



Impulspapier zur Diskussion über Maßnahmen und Handlungsempfehlungen zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter

Autorinnen/Autor

Prof. Dr. Andrea Kuhlmann, Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Fachbereich Heilpädagogik und Pflege; Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund

Prof. Dr. Maike Luhmann, Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Psychologie, Institut für Gesundheit und Entwicklung, Arbeitseinheit Psychologische Methodenlehre

Prof. Dr. Claudia Müller, Universität Siegen, Wirtschaftsinformatik und Neue Medien, IT für die alternde Gesellschaft; Careum Hochschule Zürich: Forschungsprogramm „Ageing at home“

Dr. Matthias Romppel, Dr. Nicole Rosenkötter, Dr. Brigitte Borrmann, Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesundheitsdaten, Versorgungsstrukturen, Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Isolation/ Einsamkeit/ Teilhabe	4
2.1	Beschreibung	4
2.2	Ziele	8
2.3	Mögliche Maßnahmen.....	9
3	Seelische Gesundheit pflegender Angehöriger	12
3.1	Beschreibung	13
3.2	Ziele	16
3.3	Mögliche Maßnahmen.....	16
3.4	Gelungene Beispiele aus der Praxis	18
4	Digitale (Gesundheits-) Kompetenz älterer Menschen	19
4.1	Beschreibung	19
4.2	Ziele	23
4.3	Mögliche Maßnahmen.....	24
5	Ausblick und nächste Schritte	26
6	Literaturverzeichnis	27

1 Einleitung

Mit der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein Westfalen wird die Absicht verfolgt, Maßnahmen, Programme und Strukturen der Zusammenarbeit an der fachübergreifenden Idee von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ zu orientieren. Auf aktueller Datenbasis und durch Erfahrungen werden konkrete Handlungserfordernisse und entsprechende Empfehlungen formuliert. Themenschwerpunkt der Landesinitiative ist für einen ca. dreijährigen Zeitraum die „Förderung der seelischen Gesundheit“. Der Gesamtprozess gliedert sich in die drei Themenbereiche: Frühe, mittlere und späte Lebensphase. Um für die späte Lebensphase einen Dialogprozess zu initiieren, wurde die Arbeitsgruppe (AG) „Seelische Gesundheit im Alter“ eingerichtet, die in einer ersten Arbeitsphase zwei Schwerpunktthemen zur Konkretisierung vereinbart hat, die in der Corona-Krise noch an Bedeutung gewonnen haben: „Isolation, Einsamkeit, Teilhabe“ und „Seelische Gesundheit pflegender Angehöriger“. Ein weiteres Thema, die „Digitale (Gesundheits-) Kompetenz älterer Menschen“, wurde von der Arbeitsgruppe ebenfalls aufgegriffen, da digitalen Lösungen aufgrund der aktuellen Pandemie ein besonderer Stellenwert beigemessen wird. Zu allen drei Schwerpunktthemen werden in einem partizipativen Prozess Handlungsempfehlungen zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter entwickelt.

Anliegen dieses Impulspapiers ist es, die gesundheitsförderliche Lage und Ansätze für Prävention und prioritäre Handlungsbedarfe in der Gesundheitsförderung darzustellen und einzuschätzen. Hierfür konnten Expertinnen und Experten gewonnen werden, die in die Thematik einführen und Maßnahmen und Ziele formulieren. Das Papier wird über die Homepage der Landesinitiative der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und soll zur Diskussion anregen. Ziel ist es, mit möglichst zahlreichen Akteurinnen und Akteuren aus den betreffenden Fachgebieten in Kontakt zu treten und auf Grundlage dieser Impulse in den Austausch zu kommen.

