ereignisse beschrieben?	x		
<b>Analyse und Auswertung</b>			
Waren die eingesetzten statistischen Größen und Methoden sinnvoll gewählt und ihre Beschreibung verständlich?	x		
Wurden die statistischen Analyseverfahren verständlich beschrieben?	x		
Wurden die wichtigen Einflussgrößen (prognostische Faktoren) berücksichtigt bzw. zumindest diskutiert?			x
War die Präsentation der statistischen Größen angemessen, umfassend, übersichtlich und verständlich?	x		
Wurden Effektstärken und Konfidenzintervalle zu den Hauptergebnissen angegeben?	x		
Wird ersichtlich, warum vorliegendes Studiendesign/statistische Methodik verwendet wurde?		x	
Sind alle Schlussfolgerungen durch die Ergebnisse der Studie gestützt?		x	

## IV Anhang (Datenextraktionstabellen)

### SONIA - Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation

Autor/-in: Prof. Dr. phil. Stefan Selke  
 Zeitraum: Januar 2013 – Januar 2016  
 Land: Deutschland  
 Art des Dokuments: Projektbericht  
 Quelle: (Selke & Biniok, 2016)

**Tabelle 34** Datenextraktionstabelle Projekt «SONIA»

Zielgruppe	
Geschlecht	Männlich und weiblich
Alter	60+
Sozialer Status	Sehr heterogen
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Österreich, Migrationshintergründe nicht bekannt
Vulnerabilität	In Bezug auf soziales Netzwerk, zur Verfügung stehende finanzielle Mittel und Mobilität sehr unterschiedliche Personen. Es nahmen sowohl gut gestellte als auch als vulnerabel zu bezeichnende Personen teil.
Setting	Eine städtische Wohnumgebung (Kirchheim und Teck), zwei ländliche Regionen (Furtwangen und Mönchweiler)
Intervention	<p><b>Soziale Teilhabe durch Technikgestützte Kommunikation - SONIA</b></p> <p>Plattform auf Tablets                      Die SONIA Plattform besteht aus vier Elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kalender</li> <li>• Schwarzes Brett</li> <li>• Kommunikation (E-Mail Programm, Chatprogramm, Adressbuch, etc.)</li> <li>• Information (Zugriff auf regionale Zeitungen, Radiosender und Fahrpläne, Wetterdienst, das Spiele, sowie Möglichkeiten zur Fotografie und Bildverwaltung, etc.)</li> </ul> <p>Farbgebung und Bezeichnung der Kategorien war je nach Regionen unterschiedlich was die Verbindung mit der Region sichtbar machte und zu mehr Identifikation mit der Plattform führte und deren Wiedererkennungswert steigern.                      Schrittweise Einführung der Seniorinnen und Senioren in die Plattform und den Praxistest. In jeder Gemeinde wurden die Schulungen in Bezug auf Gruppengröße, Regelmässigkeit, etc. Anders durchgeführt.                      Freischaltung der verschiedenen Kategorien im Verlauf der Schulungen so dass es nicht zu einer Überforderung der Teilnehmenden kommen konnte.                      Die Plattform wurde im Verlauf des Praxistests mit Hilfe von unterschiedlichen Instrumenten (World Cafés, Workshops, SWOT-Analysen etc.) weiterentwickelt und den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst.</p>
Methodik der Untersuchung	<p><b>Bedarfsanalyse</b>                      Interviews zur Biografie- und lebensweltorientierten, Gruppendiskussionen und Workshops mit Sekundärnutzern sowie einer Dokumentenanalyse.                      Interviews N=43                      Als besonders relevant identifiziert: Wunsch nach Eigenständigkeit und Gestaltung der Freizeit. Transkribierte Interviews wurden in Anlehnung an den «Grounded-Theory» Ansatz ausgewertet. Verschiedene Kategorien wurden erstellt. Anhand einer Bedarfsmatrix wurde systematisch erforscht, in</p>

	<p>welchen Alltagssituationen in Bezug auf soziale Teilhabe Verbesserungspotential besteht.</p> <p>Erstellen eines <b>Kommunikationskonzepts</b> auf Basis der Interviewresultate.</p> <p><b>Wahl der Technik:</b> Soll flexibel und seniorengerecht sein. Dazu wurde eine umfassende Marktanalyse durchgeführt. Folgende Kriterien wurden definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einfache Handhabung</li> <li>• Niedrige Kosten</li> <li>• Netzwerkfunktion</li> <li>• Anpassbarkeit</li> <li>• Kommerzielle Verfügbarkeit</li> </ul> <p>Die Marktanalyse ergab, dass kein System auf dem Markt ist welches allen Anforderungen entspricht. Es wurde sich schlussendlich für die mobile Softwarelösung „BewoApp“ entschieden. Jeder Nutzer erhielt für die Dauer des Projekttests ein Tablet (Samsung) mit der installierten SONIA Plattform</p> <p><b>Bekanntmachung:</b> Es wurden jeweils die bereits vorhandenen lokalen Strukturen, Vereine, etc. Genutzt, um SONIA bekannt zu machen und Teilnehmende zu gewinnen</p> <p><b>Evaluation</b> Stichprobe von N=95 Verwendung von quantitativen und qualitativen Methoden Messung von zahlreichen Faktoren (demografische Daten, kognitive und körperliche Verfasstheit, Fitness, Einsamkeit, psychische Stimmung, Sozialkontakte, Aktivitäten, Projektbezogene Fragen)</p> <p><b>Evaluationsergebnisse (Im Hinblick auf Soziale Teilhabe:</b> Neben den Kommunikationsanwendungen wird die Plattform überwiegend als Informationsplattform genutzt. Unterhaltungsaspekte stehen bei den Wenigsten im Vordergrund.</p> <p>In Bezug auf die Verringerung der Einsamkeit konnte kein statistisch signifikanter Effekt festgestellt werden. Einsamkeit war aber auch nur bei einem sehr geringen Anteil der Teilnehmenden auffällig ausgeprägt.</p> <p>Bei Personen ab dem 75. Lebensjahr zeigte sich einen Anstieg von Kontakten zu engen Freunden sowie einen Trend zur Verlängerung außerhäuslicher Aktivitäten</p>
Ergebnisse der Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tablets und SONIA Plattform wurden als Kommunikationsmittel angenommen</li> <li>• Die erforderlichen Schulungen waren sehr aufwendig, vor allem wenn die Teilnehmenden keine Vorkenntnisse mit dem Internet besitzen</li> <li>• Der Praxistest in den Sozialräumen hat gezeigt, dass sich der Technikeinsatz positiv auf die soziale Teilhabe der Teilnehmenden auswirkt.</li> <li>• Im Hinblick auf den Alltag der Teilnehmenden kann eine Veränderung im Hinblick auf drei Aspekte erkannt werden: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Herausbildung von neuem Teilhaberaum</li> <li>2. Erweiterung des existierenden Teilhaberaums</li> <li>3. Engagement in bestehenden Teilhaberräumen</li> </ol> </li> </ul> <p><b>Konkret:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neue Kontakte wurden gebildet</li> <li>• Alte Kontakte intensiviert</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit Leuten welche nur vom Sehen her bekannt waren, unterhält man sich mittlerweile</li> <li>• Wechsel vom Sie zum Du</li> <li>• Neue Formen der Kommunikation durch das Erlernen der Technik ermöglicht</li> <li>• Wechselseitige Hilfestellung im Lernprozess stärkte soziale Beziehungen</li> </ul> <p>Die Differenzen der Sozialräume, d.h. die unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten, wirkten sich vor allem auf den Forschungsprozess und die Art und Weise aus, wie vor Ort die neue Technik „eingeführt“ und „verankert“ wurde.</p>
Conclusio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Praxistest an drei verschiedenen Orten zeigte, dass sich der Technikeinsatz durchaus positiv auf die Sozialstrukturen vor Ort auswirkte.</li> <li>• Die Teilnehmenden kamen miteinander in Kontakt, vertieften Beziehungen und vernetzten sich. Durch die Nutzung der Plattform wurde die soziale Teilhabe gefördert.</li> <li>• Bei einer Technikförderung muss stets auch die Sozialraumgestaltung mitgedacht werden.</li> <li>• Offene Frage ob Technik eher «heilend» oder «präventiv» eingesetzt werden soll.</li> <li>• Für die bessere Erreichbarkeit vulnerable Gruppen kann ein begleitender Technikeinsatz (z.B. Patenschaft) sehr sinnvoll sein.</li> <li>• Die bloße Bereitstellung von Technik ist für die Förderung der sozialen Teilhabe kaum förderlich. Es müssen auch entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden und es muss das nötige Knowhow erlernt werden können.</li> <li>• Lokale Dienstleister in die Plattform einbinden um sie vor Ort zu verankern.</li> </ul>

