

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 23.02.24

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 23.02.24

Inhalt

1	Das Projekt „Prävention von Depression im Alter“	3
1.1	Relevanz des Themas	3
1.2	Arbeitsweise im Projekt	4
1.3	Öffentlichkeitsarbeit	4
2	Ziele und Zielgruppen des Projektes	5
2.1	Ziel 1: Gezielte Bestandsanalyse bisheriger Angebote	5
2.1.1	Teilziel: Identifikation evidenzbasierter Maßnahmen im Hinblick auf Depression im Alter 5	
2.1.2	Teilziel: Identifikation bestehender Akteure und Angebote	6
2.1.3	Teilziel: Befragung der bestehenden Akteure	6
2.1.4	Teilziel: Auswertung der Befragung.....	7
2.2	Ziel 2: Die Erreichbarkeit hochaltriger (alleinlebender) Personen erschließen	7
2.2.1	Teilziel: Literaturrecherche.....	7
2.2.2	Teilziel: Sammeln von Erfahrungen	7
2.2.3	Teilziel: Suche nach und Vernetzung mit gelingenden Beispielen	7
2.3	Ziel 3: Bedürfnisse und Bedarf der Zielgruppe identifizieren/Bedarfsanalyse	8
2.3.1	Teilziel: Identifikation von geeigneten Vertretern der Zielgruppe	8
2.3.2	Teilziel: Austausch mit Multiplikatoren	8
2.3.3	Teilziel: Sensibilisierung der Zielgruppen für das Thema Depression im Alter	8
2.3.4	Teilziel: Erarbeiten von Gelingensfaktoren und möglichen Maßnahmen.....	8
3	Nachhaltigkeit im Sinne einer zweiten Förderphase.....	12
3.1	Maßnahme 1: Sensibilisierung der unterschiedlichen Zielgruppen für das Thema „Depression im Alter“ und die Bedeutung von Prävention	12
3.2	Maßnahme 2: Kursreihe „Seelisch gesund altern“	12
4	Erfolgsfaktoren und Barrieren.....	13
4.1	Einbindung der Zielgruppen.....	13
4.2	Verständnis des Begriffes „Arbeitsgruppe“	14
4.3	Verständnis des Begriffes „Prävention“	14
5	Danksagung	15
6	Literaturverzeichnis.....	16

1 Das Projekt „Prävention von Depression im Alter“

Das Projekt „PräDepA – Prävention von Depression im Alter“ beschäftigte sich mit den Möglichkeiten der kommunal umsetzbaren Primärprävention von Depression bei älteren Menschen. Es war als landkreisübergreifendes Projekt angelegt und vereinte damit die Landkreise Haßberge, Bad Kissingen, Rhön-Grabfeld, Schweinfurt sowie die kreisfreie Stadt Schweinfurt. Umgesetzt wurde 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 war als Kooperationspartner im Steuerungsgremium Mitglied. Als wissenschaftliche Begleitung fungierte die Hochschule Coburg.

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

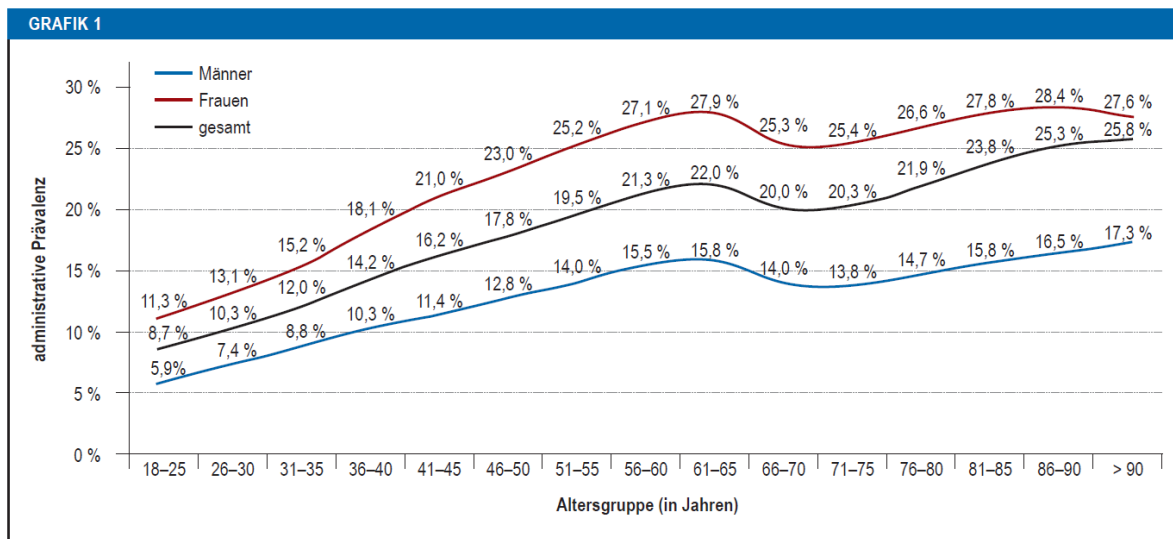
Gefördert wurde das Projekt durch das AOK Förderprogramm „Gesunde Kommune“.