2 Isolation/Einsamkeit/Teilhabe

Als Risikogruppe sind ältere Menschen während der Corona-Pandemie besonders aufgefordert, sich physisch zu isolieren. Diese Empfehlung wird für die ältere und verstärkt hochaltrige Bevölkerungsgruppe bis zur Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten und dem Einsatz von Impfstoffen weiter bestehen bleiben, auch wenn die gesamtgesellschaftlichen Isolationsmaßnahmen und Kontakteinschränkungen, je nach Infektionslage, zeitweise gelockert werden konnten. Aufgrund der besonderen infektiologischen Risiken gilt dies sogar noch einmal verstärkt für Personen in stationären/teilstationären Einrichtungen. Die klassischen Handlungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel die Förderung sozialer Kontakte, greifen nur bedingt. Es gilt also, die Auswirkungen der objektiven sozialen Isolation und der damit oft verbundenen subjektiv wahrgenommenen Einsamkeit und verringerter gesellschaftlicher Teilhabe ganz gezielt und innovativ in den Blick zu nehmen.

2.1 Beschreibung

In Nordrhein-Westfalen wohnten im Jahr 2017 38,6 % der 65- bis unter 80-Jährigen allein. Das ist ein etwas geringerer Teil als in der Bevölkerung insgesamt (40,6 Prozent). Hochaltrige leben allerdings häufiger allein: Bei 58,0 % der Haushalte, in denen 80-Jährige und Ältere leben, handelt es sich um Einpersonenhaushalte.

In Einpersonenhaushalten wohnen deutlich häufiger ältere Frauen als Männer. Von den Männern im Alter zwischen 65 und 80 Jahren wohnen 16,2 % in einem Einpersonenhaushalt, von den Frauen dagegen 30,6 %. Bei den 80-Jährigen und Älteren sind 22,6 % der Männer alleinlebend, bei den Frauen sind es über die Hälfte (52,6 %) (Altenbericht 2020, MAGS NRW, S. 32).

Alleinleben im Alter ist nicht grundsätzlich mit Einsamkeit assoziiert, kann jedoch bei abnehmender (außerhäuslicher) Mobilität und Teilhabe, zum Beispiel infolge krankheitsbedingter Einschränkungen oder ausgedünnter sozialer Netzwerke im höheren Lebensalter, die Risiken für soziale Isolation und Einsamkeit erhöhen.

Ältere Menschen sind im besonderen Maße von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen (Luhmann & Bücken, 2019). Unter sozialer Isolation (auch: objektive soziale Isolation) versteht man allgemein einen objektiven Mangel an sozialen Kontakten und Beziehungen. Als Indikatoren für soziale Isolation werden meist Haushaltsgröße und Familienstand herangezogen. Allgemein nimmt der Anteil an Menschen, die alleine leben, mit steigendem Alter zu und ist für Frauen deutlich größer als für Männer. In der Altersgruppe 80+ sind über die Hälfte der Frauen verwitwet und leben alleine (Statistisches Bundesamt, 2015).

Einsamkeit (auch: subjektive soziale Isolation) bezieht sich dagegen auf einen wahrgenommenen Mangel an erfüllenden sozialen Beziehungen (Peplau & Perlman, 1982) und ist mit negativen Gefühlen/Bewertungen behaftet (Böger & Huxhold 2014, 10). Soziale Isolation grenzt sich davon ab und umfasst objektiv feststellbar geringe oder fehlende soziale Kontakte/Beziehungen, wobei dieser Mangel subjektiv nicht zwingend negativ bewertet werden muss (ebd.).

Nach Angaben des Deutschen Alterssurveys (DEAS) ist die Prävalenz der Einsamkeit bei Älteren (45-84 Jahre) von 8,6 % (2008) auf 9,2 % (2017) leicht gestiegen. Bezogen auf die deutsche Gesamtbevölkerung waren 2017 ca. 3,5 Mio. ältere Menschen (45-84 Jahre) von Einsamkeit betroffen. Einsamkeit nimmt jedoch nicht fortlaufend mit dem Alter zu, sondern stellt sich in den verschiedenen Altersgruppen vielmehr differenziert dar. Eine Zunahme der Einsamkeit ist in der Altersgruppe „frühes/mittleres Erwachsenenalter“ (45-54 Jahre) feststellbar, die mit 11 % (2017) die höchste Prävalenzrate aufweist (2008: 9,6 %). Demgegenüber zeigt sich für die Einsamkeit im höheren Alter ein abnehmender Trend. So wurde für das höhere Alter (75-84 Jahre) mit 7,5 % (2017) die geringste Prävalenzrate ausgewiesen (2008: 9,9 %) (Huxhold et al., 2019, 4).