## AGNES – Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil

Autor/-in: Maria Hochmuth, Carmen Kluge,  
 Zeitraum: 1. Mai 2009 – 30. April 2011  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Hochmuth, Kluge, & Grande, 2011), (Grande & Hochmuth, 2011)

**Tabelle 35** Datenextraktionstabelle Projekt «AGNES»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	30 – 80+
Sozialer Status	Tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Richtet sich explizit auch an Migrantinnen und Migranten
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnsektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)</li> <li>• Personen mit niedriger Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss)</li> <li>• Migrant/-innen in schwieriger sozialer Lage</li> </ul>

Setting	Stadtteil Leipziger Osten
Intervention	<p><b>AGNES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau einer Seniorenkontaktstelle im Gesundheitsladen als zentrale Anlaufstelle für Informationen und Beratung für Seniorinnen und Senioren</li> <li>• Vernetzung der Akteure im Stadtteil Leipziger Osten</li> <li>• Regelmäßige Sozialberatung, Pflegeberatung und präventive Wohnungsberatung für ältere Menschen und deren Angehörige</li> <li>• Aufsuchende Hilfen für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf: sozial besonders gefährdeten oder isolierten Personen wird Unterstützung in Form des Seniorenbesuchsdienstes angeboten. Dieser hilft, Einsamkeit abzubauen und die Lebensqualität zu fördern</li> <li>• Partizipative Informationsveranstaltung (monatliche Veranstaltungsreihe "Gesundheit im Alter - Experten informieren, Sie fragen!")</li> <li>• Implementierung neuer Aktivitäten zur Förderung von sozialer Teilhabe: z.B. Gründung einer 50plus Gruppe und Aufbau eines Spielenachmittags für Senioren</li> <li>• Aufbau einer sozialen Tauschbörse im Bildungs- und Freizeitbereich: Stärkung des Selbstwertgefühls und des Lebenssinns durch sinnvolle Tätigkeiten und Förderung der intergenerationellen Solidarität (generationenübergreifende Veranstaltungen in Kitas und an Schulen)</li> <li>• Qualifizierung von Ehrenamtlichen z.B. als Besuchshelfer für den Seniorenbesuchsdienst</li> </ul>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schaffen einer Anlaufstelle für Seniorinnen und Senioren</li> <li>• Vernetzung relevanter Akteure</li> <li>• Verhinderung von sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter</li> <li>• Förderung eines gesunden Lebensstils im Alter</li> <li>• Implementierung neuer Interventionen</li> <li>• Förderung der freiwilligen Arbeit im Quartier</li> </ul>

## Berliner Seniorentelefon

Autor/-in: Anita Weise  
 Zeitraum: 1993 - heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Humanistischer Verband Deutschland, 2018), (Weise, 2015)

**Tabelle 36** Datenextraktionstabelle Projekt «Berliner Seniorentelefon»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen)</li> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> <li>• Menschen mit Behinderung in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage</li> </ul>
Setting	Angebot erreicht Berlin und Umgebung. Da es bundesweit das einzige Seniorentelefon ist, gehen auch zahlreiche Anrufe aus ganz Deutschland ein
Intervention	<p><b>Berliner Seniorentelefon:</b>                      Bei Krankheit, Einsamkeit, Trauer, Konflikten oder einfachen Fragen nach Dingen des Alltags soll geholfen oder auch nur zugehört werden.                      Jedem Anrufer wird ein offenes Herz und Mitgefühl für seine jeweilige Lebenssituation gezeigt. Es wird Mut gemacht oder es werden konkrete Hinweise zu weiteren Einrichtungen welche Hilfestellungen bieten können, vermittelt. Insbesondere sind dies: kostengünstige (oder kostenlose) Mobilitätsdienste, Begleit- oder sonstige Hilfsdienste, Freizeittätten, geförderte Kulturveranstaltungen etc.                      Besonders eingeschränkte Bürgerinnen und Bürger werden regelmäßig kontaktiert um sich über ihr Befinden zu erkundigen und bei Bedarf Hilfe anzubieten.</p> <p>Neu ist die Gesprächsvermittlung zwischen interessierten Anrufern. Dies soll gegen die Vereinsamung mit all ihren psychischen und körperlichen Folgen helfen. Die Gesprächstelefone sind viermal wöchentlich Montag, Mittwoch, Freitag und Sonntag geöffnet; dies gilt auch, wenn diese Tage Feiertage sind. 15 freiwillige Mitarbeitende kümmern sich um die Anliegen und Sorgen der Zielgruppe.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterstützung bei Krankheit, Trauer, Einsamkeit</li> <li>• Förderung der sozialen Teilhabe, Verhinderung sozialer Isolation</li> <li>• Bekanntmachung von weiterführenden Angeboten/Einrichtungen</li> <li>• Vermittlung von Telefonfreundschaften</li> </ul>

## Mannebacher Mobilitätsmodell

Autor/-in: Bernd Gard  
 Zeitraum: 2015 – kein Ende geplant  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Programm  
 Quelle: (Gard, 2015)

**Tabelle 37** Datenextraktionstabelle Projekt «Mannebacher Mobilitätsmodell»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50+
Sozialer Status	tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Angehörige von Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf</li> <li>• Personen mit einem tiefen Einkommen</li> </ul>
Setting	Gemeinde Mannebach
Intervention	<p><b>Organisierte Seniorenbegleitung und organisierte Nachbarschaftshilfe</b>                      Einsamkeit im Alter ist ein großes Problem. Die organisierte Seniorenbegleitung und die organisierte Nachbarschaftshilfe sorgen für Abwechslung und Kommunikation.</p> <p><b>Dorfgesundheitshütte</b>                      Kostenloser Fitnessraum, geistige und körperliche Mobilität fördern. Ein zeitlich individuell planbares Basisgesundheitstraining führt zu einer guten Fitness und zu langer Eigenständigkeit.</p> <p><b>Langes Leben im Dorf</b>                      Versorgung und Pflege in der eigenen Wohnung. Wohnen und leben in der eigenen Wohnung und Entwicklung geeigneter Alternativen, z.B. die Einrichtung von Wohngemeinschaften. Aufbau einer nutzerorientierten Versorgungsstruktur.</p> <p><b>Dorfmobil</b>                      Ein von Jung und Alt nach Absprache zu nutzender Fahrdienst für Menschen, die andernfalls nicht beziehungsweise wenig mobil sind.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung eines gesunden Lebensstils im Alter</li> <li>• Bekämpfung von Einsamkeit im Alter</li> <li>• Seniorinnen und Senioren sollen so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden wohnen können</li> <li>• Förderung der Mobilität im Alter</li> </ul>

## Freunde alter Menschen e.V.

Autor/-in: Klaus Pawletko  
 Zeitraum: 1991 – heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt (eingetragener Verein)  
 Quelle: (Pawletko, 2015)

**Tabelle 38** Datenextraktionstabelle Projekt «Freunde alter Menschen e.V.»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	66 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial isoliert Personen</li> <li>• Personen mit Mobilitätseinschränkungen</li> <li>• Personen ohne Angehörige</li> <li>• Personen deren Angehörige weit entfernt von ihnen leben bzw. sich nicht um ihre alt gewordenen Mütter oder Väter kümmern können oder wollen.</li> </ul>
Setting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häusliches Umfeld</li> <li>• Nachbarschaftshaus/Stadtteilzentrum</li> <li>• Pflegeheim/Tagespflegeeinrichtung/betreutes Wohnen</li> </ul>
Intervention	<p>Was wird konkret umgesetzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freiwilliges Engagement von aktiven Bürgerinnen und Bürgern</li> <li>• Organisation von Besuchspartnerschaften für ältere Menschen welche zu Hause leben (geht über einen Besuchsdienst oder einen Betreuungsdienst hinaus. Es sollen richtige Freundschaften entstehen, der Besucher bleibt immer gleich. Im Voraus wird sorgfältig geprüft, welche Personen am besten zusammenpassen.)</li> <li>• gemeinschaftlichen Unternehmungen (Ausflüge, Spielenachmittag, Kaffeeklatsch, Weihnachtsfeier, etc.).</li> <li>• Bilden eines Telefonkreises um auch für ältere Menschen da zu sein welche nicht mehr mobil sind.</li> <li>• Mit einem offenen Ohr Geschichten über die Generationen hinweg lebendig halten</li> <li>• Engagement für hochbetagte Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.</li> <li>• Freundschaften knüpfen die Generationen verbinden</li> <li>• Beratung und Unterstützung für ältere Menschen bei Alltagsangelegenheiten und mit Behörden.</li> </ul>
Ziele	<p>Einsamkeit und sozialer Isolation älterer Menschen entgegenzuwirken. Begegnungen mit älteren Personen auf Augenhöhe ermöglichen. Personen aus Zielgruppe sollen als gleichberechtigte Freunde und nicht als Empfänger von Hilfe angesehen werden. Freiwillige Helferinnen und Helfer setzen diese Idee jeden Tag in die Tat um. Ausschliesslich allein lebende Menschen im hohen Alter werden begleitet. Verschiedene Gruppenaktivitäten und -angeboten ermöglichen intergenerative Begegnungen und lassen Freundschaften zwischen Jung und Alt entstehen.</p>

## Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid

Autor/-in: Laura Brüggermann  
 Zeitraum: 2013 – heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Netzwerk  
 Quelle: (Brüggermann, 2018)

**Tabelle 39** Datenextraktionstabelle Projekt «Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg Herscheid»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	Menschen in schweren sozialen Lebenslagen, pflegebedürftige Personen in schwerer sozialer Lage

Setting	Gemeinde Plettenberg-Herscheid
Intervention	<p><b>Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid</b> ist ein interkommunales Netzwerk. Verschiedene Gemeinden arbeiten mit Vertretern der Pflege und der Gesundheitswirtschaft daran, die Versorgung sicherzustellen. Das Hauptziel des Netzwerks ist es, die soziale Isolation und Einsamkeit älterer Bürgerinnen und Bürger zu bekämpfen. Dabei entstehen verschiedene niederschwellige Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen sowie Informationsangebote.</p> <p>Wichtige Umsetzungsschritte im Netzwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist-Analyse der Versorgungsstruktur</li> <li>• Auftaktveranstaltung mit Akteurinnen und Akteuren: Gründung von Runden Tische entsprechend der Handlungsempfehlungen</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> <li>• Round-Table Treffs, Unterarbeitsgruppen</li> <li>• Regelmäßige Arbeitstreffen der Runden Tische</li> </ul> <p>Kooperationspartnerinnen und -partner im Netzwerk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante Pflegedienste Krankenhaus Plettenberg</li> <li>• stationäre Pflegeeinrichtungen</li> <li>• Vertretung für Seniorinnen und Senioren</li> <li>• Selbsthilfe</li> <li>• ärztlicher Fachdienst</li> <li>• Apotheken</li> <li>• Kirchen</li> <li>• Wohnungswirtschaft</li> <li>• Pflegekassen</li> <li>• Kommunen</li> <li>• Vereine, Sportvereine, Musikschulen</li> <li>• Vertreterinnen und Vertreter des Hospiznetzwerks</li> <li>• Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheit und Seniorinnen- und Seniorenarbeit</li> </ul>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekämpfung von sozialer Isolation und Einsamkeit bei den älteren Menschen in der Gemeinde</li> <li>• Koordination der Angebote</li> <li>• Sicherstellen der gesundheitlichen Versorgung in der Gemeinde Plettenberg-Herschau</li> </ul>

## Netzwerk ältere Migrant/-innen Kiel

Autor/-in: Michael Treiber  
 Zeitraum: Januar 2009 – März 2012  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Netzwerk  
 Quelle: (Treiber, 2011)

**Tabelle 40** Datenextraktionstabelle Projekt «Netzwerk ältere Migrant/innen Kiel»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50+
Sozialer Status	Eher tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Migrationshintergrund (Fokus auf die in den Stadtteilen am häufigsten vorkommenden russischen und türkischen ethnischen Personengruppen)
Vulnerabilität	Migrantinnen und Migranten in schwieriger sozialer Lage

Setting	Stadtteile Kiel-Gaarden und Kiel-Mettenhof
Intervention	<p>Gründung eines interdisziplinären lokalen Netzwerks zur Verbesserung der Lebenslage von Migrantinnen und Migranten in den Stadtteilen. Dieses Bündnis gewährleistet unterschiedliche, nach Bedarf muttersprachliche Angebote.</p> <p>Modul 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchführung von Informationsveranstaltungen und Gesprächskreisen für Mitarbeitende aus der Altenhilfe und Migrantinnen und Migranten</li> <li>• Durchführung von Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung für Mitarbeitende aus der Pflege und für pflegende Angehörige</li> </ul> <p>Modul 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot von Kursen und Gesprächskreisen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Dafür wurden wenn möglich muttersprachliche Pflegekräfte eingebunden.</li> </ul> <p>Modul 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Älter werden in Deutschland"- Seminare für russisch- und türkischsprachige Personen.</li> </ul> <p>Modul 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewinnung, Schulung und Einsatz ehrenamtlicher Migrantinnen und Migranten</li> <li>• Muttersprachliche Informationsveranstaltungen zur Gesundheitsförderung für Einwanderer</li> </ul> <p>Modul 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung und Einsatz von geeigneten Materialien zum Gedächtnistraining für ältere Migrantinnen und Migranten mit beginnender Demenz in Russisch und Türkisch</li> </ul>
Ziele	<p>Allgemeine Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbesserung des Zugangs zu Altenhilfe- und Altenpflegeangeboten unter Berücksichtigung der besonderen und geschlechtsspezifischen Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten in den Stadtteilen</li> <li>• Interkulturelle Öffnung der bestehenden Angebote: Die Altenhilfe mit der Zielgruppe der älteren Migrant/-innen und deren speziellen Wünschen und migrationspezifischen Besonderheiten bekannt zu machen</li> <li>• Nachhaltige Vernetzung von Altenhilfe und Migrationsarbeit</li> <li>• Steigerung der Lebensqualität im Stadtteil durch Förderung sozialer Netzwerke</li> <li>• Empowerment von Migrant/-innen und deren Angehörigen in Mettenhof</li> </ul>

## Seniorenbegleitung. Zeit haben – Zeit schenken

Autor/-in: Helga Berbuir  
 Zeitraum: Januar 2015 – heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Berbuir, 2017)

**Tabelle 41** Datenextraktionstabelle Projekt «Seniorenbegleitung. Zeit haben - Zeit schenken»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	66 – 79 Jahre
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage
Setting	Häusliches Umfeld
Intervention	<p><b>Seniorenbegleitung</b></p> <p>Freiwillige Mitarbeiter welche im Rahmen einer 36 Stündigen Zertifikatsfortbildung auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Mit dieser Zertifizierung verpflichten sie sich zu einem 2-3 stündigen Einsatz bei einem älteren Menschen zu Hause oder zur Unterstützung im Alltag, z.B. beim Einkaufen.</p> <p>Alle 2-3 Monate finden Treffen der Seniorenbegleitenden für einen Austausch statt.</p> <p>Die Begleitenden empfinden den überschaubaren Zeitrahmen des Engagement als grossen Vorteil. Zudem bilden sich zwischen den Begleitenden und den Seniorinnen und Senioren oft enge Beziehungen. Für einige stellen die begleitete Person sogar so etwas wie ein Ersatzeltern dar da die eigenen Eltern entweder bereits verstorben sind oder weit weg leben .</p>
Ziele	Freiwillige Bürgerinnen und Bürger der Stadt Erfurt sollen sich für ihre älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger engagieren, indem sie sie in ihrem Alltag und in ihrer Freizeit begleiten. Durch dieses Angebot soll die Einsamkeit und die Unsicherheit von Älteren bekämpft werden.