Primärprävention bedeutet die Vorbeugung einer Erkrankung bei Menschen, die bis dato keinerlei Anzeichen dieser Erkrankung zeigen. Im Falle von „PräDepA“ ging 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“.

1.1 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.

1.2 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. Hierfür wurden insgesamt 5 Jour fixé Termine durchgeführt. Zudem gab es zwischen den Beteiligten zahlreiche Telefonate und Mail-Verkehr, um die jeweils aktuellen Entwicklungen abzusprechen.

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. Ebenso waren die jeweiligen Geschäftsstellenleitungen bei den Arbeitsgruppen vertreten und an der Vorbereitung beteiligt.

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

1.3 Öffentlichkeitsarbeit

Zu Beginn der Projektlaufzeit wurde ein gemeinsamer Fototermin von AOK und allen Projektbeteiligten zur Übergabe des Förderbescheides organisiert. Begleitend hierzu erschien ein Presstext in den Lokalzeitungen. Der Start des Projektes wurde ebenso im monatlich erscheinenden Newsletter der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main-Rhön sowie auf der Homepage der Diakonie Schweinfurt veröffentlicht. Auf den Webseiten der einzelnen GesundheitsregionenPlus wurde eine Unterseite für die Information über das Projekt angelegt. Des Weiteren wurde die bisherige Arbeit des Projektes bei den jährlich stattfindenden Gesundheitsforen der GesundheitsregionenPlus vorgestellt. Im Rahmen der in 2023 stattgefundenen Senioren-Workshops gab es vereinzelte Veröffentlichungen in den Lokalzeitungen. Ebenso wurde ein Pressebericht Anfang Januar 2024 veröffentlicht, der die Projektergebnisse präsentierte. Auf die Veröffentlichungen erfolgten in aller Regel Anrufe bei der Projektkoordination, meist waren dies jedoch Angehörige oder Betroffene, die sich nach Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten erkundigten. Wie im Verlauf des Projektes noch häufiger, konnte auch hier beobachtet werden, dass der Begriff der Prävention für die Bevölkerung ein weitgehend abstrakter bleibt.

2 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.

2.1 Ziel 1: Gezielte Bestandsanalyse bisheriger Angebote

Die Bestandsanalyse sollte den aktuellen Stand von präventiv wirksamen Angeboten im Projekteinzugsgebiet ermitteln sowie die Angebote auf Zielgruppentauglichkeit prüfen.

2.1.1 Teilziel: Identifikation evidenzbasierter Maßnahmen im Hinblick auf Depression im Alter

Um einen Überblick über evidenzbasierte Maßnahmen zur Depressionsprävention zu gewinnen, wurde durch die Hochschule Coburg in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt. Im Hinblick auf die Zielgruppe „65+“ zeigte sich, dass wenig spezifische Literatur existiert. Im englischsprachigen Raum wird vor allem auf den Risikofaktor Einsamkeit und die Möglichkeiten der Prävention eingegangen („Befriending“).

2.1.1.1 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)

2.1.2 Teilziel: Identifikation bestehender Akteure und Angebote

Hier wurde durch die Hochschule Coburg mittels Internetrecherche 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. Als klassisches Beispiel sei hier etwa der „Seniorenachmittag“ der (Kirchen-) Gemeinde genannt, der durch soziale Teilhabe Einsamkeit entgegenwirkt. Des Weiteren wurden relevante Akteure aus den bestehenden Netzwerken der Gesundheitsregionen^{Plus} sowie der Gerontopsychiatrischen Vernetzung Main-Rhön für einen (Mail-) Verteiler erfasst.