Soziale Isolation und Einsamkeit sind zwar korreliert, beschreiben jedoch unterschiedliche Phänomene: Viele alleinstehende Menschen haben zwar objektiv weniger soziale Kontakte und verbringen viel Zeit alleine, leiden aber nicht darunter. Umgekehrt gibt es auch Menschen, die zwar viele Kontakte haben, aber trotzdem unter Einsamkeit leiden.

Einsamkeit ist keine Krankheit und kann daher nicht eindeutig diagnostiziert werden. Zudem gibt es keine einheitlichen Standards für die Messung von Einsamkeit in wissenschaftlichen Studien. Dadurch sind Schätzungen zur Prävalenz von Einsamkeit über verschiedene Studien hinweg nur schwer zu vergleichen. Eine Auswertung verschiedener Erhebungen in Deutschland ergab, dass der Anteil derjenigen, die sich häufig einsam fühlen, bei den Hochaltrigen bei ca. 5-10 % liegt und der Anteil derjenigen, die sich manchmal oder öfter einsam fühlen, bei ca. 15-20 % (Buecker et al., 2019). Für jüngere Ältere sind diese Zahlen deutlich niedriger. In einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe war die Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen sogar diejenige, die von allen Altersgruppen die geringsten Einsamkeitswerte aufwies (Luhmann & Hawkey, 2016).

Hochaltrige sind also in besonderem Ausmaße von Einsamkeit betroffen. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass Risikofaktoren für Einsamkeit in dieser Altersgruppe häufiger erfüllt sind als in jüngeren Altersgruppen. Risikofaktoren für Einsamkeit sind u.a. objektive soziale Isolation (verwitweter

Familienstand, Ein-Personen-Haushalt; s.o.), kleinere soziale Netzwerke, geringerer sozioökonomischer Status (insbesondere geringes Einkommen), sowie funktionelle und gesundheitliche Einschränkungen. Keine systematischen Effekte scheint es dagegen für siedlungsstrukturelle Merkmale (zum Beispiel fußläufige Erreichbarkeit von Nahverkehr, Ärztinnen, Ärzten oder Freizeiteinrichtungen) zu geben.

Im Altersverlauf zeigen sich zudem geschlechtsspezifische Unterschiede: Während das Einsamkeitsrisiko der Männer im mittleren Lebensalter höher liegt als das Risiko der Frauen, zeigt sich ab dem Rentenalter eine gegenläufige Entwicklung: Im hohen Alter sind mehr Frauen als Männer von Einsamkeit betroffen (Huxhold & Engstler 2019, 79). Auch das Risiko sozialer Isolation ist zwischen den Geschlechtern unterschiedlich verteilt. Ausgehend von einem geringen Isolationsrisiko (ca. 4 %) für beide Geschlechter zu Beginn des mittleren Erwachsenenalters (40 Jahre), ist ein Anstieg des Risikos auf durchschnittlich 22 Prozent bei den Hochbetagten festzustellen. Das Isolationsrisiko steigt bei den Frauen jedoch im Altersverlauf bis zum höheren Alter (75 Jahre) in geringerem Maße an als bei den Männern (Huxhold & Engstler 2019, 77f.) Systematische Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es insofern, als dass Frauen besonders in der Altersgruppe 80+ häufiger unter Einsamkeit leiden als Männer. Dies ist aber vor allem mit der höheren Lebenserwartung von Frauen zu erklären, wodurch es generell mehr Frauen gibt, die verwitwet sind und alleine leben als Männer.

Infolge der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge ist mit dem demografisch bedingten Anstieg der Gesamtzahl älterer Menschen davon auszugehen, dass die Anzahl einsamer älterer Menschen zukünftig zunimmt, auch wenn die Prävalenzraten in höheren Altersgruppen rückläufig sind (Huxhold et al., 2019, 5). Es gibt derzeit keine Hinweise darauf, dass die Prävalenzrate für Einsamkeit in Deutschland zunimmt (Orth & Eyerund, 2019).