## Silbernetz – Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter

Autor/-in: Elke Schilling  
 Zeitraum: Januar 2017 - heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Schilling, 2017), (Silbernetz, 2018)

**Tabelle 42** Datenextraktionstabelle Projekt «Silbernetz - Gemeinsam gegen Einsamkeit im Alter»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	66 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	Soziale isolierte und/oder vereinsamte Personen

Setting	Häusliches Umfeld (Hilfe-Telefon)
Intervention	<p><b>Silbernetz – Ein Netz für ältere, einsame oder isoliert lebende Menschen in Berlin</b></p> <p>Silbernetz ist das einzige Angebot seiner Art in Deutschland. Direkt von Zu Hause aus können Verbindungen hergestellt werden. Silbernetz hilft älteren, vereinsamten Menschen einen Weg aus der Isolation zu finden.</p> <p>Das Hilfe-Telefon steht 365 Tage im Jahr, 7 Tage die Woche und 24 Stunden pro Tag zur Verfügung. Anrufe sind kostenfrei und werden vertraulich behandelt.</p> <p>Das Silbernetz-Angebot besteht aus drei Stufen:</p> <p><b>Silbertelefon - #einfachmalreden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um anzurufen, braucht man keine Krise und kein Problem. Der Wunsch zu reden genügt.</li> <li>• Das Gespräch ist anonym, vertraulich und kostenfrei.</li> <li>• Silbernetz hört zu, nimmt Anteil, ermutigt und kann erste Informationen geben.</li> <li>• Auf Wunsch wird eine Silbernetzfreundin oder einen Silbernetzfreund vermittelt.</li> </ul> <p><b>Freundschaftsdienst - Silbernetz-Freund/-innen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal pro Woche zu einer zwischen beiden vereinbarten Zeit rufen ehrenamtliche Silbernetz-Freund/-innen "ihren" älteren Menschen für eine Stunde an. Das ist persönlicher Kontakt und vertrauliches Gespräch - regelmäßig und zuverlässig.</li> <li>• Die Silbernetz-Freund/-innen fragen nach und hören zu. Sie können zu ersten Schritten aus der Isolation ermutigen. Sie haben Informationen zu Angeboten in der Nachbarschaft.</li> <li>• Auf Wunsch vermitteln sie zu professionellen Hilfeangeboten</li> </ul> <p><b>Silber-Info - die Brücke zum Angebot in der Nachbarschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silbernetz kooperiert mit den Anbietern lokaler und regionaler Angebote rund um das Alter. Davon gibt es viele, doch oft erreichen sie gerade diejenigen nicht oder unzureichend, welche sie am dringendsten brauchen - die</li> </ul>

	<p>Vereinsamten und Isolierten. Silbernetz bildet die Schnittstelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silbernetz knüpft Verbindungen zwischen den Angeboten im Kiez und den älteren Menschen, die sie benötigen und denen sie helfen können und unterstützt die Pflege regionaler Datenbanken (Silbernetz, 2018).</li> </ul>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderung der Stereotypen über Menschen 60+ und Unterstützung positiver Altersbilder</li> <li>• Entlastung des Gesundheitswesens, spezialisierter sozialer Dienste und öffentlicher Dienstleistungen</li> <li>• Niederschwellige Prävention von die gesundheitlichen Folgen der Einsamkeit und Isolation im Alter (z. B. Depression, Demenz, Suizid, Herz-Kreislaufkrankungen)</li> <li>• Lückenschluss zwischen Angeboten der Altenhilfe/der Gesundheitsförderung und sozial isolierter älterer Menschen</li> <li>• Stigma von Einsamkeit und Isolation auflösen, Leben sichern und das Wohlbefinden älterer Menschen verbessern</li> <li>• Ermutigung und Unterstützung von Menschen (nicht nur Älterer), lebendige Nachbarschaften zu entwickeln und ihre Potenziale in die Gestaltung derselben einzubringen</li> <li>• Stärkung von Gesundheit, Wohlbefinden, Selbstbewusstsein, Autonomie und Kontaktbereitschaft isolierter/einsamer Menschen</li> <li>• Vereinsamten/isolierten Menschen auf persönlicher, geschützter Ebene Kontakt ermöglichen und Ermutigung geben, Schritte aus der Einsamkeit zu wagen (Schilling, 2017).</li> </ul>

## Netzwerk «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg»

Autor/-in: Markus Runge  
 Zeitraum: Juni 2013 – Heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Netzwerk  
 Quelle: (Runge, 2017)

**Tabelle 43** Datenextraktionstabelle Projekt «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	Tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Soll unter anderem auch Personen mit Migrationshintergrund ansprechen
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen Personen mit niedriger Schulbildung</li> <li>• Migrant/-innen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> </ul>

Setting	Quartier, Freizeiteinrichtungen
Intervention	<p><b>Netzwerk «Für mehr Teilhabe älterer Menschen in Kreuzberg»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau von zwei sozialraumbezogenen Netzwerken</li> <li>• Zusammenschluss von vielfältigen Akteurinnen und Akteuren aus der bezirklichen Verwaltung, Stadtteilarbeit (Familienzentrum, Mehrgenerationenhaus, Begegnungsstätte) und Beratungs- und Koordinierungsstellen (Kontaktstelle Pflegeengagement, Pflegestützpunkt, Freiwilligenagentur).</li> <li>• Auch viele ehrenamtlich Engagierte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Nachbarschaft (Physiotherapie, Arztpraxis) gehören dazu.</li> <li>• regelmäßige Treffen und Netzwerkrunden, in denen das gemeinsame Vorgehen geplant wird.</li> </ul> <p>(Auf die Aktionen des Netzwerks wird hier nicht eingegangen, nur auf die Netzwerkarbeit)</p>
Ziele	<p>Strategisches Ziel ist die Zusammenführung beider initiierten Netzwerke in einem gemeinsamen «<i>Netzwerk Für mehr Teilhabe Älterer in Kreuzberg</i>».</p> <p>Das Netzwerk hat sich zum Ziel gesetzt, im Kreuzberger Südwesten mit rund 60.000 Bewohnerinnen und Bewohnern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neue Wege der Teilhabeförderung älterer Menschen zu beschreiten</li> <li>• insbesondere soziale und kulturelle Teilhabe derjenigen zu fördern, welche von klassischen Maßnahmen und Einrichtungen bisher kaum erreicht werden (sozial benachteiligten Menschen, von Altersarmut betroffene ältere Menschen, alleinstehende ältere Menschen sowie ältere Menschen mit Migrationshintergrund)</li> </ul>

## Generationennetz Gelsenkirchen e.V.

Autor/-in: Elisabeth Heite  
 Zeitraum: Januar 2009 – heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: eigetragener Verein  
 Quelle: (Heite, 2015)

**Tabelle 44** Datenextraktionstabelle Projekt «Generationennetzwerk Gelsenkirchen e.V.»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	66 – 80+
Sozialer Status	Tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Soll auch Personen mit Migrationshintergrund ansprechen
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen</li> <li>• Personen mit niedriger Schulbildung (z.B.</li> <li>• Migrant/-innen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Personen in strukturschwachen Wohnregionen/Quartieren</li> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> </ul>

Setting	Stadt Gelsenkirchen
Intervention	<p><b>Generationennetz Gelsenkirchen</b>                      Das Generationennetz betreibt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vier Infocenter</li> <li>• mit 36 Aussenstellen in fast allen Stadtteilen Gelsenkirchens.</li> <li>• 97 aktive Seniorenvertreterinnen und -vertretern am 37 Standorten</li> <li>• Projektgruppe 50+</li> <li>• 16 ZWAR-Gruppen (Zwischen Arbeit und Ruhestand) treffen sich selbstorganisiert und entwickeln Projektideen</li> <li>• Über 100 Interessensgruppen</li> </ul> <p>Alle diese Gruppen bekommen durch das Generationennetzwerk Raum, sich zu engagieren. Es wird nicht auf einzelne Massnahmen gesetzt sondern Ermöglichungsstrukturen in Form von Begegnungs- und Beteiligungsmöglichkeiten geschaffen. Insbesondere in Form von Selbstorganisation für ältere Bürgerinnen und Bürger und von Strukturen für Hilfe und Unterstützung.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Altenhilfe und der Seniorenarbeit in Gelsenkirchen</li> <li>• in Gelsenkirchen Strukturen aufbauen und unterstützen, damit ältere Menschen an der Stadtgesellschaft teilhaben und bis zum Lebensende möglichst selbständig und selbstbestimmt leben können.</li> <li>• Ältere sollen als Mitgestalter ihres Alltags und als Expertinnen und Experten in eigener Sache wertgeschätzt werden</li> <li>• Effizientes Arbeiten aller Beteiligten und die Vermeidung von Doppelstrukturen</li> <li>• Sicherstellung von Beratungs- und Hilfeangeboten</li> </ul>

## Leuchtturmprojekt "Wohnungsnahen Hilfen für ältere Bürgerinnen und Bürger bei der Nutzung zeitgemäßer Informations- und Kommunikationsmittel."

Autor/-in: Herr Siegfried Dr. sc. Klarhöfer  
 Zeitraum: September 2018 - heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Klarhöfer, 2019), (Verein NetComputer Lernen, n. d.)

