

Prävention von Depression im Alter – „PräDepA“ Abschlussbericht

Gefördert durch



Auftraggeber und Kooperationspartner



Autorinnen

Katrin Jung
MSc Gerontologie
Projektkoordination

Diakonisches Werk Schweinfurt e.V.
Gymnasiumstraße 16
97421 Schweinfurt

Schweinfurt, den 15.11.23

Prof. Dr. habil. Adelheid Susanne Esslinger
Wissenschaftliche Projektbegleitung
Professur für Gesundheitsförderung und Prävention
Fakultät Angewandte Naturwissenschaften und Gesundheit

Hochschule für angewandte Wissenschaften Coburg
Friedrich-Streib-Str. 2
96450 Coburg

Coburg, den 15.11.23

1 Inhalt

2	Das Projekt „Prävention von Depression im Alter“	3
2.1	Relevanz des Themas	3
2.2	Ziele und Zielgruppen des Projektes	4
2.3	Arbeitsweise im Projekt.....	4
3	Bestands- und Bedarfsanalyse	5
3.1	Ergebnisse Literaturrecherche	5
3.2	Bestandsanalyse	5
3.2.1	Vorgehen	6
3.2.2	Ergebnisse.....	6
3.2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	8
3.3	Bedarfsanalyse	9
3.3.1	Vorgehen „sozial eingebundene Senior:innen“	9
3.3.2	Ergebnisse.....	11
3.3.3	Vorgehen „sozial tendenziell isolierte Senior:innen“	15
3.3.4	Ergebnisse.....	16
4	Ableitungen und Zukunft.....	18
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	18
4.2	Geplante Maßnahmen für die zweite Förderphase	19
4.2.1	Maßnahme 1: Sensibilisierung der unterschiedlichen Zielgruppen für das Thema „Depression im Alter“ und die Bedeutung von Prävention	19
4.2.2	Maßnahme 2: Kursreihe „Seelisch gesund altern“.....	21
5	Danksagung	22
6	Literaturverzeichnis.....	23

2 Das Projekt „Prävention von Depression im Alter“

Das Projekt „PräDepA – Prävention von Depression im Alter“ beschäftigt sich mit den Möglichkeiten der kommunal umsetzbaren Primärprävention von Depression bei älteren Menschen. Es ist als landkreisübergreifendes Projekt angelegt und vereint damit die Landkreise Haßberge, Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld, Schweinfurt sowie die kreisfreie Stadt Schweinfurt. Umgesetzt wird das Projekt vom Diakonischen Werk Schweinfurt e.V. (Koordinationsstelle 10h/Woche) sowie den drei Gesundheitsregionen^{plus} Stadt und Landkreis Schweinfurt, Landkreis Haßberge sowie dem Bäderland Bayerische Rhön. Die Gerontopsychiatrische Vernetzung Main-Rhön ist als Kooperationspartner im Steuerungsgremium Mitglied. Als wissenschaftliche Begleitung fungiert die Hochschule Coburg.

Die Laufzeit des Projektes startete am 01.06.2022 und endet am 31.12.2023.

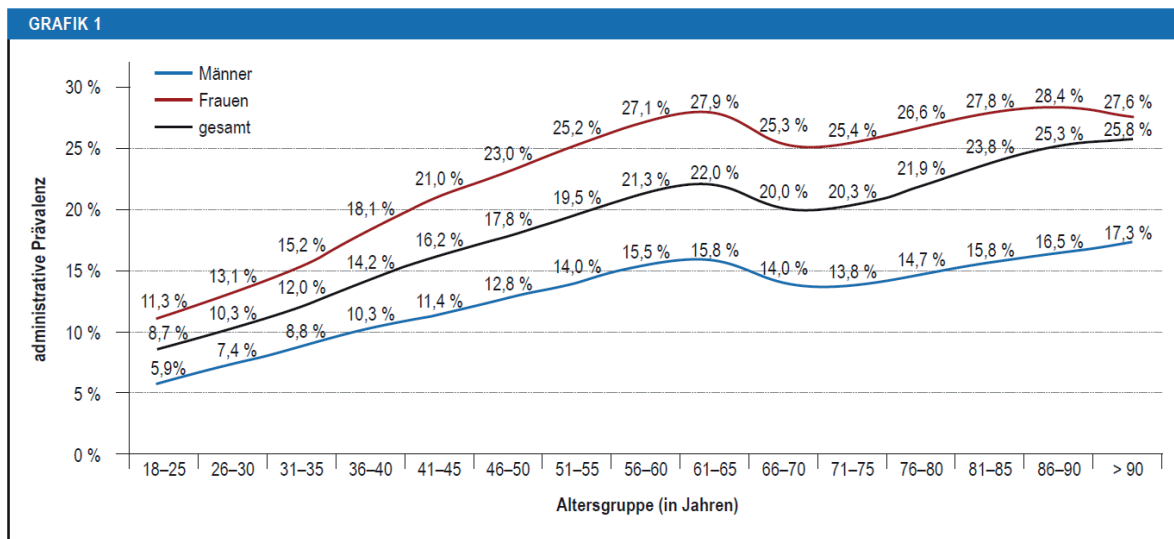
Gefördert wird das Projekt durch das AOK Förderprogramm „Gesunde Kommune“.

Primärprävention bedeutet die Vorbeugung einer Erkrankung bei Menschen, die bis dato keinerlei Anzeichen dieser Erkrankung zeigen. Im Falle von „PräDepA“ geht es also um das Verhindern einer Depression im höheren Lebensalter bei psychisch gesunden Senior:innen.

Thematisch eng verwandt mit dem Thema Depressionsprävention sind die Themen „Einsamkeit im Alter“ sowie „Seelische Gesundheit/Resilienz im Alter“.

2.1 Relevanz des Themas

Depression gilt als die häufigste psychische Erkrankung im Erwachsenenalter. Ca. 7-10% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erkranken im Laufe ihres Lebens einmal an einer Depression (Hapke, 2022). Frauen bekommen doppelt so häufig die Diagnose gestellt als Männer (Thom, 2017). Ihren Höchststand erreicht die Erkrankungsrate in den Altersgruppen 61-65 Jahre und 80-Plus (Stahmeyer JT, 2022).



Administrative 1-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Alter

Dargestellt ist die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen (Codes F32, F33 und F34.1 der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10]) in Abhängigkeit vom Alter. Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung.

Quelle: Stahmeyer JT, 2022

Als seelische Erkrankung geht die Depression mit einem hohen Leidensdruck für die Betroffenen sowie für die An- und Zugehörigen einher. Nicht zuletzt stehen Suizidrisiko und das Bestehen einer depressiven Erkrankung in Zusammenhang (Hegerl, 2005). Hinzu kommt, dass die Versorgungslage

speziell im Bereich der Gerontopsychiatrie durch die allgemeine System-Überlastung schwierig ist. Auf Grund der Vielzahl an Betroffenen und der schwierigen Versorgungslage gewinnt die Prävention der Depression besondere Bedeutung.

2.1.1 Ziele und Zielgruppen des Projektes

Das Projekt entstand aus der Beschäftigung der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main-Rhön mit dem Thema Depression im Alter. Hier kam unter anderem die Frage auf, welche präventiven Möglichkeiten es für die ältere Bevölkerung im Gebiet Main-Rhön bereits gibt. Ein Ziel des Projektes war es deshalb, den Bestand an zielgruppenspezifischen Angeboten zu ermitteln.

Wie in den meisten sozial orientierten Projekten beschäftigte das Projekt ebenfalls die Frage nach der Erreichbarkeit der Senior:innen, die bisherige Angebote der Seniorenarbeit nicht wahrnehmen.

Um geeignete Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, war es von entscheidender Bedeutung die Bedürfnisse, Vorstellungen und Wünsche der Senior:innen zu erfahren.

Für die Bedarfsermittlung gab es verschiedene, relevante Zielgruppen. Hauptzielgruppe waren insbesondere Senior:innen ab 60 Jahren, die im Gebiet Main-Rhön leben. Zu dieser Zielgruppe gehörten zum einen die älteren Menschen, die in sozialen Netzwerken verankert sind und einen tendenziell aktiveren Lebensstil pflegen. Zum anderen wollte das Projekt auch die Senior:innen befragen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr aktiv am sozialen Geschehen teilnehmen.

Im Projektverlauf eingebunden wurden außerdem Multiplikator:innen und Stakeholder der Zielgruppe, wie beispielsweise Seniorenbeauftragte und Quartiersmanager:innen. Diese waren zum einen Sprachrohr der Senior:innen, zum anderen konnten sie vertiefende Auskünfte über Erfahrungen mit Einsamkeit und Depressionen bei Senior:innen geben.

Das finale Ziel des Projektes war es, die gesammelten Ergebnisse zu analysieren und geeignete Präventionsmaßnahmen daraus abzuleiten.

2.2 Arbeitsweise im Projekt

Zur internen Projektsteuerung wurde ein Steuerungsgremium eingerichtet. Dieses bestand aus den jeweiligen Geschäftsführenden der Gesundheitsregionen^{plus}, der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main-Rhön sowie der Projektkoordination. Das Steuerungsgremium traf sich in regelmäßigen Abständen, um die nächsten Schritte zu besprechen.

Parallel zur Arbeit der Projektkoordination sowie des Steuerungsgremiums wurde das Projekt durch Arbeitsgruppen begleitet. Zu den Arbeitsgruppentreffen wurde durch die Projektkoordination eingeladen. Insgesamt fanden über die Projektlaufzeit von 18 Monaten 5-6 Arbeitsgruppentreffen pro Gesundheitsregion^{plus} statt. Die Treffen wurden von verschiedensten Multiplikator:innen und Berufsgruppen sowie von Senior:innen selbst besucht. Vertreten waren unter anderem Seniorenbeauftragte, Bürgermeister:innen, Quartiersmanager:innen, ehrenamtliche Besuchsdienste, Hospizdienste, ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen, Psychotherapeut:innen, Vertreter:innen der Selbsthilfe sowie engagierte und interessierte Senior:innen.