2.1.3 Teilziel: Befragung der bestehenden Akteure

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. Um die Netzwerkpartner zur Teilnahme am Fragebogen zu motivieren, wurde ein ausführliches Anschreiben vorbereitet, um das Vorhaben und die Verwendung der Daten zu erklären. Dieses wurde gemeinsam mit dem Link zum Online-Fragebogen per Mail versandt.

An der Umfrage nahmen ca. 65 Netzwerkpartner teil. Die Befragung wurde Mitte Oktober 2022 abgeschlossen.

2.1.4 Teilziel: Auswertung der Befragung

Im folgenden Abschnitt sind die Ergebnisse der Befragung kompakt zusammengefasst. Detaillierte Ausführungen finden sich im Evaluationsbericht der Hochschule Coburg im Anhang.

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. Positiv 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.

2.2 Ziel 2: Die Erreichbarkeit hochaltriger (alleinlebender) Personen erschließen

2.2.1 Teilziel: Literaturrecherche

Die Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen ist ein vielfach diskutiertes Thema. Mit dem besonderen Fokus auf kürzlich erschienene Publikationen wurde eine Literaturrecherche durch die Koordinationsstelle durchgeführt. Hierbei galt der Schwerpunkt dem Thema „Einsamkeit“, da hier pandemiebedingt viel aktuelle Forschung veröffentlicht wurde und wird. Die Literaturrecherche ergab sehr schnell eine deutliche Tendenz. Das Erreichen vulnerabler Menschen ist vor allem von einem Faktor abhängig: Direkte - auch mehrmalige - Ansprache durch eine Person, die vertrauensvoll erscheint.

2.2.2 Teilziel: Sammeln von Erfahrungen

Um das Ergebnis in Bezug auf Erreichbarkeit weiter zu festigen, fand ein reger Austausch mit Multiplikatoren statt. Hierbei ging es insbesondere darum, die Erfahrungen derjenigen zu sammeln, die sehr nah mit der Zielgruppe zusammenarbeiten. Dies sind beispielsweise Seniorenbeauftragte aus einzelnen Gemeinden oder Koordinator*innen von Nachbarschaftshilfen, seelsorgerischen Angeboten und Seniorennachmittagen. Der Tenor dieser Gespräche (in Form von Arbeitsgruppen und Einzelgesprächen in Telefonaten) stützt die Hinweise aus der Literatur. Dennoch wird deutlich, dass das Erreichen von stark sozial isolierten Senior*innen nur sehr schwer möglich ist. Unter anderem, weil es ein hohes Maß an zeitlichen und damit personellen Ressourcen zur wiederholten Ansprache bedarf. Dies gelingt nur in den sehr kleinräumigen Strukturen eines (wiederum kleinen) Quartiers.

2.2.3 Teilziel: Suche nach und Vernetzung mit gelingenden Beispielen

Da im weiteren Projektverlauf eine direkte „Befragung“ der Senior*innen geplant war, wurde im Vorhinein nach Projekten mit ähnlichem Vorgehen gesucht. Hierbei wurde sich auf Projektberichte fokussiert, die konkrete und gelungene Zugangswege beschreiben. Außerdem fand eine Vernetzung mit der Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern (KGC) statt. Hierbei stand die Frage im Fokus, wie die geplante „Befragung“ partizipativ erarbeitet und gestaltet werden kann.

Die Zusammenschau aller Ergebnisse trägt dazu bei, die Kernfaktoren für ein Erreichen der vulnerablen Zielgruppe zu kennen: Kontakt über Vertrauensperson, „aufsuchender“ Kontakt, bewältigbare Fragen stellen und positiv getönte Fragen, die eher die Fantasie anregen als dass sie einen auf das eigene Unglück zurückwerfen.

2.3 Ziel 3: Bedürfnisse und Bedarf der Zielgruppe identifizieren/Bedarfsanalyse

2.3.1 Teilziel: Identifikation von geeigneten Vertretern der Zielgruppe

Da die Partizipation der Zielgruppe der Hochaltrigen selbst aus unterschiedlichen Gründen schwierig zu erreichen ist, wurde versucht eine möglichst gute Vertretung dieser Zielgruppe zu generieren. Hier war es wichtig, Menschen zu finden, die eng mit den Senior*innen in den Gemeinden arbeiten und dadurch auch als Multiplikatoren dienen können. Zu diesem Zweck wurde zunächst ein sehr weitläufiger Mailverteiler erstellt, der alle möglichen relevanten Netzwerkpartner beinhaltet. Dies sind beispielsweise Seniorenbeauftragte, Organisator*innen von Nachbarschaftshilfen oder Besuchsdiensten, Quartiersmanager, die Kirchengemeinden sowie einzelne Vereine.