**Tabelle 45** Datenextraktionstabelle Projekt «Leuchtturmprojekt»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen Personen mit niedriger Schulbildung</li> <li>• Personen mit niedrigem beruflichen Status Personen in strukturschwachen Wohnregionen/Quartieren</li> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> </ul>
Setting	Berlin Marzahn-Hellersdorf <ul style="list-style-type: none"> <li>• Am Standort des Vereins NetComputer Lernen</li> <li>• In Stadtteilzentren und Bürgerhäusern des Stadtbezirks</li> <li>• Mieterclubs/Seniorenwohnheimen</li> </ul>
Intervention	<p><b>Leuchtturmprojekt</b>                      Das Angebot richtet sich an bewegungseingeschränkte, technisch nicht-affine und bildungsferne Seniorinnen und Senioren. Diese Personengruppe läuft heute in Gefahr, aufgrund der Digitalisierung von der Gesellschaft und dem sozialen Leben abgekoppelt zu werden. Dann steigt auch das Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation. Diesem Problem soll mit dem Leuchtturmprojekt entgegengewirkt werden. Das Projekt soll vor allem Menschen ansprechen, welche bisher wenig Zugang zum Internet hatten und mit technischen Hilfsmitteln ihre Mobilität im Alltag erhöhen und ihre Lebensqualität verbessern wollen. Dies wird erreicht durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönlicher Beratung und/oder Information</li> <li>• Praktischer Hilfe bei Technik- oder Softwareproblemen</li> <li>• Einweisung in den Umgang mit Tablets, Smartphones, Laptops, etc.</li> <li>• Einweisung in die Nutzung von Apps und Software</li> </ul> <p>Die Vermittlung dieser Kompetenzen ist seniorengerecht gestaltet, es werden nur Alltagsrelevante Lernsituationen vermittelt. Für die Förderung der sozialen Teilhabe findet die Arbeit in Kleingruppen statt, bei Bedarf kann auch eine individuelle Begleitung in Anspruch genommen werden. Mittels gemeinsamen Erfolgserlebnissen im Lernprozess wird eine Steigerung des Selbstbewusstseins/der Selbstwirksamkeit der Seniorinnen und Senioren erzielt. Aufgrund der dezentralen Verteilung in Marzahn-Hellersdorf und somit der Wohnungsnähe, ist das Angebot auch für weniger mobile Seniorinnen und Senioren geeignet.</p>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Älteren, bildungsfernen Menschen die Technik näher bringen</li> <li>• Sie im Umgang mit Tablets, Smartphones und Laptops befähigen</li> <li>• Soziale und gesellschaftliche Abkoppelung älterer Menschen aufgrund von Digitalisierung verhindern</li> <li>• Stärkung des Selbstbewusstseins im Umgang mit moderner Technik.</li> </ul>

## Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen

Autor/-in: Wilhelm Lemme, Uwe Hummert  
 Zeitraum: Januar 2013 – heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Lemme & Hummert, 2015)

**Tabelle 46** Datenextraktionstabelle Projekt «Einrichtung von betreuten Anlaufstellen für ältere Menschen in der Samtgemeinde Neuenkirchen»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	66 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	Sozial isolierte und vereinsamte Personen
Setting	Beratungsstellen in der Samtgemeinde Neuenkirch (Gemeinden Merzen, Neuenkirchen und Voltlage)
Intervention	<p><b>Betreute Beratungsstellen für ältere Menschen</b>                      in zentraler Lage wurden in allen drei Gemeinden betreute Beratungsstellen mit verlässlichen Öffnungszeiten eingerichtet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diese bieten als Begegnungsstätten insbesondere ein offenes Angebot zum Treffen, Klönen und Spielen.</li> <li>• Zudem werden Beratung und Information zu verschiedenen Themen (z.B. altersgerechtes Wohnen, Vorsorgevollmachten, rechtliche Betreuungen, Patientenverfügungen, Pflege) aber auch Betreuungsmöglichkeiten zur Entlastung von Angehörigen angeboten.</li> <li>• Die Treffpunkte sollen zu Mittelpunkten für Kontakte und Begegnungen zwischen älteren Menschen aber auch zu anderen Generationen werden</li> <li>• Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bis ins hohe Alter ermöglichen</li> <li>• Die Betreuung der Anlaufstellen erfolgt durch freiwillige Helferteams aus den drei Gemeinden mit <u>Unterstützung der Gemeindeverwaltung.</u></li> </ul>
Ziele	Soziale Teilhabe der älteren Menschen der Samtgemeinde bis ins hohe Alter ermöglichen.

## Ruhepunkt - Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen

Autor/-in: Meike Lezius  
 Zeitraum: Februar 2013 - heute  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Lezius, 2018)

**Tabelle 47** Datenextraktionstabelle Projekt «Ruhepunkt- Beratungsstelle für ältere Menschen in schwierigen Lebenssituationen»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	Tief
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personen mit sehr niedrigem Einkommen</li> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> <li>• Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen</li> <li>• Personen mit Behinderungen in schwieriger sozialer Lage</li> </ul>
Setting	Der Ruhepunkt ist ein Angebot in der Stadt Nürnberg. Interventionen finden statt im: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häuslichen Umfeld</li> <li>• Seniorenfreizeitstätten</li> </ul>
Intervention	<p><b>Ruhepunkt</b>                      Ist ein Angebot für ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer dauerhaften seelischen Belastung oder Personen in einer akuten Krise.                      Die Beratungsstelle bietet Unterstützung in besonders belastenden Lebenssituationen (Verlust eines lieben Menschen, Angst vor dem Alleinsein, Einsamkeit, etc.) oder in schweren Übergangsphasen (Pensionierung, Auszug der Kinder aus dem Elternheim, etc.)</p> <p>Angeboten werden folgende Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisendienst für ältere Menschen:</li> <li>• Telefonische oder persönliche Einzelberatung (Die Mehrheit der Beratungsgespräche finden in Form von aufsuchenden Hausbesuchen statt.</li> <li>• Moderierte Selbsthilfegruppen</li> <li>• Case Management</li> <li>• Unterstützung bei der Suche nach passenden Hilfsangeboten</li> <li>• Beratung von Angehörigen</li> <li>• Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Alten- und Gesundheitsdienstleistungsbereich</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Psychischen Gesundheit</li> <li>• Förderung der sozialen Teilhabe</li> <li>• Stärkung von individuellen Bewältigungsressourcen wie z.B. Resilienz, Selbstwirksamkeit, etc.</li> <li>• Hilfe zur Selbsthilfe</li> <li>• Stärkung sozialer Kompetenzen</li> </ul>

## Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen.

Autor/-in: Marion Träger  
 Zeitraum: Oktober 2015 – heute  
 Land: Österreich/Deutschland  
 Art der Untersuchung: Konzept/Projekt  
 Quelle: (Träger, 2017)

**Tabelle 48** Datenextraktionstabelle Projekt «Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen.»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> <li>• Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Angehörige von Personen mit speziellem Unterstützungsbedarf</li> </ul>
Setting	Häusliches Umfeld in Potsdam
Intervention	<p><b>Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen.</b></p> <p>Ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität erhalten kostenlose Hausbesuche von freiwilligen, ausgebildeten «Gesundheitsbuddys» die nach einem speziellen Bewegungsprogramm der medizinischen Universität Wien gemeinsam Sport machen. Die Gesundheitsbuddys besuchen die Seniorinnen und Senioren 1-2x pro Woche in ihrer Wohnung oder ihrem Haus. Neben dem Sport ist aber auch der soziale Kontakt von grosser Bedeutung für die Gesundheit der Teilnehmenden. Oftmals handelt es sich um alleinstehende Personen welche ihre vier Wände nicht oder nur noch selten verlassen. Für diese Personen stellt der Gesundheitsbuddy eine wichtige Bezugsperson dar und trägt dazu bei, Einsamkeit und soziale Isolation zu verhindern.</p>
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Bewegung und der Mobilität</li> <li>• Unfall- und Sturzprävention</li> <li>• Förderung der Sozialen Teilhabe</li> <li>• Verringerung von Einsamkeit</li> <li>• Steigerung der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung</li> </ul>

## Quartiersentwicklung in Pankow-Zentrum. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander

Autor/-in: Katja Dierich  
 Zeitraum: Januar 2017 – November 2019  
 Land: Deutschland  
 Art der Untersuchung: Projekt  
 Quelle: (Dierich, 2017)

**Tabelle 49** Datenextraktionstabelle Projekt «Quartiersentwicklung in Pankow. Aufmerksamkeit für ein nachbarschaftliches Miteinander»