Folgende Themen und Arbeitsschritte wurden in den Treffen erarbeitet:

- Priorisierung der Risikofaktoren für Depression im Alter: Entscheidung für Einsamkeit; Diskussion um Erreichbarkeit der Senior:innen, was sind hier die Gelingensfaktoren
- Formats-Entwicklung für die Bedarfsermittlung
- Ergebnisvorstellung und Diskussion der Bestandsanalyse; finales Abstimmen des Interview-Leitfadens für die „schwer erreichbaren“ Senior:innen

- Ergebnisvorstellung Bedarfserhebung und Diskussion sowie Ideensammlung für Maßnahmenentwicklung
- Vorstellung des entwickelten Maßnahmenkataloges sowie Diskussion der Maßnahmen und Umsetzbarkeit

3 Bestands- und Bedarfsanalyse

Zu Beginn des Projektes wurde durch die Hochschule Coburg zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt, um den aktuellen Stand evidenzbasierter Präventionsmaßnahmen darzustellen.

3.1 Ergebnisse Literaturrecherche

Es lassen sich in der Literatur Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen gegen die Entstehung einer Depression identifizieren. Um Depressionsprävention erfolgreich zu betreiben, ist es sinnvoll, an den Risikofaktoren anzusetzen. Zu den wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression im Alter gehören (Stoppe, 2008):

- Einschneidende, belastende Lebensereignisse
- Hirnorganische Erkrankungen, psychiatrische Erkrankungen
- Länger bestehende Schlafstörungen
- Chronisch körperliche Erkrankungen in Verbindung mit Schmerzen und/oder Mobilitätseinschränkung
- Fehlendes oder eingeschränktes „soziales Netz“
- Geringere Bildung
- In der Familie bestehende Disposition für Depressionen

Insbesondere in den Bereichen der psychologischen Intervention, der tatsächlich physischen Gesundheit einhergehend mit dem Lebensstil (Funktionalität bzw. Mobilität und Schlaf), der sozialen Intervention durch Teilhabe und im Bereich der Kognition sind Möglichkeiten zur präventiven Einwirkung vorhanden. Allerdings besteht weiterhin Forschungsbedarf (Forsman, 2011). Potenziale werden in internetbasierten präventiven Interventionen gesehen (Forsman, 2017).

Positiv wirksame Effekte zeigen sich für folgende präventive Interventionen:

1. Bewegung, Körperliche Aktivität (Blake, 2009)

Die Wirkweise von körperlicher Aktivität in Hinblick auf die Reduzierung von depressiver Symptomatik ist gut erforscht. Körperliche Aktivität führt zu einer Zunahme der Hormone Serotonin und Noradrenalin und wirkt somit stimmungsaufhellend. Des Weiteren kommt es zu einer Vermehrung des „brain derived neurotrophic factor“ – BDNF. Diese ermöglicht die Neubildung (Neuroneogenese) von Gehirnzellen im Hippocampus, einem unserer Gedächtniszentren im Gehirn. Gemeinsam mit der gesteigerten Hirndurchblutung und angeregter Gefäßneubildung sorgt dies dafür, dass körperliche Aktivität unsere geistige Leistungsfähigkeit anregt (Neumann NU, 2008).

2. Kognitiv-verhaltenstherapeutisch basierte Präventionsprogramme (Himmerich, 2014) (Veer-Tazelaar, 2006)
3. Maßnahmen zur verbesserten sozialen Einbindung und Unterstützung; „befriending“ (Caroline Cohrdes, 2021)
4. Achtsamkeitstraining (Caroline Cohrdes, 2021)

3.2 Bestandsanalyse

Ziel der Bestandsanalyse war es, einen aktuellen Überblick über präventiv wirksame Angebote im Gebiet Main-Rhön zu bekommen.

3.2.1 Vorgehen

In einem ersten Schritt wurde durch die Hochschule Coburg eine Datenbank mit relevanten Anbietern von präventiv wirksamen Angeboten erstellt. Hierbei war von Bedeutung nicht nur nach Angeboten zu suchen, die direkt und ausdrücklich die Prävention von Depression anbieten, sondern die auf Grund ihres Inhaltes präventiv wirken können. Um die Angebote zu erfassen und auf ihre Zielgruppentauglichkeit zu prüfen wurde ein Fragebogen entwickelt. Dieser erfasste die drei Bereiche:

- 1) Bestehende Angebote der Organisationen
- 2) Aufgeschlossenheit gegenüber Thematik sowie Kooperation
- 3) Bereitschaft zur Veränderung von Angeboten

Zur Erhebung wurde über Netzwerke, persönliche Kontakte und Verteiler breit für die standardisierte Online-Befragung im Sommer 2022 geworben. Die Daten wurden deskriptiv in Excel sowie SPSS ausgewertet.

3.2.2 Ergebnisse

An der Erhebung nahmen insgesamt 65 Akteur:innen teil, mit unterschiedlichem Profil sowie Angeboten. Zirka die Hälfte der Akteur:innen waren Kommunen (n=31), zu dem wurden vier Akteursgruppen mit je sieben Einrichtungen identifiziert: Einrichtungen der Wohlfahrt, kirchliche Einrichtungen, Vereine und private Akteur:innen. Es waren jeweils drei Volkshochschulen oder sonstige Träger dabei. Von der Mitarbeiter-Struktur aus gesehen, waren 34 der Akteure klein (1–9 Mitarbeitende), 16 waren mittelgroß (10–49 Mitarbeitende) und sechs bzw. drei waren große Einrichtungen (50–249 bzw. über 250 Mitarbeitende). Alle anderen machten hierzu keine Angaben (n=6). Die Funktion der (ehrenamtlichen) Mitarbeitenden war von Koordinator:in und Leitungsverantwortliche/r bis hin zu Politiker:in, Quartiersmanger:in, Pfarrer:in und/oder Angehörige/r und Ansprechpartner:in ausdifferenziert.

Im Fokus der Erhebung standen ältere Menschen (65+), was sich auch in der Altersstruktur der jeweiligen Angebote widerspiegelt. Für Menschen unter 65 (meist 55–65 Jahre) gaben sechs der Einrichtungen an, Angebote zu gestalten. 20 Akteure gestalten Angebote für Menschen zwischen 65 und 74 Jahre und für die Gruppe der 65 bis 79 Jahre sind es drei. Die größte Gruppe für die Angebote gestaltet werden, sind Menschen zwischen 75–84 Jahren alt (n=36). Die meisten Träger fokussieren Ihre Angebote für eine breite Zielgruppe zwischen 65 und 84 Jahren, für hochaltrige Menschen (85+) hingegen werden keine Angebote gestaltet (n=0). 37 befragte Akteure gestalten zwischen 1 und 6 Angebote. 7–9 Angebote werden von sieben Dienstleister:innen angeboten. Sechs Anbieter:innen machten dazu keine Angaben. Über 10 Angebote werden von 15 Akteuren offeriert. Der Fokus liegt also eher auf weniger Angeboten. Die Bewerbung der Angebote erfolgt über eine breite Streuung auf verschiedenen Plattformen & Kanäle (Top 1–4): Top 1: Persönlicher Kontakt (n=53), Top 2: Aushänge (n=50), Top 3: Zeitung/Zeitschrift (n=43), Top 4: Broschüre, Internet, Webseite (je ca. n=30).

3.2.2.1 Bestehende Angebote der Organisationen

Es zeigt sich allgemein eine große Themen-Bandbreite von Angeboten: Kultur und Bildung, Musik und Kunst, Eigenständigkeit, Psyche und Sinn, Entspannung, Unterstützungsleistungen (alle über 20 Nennungen). Aber auch Soziales und Kognitionstraining (jeweils 15 Nennungen) sind bedeutsam (siehe Abb.1).

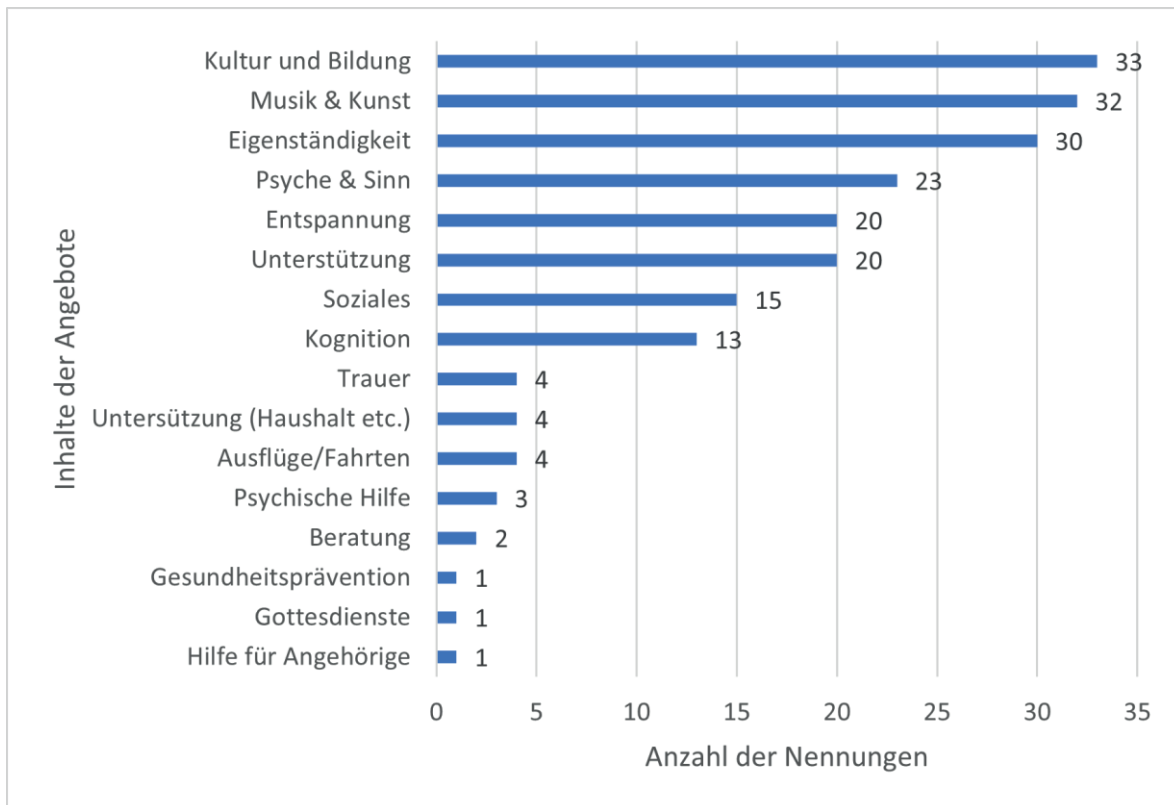


Abbildung 1 Überblick über die Angebotsvielfalt (Wagner, 2023)

Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im weiteren Sinne (Angebot für Entspannung, Psyche, Beratung, soziale Teilhabe und Bewegung) spielen bei allen Akteuren eine Rolle, besonders bei Kommunen, kirchlichen Einrichtungen sowie Volkshochschulen. Angebote zur Förderung von sozialem Miteinander und Gemeinschaft gaben hauptsächlich die politischen Kommunen an, aber auch Vereine und Kirchen bieten Angebote dazu an.