Durch den demographischen Wandel wird jedoch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen insgesamt wachsen. Dies bedeutet, dass selbst bei gleichbleibender Prävalenz die absolute Zahl an Personen, die unter sozialer Isolation und Einsamkeit leiden, zunehmen wird. Dies ist u.a. deswegen bedenklich, da soziale Isolation und Einsamkeit mittelfristig die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen beeinträchtigen können. So zeigen verschiedene Studien, dass Einsamkeit einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen ist (Luo et al., 2012). Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und Schlafstörungen (Ong et al., 2016) und verminderten kognitiven Fähigkeiten (Shankar et al., 2013) festgestellt. Zudem hängen soziale Isolation und Einsamkeit auch mit

körperlichen Beeinträchtigungen (zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen) sowie einer verringerten Lebenserwartung zusammen (Holt-Lunstad et al.2015).

Insgesamt zeigen die Befunde des DEAS auf, dass die Mehrheit der älteren Bevölkerung nicht von Isolation/Einsamkeit betroffen ist (Huxhold & Engstler 2019, 84-86). Weitere Ergebnisse des DEAS legen zudem die Vermutung nahe, dass die mit der Veränderung sozialer Netzwerke (u.a. infolge von Scheidung, Kinderlosigkeit) ggf. verbundenen Risiken für Isolation/Einsamkeit (zukünftig) durch Freundschaften kompensiert werden könnten, da diese für Ältere zunehmende Bedeutung besitzen (Huxhold & Engstler 2019, 84-86).

Auch wenn die Verbreitung von Einsamkeit und sozialer Isolation in der älteren Bevölkerung somit eher gering ausfällt, sind diese Themen – auch bereits vor der pandemiebedingten Begrenzung sozialer Kontakte – mehr und mehr in der Bevölkerung präsent und es zeigt sich gesamtgesellschaftlich eine stärkere Aufmerksamkeit und Offenheit (Lippke et al., 2019). Zudem geben diese Befunde keinen Anlass zur Entwarnung, denn Ältere mit Isolations- und Einsamkeitserfahrungen können emotional (stark) belastet sein, was mit erheblichen psychischen wie physischen Gesundheitsrisiken und daraus ggf. resultierenden gesundheitlichen Einschränkungen einhergehen kann (Huxhold & Engstler 2019; Lippke et al., 2019). Aktuell haben sich mit der Covid-19-Pandemie infolge der Kontakteinschränkungen Einsamkeits- und Isolationsrisiken insbesondere alleinlebender Älterer zusätzlich verschärft (Kemptner & Marcus 2020). Gerade für diese vulnerable Gruppe Älterer ist zu befürchten, dass mit der Begrenzung beziehungsweise dem Ausbleiben sozialer Kontakte negative Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden (u.a. Depressivität, Einsamkeit) einhergehen können. Zu beachten ist ferner, dass der pandemiebedingte Rückzug und das Verschieben von oder der Verzicht auf Aktivitäten und (gesundheitsbezogene) Angebote und Dienstleistungen auch weitere Risiken der Unterversorgung begünstigen kann (u.a. verspätete Diagnostik, Behandlung von Erkrankungen) (DGGG 2020, 5).

2.2 Ziele

Psychische Erkrankungen im Alter sind oftmals noch stark tabuisiert und die seelische Gesundheit Älterer bislang selten explizites Ziel gesundheitsfördernder Maßnahmen. Wichtige, weiter auszubauende Ansatzpunkte für die Stärkung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit älterer Menschen werden daher u.a. in folgenden Bereichen gesehen (BMG 2012, 83ff):

- Optimierung der allgemeinen Informationen zur Erhaltung und Stärkung psychischer Gesundheit sowie Vermittlung grundlegender Erkenntnisse zur Prävention psychischer Störungen (u.a. Bedeutung der sozialen Kontakte, Zusammenhang von Inaktivität und Depression) für ältere Menschen und ihre Angehörigen;
- Zugang zu adäquaten Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten für Ältere und ihre Angehörigen fördern (u.a. niedrigschwellige Beratung, Psychotherapie, medikamentöse u. nichtmedikamentöse Therapie, Rehabilitation);
- Förderung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten;
- Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen zum Thema psychische Gesundheit sowie zur frühzeitigen Erkennung und zum Umgang mit psychischen Erkrankungen im Alter verbessern (Fort- und Weiterbildungen; Anwendung von Kurz-Assessments; Vernetzung der Berufsgruppen).