Zielgruppe	
Geschlecht	Keine geschlechtsspezifischen Angebote
Alter	50 – 80+
Sozialer Status	Keine spezifischen Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Keine spezifischen Angaben
Vulnerabilität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozial isolierte und/oder vereinsamte Personen</li> <li>• Chronisch kranke/mobilitätseingeschränkte und/oder kognitiv beeinträchtigte Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Pflegebedürftige Personen in schwieriger sozialer Lage</li> <li>• Angehörige von Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf</li> </ul>
Setting	Bezirk Berlin Pankow
Intervention	<p><b>Quartiersentwicklung</b>                      Folgende Massnahmen werden von 2017 bis 2019 vom «Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow» (QVNIA e.V.) umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Pankower Bürgerinnen und Bürger wurden von lokalen Anbietern über altersgerechte Wohn- und Freizeitangebote informiert</li> <li>• Regelmässige Spaziergänge für Jung und Alt</li> <li>• Erarbeitung eines kostenfreien Stadtplans</li> <li>• Information über seniorengerechten Umgang und Einkaufen für Unternehmen (Läden, Bank, Post, etc.) im Bezirk</li> <li>• Patenschaften zwischen Jung und Alt zur Stärkung des nachbarschaftlichen Miteinanders</li> <li>• Zusammenstellung von Informationen über ein barrierefreien und -armen Quartiers in Pankow Zentrum,</li> <li>• Entwicklung eines Bewegungspfads für mehr Bewegung im Quartier Pankow Zentrum,</li> <li>• Umsetzung eines traditionellen Weihnachtsmarkts</li> <li>• Ausbau und Förderung von Sportangeboten für ältere Menschen</li> <li>• Austausch und Vernetzung mit der der Pankower Sozialkommission</li> </ul>
Ziele	<p>Die Ziele der Quartiersentwicklung im Bezirk Pankow Zentrum sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Schaffung eines wertschätzenden gesellschaftlichen Umfeldes</li> <li>• Die Schaffung eines tragenden sozialen Umfeldes</li> <li>• Die Schaffung eines generationsgerechten räumlichen Umfeldes</li> <li>• Die Entwicklung von bedarfsgerechten Dienstleistungen und Angeboten</li> <li>• Strukturen in der Altenhilfe nachhaltig und kontinuierlich verbessern</li> <li>• Bessere gesundheitliche und soziale Versorgung in Berlin Pankow</li> </ul>

## The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults

Autor/-in: Yoh Murayama, Hiromi Ohba, Masashi Yasunaga, Kumiko Nanaka, Rumi Takeuchi, Mariko Nishi, Naoko Sakuma, Hayato Uchiba, Shoji Shinkai, Yoshinori Fujiwara  
 Zeitraum: nicht bekannt, Veröffentlichung der Studie im Jahr 2014  
 Land: Japan  
 Art der Untersuchung: Evaluation of Research Project REPRINT  
 Quelle: (Murayama, et al., 2014)

**Tabelle 50** Datenextraktionstabelle Studie «The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults»

Zielgruppe	
Stichprobe	N=80 (26 Interventionsgruppe, 54 Kontrollgruppe) wurden für Datenanalyse verwendet (ursprünglich N=136)
Geschlecht	Männlich und weiblich (Interventionsgruppe 2 M, 24 F, Kontrollgruppe 11 M, 43 F)
Alter	65+
Sozialer Status	Keine Angaben
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Japan
Vulnerabilität	88.5% in Interventionsgruppe Pensioniert, bei 73.1% der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe ist die finanzielle Lage so, dass sie «Gerade eben» zum Leben ausreicht.
Setting	Schulen (3 Kindergärten und 6 öffentliche Grundschule und 6 Kindertagesstätten) Drei verschiedene Gemeinde (eine in der Stadt Tokio, ein Vorort von Tokio und eine ländliche Gemeinde im Westen Japans.)
Intervention	REPRINT (Research of Productivity by Intergenerational Sympathy)  Freiwillige Seniorinnen und Senioren über 65 Jahre lesen Schulkindern Bilderbücher vor. Das Programm fokussierte darauf, wie der intergenerationale Austausch sich auf beide Gruppen auswirkt. Die Evaluation konzentrierte sich darauf, wie das Programm sich auf das Kohärenzgefühl (SOC) und depressive Verstimmung der Teilnehmenden auswirkte.  Die Freiwilligen Senioren und Seniorinnen wurden durch Öffentlichkeitsarbeit und in verschiedenen Vereinen gesucht und in eine Kontroll- und eine Interventionsgruppe eingeteilt.  Kontrollgruppe: Teilnahme an Gesundheitscheck und Umfragen, keine Teilnahme an anderen Intergenerationalen Programmen erlaubt  Interventionsgruppe: Die Freiwilligen welche sich meldeten erhielten während 3 Monaten wöchentlich 1 Seminar im Bilderbuch lesen für Kinder. Alle 1-2 Wochen ein Besuch im Setting. Aufteilung in Gruppen à 6-10 Kinder. Vorlesen mit Handpuppen, freies Vorlesen und spielen mit den Kindern. Gesundheitscheck und Umfragen beantworten.
Methodik der Untersuchung	Der SOC wurde mit einer japanischen Version getestet (SOC-13) welcher 13 Items enthält, auf Basis des SOC von Antonovsky entwickelt.  Depressive Verstimmungen wurden mit der japanischen Version der Geriatric Depression Scale (GDS-S-J) gemessen.  Für die Datenanalyse mussten Kontroll- und Interventionsgruppe beide den gleichen Test durchlaufen. Analysiert wurden die

	<p>Unterschiede in den Daten der Baseline zwischen den Gruppen mit t-Tests und Chi-Square Tests (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, etc).</p> <p>Zweitens wurde mit einer Two-Way Repeated-Measures Analysis of Variance (ANOVA) gemessen, die und ob sich der SOC und seine drei Komponenten (Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit) über die Dauer des Programms verbessert hat.</p>
Ergebnisse der Untersuchung	<p>Es bestehen keine signifikanten Unterschiede der Baseline Daten zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe. Die Gruppen sind demnach vergleichbar.</p> <p>Alle drei Komponenten des SOC verbesserten sich über die verschiedenen Messzeitpunkte über drei Jahre.</p> <p>Durch die GDS-J-S wurde eine signifikante Verbesserung der depressiven Verstimmungen gemessen. Auch indirekt wurde diese Variable durch die SOC Komponente Sinnhaftigkeit signifikant verbessert.</p> <p>REPRINT wurde in Kooperation mit lokalen Koordinatorinnen und Koordinatoren, freiwilligen älteren Menschen und Lehrerinnen und Lehrern aus den Gemeinden entwickelt. So konnte ein nachhaltiges intergeneratives Programm entstehen welches durch den intensiven intergenerativen Austausch positive Effekte auf die Teilnehmenden hatte.</p>
Conclusio	<p>Die Teilnahme an einer intergenerativen Intervention hat einen positiven Einfluss auf den SOC der Teilnehmenden.</p> <p>Intergenerative Interventionen mit Kindern sind in den Augen der Autoren der Schlüssel um soziale Isolation und Einsamkeit bei Seniorinnen und Senioren zu verhindern und intergenerative Beziehungen in Gemeinden zu fördern.</p>

## Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial

Autor/-in: Kaisu H. Pitkala, Pirkko Routasalo, Hannu Kautiainen, Reijo S. Tilvis  
 Zeitraum: 2002-2009  
 Land: Finnland  
 Art der Untersuchung: Randomisierte-kontrollierte Studie (RCT)  
 Quelle: (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, & Tilvis, 2009)

**Tabelle 51** Datenextraktionstabelle Studie «Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial»

Zielgruppe	
Stichprobe	Insgesamt nahmen 235 Personen teil welche sich bereits öfter einsam fühlten. Die Teilnehmenden lebten alle noch zu Hause.
Geschlecht	Männer und Frauen
Alter	74+
Sozialer Status	Mittel
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Finnland, Migrationshintergrund nicht bekannt
Vulnerabilität	Bereits subjektives Einsamkeitsgefühl, ca. 85% der Teilnehmenden verwitwet oder getrennt.
Setting	Die Intervention wurde in sieben verschiedenen Tagespflege Centern durchgeführt.
Intervention	<p>Die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe wurden in 15 Gruppen à je 7-8 Teilnehmende und je zwei professionelle Gruppenführer (Krankenschwestern, Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) eingeteilt. Die Gruppen blieben über den gesamten Zeitraum der Intervention (3 Monate, insgesamt 12 Treffen) gleich.</p> <p>Ein Treffen dauert 5-6h, ein Minibus holt alle Teilnehmenden zu Hause ab, bringt sie an den Treffpunkt und wieder zurück, Verpflegung und Pausen sind in der Zeit inbegriffen.</p> <p>Das Ziel der Intervention war es, den Peer-Support und die soziale Inklusion der älteren Menschen zu stärken. Die Effekte der Intervention basieren auf einer sogenannten «Closed Group» Dynamik.</p> <p>Die Intervention kann je nach Interesse der Gruppe gestaltet werden. Es gibt drei Hauptmodule:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Therapeutisches Schreiben und Gruppenpsychotherapie</li> <li>2. Gruppensport und -diskussionen</li> <li>3. Kunstaktivitäten</li> </ol>
Methodik der Untersuchung	<p>Versand eines quantitativen Fragebogens über das subjektive Einsamkeitsempfinden an knapp 7000 Einwohner über 75 Jahre in Finnland.</p> <p>1500 Personen welche die ersten Kriterien erfüllten, erhielten einen zweiten Fragebogen über Bereitschaft, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen.</p> <p>224 Personen wurden per Fragebogen für die Studie rekrutiert. Da sich viele nicht für das Modul therapeutisches Schreiben und Psychotherapie interessierten, wurden noch einmal 11 Personen ohne Fragebogen rekrutiert.</p> <p>Somit entstand eine Studienpopulation von N=235.</p> <p>Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie: Alter 75+, subjektive Einsamkeit, zu Hause lebend und Bereitschaft an Gruppeninterventionen teilzunehmen</p>