Untersucht man die Strukturdaten der bestehenden Angebote lässt sich in Puncto „Erreichbarkeit“ feststellen: Die meisten Akteure (n=54) sind zu Fuß oder mit dem Auto oder Bus (ÖPNV) (n=6) gut erreichbar. Ein Akteur gab keine gute Erreichbarkeit an. Dies spiegelt sich auch in der Barrierefreiheit wider, so gaben die Akteure an, dass die Lokalitäten voll (n=40) oder teilweise (n=21) barrierefrei sind. Drei Angebots/ Veranstaltungsangebots-Orte sind es nicht und ein Akteur machte keine Angaben. 59 der Befragten gaben an, dass Toiletten verfügbar sind, bei den anderen gibt es keine Toiletten.

Die Angebote werden besonders vormittags zwischen 6:00 und 12:00 Uhr und am Nachmittag zwischen 12:00 und 16:00 Uhr offeriert (siehe Abb. 2). Die meisten Angebote sind nicht kostenpflichtig (n=38) oder nur zum Teil (n=23). Sechs Angebote sind kostenpflichtig. Im Detail bedeutet dies, dass es ein Angebot gibt mit Kosten unter 10 Euro und drei ab 10 Euro. Die meisten Akteure und deren Angebote sind gut erreichbar und zugänglich sowie günstig bzw. gratis. Zwei Personen merken dazu am Ende der Umfrage an „Wie erreiche ich Personen, die nicht zu den

Veranstaltungen kommen besser?“ oder „[Wie] Senioren erreichen, die nicht an Veranstaltungen teilnehmen können, die nicht mehr mobil sind.“

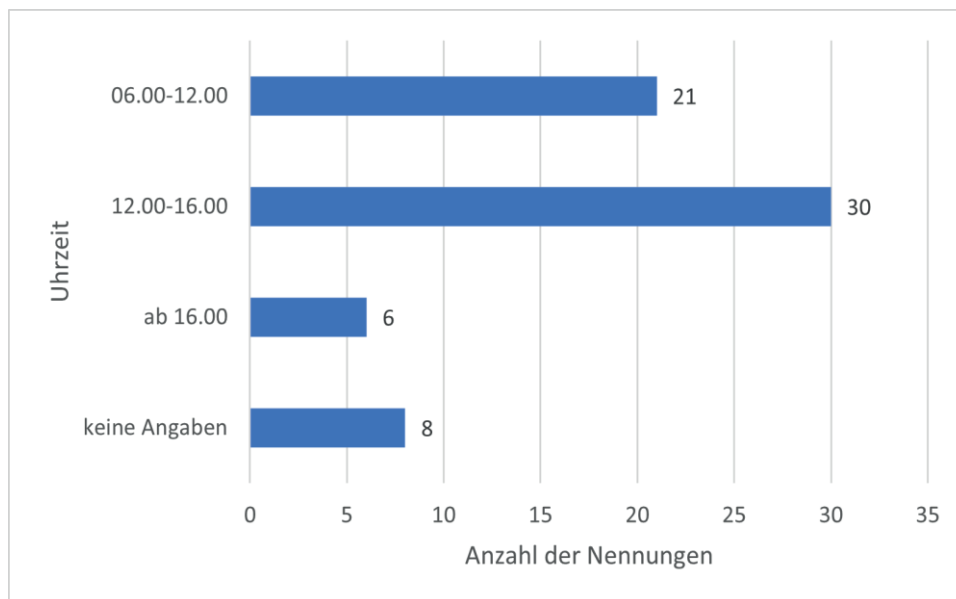


Abbildung 2 Tageszeit der Angebote (Wagner, 2023)

3.2.2.2 Aufgeschlossenheit gegenüber Thematik sowie Kooperation

Das Thema der Depression ist bei 11 der 65 Akteur:innen nicht bzw. wenig präsent (n=36). 14 gaben an, dass das Thema grundsätzlich sichtbar oder sehr sichtbar (n=3) ist. Die meisten Befragten haben Interesse an weiteren Informationen zu diesem Thema zu erhalten (n=58), eine kleine Gruppe (n=7) gab an, kein weiterführendes Interesse an Informationen zu dem Themenfeld zu haben. Das Potenzial für depressionspräventive, wirksame Angebote wird von 39 Anbietern als mittel bis hoch eingeschätzt. 21 Anbieter erkennen für Depressionsprävention ein eher niedriges Potenzial. Die meisten Akteure können sich eine grundsätzliche Kooperation mit anderen Organisationen vorstellen (n=58). Bei sieben anderen ist dies nicht der Fall.

3.2.2.3 Bereitschaft zur Veränderung von Angeboten

48 Befragte können sich gut vorstellen, das Thema mit in den bestehenden Angebotskatalog aufzunehmen, 15 gaben „vielleicht“ an, zwei Befragte können sich dies überhaupt nicht vorstellen. Insgesamt besteht eine mittlere bis hohe Bereitschaft, das eigene Angebot zu verändern und neue Angebote zu etablieren (n=52). Einige (n=13) Akteure gaben eine geringere bis keine Bereitschaft an. Als Grund nannten einige Akteure am Ende der Umfrage, dass dies aufgrund der Schwerpunkte der Einrichtungen oder der Rahmenbedingungen nicht möglich sei.

3.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

In den beteiligten Landkreisen sind viele verschiedene Akteure inkl. Mitarbeitende in verschiedenen Funktionen angesiedelt. Ca. die Hälfte dieser Einrichtungen sind kleiner. Der Fokus dieser Erhebung waren Menschen über 65 Jahre. Die Hauptzielgruppe ist zwischen 76 und 84 Jahre alt. Es steht den Senior:innen meist eine breite Angebotslandschaft in den beteiligten Landkreisen zur Verfügung, diese werden auf verschiedenen Kanälen vor Ort wie Online beworben (s.o.). Es werden keine Angebote für hochaltrige Menschen (>85 Jahre) vorgehalten. Besonders von Interesse sind die Angebote, die psychische Gesundheit im Allgemeinen fördern können, wie etwa Angebote zu Entspannung, Psyche, sozialer Teilhabe und Bewegung. Diese sind breit vertreten und werden von den meisten Einrichtungen angeboten. Die Angebote werden überwiegend als niedrigschwellig und gut erreichbar eingeschätzt, es entstehen meist keine oder kaum Kosten. Positive zu bewerten ist das

hohe Interesse an dem Thema Depression im Alter. Dies umfasst auch eine mittlere bis hohe Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Akteuren. Die Bestandserhebung legt nahe, dass mittels thematischer Vertiefung und Ausdifferenzierung der Angebote eine bessere präventive Wirksamkeit erreicht werden könnte. Limitierend muss erwähnt werden, dass nicht alle Akteure der Region erreicht werden konnten.

3.3 Bedarfsanalyse

Ziel der Bedarfsanalyse war es, die Bedürfnisse, Wünsche, Vorstellungen und Ideen der Senior:innen in Bezug auf das Thema Prävention von Depressionen zu erfassen.

3.3.1 Vorgehen „sozial eingebundene Senior:innen“

Um den Bedarf sowie die Bedürfnisse der Senior:innen kennenzulernen wurden zwei Formate zur Erfassung geplant. Zum einen wurde nach einer Möglichkeit gesucht, die Zielgruppe der „aktiven, fitteren“ Älteren zu ihren Wünschen und Ideen in Bezug auf Prävention von Depression zu befragen. Hierfür wurden sogenannte „Workshops“ konzipiert, in denen in 1,5 – 2 Stunden ein thematischer Einstieg sowie die Arbeit in moderierten Fokusgruppen zur Ideenfindung umgesetzt werden sollten. Zu Beginn des Workshops gab es einen ca. 20-minütigen Kurzvortrag durch die Projektkoordinatorin. Dieser gab Einblick in die Entstehung und Symptomatik einer Depression sowie Möglichkeiten der Behandlung und Vorbeugung. Im Anschluss daran wurden in Kleingruppen folgende Fragen diskutiert:

1. Was macht Ihnen Freude?
2. Was tun Sie bei seelischen Durststrecken?
3. Was bräuchten Sie, damit es Ihnen besser geht?
4. Was fehlt in der Gemeinde?

Als letzter Teil des Workshops wurde den Senior:innen ein kurzer Fragebogen ausgehändigt. Dieser beinhaltete bereits bestehende Ideen für mögliche Maßnahmen. Diese waren aus den Arbeitsgruppen sowie der Arbeit der Steuerungsgruppe entstanden. Die Ideen wurden durch die Projektkoordination einzeln vorgestellt und kurz erläutert. Ein Bewertungssystem mit drei Smilies (grün=gut/interessant, gelb=neutral, rot=schlecht/uninteressant) gab den Senior:innen die Möglichkeit, diese Idee zu bewerten.

Zu Beginn des Projektes war die Idee, diese Workshops an gesondert vereinbarten Terminen stattfinden zu lassen. Aus Sorge um zu geringe Anmeldezahlen wurde sich jedoch dafür entschieden, die Workshops als Format bei bereits etablierten Seniorennachmittagen durchzuführen. Dies stellte sich als gewinnbringender Zugangsweg heraus. Als Kooperationspartner wurden deshalb Seniorenkreise gesucht. Mittels Multiplikator:innen wurden die Seniorenkreisleitungen durch ein ausführliches Informationsschreiben mit der Idee vertraut gemacht. Um auch Senior:innen zu erreichen, die keine Seniorenkreise aufsuchen, wurden zusätzlich pro Landkreis eine „Bürgerwerkstatt“ durchgeführt, zu der offen eingeladen wurde. Der Ablauf entsprach dem der Seniorenkreis-Workshops.

Insgesamt hatten sich 13 Seniorenkreise, 1 Mehrgenerationenhaus und 1 Seniorenwohnanlage für die Workshops interessiert. Im Zeitraum von März bis September 2023 haben 11 Seniorenworkshops stattgefunden. Davon 9 in Seniorenkreisen, 1 im Mehrgenerationenhaus und 1 in der Seniorenwohnanlage. Insgesamt haben dabei 287 Senior:innen teilgenommen. Zusätzlich fanden 4 offene Bürgerwerkstätten mit insgesamt 28 Teilnehmenden statt. Die Stichprobe erfasste also insgesamt 315 Senior*innen. Das Alter der Teilnehmenden wurde nicht erfasst, nach Einschätzung

der Projektbeteiligten wurde jedoch die Zielgruppe der tendenziell älteren Senior:innen über 70 Jahren gut vertreten.