2.3.2 Teilziel: Austausch mit Multiplikatoren

Um den Austausch mit den Multiplikatoren und der Zielgruppe zu gewährleisten, wurden pro Gesundheitsregion^{plus} 5-6 Arbeitsgruppentreffen gestaltet. Die Treffen fanden zwischen September 2022 und September 2023 statt. Die Anzahl der Teilnehmenden lag dabei durchschnittlich je nach Region zwischen 15 und 25 Personen. Ziel der Treffen war es, aktuelle Ideen der Steuerungsgruppe vorzustellen und gemeinsam zu diskutieren und zu verändern. Auf Grundlage der gemeinsam getroffenen Entscheidungen in den Arbeitsgruppen wurde die Projektarbeit fortgeführt.

2.3.3 Teilziel: Sensibilisierung der Zielgruppen für das Thema Depression im Alter

Zu Beginn der Projektlaufzeit wurde pro Gesundheitsregion^{plus} eine Auftaktveranstaltung durchgeführt. Diese fanden im Juli 2022 statt. In dieser Veranstaltung wurden die Teilnehmenden grundlegend zum Thema Depression im Alter informiert. Hierbei wurden Risikofaktoren, Besonderheiten im Alter sowie momentane Barrieren bei der Behandlung von Depression im Alter angesprochen. Darüber hinaus wurde die Bedeutung von Prävention aufgezeigt sowie mögliche Ansatzpunkte diskutiert. Im Anschluss gab es Raum für erste Anregungen und Ideen aus dem Kreis der Teilnehmenden. Diese setzten sich zusammen aus Vertretern der lokalen Politik sowie kommunaler und sozialer Altenarbeit.

Über die Notwendigkeit der Sensibilisierung der Zielgruppe der Senior*innen wurde in den Arbeitsgruppen ausführlich diskutiert. Auf der einen Seite wurde eine grundlegende Aufklärung über Depression als ernstzunehmende Erkrankung befürwortet, auf der anderen Seite wurde eine große Scheu der Älteren wahrgenommen, sich mit dem Thema aktiv auseinander zu setzen. Es wurde entschieden in den Veranstaltungen zur Bedarfserhebung die Senior*innen „spielerisch“ an das Thema heranzuführen, ohne dabei den Fokus auf Wissensvermittlung zu legen. Die gewonnenen Erfahrungen aus der Bedarfserhebung zeigten, dass sich die Senior*innen sehr offen mit dem Thema auseinander setzten und häufig auch persönliche Erfahrungen teilten. Die vorab angenommene Scheu konnte in der Form nicht bestätigt werden.

2.3.4 Teilziel: Erarbeiten von Gelingensfaktoren und möglichen Maßnahmen

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 60 – 90 Minuten ein thematischer Einstieg sowie die Arbeit in Kleingruppen zur Ideenfindung umgesetzt werden soll. Einen besonderen Fokus wollte das Projekt allerdings auch auf die Gruppe der schwer zu erreichenden, sozial isolierten

Senior*innen legen. Diese sollten von Vertrauenspersonen in der Häuslichkeit aufgesucht werden.
Bedarfsanalyse

2.3.4.1 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.

2.3.4.2 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 (Bergrheinfeld, n = 5; Breitbrunn, n = 3; Grafenheinfeld n = 17; Niederwerrn, n = 3; Hammelburg, n = 7) durchgeführt werden.

2.3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die detaillierten Ergebnisse aus beiden Befragungsformaten sind dem Evaluationsbericht im Anhang zu entnehmen. Hier folgt eine kurze Zusammenfassung sowie die Ableitung für die Praxis.

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 darstellte. Kulturelle und intellektuelle Inspiration, Aufgeschlossenheit und Impulse von außen sind wesentlich, um erfolgreich zu altern. Diese Sichtweise teilten sowohl die älteren Teilnehmenden der Senioren-Workshops als auch die tendenziell sozial isolierten Senior:innen. Für einen schönen Tag wünschten sich diese mehrheitlich nach draußen zu können und Impulse zu erhalten. Es wurde 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 galt 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* wurde klar, dass Glaube, Spiritualität und das Streben nach Ruhe gleichrangig bewertet werden.