	<p>Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie: Demenz, wohnhaft in Pflegeinstitutionen, blind oder taub, starke Mobilitätseinschränkungen</p> <p>Design und Randomisierung: Pro Standort wurden Gruppen à 16 Personen gebildet. Diese wurden dann zufällig der Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeteilt. Verschieden Körperfunktionen wie z.B. BD wurden bei beiden Gruppen zu Beginn der Intervention, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten gemessen.</p> <p>Gemessen wurde der Einfluss der Intervention auf subjektive Gesundheit/Einsamkeit, Kosten/Nutzen Verhältnis und Einsamkeitsrate</p>
Ergebnisse der Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ab dem ersten Meeting entstanden eigene Gruppendynamiken und Humor</li> <li>• Nachdem Vertrauen entstand, wurden Gefühle und sensible Geschichten geteilt</li> <li>• Die Gruppe reifte und es entstanden Freundschaften</li> <li>• Nach gewisser Zeit trauten sich die Mitglieder auch Kritik aneinander zu äussern</li> <li>• Konflikte entstanden</li> <li>• Die Lösung dieser Konflikte führten zu einer stärkeren Verbindung zwischen den Gruppenmitgliedern</li> <li>• All diese Faktoren führten zu Empowerment der Mitglieder, Möglichkeiten das eigene Leben besser zu meistern und mehr Selbstrespekt.</li> <li>• Die Interventionsgruppe brauchte durchschnittlich 953 Euro an Gesundheitskosten pro Jahr als die Kontrollgruppe</li> <li>• Die Einsamkeitsrate in der Interventionsgruppe war tiefer als in der Kontrollgruppe</li> <li>• Freundschaften die bis nach der Intervention andauerten</li> <li>• 6 von 15 Gruppen trafen sich auch ein Jahr nach Ende der Intervention regelmässig und selbstständig</li> <li>• Die positiven Effekte waren auch 6 Monate nach der Intervention noch messbar was eine nachhaltige Wirkung vermuten lässt.</li> </ul>
Conclusio	<p>Die Intervention steht in Verbindung mit einer tieferen Einsamkeitsrate und einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.</p>

## The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review

Autor/-in: Yi-Ru Regina Chen, Peter J. Schulz  
 Zeitraum: 2015-2016  
 Land: Schweiz und China  
 Art der Untersuchung: Systematischer Review  
 Quelle: (Chen & Schulz, 2016)

**Tabelle 52** Datenextraktionstabelle Studie «The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review»

Zielgruppe	
Stichprobe	Je nach Studie zwischen 8 und 5302
Geschlecht	Männlich und weiblich
Alter	Zwischen 66 und 82 Jahre
Sozialer Status	Heterogen
Herkunftsland/Migrationshintergrund	Studien aus: Österreich, Kanada, Finnland, Israel, Niederlande, Neuseeland, Slowenien, Norwegen, Schweden, Taiwan, UK und US, Migrationshintergründe vorhanden aber nicht explizit genannt.
Vulnerabilität	5 Studien haben sich speziell auf vulnerable Gruppen fokussiert.

Setting	Privathaushalte, assistierte und selbstständige Alterswohnungen, Wohngebiete, Altersresidenzen, Pflegeheime, Tagespflegeheime. Die visuelle Haustier Intervention war mobil und konnte unabhängig vom Wohnort der Teilnehmenden genutzt werden.
Intervention	Projekte zwischen 2002 und 2015, Länder: Österreich, Kanada, Finnland, Israel, Niederlande, Neuseeland, Slowenien, Norwegen, Schweden, Taiwan, UK und US (N=9 aus den US).  Die meisten Studien nutzten das Internet oder Webbasierte Apps. (Google, soziale Netzwerke, Mail, Chats, etc.) Weitere Studien nutzten eine Telefon Freundschaftsintervention, iPhones, iPads, Nintendo Wii oder eine visuelle Haustier App.
Methodik der Untersuchung	<p><b>Systematischer Review:</b>                      Systematische Literaturrecherche in den Datenbanken: PsycINFO, PubMed, MEDLINE, EBSCO, SSCI, Communication Studies: a SAGE Full-Text Collection, Communication &amp; Mass Media Complete, Association for Computing Machinery Digital Library, and IEEE Xplore.</p> <p>Eine einheitliche Suchsyntax mit Booleschen Operatoren wurde für alle Datenbanken verwendet:                      ((social isolation OR loneliness) AND elderly AND (Internet OR social media OR information and communication technology)).</p> <p>Drei Einschlusskriterien definiert.</p> <p>425 Treffer, 51 Doppelte wurden ausgeschlossen, Titel und Abstract wurden gecheckt um Relevanz zu bestimmen</p> <p>Die restlichen Studien wurden von zwei Forschern gecheckt welche die Ausschlussgründe der Volltexte protokollierten.</p> <p>Final Einschluss von 25 Studien</p> <p><b>Untersuchte Studien:</b>                      Verschiedene Studiendesigns wurden verwendet: RCT, Experiment, Quasi-Experiment, Vorher-Nachher Kohorten Studie.                      Für die Outcome Messung nutzten Die untersuchten Studien folgende Instrumente:</p>

	<p>Quantitativer Fragebogen (N=1), University of Los Angeles California Loneliness Scale (N=20), Jong-Gerveld and Kamphuis Loneliness Scale (N=3), Social Support Scale by Schuster (N=1), Social and Emotional Loneliness Scale (N=1), Self-reported items by the participants (N=1), Social Support Instrument (N=1), Family and Friendship Contact Scale (N=1), Number of Social Networks (N=1), Numbers of Connections with others (N=1), Lee and Robins Social Connectedness Scale (N=1)</p>
<p>Ergebnisse der Untersuchung</p>	<p><b>Lindernde Effekte von ICT Interventionen auf soziale Isolation:</b></p> <p>Studien welche die Zusammenhänge von IKT Nutzung und sozialer Isolation untersuchten sagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 Studien sagen, dass die Nutzung von Telefon Freundschaftsprogrammen, Computer und Internet und IKT soziale Isolation verringert.</li> <li>• IKT Interventionen fördern die Anzahl sozialer Kontakte, die soziale Unterstützung und die soziale Vernetzung</li> </ul> <p>Studien welche den Zusammenhang von IKT Interventionen und Einsamkeit untersuchen sagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 von 18 Studien melden eine signifikante Reduktion der Einsamkeit bei den älteren Personen die IKT Interventionen nutzten.</li> <li>• Studien die Kommunikationsprogramme nutzten meldeten alle eine signifikante Verringerung der Einsamkeit</li> <li>• Der Effekt von allgemeiner Computer Nutzung und Videokonferenzen (z.B. via Skype) auf Einsamkeit älterer Menschen ist nicht schlüssig.</li> <li>• Soziale Unterstützung wurde im Allgemeinen durch die Internet Nutzung gesteigert.</li> <li>• IKT im Allgemeinen bewährte sich als nützliche Unterstützung um mit anderen Personen in Kontakt zu bleiben.</li> </ul> <p><b>Nutzung von IKT durch ältere Menschen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ältere Menschen können von IKT Interventionen profitieren und nutzen diese nach einem angemessenen Training regelmässig.</li> <li>• Jedoch sind IKT Interventionen nicht für alle Seniorinnen und Senioren geeignet. Interesse/Motivation zur IKT Nutzung, Abhängigkeit, kognitive Kapazitäten, Sehschwächen, essentielle körperliche Fähigkeiten die Geräte zu benutzen sind mögliche Prädiktoren für die Eignung solcher Interventionen für verschiedene Zielgruppen.</li> <li>• Massgeschneiderte Interventionen (im Hinblick auf Setting, Materialien, Zeitpunkt, Instruktionsstyle, Kommunikation, etc.) sind wichtig für einen maximalen Effekt der Intervention.</li> </ul>
<p>Conclusio</p>	<p>Ein Bedarf nach mehr Forschung und gut designten Studien in diesem Bereich wurde erkannt. Die Nutzung von IKT Interventionen wird im Allgemeinen als vielversprechender Ansatz für die Förderung der sozialen Teilhabe gesehen welcher aber nicht für alle Seniorinnen und Senioren geeignet ist.</p> <p>Die Entwicklung der IKT muss im Auge behalten und empirisch erforscht werden um innovative und effiziente Interventionen für Seniorinnen und Senioren zu entwickeln.</p>