Folgende Orte waren vertreten:

- Schweinfurt: 3x
- Haßfurt
- Bad Neustadt a.d. Saale
- Bad Kissingen
- Burgpreppach (LK Haßberge)
- Ermershausen (LK Haßberge)
- Merkershausen (LK Rhön-Grabfeld)
- Mellrichstadt (LK Rhön-Grabfeld)
- Heustreu (LK Rhön-Grabfeld)
- Hammelburg (LK Bad Kissingen)
- Bad Brückenau (LK Bad Kissingen)
- Grafenrheinfeld (LK Schweinfurt)
- Schwebheim (LK Schweinfurt)

Die Antworten der qualitativen Befragung aus den Workshops wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2022) bearbeitet und in Excel dokumentiert. Es wurden Kategorien gebildet sowie Ankerbeispiele identifiziert und sich deduktiv an den Dimensionen der Lebensqualität orientiert. So waren soziale, körperliche und psychische Aspekte (z.B. diverse Arbeiten von (Bullinger, 1991)) bzw. physisches und psychisches Wohlbefinden, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Religion/Spiritualität erwartbar. Die Dimensionen wurden an die des „Quality of life“- Fragebogens der WHO angelehnt (WHO, 1998) Gleichmaßen wurden diese Dimensionen im Verlauf des Analyseprozesses induktiv erweitert bzw. ergänzt. Die Zuordnung der genannten Items durch die Befragten wurde stets im Vier-Augen-Prinzip diskutiert. Die komprimierteren Angaben wurden anschließend erneut nach dem Vier-Augen-Prinzip ausgewertet, kategorisiert und diskutiert.

3.3.2 Ergebnisse

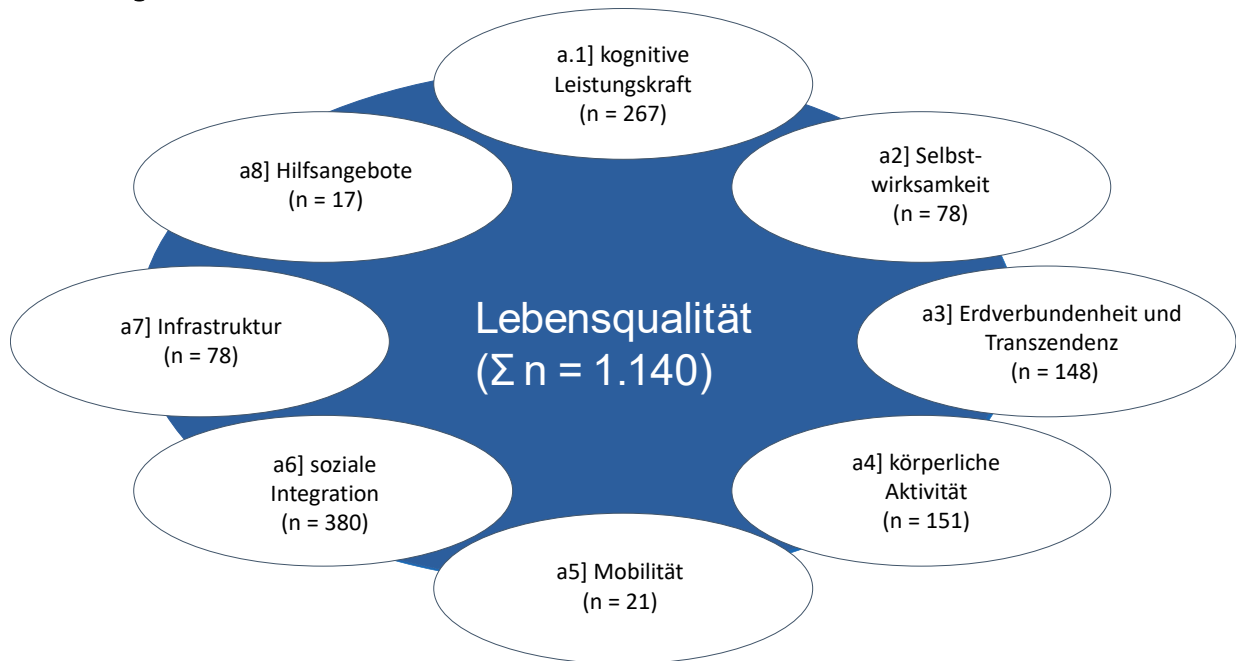


Abbildung 3: Identifizierte Dimensionen für den Erhalt der Lebensqualität zur Prävention des Auftretens von Depression im höheren Lebensalter (Esslinger, 2023)

Insgesamt konnten in der Feldforschung „Seniorenworkshops“ 1.140 Antworten in acht Dimensionen identifiziert werden.

3.3.2.1 kognitive Leistungskraft (n=267)

Die Dimension „kognitive Leistungskraft“ wurde in fünf Unterdimensionen aufgegliedert:

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Kulturelle Stimulation	61	Theater; Konzert; singen; musizieren
Neugier/neues Wissen/Impulse	59	Tapetenwechsel; Reisen; offen für Wissenserwerb und gegenüber neuen Begegnungen
Erinnerungsvermögen und Training	57	Aktiv erinnern; lesen; Gedächtnistraining
Optimismus/Selbstkonzept	53	Mut; Gelassenheit; Freude; Anpassung; Angst
Realistische Einschätzung erforderlichen Hilfebedarfs	37	Wunsch nach Selbständigkeit; Hilfe annehmen für alle Aktivitäten zur Lebensgestaltung; Informiert sein über Hilfeangebote; Vertrauensperson haben, die unterstützt

Tab. 1: Kognitive Leistungskraft zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Die meisten Nennungen erfolgten bzgl. der „kulturellen Stimulation“. So wurde 61-mal notiert, dass der Konsum kultureller Angebote oder sich selbst kulturell zu betätigen, positiv auf die Befindlichkeit wirke. (Beispielhaft wurde benannt, „Musik am Morgen“ sei motivierend oder gesagt „ich spiele Zitter“). Gefolgt wurde die Unterdimension von „Neugier/neues Wissen/Impulse“ mit 59 Notationen. Tapetenwechsel, insb. Reisen, um neue Impulse zu erhalten und Offenheit gegenüber neuem Wissen und neuen sozialen Begegnungen wurden benannt. (Zitatausschnitte: „Abwechslung ist generell gut“; „Hauptsache rauskommen“; „rumfahren mit dem Auto“). Mit 57 Aufschrieben spielten „Erinnerungsvermögen und kognitives Training“ eine Rolle. (Zitatausschnitte: „Lesen für Phantasie“; „Sudoku macht Spaß“; „Man muss geistig flexibel bleiben“). „Optimismus und Selbstkonzept“ folgen mit 53 Aufschrieben in der Dimension der kognitiven Leistungskraft. (Zitatausschnitte: „Ich entscheide mich fürs Lachen, und nicht fürs Weinen [...], ich sage mir selbst, dass ich es gut habe, das ist wichtig“; „Lass die Sorgen sein, so bleibt Dein Herz gesund“; „es wird schon, egal was passiert“; „kein Regen, sondern Sonnenschein“; „Sonntag ist ein schwieriger Tag (weil ich da alleine bin)“; „ich kann nichts mehr machen, ich bin alt“). Schließlich wird die Unterdimension „realistische Einschätzung erforderlicher Hilfebedarfe“ hier mit 37 Notizen zugeordnet. Ältere wollen weiterhin

autonom bleiben und sie erkennen, dass sie dazu Hilfe anderer benötigen (werden). Sie sehen diese Voraussetzungen klar für ein erfolgreiches Altern. („Ich will wieder nach Hause“; „wer kümmert sich am Ende?“; „ab wann muss man trainieren, mit Einsamkeit umzugehen?“; „den Kummer darf man nicht in sich hineinfressen, man muss sich Hilfe suchen und annehmen“; „man muss lernen, Hilfe anzunehmen“).

3.3.2.2 Selbstwirksamkeit (n=78)

Die Dimension „Selbstwirksamkeit“ ist eng verbunden mit der kognitiven Leistungskraft. Sie setzt stets reflektiertes Denken und eigene konstruktive Handlungsmacht voraus. Deshalb wird sie entsprechend angeschlossen. Hier konnten zwei Unterdimensionen ermittelt werden.

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Sinnstiftende/Helfende Tätigkeit	65	Etwas Gutes tun; Engagement für Andere; selbst aktiv werden
Für Familie wichtig sein	13	Kochen/Backen für Familie; Unterstützung der Familie; am Leben der Familie gestaltend teilhaben

Tab. 2: Selbstwirksamkeit zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Einer „sinnstiftenden Tätigkeit“ nachzugehen ist wichtig (Zitatausschnitte: „Ich bin Lesepatin“; „sich Sorgen anhören ist wertvoll“; „nicht denken, dass man nicht mehr gebraucht wird und überflüssig ist“; „bei der Gartenarbeit – da sieht man, was man geschafft hat“; „ich hätte gern einen Hund [...] aber, wenn ich krank werde?“). Dies gilt auch für Aufgaben in der „Familie“ (Zitatausschnitt: „ich backe für die Kinder Kuchen“).

3.3.2.3 Erdverbundenheit und Transzendenz (n = 148)

Die Dimension „Erdverbundenheit und Transzendenz“ wurde in vier Unterdimensionen aufgegliedert. Sie beinhaltet systemisches Bewusstsein und menschliches „sich beziehen auf die Natur“, Glaube, Spiritualität und Sinneserfahrung. Sie ist eng verknüpft mit Intellektualität, Reflexionsfähigkeit und somit Kognitionsfähigkeit:

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Natur erleben	69	Rausgehen; in der Natur sein; in/mit der Natur leben; Tiere und Pflanzen
Glaube	31	Kirchenbesuch; Glaube praktizieren; beten, Barmherzigkeit
Ruhe/Spiritualität	57	Eigene Bedürfnisse kennen; sich zurückziehen; entspannen; Pause; Atemübungen machen
Sinneserfahrung	18	Gutes Essen; sich etwas Gutes tun; sich ausdrücken (Rollenspiele)

Tab. 3: Erdverbundenheit und Transzendenz zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Die Probanden wollen die „Natur erleben“ (Zitatausschnitt „Das schöne Wetter genießen am Main“). Auch der „Glaube“ gibt ihnen Halt (Zitatausschnitt „Da hilft auch manchmal der Glaube“), ebenso wie „Spiritualität“ (Zitatausschnitt: „Wie kann ich lernen, mir selbst etwas zu gönnen?“; „mal sich so richtig zurückziehen können und Kraft tanken“) und „Sinneserfahrung“ (Zitatausschnitt: „Freibier trinken“).