Von allen Senior:innen wurde *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 wurde 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 lag hier eine Stichprobenverzerrung nahe, die diesbezüglich wohl nicht repräsentativ ist.

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

Infrastrukturelle Faktoren waren deutlich wichtiger für die nicht isolierten Älteren und spielten eine Rolle im Hinblick auf die Nahversorgung und Strukturen der Gesundheitsversorgung. Wohnen und Soziales sowie Pflege waren nachrangig. Auch hier wird deutlich, dass die Stichprobe unter Umständen durchaus noch zu den eher Rüstigen gehört. Gleichmaßen wurde das Thema Pflege von den schwer Erreichbaren in ihrer Häuslichkeit ebenso nur vereinzelt thematisiert. Wenn es allerdings thematisiert wurde, so wurden Ängste und Abhängigkeiten von Hilfeleistungen sehr stark deutlich. *Spezifische Hilfsangebote* wurden 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 wurde, 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.

3 Nachhaltigkeit im Sinne einer zweiten Förderphase

Nach Abschluss der Projektlaufzeit wird eine zweite Förderphase angestrebt. Diese soll sich auf den Zeitraum 2024 – 2026 beziehen. Der Antrag hierzu wurde Anfang März 2024 eingereicht.

Folgende Maßnahmen wurden aus den Ergebnissen der ersten Projektphase abgeleitet und können Inhalt der weiteren Förderphase sein.

3.1 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.

- Vortragsreihe für Senior*innen
- Multiplikatorenschulungen für Anbieter der Seniorenarbeit inkl. Handlungsempfehlung
- Kommunen-Selbsttest zum Thema „Stärkung der seelischen Gesundheit in der Kommune“

3.2 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 2 „Körper und Geist stärken“ widmet sich hingegen Themen wie Resilienzförderung, dem Umgang mit Schmerzen und der Bewegungsförderung im Alltag.

4 Erfolgsfaktoren und Barrieren

4.1 Einbindung der Zielgruppen

Die Einbindung der Zielgruppen in die Arbeitsphase des Projektes gelang unterschiedlich gut.

Auf Seite der Multiplikator*innen bestand ein großes initiales Interesse an der Arbeit des Projektes. Insbesondere das Thema Einsamkeit beschäftigt viele der in der Seniorenarbeit Tätigen, sodass hier ein hohes Maß an intrinsischer Motivation vorhanden ist. Die vier Landkreise sowie die Stadt Schweinfurt sind in ihren Strukturen unterschiedlich. In erster Linie engagieren sich die Kommunen im Projekt, in denen Seniorenarbeit und Nachbarschaftshilfe gut aufgestellt sind und gelebt werden. Hier erwiesen sich die bereits vorhandenen Netzwerke der Steuerungsgruppenmitglieder als sehr hilfreich, um passende Kooperationspartner anzusprechen.

Ebenfalls miteingebunden werden konnten Vertreter aus unterschiedlichen Bereichen wie z.B. den Fachstellen für pflegende Angehörige, den Gesundheitsämtern, den Seniorenämtern, den Sozialpsychiatrischen Diensten und zu Teilen auch der ambulanten Pflegedienste, Psychotherapeut*innen und niedergelassenen Ärzte. Dies war von Vorteil, um insbesondere in der ersten Phase des Projektes möglichst viele Perspektiven miteinzubinden.

Dennoch muss angemerkt werden, dass insbesondere die dauerhafte Beteiligung von medizinisch-versorgenden Strukturen (Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Therapeuten) schwierig ist. Dies ist in erster Linie den kaum vorhandenen Zeitressourcen der Versorgenden zu schulden. Zudem ist insbesondere im Bereich der Psychotherapeut*innen nach Meinung der Projektkoordination keine gute Informationsweitergabe möglich. Nach einigen Gesprächen wurde hier deutlich, dass bis auf die Bayerische Psychotherapeutenkammer keine regionalen Netzwerke vorhanden sind, die der gezielten Ansprache dienen könnten.

Auch die Einbindung bereits bestehender Anbieter von Präventionsangeboten gelang nur sehr vereinzelt. Grund war hier zum Einen die organisatorische Problematik des „sie Erreichens“. In den gängigen Datenbanken sind alle Präventionsanbieter gelistet, aber es erfordert extrem viel Aufwand,

Mailadressen etc. einzeln herauszusuchen. Zudem gab es auf Kontaktaufnahme durch die Projektkoordination nur zwei interessierte Rückmeldungen.