## IIV Anhang (konkrete Handlungsempfehlungen)

- **Aufsuchende Arbeit kombiniert mit zivilgesellschaftlichem Engagement**

Angebote welche von Schäffler et. Al. (2013) als «Hol-Angebote» bezeichnet wurden, sind in der heutigen Gesundheitsförderungspraxis für ältere Menschen in der Schweiz weit verbreitet. Damit sie den Aufbau von Beziehungen und/oder die soziale Teilhabe stärken, müssen jedoch einige Merkmale erfüllt sein. Die Angebote sollten wiederholt stattfinden und zeitlich sowie räumlich von Kontinuität geprägt sein. Falls eine Begleitung oder Betreuung notwendig ist, sollte dies über die Zeit hinweg von der gleichen Person übernommen werden. Das Angebot soll den Austausch und die Interaktion zwischen den Teilnehmern fördern weshalb es wichtig ist, auch informelle Anteile einfließen zu lassen (Schäffler et. al., 2013). Für vulnerable Personengruppen, insbesondere für gebrechliche/fragile Personen oder für zu Hause lebende Pflegeabhängige, sind «Hol-Angebote» aufgrund der stark eingeschränkten Mobilität der Zielgruppe per se nicht geeignet. Um niemanden von der Teilnahme an einem solchen Angebot auszuschliessen, empfehlen Schäffler et. Al. (2013) auch die vulnerable Zielgruppe zu motivieren und zu befähigen indem beispielsweise ein kostenloser Fahrdienst angeboten wird. Ob eine solche Massnahme tatsächlich dazu beiträgt, vermehrt vulnerable Personen zu erreichen ist fraglich. Es ist bekannt, dass viele ältere Menschen mit einem eingeschränktem Gesundheitszustand und verringerter Mobilität die gewohnte Wohnumgebung nur noch selten und zudem ungern verlassen (Amman, 2000). Aktivitäten ausserhalb der gewohnten Umgebung sind für sie körperlich anstrengen und mühsam. Ausserdem fühlen sie sich in den eigenen vier Wänden häufig am wohlsten und möchten diese nicht verlassen. Hier zeichnet sich klar ein Bedarf nach aufsuchenden Gesundheitsförderungsangeboten für zu Hause lebende Pflegeabhängige und Personen mit eingeschränkter Mobilität ab. Diese sollten jedoch aus Sicht der Autorin über die von Schäffler et. al. Identifizierten «Bring-Angebote» hinaus gehen. In der heutigen Praxis sind oft Fachpersonen aus Organisationen wie z.B. der Spitex oder der Pro Senectute in diesem Bereich tätig. Diese stehen häufig unter hohem Zeitdruck und können nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der isolierten Menschen eingehen. Hier könnten als Ergänzung zu Fachpersonen zivilgesellschaftliches, freiwilliges Engagement genutzt werden. Somit könnten die Angebote kostengünstiger angeboten werden und die Freiwilligen hätten mehr Zeit, auf die Bedürfnisse der älteren Menschen einzugehen

als Fachpersonen. Gelungene Beispiele einer Kombination von aufsuchender Arbeit und zivilgesellschaftlichen Engagement konnten in der systematischen Literaturrecherche identifiziert werden. Dies sind namentlich die Projekte; «Bewegung in die Wohnung bringen. Ein Gesundheitsbuddy kommt zu Ihnen» (Träger, 2017), Der eingetragene Verein «Freunde alter Menschen» (Pawletko, 2015) oder das Projekt «Seniorenbegleitung, Zeit haben – Zeit schenken» (Berbuir, 2017).

- **Förderung der sozialen Teilhabe durch partizipative Bildungsarbeit**

Bildung ist ein wichtiger Faktor für gesundheitliche Chancengleichheit da bildungsferne Personen häufig eine tiefe Gesundheitskompetenz aufweisen. Gesundheitskompetenz braucht man für ein gesundheitsförderliches Handeln, was auch die Pflege von sozialen Kontakten und somit die Verhinderung von Einsamkeit und sozialer Isolation beinhaltet (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Bei den heutigen Angeboten zur Förderung sozialer Teilhabe im Bereich Bildung und Information handelt es sich grösstenteils um Kurse oder einmalige Veranstaltungen/Vorträge (Schäffler, Biedermann, & Salis Gross, 2013). Gerade für die Erreichbarkeit von vulnerablen Personen ist die reine Vermittlung von Informationen nicht geeignet (Biehl & Abderhalden, 2018) auch wenn sich ältere Menschen aus ihrer Schulzeit solche Bildungsstile gewöhnt sind (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Die GFIA soll daher aktiven und partizipativen Umgang mit Wissen fördern und diesen neuen Bildungsstil für ihre Zielgruppen zugänglich machen um soziale Teilhabe zu fördern.

Anstelle von reiner Wissensvermittlung in Kursen oder Veranstaltungen können Workshops oder Kurse angeboten werden, in welcher die Teilnehmenden selbst aktiv werden und zu Wort kommen können. Der Austausch von Erfahrungen und Wissen der Teilnehmenden soll gefördert werden und gelerntes Wissen sofort zur Anwendung kommen. So kann eine Vernetzung in der Gruppe gefördert werden, die Teilnehmenden erleben sich selbstwirksam und die Gesundheitskompetenz wird gefördert. Auch der Einbezug eines Selbsthilfe- oder Peer-to-Peer-Elements wäre denkbar, z.B. wenn spezifisch Workshops oder Kurse zum Thema Soziale Kontakte im Alter angeboten würden. Die Wirksamkeit eines ähnlichen Angebotes wurde in Finnland im Rahmen eines RCT untersucht (Pitkala, Routasalo, Kautiainen, & Tilvis, 2009).

- Förderung der sozialen Teilhabe im Alter durch technikgestützte Kommunikation

Die Studie von Chen und Schulz (2016) sowie diverse Projekte aus Deutschland konnten einen positiven Zusammenhang zwischen dem Einsatz von IKT Interventionen und der Verringerung von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter feststellen. IKT Interventionen können die soziale Unterstützung stärken, Einsamkeit und soziale Isolation verringern und helfen, mit anderen Personen in Kontakt zu bleiben. Es gibt nicht die «eine» IKT Intervention. Um soziale Teilhabe im Alter durch technikgestützte Kommunikation zu fördern, braucht es massgeschneiderte Interventionen in Hinblick auf die Zielgruppe, das Setting, die Art der Kommunikation und der Technik (Chen & Schulz, 2016). Es empfiehlt sich, die Zielgruppe bei der Wahl der Technik und Kommunikationsart sowie auch in die Gestaltung allfälliger Tools oder Instrumente miteinzubeziehen um eine möglichst hohe Verbundenheit und Identifikation mit der Massnahme zu erreichen (Selke & Biniok, 2016). IKT Interventionen müssen nicht für sich alleine stehen sondern können als Ergänzung zu anderen Massnahmen oder auch als Strategie zur Erreichbarkeit von Personen mit eingeschränkter Mobilität eingesetzt werden. Für Seniorinnen und Senioren ohne Interneterfahrung braucht es eine sorgfältige Einführung in die Technik und deren Bedienung ohne die Teilnehmenden zu überfordern. Es hat sich bewährt, dies Schritt für Schritt und zu unterschiedlichen Terminen zu tun. Nur so kann erreicht werden, dass die Kommunikationsinstrumente auch so genutzt werden wie geplant und so zur Förderung der sozialen Teilhabe beitragen können (Selke & Biniok, 2016). Im Hinblick auf die technikaffine Babyboomer Generation welche bis ins Jahr 2030 ins Rentenalter kommt (Bundesamt für Statistik, 2015), muss sich die Gesundheitsförderung und Prävention neu orientieren wenn IKT Interventionen zur Förderung sozialer Teilhabe genutzt werden sollen. Diese Personengruppe ist mit der neuen Technik vertraut und muss daher anders abgeholt werden als Personen welche wenig bis gar keine Erfahrung mit neuen Technologien haben. Zudem muss die Gesundheitsförderung und Prävention die Entwicklung der IK Technologien im Auge behalten. Weitere empirische Forschung wäre wünschenswert um innovative und effiziente Interventionen für Seniorinnen und Senioren entwickeln zu können.