3.3.2.4 körperliche Aktivität (n=151)

Die Dimension „körperliche Aktivität“ spielt neben der geistigen Kraft eine wichtige Rolle für eine hohe Lebensqualität im Alter. Sie wurde im Ergebnis in zwei Unterdimensionen aufgegliedert:

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Bewegung/Sport	105	Sport (schwimmen, Rad fahren, laufen, tanzen, wandern, sich bewegen, aktiv sein, Gymnastik)
Hobbies/Haushalt/Handwerk	46	Handarbeit, Gärtnern, Hobbies, Haushalt machen

Tab. 4: Körperliche Aktivität zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

„*Bewegung und Sport*“ sind wichtig für eine hohe Lebensqualität (Zitatausschnitte: „Wandern – da bekommt man gute Laune“; „ich würde gerne auch schwimmen, da bräuchte ich aber Hilfe“). Auch das aktive Ausüben eines „*Hobbies oder die Arbeit rund um Haus und Hof*“ erhalten körperliche Agilität (Zitatausschnitte: „Haus und Hof in Ordnung halten“; „Ich bin gerne in meinem Garten zum Gärtnern“; „handwerklich aktiv zu sein“).

3.3.2.5 Mobilität (n=21)

Die Dimension „Mobilität“ ist abhängig von der Funktionalität des Körpers und hat in unserer Untersuchungsgruppe mit 21 Notizen einen vergleichsweise geringen Stellenwert. (Zitatausschnitte: „Die Pflastersteine erschweren die Mobilität“; „Wäre, toll wenn alle 30 Minuten ein Bus fährt, früher gab es einen solchen Bus“).

Beispielnennungen
Allgemein Mobilität, ÖPNV/Nahverkehr; Umsteigemöglichkeiten; Barrierefreiheit; Rufbus; Auto/Motorrad; Radwege

Tab. 5: Mobilität zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

3.3.2.6 soziale Integration (n=380)

Eine weitere Dimension ist die der sozialen Teilhabe und somit Integration. Sie wurde zunächst in zwei Unterdimensionen „Begegnungen/gemeinsame Aktivitäten“ und „Familie“ aufgeteilt und anschließend ergänzt um die Voraussetzungskomponente „monetäre Ausstattung“:

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Begegnungen/gemeinsame Aktivitäten	317	Bedeutung fester zentraler Treffpunkte im Ort (barrierefrei) (74x); Treffen von Freunden/Bekanntem/Gleichgesinnten (51x); Dialog und Austausch (47x); gemeinsam was erleben (extern: Ausflüge; Busfahrten) (47x); gemeinsame Aktivitäten wie spielen, basteln (29x); gute Freunde/Passung/Zuspruch/Unterstützung (19x); gemeinsam aktiv in der Natur (16x); - privat gemeinsam (8x); im Verein aktiv (8x); Anrufen (8x) Integration allgemein (6x); intergenerativ (4x)
Familie	50	Familie; Partnerschaft; anrufen; treffen
Monetäre Ausstattung	13	Finanzielle Ausstattung allgemein; Sicherheit, Wohnung, Gesundheit

Tab. 6: Soziale Integration zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Die „*Begegnung miteinander und gemeinsame Aktivitäten*“ tragen zu einem besseren Wohlbefinden in sozialer Teilhabe bei (Zitationsausschnitte: „Party schmeißen“; „in guter Gesellschaft sein“; „reden hilft“; „Zuspruch von netten Menschen ist gut“; „[...] wenn ich unter Freunden Karten spielen kann“; „die Dorfrunde gemeinsam machen“; „Jüngere kommen leider nicht in die Einrichtung“; „ich habe meine Freunde alle überlebt“; „Jemand, der zu mir nach Hause kommt“; „ich überlege mir ein Problem, damit jemand zu mir kommt“). Auch die „*Familie*“ wird in diesem Zusammenhang benannt (Zitationsausschnitte: „ich habe das Glück meinen Partner zu haben, auch bei seelischen Durststrecken“; „Familie hat leider wenig Zeit“; „die Enkel sehe ich leider viel zu wenig“; „an Erfolg der Kinder teilnehmen“). Schließlich ist eine ausreichende „*ökonomische Ausstattung*“ nötig für Wohlbefinden und soziale Teilhabe.

3.3.2.7 Infrastruktur (n=78)

Die Dimension „Infrastruktur“ kann Lebensqualität begünstigen und wurde in vier Unterdimensionen aufgedgliedert:

Unterdimension	n	Beispielnennungen
Nahversorgung und Aufenthaltsqualität	28	Infrastruktur wie Nahversorgung; Toiletten; Rast- und Ruhebänke; Klimaschutz/Naturerhalt
Bedeutung Gesundheitsversorgung	25	Gesundheit allgemein; Apotheke vor Ort; Doktor mit ausreichend Zeit

Wohnen und Soziales	19	Betreutes Wohnen/Servicewohnen; WGs; unterstützendes gemeinschaftliches Wohnen; Unterstützung rund um das Wohnen
Bedeutung Pflege	6	Pflege allgemein; Hilfe kennen und annehmen; Schmerzen; Einsamkeit

Tab. 7: Infrastrukturelle Faktoren zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Im Bereich Nahversorgung ist das Spektrum groß und die Senior:innen nennen einige Beispiele (Zitationsausschnitte: „hier gibt es viele Angebote – es fehlt an nichts“; „die Dorfkneipe gibt's nicht mehr“; „es gibt keinen Treffpunkt für Männer – wo sollen die hin?“; „es muss gelingen, auch mit körperlicher Einschränkung Kontakte zu halten“; „wir brauchen einen Ort, wo alle hinkommen können“; „je lebendiger der Ort, desto lebendiger der Einzelne“). Auch eine gute *Gesundheit* ist wesentlich aus Sicht der Befragten (Zitationsausschnitte: „das Fachpersonal muss sich auskennen mit den Krankheiten“; „man muss lernen, mit Schmerzen umzugehen“; „Altersdiskriminierung bei Ärzten ist belastend“; „jeder neue Tag in Gesundheit macht Freude“). Wohnen und Soziales sowie Pflege sind zudem Aspekte, die genannt werden.

3.3.2.8 Hilfsangebote (n=17)

Die Dimension „Hilfsangebote“ ergänzt abschließend die infrastrukturellen Rahmenfaktoren. Sie wurde in drei Unterdimensionen aufgeschlüsselt und differenziert sich somit trotz relativ kleiner Anzahl der Notizen vergleichsweise stark:

Unterdimension	N	Beispielnennungen
Umgang mit Trauer und Tod	9	Allgemeiner Umgang mit Thema; Unterstützungsoptionen
Informiert sein	4	Allgemein Informationen; Zugang zu ihnen und motivationale Wirkung für Handeln
Digitalisierung	4	Digitalisierung als Mehrwert, Fortbildungsbedarf

Tab. 8: Hilfebedarfe zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Der „*Umgang mit Trauer und Tod*“ ist ein Thema, das die Älteren beschäftigt (Zitationsausschnitte: „„Am Ende wird einem niemand helfen“; „was kommt nach dem Tod?“; „was passiert mit dem Eigentum, ist das Erbe geklärt?“), ebenso das „*Informiert sein über Hilfsangebote*“ (Zitationsausschnitt: „Wie kommt man ran an die Sozialstation?“) und *Digitalisierung* mit ihren Potenzialen.

3.3.2.9 Ergebnisse des „Smilie-Fragebogens“

Die Antworten führten zu folgenden Ergebnissen:

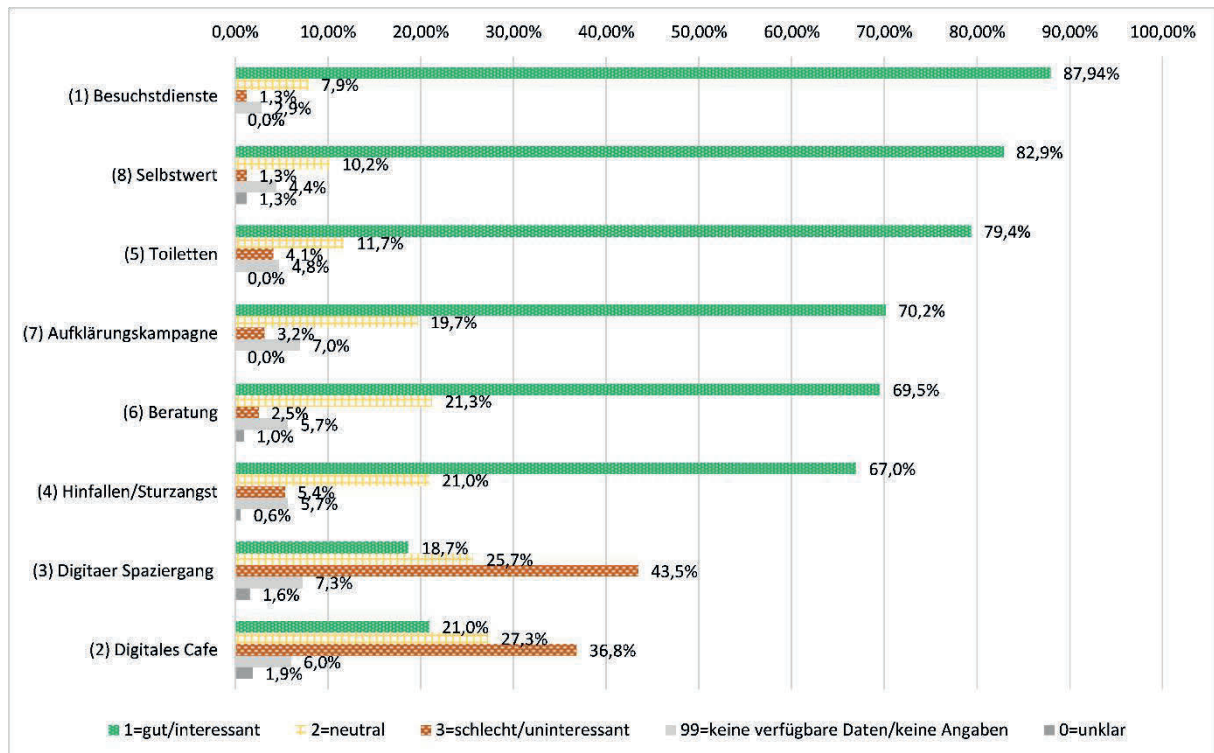


Abb. 4: Angaben zu möglichen Maßnahmen zur Erhaltung der Lebensqualität und Prävention von Depression (Esslinger, 2023)