Die Einbindung der Senior*innen selber war in der ersten Phase des Projektes vor allem durch die Multiplikatoren gegeben, die selbst älter als 60 sind und somit auch der primären Zielgruppe angehören. Diese konnten direkte und sehr wertvolle Einblicke in die Lebenswelt und den Alltag der Senior*innen bieten. Die Senior*innen, die als „hard-to-reach“ definiert werden können, konnten in der ersten Phase des Projektes nicht eingebunden werden. Dies liegt zum einen daran, dass sowohl die Identifizierung als auch die darauffolgende Ansprache dieser Personen sehr viel Zeit erfordert. Zum anderen ist dies nur in sehr kleinräumigen Strukturen möglich, was sich im Rahmen eines landkreisübergreifenden Projektes als schwer umsetzbar erweist. Die Kooperation mit den Seniorennachmittagen wurde als sehr wertvoll bewertet, hier gelang ein sehr direkter Zugang zu 315 Senior*innen, die sich in der geschätzten Altersspanne zwischen 65 – 90 Jahren befanden. Dies zeigte, dass es von Vorteil ist, als Projekt dorthin zu kommen, wo sich die Zielgruppe aufhält und sie nicht zu „Extra-Terminen“ einzuladen. Insbesondere die mangelnde Mobilität konnte so entschärft werden und auch kleine, sehr ländlich gelegene Kommunen eingebunden werden.

4.2 Verständnis des Begriffes „Arbeitsgruppe“

Zu Beginn der Projektarbeit hatte sich die Projektkoordination bewusst entschieden, die Zusammentreffen mit den Multiplikator*innen im Projektverlauf als „Arbeitsgruppen“ zu bezeichnen und dementsprechend einzuladen. Ein Teil der Teilnehmenden kam (dennoch) mit der Idee einer Vortragsveranstaltung zu den Treffen. Einige hatten infolgedessen eher die Erwartung, während der Arbeitsgruppe fachliches Wissen zu Depression im Alter und insbesondere „Tipps und Tricks“ der Prävention kennenzulernen. Es war außerdem zu beobachten, dass einige Teilnehmende gerne nur zu vereinzelt Treffen kamen, um aktuellen Informationen zu bekommen. Zu einer konstanten Mitarbeit am Projektprozess waren sie nicht bereit (meist aus mangelnden Zeitressourcen).

Insgesamt waren die Erwartungen und Vorstellungen der einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder an die Treffen und an die Koordination durchaus unterschiedlich. Ein Grund könnte sein, dass einige Teilnehmende die Information zur Einladung durch Dritte weitergeleitet bekommen, ohne den originalen Einladungstext oder die Tagesordnung gelesen zu haben. Des Weiteren war der Erfahrungshorizont in Bezug auf Arbeitsgruppen als Format bei den Teilnehmenden sehr unterschiedlich. Dies verlangte von der Projektkoordination als Arbeitsgruppenleitung viel Kommunikation sowie Zeitmanagement in Bezug auf die Redeanteile aller Beteiligten. Im Verlauf des Projektprozesses hat sich eine gute Diskussionskultur entwickelt, sodass auch abseits der Arbeitsgruppentreffen mit Fragen, Anmerkungen und Ideen an die Projektkoordination herantreten wurde.

4.3 Verständnis des Begriffes „Prävention“

Ein zusätzliches Problem bildete der Begriff der Prävention, im engeren Sinne der Primärprävention. Immer wieder wurde in den Diskussionen der Arbeitsgruppen über mangelnde Versorgung der aktuell Erkrankten und ihrer Angehörigen gesprochen. Einigen Teilnehmenden fiel es sehr schwer, sich auf die Frage „Was braucht es zur Verhinderung von Depression“ einzulassen. Gerne wurde sich zudem auf das Thema Einsamkeit fokussiert, verbunden mit der Frage der Erreichbarkeit einsamer Senior*innen. Hier war eine häufige Rückführung zum eigentlichen Thema durch die Projektkoordination erforderlich. Eventuell hätte eine positive Formulierung der Frage „Was ist erforderlich für ein seelisch gesundes Altern“ diese Schwierigkeit behoben.

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 350 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 from 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>