Eine Initiative gegen soziale Isolation und Einsamkeit sollte die folgenden Ziele anstreben:

1. Stigma reduzieren und Dialog starten. Viele einsame Menschen scheuen sich davor, offen über ihre Einsamkeit zu sprechen und Hilfe zu suchen, zum Beispiel weil sie nicht zugeben möchten, dass sie unter Einsamkeit leiden, oder weil sie niemandem zur Last fallen möchten. Um einsame Menschen erreichen zu können, muss daher das mit Einsamkeit verbundene Stigma abgebaut und ein öffentlicher, partizipativer Dialog ermöglicht werden.
2. Zielgruppenspezifische Hilfsangebote identifizieren, vernetzen und kommunizieren. Einsamkeit ist ein Thema, das fast allen begegnet, die beruflich, ehrenamtlich oder privat mit älteren Menschen zu tun haben. Es gibt daher viele Menschen in Nordrhein-Westfalen, die sich bereits damit beschäftigen, wie man einsamen Menschen helfen kann. Derzeit besteht jedoch noch wenig Möglichkeit zum Austausch dieser Ideen. Ein Ziel ist daher, einen systematischen Überblick über bereits bestehende Hilfsangebote zu entwickeln, Ansprachestrategien zu verbessern, die verschiedenen Anbieter miteinander zu vernetzen und Hilfsangebote und

Best Practice-Beispiele gebündelt und gezielt zu kommunizieren (zum Beispiel über eine Website, über Seniorenbüros oder Hausärztinnen und Hausärzte).

3. Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit wissenschaftlich begleiten und gezielt fördern. Es gibt zwar viele Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit, besonders für ältere Erwachsene, jedoch ist bei den meisten Maßnahmen völlig unklar, ob und warum diese effektiv sind, da diese fast nie wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Hier besteht Forschungsbedarf, damit in Zukunft besonders die Maßnahmen gezielt gefördert werden können, die sich bewährt haben.
4. Sensibilisierung der (älteren) Bevölkerung sowie der professionell wie ehrenamtlich Tätigen. Ferner sollte die (ältere) Bevölkerung für die Themen Einsamkeit und soziale Isolation weiter sensibilisiert und über Risiken und Folgen informiert werden. Von Einsamkeit bedrohte und betroffene (ältere) Menschen müssen von Fachkräften der Sozialen Arbeit, der Pflege- und Gesundheitsberufe frühzeitig identifiziert und (aufsuchende/zugehende) Maßnahmen eingesetzt werden, um diese Menschen zu erreichen. Hier besteht Forschungs- und Entwicklungsbedarf, um Mitarbeitende in entsprechenden Diensten und Einrichtungen zu schulen, einfache Assessments anzuwenden und somit zur Früherkennung beizutragen. Darüber hinaus ist es im Sozialraum erforderlich, niedrigschwellige Vernetzungsstrukturen und Unterstützungsangebote zu etablieren.

2.3 Mögliche Maßnahmen

Evaluationsstudien (z. B. Cohen-Mansfield & Perach, 2015; Masi et al., 2011) zeigen, dass Maßnahmen gegen Einsamkeit eher effektiv sind, wenn sie (a) theoretisch fundiert sind, (b) auf verschiedene Zielgruppen zugeschnitten werden können, (c) gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt wurden und (d) durch Profis durchgeführt werden. Inhaltlich sind Maßnahmen, die geringe (maladaptive) Denkmuster verändern (zum Beispiel kognitive Verhaltenstherapie als eine Form der Psychotherapie) am effektivsten. Diese Art von Maßnahmen ermöglichen es den Betroffenen, ihre soziale Isolation umzudeuten, dass sie weniger stark darunter leiden. Dies ist besonders dann sinnvoll, wenn die objektive soziale Isolation nur schwer zu verändern ist, zum Beispiel wenn sie durch Verwitwung oder Krankheit entstanden ist. Auch Maßnahmen, die auf den Aufbau und die Stärkung sozialer Netzwerke abzielen, haben sich bewährt (zum Überblick, siehe Terwiel & Wolff, 2019). Hier geht es meist darum, die Betroffenen mit anderen Menschen zusammenzubringen, idealerweise mit Menschen, die ähnliche Interessen oder Bedürfnisse haben. Viele Maßnahmen gegen Einsamkeit zielen auf die emotionale Unterstützung der Betroffenen ab, zum Beispiel Besuchsdienste und Sorgentelefone. Diese

Maßnahmen können helfen, das akute Leiden zu mindern, sind jedoch meist nicht in der Lage, die Ursache der sozialen Isolation und Einsamkeit selbst zu bekämpfen. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist wissenschaftlich noch nicht ausreichend evaluiert.