Es wird deutlich, dass von den 315 Probandinnen knapp 88% der Ansicht sind, dass das Angebot von Besuchsdiensten eine wesentliche präventive Maßnahme sein könnte, um das Entstehen einer Depression zu vermeiden. An zweiter Stelle stimmen knapp 83% der Älteren zu, dass die Stärkung des Selbstwerts einer Depression vorbeugen kann. 79% erachten vorhandene Toiletten im öffentlichen Raum oder in Veranstaltungsräumen als einen Voraussetzungsfaktor der Vermeidung von Depression durch mögliche soziale Teilhabe. Etwas geringere Zustimmung, aber noch immer bei 70% liegend wird eine Aufklärungskampagne zur Thematik erachtet, gefolgt von Beratungsleistungen dazu (69%). Die häufig zitierte und erprobte Sturzprävention wird von 67% als wirkungsvoll erachtet. Abgeschlagen im Vergleich zu den anderen Maßnahmen sind die digitalen Lösungen. So denken lediglich knapp 19%, dass ein digitaler Spaziergang Einsamkeit und das Auftreten einer Depression verhindern kann. Es stimmen 21% zu, wenn es sich um ein digitales Café-Angebot handelt.

3.3.3 Vorgehen „sozial tendenziell isolierte Senior:innen“

Neben den „einfach zu erreichenden“ Senior:innen war es den Projektbeteiligten ein Anliegen, auch die Senior:innen zur ihrer Situation zu befragen, die als sozial isoliert und/oder „schwer erreichbar“ galten.

Hierbei wurde in den Arbeitsgruppensitzungen schnell deutlich, dass der Begriff „schwer erreichbar“ sehr unterschiedlich verstanden wurde. Für viele Mitwirkende bedeutete „schwer erreichbar“, dass sich ein/e Senior:in aus dem sozialen Leben zurückzieht, keine Kontakte sucht und auch keine Einladungen zu Treffen annimmt. Für andere waren „schwer erreichbare“ Senior:innen insbesondere die, die auf Grund von Mobilitätseinschränkungen ihre Häuslichkeit nicht mehr selbständig oder auch fast gar nicht mehr verlassen konnten. Vereinzelt wurden auch Personen in prekären Wohnsituationen und/oder mit bereits vorbestehender seelischer Erkrankung als „schwer erreichbar“ verstanden. Die Bandbreite an vermuteten Ursachen, Gründen und Motivationen, sich

aus der gesellschaftlichen Teilhabe herauszuziehen war also groß. All diesen beschriebenen Personen war gemein, dass sie durch die Projektmitwirkenden als „tendenziell sozial isoliert“ betrachtet wurden, also mit weniger vorhandenen regelmäßigen Sozialkontakten ausgestattet als gewöhnlich wäre.

Um für diese Gruppe präventive Möglichkeiten zu finden, wollten die Projektbeteiligten mehr über deren Lebenssituation und Selbsteinschätzung erfahren. Deshalb wurden sich in den Arbeitsgruppen viele Gedanken gemacht, wie man diese Zielgruppe am besten erreichen könnte und welche Fragen sinnvoll wären. Folgende Faktoren wurden als maßgeblich für die Bereitschaft zur Mitwirkung der Befragten gesehen:

- Möglichst nicht mehr als 3-5 Fragen
- Keine zu stark defizitorientierten, negativ getönten Fragen
- Gewährleistete Anonymität ohne weitere Angaben machen zu müssen
- Persönliche Befragung, idealerweise durch eine vertraute Person
- Kein Rückversand oder selbständiges Abgeben des Interviewleitfadens nötig

Auf diesen Faktoren basierend wurde in den Arbeitsgruppen in Zusammenarbeit mit der HS Coburg ein Interviewleitfaden mit drei Fragen konzipiert. Diese lauteten:

1. Was war Ihr schönstes Erlebnis in letzter Zeit?
2. Wie sieht für Sie ein wirklich schöner Tag aus und was wäre dafür nötig?
3. Was brauchen Sie, damit es einen solchen schönen Tag im Alltag gibt?

Die Befragung sollte durch Vertrauenspersonen erfolgen, die die „sozial isolierten“ Senior:innen in ihrer Häuslichkeit aufsuchen. Hierfür wurden ehrenamtliche Besuchsdienste der (Kirchen-) Gemeinden als Kooperationspartner gewonnen. Diese erhielten durch die Projektkoordination eine thematische Einweisung, um die Hintergründe und Vorgehensweise zu erläutern und Fragen zu klären. Danach wurde ihnen der Interviewleitfaden zugesendet. Dieser enthielt bereits vorgefertigte Felder für das Eintragen der Antworten. Den Kooperationspartnern oblag es, einzuschätzen, wer in ihrer Gemeinde sozial isoliert war und den/diejenige(n) zu befragen. Der ausgefüllte Interviewleitfaden wurde danach durch die HS Coburg ausgewertet. Es konnten insgesamt 35 Senior:innen in fünf verschiedenen Regionen/Gemeinden (Berggrheinfeld, n = 5; Breitbrunn, n = 3; Grafenrheinfeld n = 17; Niederwerrn, n = 3; Hammelburg, n = 7) durchgeführt werden.

3.3.4 Ergebnisse

3.3.4.1 Was war Ihr schönstes Erlebnis in letzter Zeit? (n=73)

Bezüglich der Frage nach dem schönsten Erlebnis in der letzten Zeit geben die 35 Senior:innen unterschiedliche Erfahrungen an. Orientiert an den Dimensionen der Lebensqualität können die Aussagen der „kognitiven Leistungskraft“ 4-mal zugeordnet werden und zwar in den Unterdimensionen *Informationen erlangen* (1x) und *kulturelle Stimulation* durch Konzert- oder Theaterbesuche (3x). Wenig optimistisch blickt eine Person zurück und kann kein schönstes Erlebnis in der letzten Zeit benennen. Für zwei Personen bestand es darin, dass sie wirksam waren und helfen konnten. In der Unterdimension *Erdverbundenheit und Transzendenz* lassen sich sechs Aussagen zum schönsten Erlebnis in der *Natur* zuordnen und einmal ein Erlebnis im *spirituellen Bereich*. Deutlich wird, dass die Dimension *Soziale Integration* am wichtigsten ist. So nennen 19 der 35 Senior:innen insbesondere die Familie als Bezugspunkt des schönsten Erlebnisses und 16-mal wird Gemeinschaft mit anderen genannt. Ganz lebenspraktisch erfreute sich eine Seniorin an einer passenden neuen Hose die sie erhielt. Generell gaben 21 von 35 Befragten im Zusammenhang mit ihrem schönsten Erlebnis an, dass sie die eigenen vier Wände verlassen konnten und „rauskamen“. Dies bestätigt, dass es sich bei dieser Gruppe tatsächlich um Personen handelt, die selten ihre Häuslichkeit verlassen.

3.3.4.2 Wie sieht für Sie ein wirklich schöner Tag aus und was wäre dafür nötig? (n= 110)

Auf die Frage, was nötig wäre, um einen wirklich schönen Tag erleben zu können, ließen sich erneut die Antworten den Dimensionen zuordnen. Zehn der Senior:innen gaben an, dass Ordnung und Struktur für sie für einen wirklich schönen Tag wichtig wären. Der Tag sollte gefüllt mit Aktivitäten sein, die zuvor klar wären. In diesem *kognitiven Bereich* (n = 16) geben aber auch fünf Personen an, dass *Spontanes und Neues sowie das Reisen* zu einem wirklich schönen Tag gehören würden. Einer Person würde das *Lesen* genügen, um intellektuelle Stimulation zu erfahren. *Erdverbundenheit und Transzendenz* (n = 29) können als Dimensionen erneut einen Rahmen bilden. Die Menschen fühlen sich mit der *Natur verbunden* und 15 von ihnen wollen sich draußen in der Natur aktiv bewegen können, weitere fünf geben an, einfach raus zu wollen und dreimal wird die Natur an sich als bedeutsam für einen wirklich schönen Tag genannt. Ergänzend wird hier die einmalige Nennung des Tanzens als *Bewegung* mit angeführt.

Bezüglich der Transzendenz spielt die *Sinneserfahrung* eine wichtige Rolle und *sich etwas Gutes zu tun*: Für einen wirklich schönen Tag spielt für fünf Personen der kulinarische Genuss eine wichtige Rolle. Drei Personen streben nach Harmonie und Ruhe, eine Person nennt den Glauben als wesentlich für sie und eine weitere benennt die Dankbarkeit innerhalb der Familie die sie täglich erfährt als wichtig für sich. Zwei Personen erachten die Freiheit, einfach ohne Struktur durch den Tag zu kommen als besonders erstrebenswert, drei verbinden mit einem wirklich schönen Tag gute klimatische warme Verhältnisse und weitere zwei Senior:innen sehen in kultureller Unterhaltung die sie konsumieren können den wirklich schönen Tag.

Gesundheit spielt für neun Personen eine wichtige Rolle. Sechsmal wird die Bedeutung der Selbständigkeit und keine körperlichen Einschränkungen genannt, zweimal ist Schmerzfreiheit wichtig und einmal wird der erholsame Schlaf thematisiert. Deutlich wird auch bei dieser Frage, dass die Soziale Aktivitäten (n = 39) für die Senior:innen sehr wichtig sind. Es werden 14 Mal Kontakte genannt und 13 Mal explizit die Familie. Vier Menschen würden an einem wirklich schönen Tag sicher nicht alleine sein wollen und eine würde sich entsprechend Hilfe wünschen. Gemeinsam einzukehren und Gespräche zu führen ist für sieben Personen wichtig. Schließlich wünschen sich zwei Befragte mobil sein zu können. Explizit finanzieller Hilfebedarfe wird von sechs Personen benannt und eine Person wünscht sich möglichst lange eine junge Pflegerin als Helferin.

3.3.4.3 Was brauchen Sie, damit es einen solchen schönen Tag im Alltag gibt? (n = 107)

Zentral war abschließend im Gespräch mit den schwer Erreichbaren zu erfahren, wie ein solch schöner Tag in denn nun in den Alltag gelangen könne. Das Interesse für ein Beantwortung der Frage war mit 107 Nennungen weiterhin recht hoch und somit lassen sich die Senior:innen als lösungsorientiert beschreiben. Für den Alltag ist die kognitive Leistung (n = 16) relevant. Kognitionstraining (5x), eine Tages- bzw. Wochenstruktur (4x) [Zitatausschnitt: „eine gute Kalenderführung“]; Neugier und der Wille nach draußen zu gehen (3x), um inspiriert zu werden (3x) [Zitatausschnitt: „Ich möchte irgendwohin wo ich noch nicht war“] sowie Optimismus (1x) sind wichtige Aspekte. Die schwer erreichbaren Älteren sind „bei sich“ und realisieren ihre Verbundenheit mit der Welt im Sinne der *Erdverbundenheit/Transzendenz* (n = 29). Im Alltag wollen sie entsprechend auch die Natur erleben (6x) [Zitatausschnitt: „im Winter den Vögeln am Vogelhäuschen zuschauen“]. Wie ein schöner Tag gelingt, ist aus ihrer Einschätzung heraus abhängig von der persönlichen Haltung und Einstellung (5x) [Zitatausschnitt: „ich bin dankbar“]; Religiosität (2x) [Zitatausschnitt: „verbunden im Glauben“] und sinnliche Erfahrungen (5x) sind wichtige Aspekte. (Keine) Verpflichtungen zu haben ist für sieben Personen bedeutsam und vier geben an, Zeit für sich mit einem schönen Tag in Verbindung zu bringen [Zitatausschnitt: „Ich brauche Ruhe, wenn so viel

los ist, wird mir das alles zu viel“]. *Soziale Aktivität* ($n = 23$) ist ein wichtiger Baustein für einen schönen Tag im Alltag mit Kontakten im Allgemeinen (9x), speziell mit Freunden und der Nachbarschaft (5x); sowie der Familie (9x) [Zitatausschnitt: „Meine Enkel wohnen 400 km weit entfernt“]. *Körperlich aktiv* ($n = 12$) zu sein und dabei einem Hobby nachzugehen (1x), Fitness zu machen (4x) [Zitatausschnitt: „ich brauche die Füße die gut gehen“] oder sich zu bewegen (7x) gehört für ein Drittel der Befragten zu einem gelungenen Alltag. *Mobilität* (3x) ist zudem wesentlich und es wird erkannt, dass die *Inanspruchnahme von Hilfe* (10x) nötig wäre. Schließlich nennen 13 Personen ihre *Gesundheit* [Zitatausschnitt: „ich werde erblinden“; „Gesundheitszustand kann sich schnell ändern“] als wichtig für schöne Tage und eine Senior:in benennt eine erforderliche *finanzielle Ausstattung* um sich Wünsche erfüllen zu können.

4 Ableitungen und Zukunft

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Insgesamt konnte durch die Feldforschung erkannt werden, dass die Dimensionen der Lebensqualität in ihrer Gewichtung unterschiedlich zu betrachten sind. Zunächst wird offensichtlich, dass die *kognitive Leistungsstärke* aus Sicht aller befragten Älteren eine wichtige Voraussetzung zur Vermeidung von Einsamkeit und Depression darstellt. Kulturelle und intellektuelle Inspiration, Aufgeschlossenheit und Impulse von außen sind wesentlich, um erfolgreich zu altern. Diese Sichtweise teilen sowohl die älteren Teilnehmenden der Senioren-Workshops als auch die tendenziell sozial isolierten Senior:innen. Für einen schönen Tag wünschen sich diese mehrheitlich nach draußen zu können und Impulse zu erhalten. Es wird zudem deutlich, dass das eigene Selbstkonzept und die Einstellung gegenüber dem Altern an sich zudem bedeutsame Faktoren sind, Einsamkeit und Depression zu vermeiden.

Optimismus und Anpassung an den individuellen Alternsprozess, sich selbst auch wichtig zu nehmen und *Wirksamkeit zu entfalten* hilft, um psychische Stärke möglichst lange beizubehalten. Auch bei dem „Smilie-Fragebogen“ schnitt ein entsprechendes Angebot zur Selbstwertförderung sehr gut ab und stieß auf breites Interesse.

Es wurde ermittelt, dass sich ältere Menschen eng *verbunden mit der Natur* sehen. Dies gilt sowohl für die Workshopteilnehmenden als auch die Personen die in ihrer Häuslichkeit aufgesucht wurden. Für alle ist die Natur und das Erleben in der Natur von Bedeutung. Bezüglich *transzendentaler Aspekte* wird klar, dass Glaube, Spiritualität und das Streben nach Ruhe gleichrangig bewertet werden.

Von allen Senior:innen wird *körperliche Aktivität* als wichtig erachtet. Sie kann so vielfältig und individuell wie die einzelnen Senior:innen selbst sein und gibt persönlichen Erfolg und Bestätigung. Als vergleichsweise wenig relevant wird der Stellenwert der *Mobilität* genannt. Dies mag daran liegen, dass insbesondere die Workshopteilnehmenden in der Regel in der Lage waren, selbständig zu den Seniorenveranstaltungen zu kommen und tatsächlich selbst in den meisten Fällen noch nicht akut von Mobilitätseinschränkungen betroffen waren. Insofern liegt hier eine Stichprobenverzerrung nahe, die diesbezüglich wohl nicht repräsentativ ist.

Nicht überraschend ist zunächst, dass die *soziale Integration* als deutlich überdurchschnittlich bewertet wird. Allerdings ist es durchaus interessant, dass die Senior:innen weniger den sozialen Bezug zur Familie benennen, sondern vielmehr die Eingebundenheit in diverse soziale Gefüge. Diese Tatsache ist stärker bei den Workshopteilnehmenden ausgeprägt als bei den sozial isoliert lebenden Senior:innen. Die *finanzielle Ausstattung* spielt insgesamt eine eher geringe Rolle in der hier präsentierten Stichprobe. Nur vereinzelt wird die Finanzlage thematisiert.

Infrastrukturelle Faktoren sind deutlich wichtiger für die nicht isolierten Älteren und spielen eine Rolle im Hinblick auf die Nahversorgung und Strukturen der Gesundheitsversorgung. Wohnen und Soziales sowie Pflege sind nachrangig. Auch hier wird deutlich, dass die Stichprobe unter Umständen durchaus noch zu den eher Rüstigen gehört. Gleichmaßen wird das Thema Pflege aber von den schwer Erreichbaren in ihrer Häuslichkeit ebenso nur vereinzelt thematisiert. Wenn es allerdings thematisiert wird, werden Ängste und Abhängigkeiten von Hilfeleistungen sehr stark deutlich. *Spezifische Hilfsangebote* werden im Bereich von Tod und Sterben gesehen. Wahrscheinlich, weil die Senior:innen in den Workshops und Gesprächen sensibilisiert wurden für die Thematik Einsamkeit und der Weg von Einsamkeit zum Sterben theoretisch „leicht gedacht“ wird. Deutlich wird, dass digitale Angebote von beiden Gruppen Älterer kaum Beachtung finden. Nach Meinung der Projektkoordination kann dies durchaus als Kohorteneffekt gesehen werden. Der Großteil der befragten Senior:innen war als höher – bzw. hochaltrig einzustufen. Damit gehören diese Senior:innen zu dem Teil der Bevölkerung, der stark vom „digital gap“ betroffen ist.

4.2 Geplante Maßnahmen für die zweite Förderphase

Nach Abschluss der Projektlaufzeit wird eine zweite Förderphase angestrebt. Diese soll sich auf den Zeitraum 2024 – 2026 beziehen. Derzeit befindet sich diese zweite Förderphase in Planung.

Folgende Maßnahmen wurden aus den Ergebnissen des Projektes abgeleitet und können Inhalt der weiteren Förderphase sein.

4.2.1 Maßnahme 1: Sensibilisierung der unterschiedlichen Zielgruppen für das Thema „Depression im Alter“ und die Bedeutung von Prävention

In den Ergebnissen der Bestandsaufnahme zeigt sich, dass das Thema Depression im Alter bei den in der Seniorenarbeit tätigen Personen eher wenig präsent ist. Dennoch haben viele Angebote präventiven Charakter, da sie u.a. soziale Teilhabe und Bewegung fördern und so gegen wichtige Risikofaktoren wirken.

Deshalb bietet es sich an, die durchführenden Personen für das Thema Depressionsprävention zu sensibilisieren. Eventuell lässt sich damit ein Angebot um einen weiteren Aspekt der Depressionsprävention ergänzen oder Inhalte vertiefen. Damit kann das Potenzial der bereits bestehenden Angebote besser ausgeschöpft werden und Doppelstrukturen durch neu entstehende „depressionsspezifische“ Angebote werden verhindert.

Um Depressionsprävention erfolgreich durchzuführen, bedarf es der Sensibilisierung verschiedener Zielgruppen. Hierfür werden insgesamt drei Untermaßnahmen für verschiedene Zielgruppen entwickelt.

4.2.1.1 Untermaßnahme 1.1 Vortragsreihe für Senior:innen

Essentiell für das Verhindern einer Depression im höheren Lebensalter ist das Wissen um die Erkrankung, um Risikofaktoren sowie um (realistische) Möglichkeiten der Prävention. Die Senior:innen sollen Depression als ernstzunehmende Erkrankung verstehen, die konsequent erkannt und behandelt werden muss. Sie sollen Wissen erwerben, was sie selbst tun können, um eine Erkrankung zu verhindern und welche Risikofaktoren sie empfänglicher für eine Depression machen können. Auch sollten sie erste Ansprechpartner bei dem Verdacht einer Erkrankung und beim Erleben einer seelischen Krise kennen.

Die Workshops der Bedarfsermittlung haben gezeigt, dass die Senior:innen für dieses Thema offen sind, sich dafür interessieren und ihre Erfahrungswerte gerne teilen.

4.2.1.1.1 Darstellung der Maßnahme

Die Projektkoordination wird in Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern geeignete Referierende akquirieren. In Absprache mit diesen wird ein zielgruppengerechter Vortrag erarbeitet, der neben den theoretischen Inhalten auch eine praktische Übung zur Stressregulation enthält. Nach einer Schulung der Referierenden können interessierte Organisationen und Kommunen diesen Vortrag für ihre Seniorengruppen anfragen. Für diese Veranstaltungen müssen Räumlichkeit sowie Verpflegung durch den Veranstalter gestellt werden, ansonsten entstehen keine weiteren Kosten. Der Vortrag wird je nach Referierenden-Verfügbarkeit während der Projektlaufzeit fortlaufend verfügbar sein.

4.2.1.2 Untermaßnahme 1.2 Multiplikatorenschulungen/Workshops für Anbieter der Seniorenarbeit

Multiplikatoren sind die Personen, die in ihrer Arbeit mit älteren Menschen zu tun haben. Darunter fallen auch die Anbieter von bereits bestehenden Angeboten der Seniorenarbeit. Diese Angebote sind vielfältig, dies können beispielsweise der Seniorensitztanzen des Sportvereins sein – genauso wie der klassische Seniorennachmittag der Kirchengemeinde. All diese Angebote haben gemein, dass sie bereits präventiv wirken, aber eher indirekt „durch die Hintertür“. Hier kann es sinnvoll sein, gemeinsam mit den Durchführenden einzelne Angebote auf ihre Präventionswirksamkeit hin zu überprüfen und evtl. durch sinnvolle Inhalte zu ergänzen.

Des Weiteren sollen auch die professionellen Anbieter von Bildungsangeboten für das Thema „Seelische Gesundheit im Alter“ sensibilisiert werden. Hier sollen Möglichkeiten gezeigt werden, wie dieses Thema sinnvoll in der pädagogischen bzw. geragogischen Bildungsarbeit aufgegriffen werden kann.

4.2.1.2.1 Darstellung der Maßnahme

Zu Beginn der zweiten Förderphase soll zunächst eine Handlungsempfehlung für Seniorenbeauftragte erstellt und veröffentlicht werden.

Zur Vertiefung sollen zwei Themenschwerpunkte in Workshops bearbeitet werden.

Der Schwerpunkt „Bestehende Angebote gesundheitsfördernd gestalten“ richtet sich an Teilnehmende aus der kirchlichen und kommunalen Alten- und Seniorenarbeit, wie beispielsweise Seniorenbeauftragte und Seniorenkreisleitungen. Folgende Themen sind dafür angedacht:

- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sind wirksam gegen Depression?
- Wie baue ich diese in mein bestehendes Angebot ein?
- Beispielhafte Gestaltung einer Stunde
- Wie erreiche ich die Zielgruppe, welche Stolpersteine gibt es?

Der Schwerpunkt „Seelische Gesundheit im Alter“ sinnvoll aufgreifen“ richtet sich an „gewerbliche“ Anbieter der Seniorenarbeit und der Bildungsarbeit. Hierbei sind folgende Themen geplant:

- Was bedeutet „Seelische Gesundheit“; Welche Themen sind hierbei relevant?
- Wo lassen sich diese im Programm platzieren?
- Welche guten Beispiele gibt es?
- Wie erreiche ich die Zielgruppe, welche Stolpersteine gibt es?

Beide Schwerpunkt-Workshops sollen nach Möglichkeit einmal pro Landkreis durchgeführt werden.

4.2.1.3 Untermaßnahme 1.3. „Kommunen – Selbsttest“ – „Wie stark fördert unsere Kommune seelisch gesundes Altern und Wohlbefinden?“

Die Lebensqualität von älteren Menschen ist maßgeblich dadurch geprägt, wie alternssensibel ihre Kommune gestaltet ist. Im Hinblick auf die Verhinderung von Depressionen und Einsamkeit haben sich z.B. folgende Faktoren als relevant gezeigt:

- Barrierefreiheit/Barrierearmut
- Versorgung mit öffentlich zugänglichen, möglichst barrierefreien Toiletten
- Vorhandensein von öffentlichen Treffpunkten, wettergeschützt, gut frequentiert und ohne Konsumzwang oder anderweitige Kosten
- Lokaler Ansprechpartner für die Belange der Senior:innen

All diese Faktoren machen es möglich, dass Senior:innen wohnortnah und mit geringem Aufwand ihr soziales Netzwerk erhalten oder auch auf- und ausbauen können. Insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen das Thema „nicht eigenständig mobil sein“ einen stark begrenzenden Faktor darstellt.

4.2.1.3.1 Darstellung der Maßnahme

Durch die Projektkoordination soll deshalb ein Online-Tool entwickelt werden, anhand dessen die kommunal Verantwortlichen ihre Kommune einschätzen können. Folgende Inhalte sind für das Online-Tool vorgesehen (keine abschließende Aufzählung):

- Welche gesundheitsfördernden Angebote gibt es in der Kommune
- wie aktiv wird an Gesundheitsförderung für Senior:innen in der Kommune gearbeitet
- Was wird für seelische Gesundheit getan, welche Vernetzungen bestehen
- Wie wird mit sozial isolierten Senior:innen umgegangen?

Im Anschluss dieser Selbsteinschätzung stellt das Online-Tool „best-practise“- Beispiele vor sowie weiterführende Ansprechpartner. Das Projekt übernimmt das Erstellen und Verbreiten des Info-Materials sowie die Weitervermittlung und Vernetzung mit relevanten Strukturen, die interessierten Kommunen bei der Umsetzung helfen können.

4.2.2 Maßnahme 2: Kursreihe „Seelisch gesund altern“

In der Bedarfsanalyse mit den Senior:innen zeigte sich, dass es auf der einen Seite zahlreiche Herausforderungen im Alter gibt, die Senior:innen auf der anderen Seite aber durch ihre Lebenserfahrung gute Möglichkeiten der Bewältigung haben. Es wurden vielfältige Themen genannt, die sie in ihrem Lebensalltag beschäftigen.

Viele dieser Themen werden bereits in bestehenden Angeboten thematisiert, wie z.B. gesunde Ernährung, Bewegung und Training der geistigen Leistungsfähigkeit. Darüber hinaus gibt es speziellere Themen, für die es bis dato wenig Angebote gibt. Dazu zählen z.B. Fragen wie:

- Wie plane ich meine Tagesstruktur alleine, wenn es von außen wenig strukturierende Faktoren gibt?
- Wie gestalte ich mein Leben alleine, nachdem mein/e Partner/in verstorben ist?
- Wie gehe ich mit Altersdiskriminierung um? Wie reagiere ich, wenn ich mich in Situationen nicht ernst genommen fühle?

- Wie bewältige ich ein Leben mit chronischen Schmerzen? Wie kann ich trotz Schmerzen körperlich aktiv bleiben?
- Wie kann ich neue Kontakte knüpfen?

Aus diesen Fragen heraus hat die Steuerungsgruppe die Kursreihe „seelisch gesund altern“ entwickelt. Diese soll zwei Module beinhalten, die jeweils unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Das Modul 1 „Beziehungen gestalten im Alter“ wird sich mit Fragen rund um die Beziehung zu einem selbst als auch auf dem Aufbau neuer sozialer Netzwerke und der Tagesgestaltung beschäftigen. Modul 1 „Körper und Geist stärken“ widmet sich hingegen Themen wie Resilienzförderung, dem Umgang mit Schmerzen und der Bewegungsförderung im Alltag. Die Laufzeit eines Kurses erstreckt sich ca. über 20 Wochen. Der Kurs soll voraussichtlich während der Projektlaufzeit in jedem Landkreis einmal durchgeführt werden.

5 Danksagung

Abschließend möchte sich die Projektkoordinatorin im Namen des gesamten Projektteams bei allen Beteiligten bedanken.

Dies gilt für alle Teilnehmenden der Arbeitsgruppen, die Organisator:innen der Seniorenworkshops und die freiwilligen Interviewenden.

Ein besonderer Dank gilt den 315 Senior:innen, die äußerst bereitwillig, freundlich und lebhaft ihre Lebensgeschichten und Erfahrungen geteilt haben.

Für Rückfragen steht die Projektkoordination unter folgender Kontaktadresse zur Verfügung:

Katrin Jung

Diakonisches Werk Schweinfurt e.V.

Gerontopsychiatrische Vernetzung in der Region Main-Rhön

Gymnasiumstraße 14

97421 Schweinfurt

Tel: 09721 2087 220

Mail: jung@diakonie-schweinfurt.de

6 Literaturverzeichnis

- Blake, H., 2009. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, pp. 23: 873-887.
- Bullinger, M., 1991. Quality of Life - Definition, Conceptualisation and Implications: A Methodologists View. *Theoretical Surgery*, pp. 6:143-148.
- Caroline Cohrdes, U. H. J. N. J. T., 2021. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND. Erkennen - Bewerten - Handeln, Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. *PSYCHISCHE RKI, GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND. Erkennen - Bewerten - Handeln, Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene*.
- Forsman, A., 2011. Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults; systematic review and meta-analysis. *J Aging Health*, pp. 23:387-416.
- Forsman, A., 2017. Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions.. *Health Promot. Int.* .
- Hapke, U., 2022. Depressive Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung vor und im ersten Jahr der COVID - 19 Pandemie: Ergebnisse der GEDA-Studie 2019/2020. *RKI; Journal of Health Monitoring*, 20 12, pp. 3-23.
- Hegerl, U., 2005. Depression und Suizidalität. *Verhaltenstherapie*, 4 März, pp. 6-11.
- Himmerich, H., 2014. Prädiktive Faktoren der Depression. *Nervenarzt*, p. 85:1249–1254.
- J. Stahmeyer, K. K. ., S. E., 2019. Die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen nach Versichertengruppen im Zeitverlauf – eine Routinedatenanalyse der Jahre 2006–2015. *Psychother Psychosom Med Psychol*, pp. 72-80.
- Mayring, P., 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. s.l.:BELTZ.
- Neumann NU, F. K., 2008. Neue Aspekte zur Lauftherapie bei Demenz und Depression - klinische und neurowissenschaftliche Grundlagen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, pp. 28-33.
- Stahmeyer JT, M. C. E.-K. D. K. K. Z. J. E. S., 2022. The state of care for persons with a diagnosis of depression—an analysis based on routine data form a German statutory health insurance carrier. *Dtsch Arztebl Int* , p. 119: 458–65.
- Stoppe, G., 2008. Depressionen im Alter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, p. 51:406–410.
- Thom, J., 2017. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *RKI, Journal of Health Monitoring*, pp. 72-80.
- Veer-Tazelaar, N. v. '., 2006. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety. *BMC Public Health*.
- WHO, 1998. *www.who.int*. [Online]
Available at: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/german-whoqol-bref>