Weitere mögliche Maßnahmen:

- Mittel- bis langfristig sind Präventions- und Interventionsmaßnahmen erforderlich, die gesamtgesellschaftlich zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Themas „Einsamkeit im Alter“ beitragen und negative Altersbilder (im Sinne „alt gleich einsam“) entkräften beziehungsweise nicht weiterbefördern (Huxhold & Engstler 2019, 84-86).
- Individuelle Risiken sozialer Isolation und Einsamkeit sind frühzeitig zu identifizieren, damit passgenaue, individuelle Maßnahmen getroffen werden können.
- Darüber hinaus sind pandemiebedingt weitere kurzfristige Maßnahmen erforderlich, die zu einer Verringerung sozialer Isolation besonders vulnerabler Gruppen Älterer beitragen können; gefragt sind u.a. die Entwicklung zusätzlicher Zugangswege zum Beispiel durch Bring-Strukturen oder lokale Notrufnummern und „Nothilfe Teams“ zur Sicherstellung sozialer Teilhabe in krisenhaften Situationen (DGGG 2020, 4). An die Nothilfe können sich nicht nur ältere Menschen selbst, sondern auch Angehörige und alle, die auf Notlagen aufmerksam geworden sind, wenden.

Gelungene Beispiele aus der Praxis

Beispielhaft werden zwei Projekte vorgestellt, die einen Beitrag zur Prävention und Intervention von Einsamkeitserleben im Alter leisten können. Neben der Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie für ältere mehrfacherkrankte Menschen mit starken Mobilitätseinschränkungen sind zugehende Ansätze u.a. unter Einbezug von Peer-to-Peer-Support erfolgversprechend.

Moderierte Videokonferenzen (Schmidt 2018)

Untersucht wurden Akzeptanz und Nutzung moderierter Videokonferenzen, die mit alleinlebenden älteren Mehrfacherkrankten durchgeführt wurden (Laufzeit 9 Monate, 3 Termine/Woche à 45 Min.). Die Moderation oblag Fachkräften u. a. der Pflege und Sozialen Arbeit. Die Videokonferenzen wurden von den älteren Teilnehmenden positiv bewertet, ein Nutzen wurde darin gesehen, dass

- ein leichter Zugang zu Austausch und (lokal relevanten) Informationen ermöglicht wurde (mit Fachpersonen, peers);
- Kontakte gepflegt werden konnten, trotz Mobilitätseinschränkungen;
- Aktivierungsangebote gemacht wurden (u. a. Gedächtnisübungen, Spiele, körperliche Übungen).

Mit dem Angebot konnten Partizipation und Teilhabe, der regelmäßige Austausch mit anderen und soziale Kontakte unterstützt und gefördert werden.

Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung (Bertermann et al., 2021)

Das Engagementprofil der ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitung (eGb) wurde im Projekt „Gesundheitszentrum Spork“ entwickelt, erprobt und evaluiert. Mittels aufsuchender Begleitung zielte es auf die Unterstützung (älterer), chronisch erkrankter Menschen bei der (Wieder-)Aufnahme gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Aufgabe der Freiwilligen war es, die Begleiteten

- für ein gesundes und aktives Älterwerden zu sensibilisieren,
- zu motivieren, Gesundheitsaktivitäten in den Alltag zu integrieren und
- in ihrem psychosozialen Wohlbefinden zu stärken.

Des Weiteren zeigten sie den Begleiteten lokale Angebote auf und halfen ihnen, individuelle Zugangsbarrieren abzubauen. Erfahrungen in der eGb und die Evaluation zeigen, dass mit diesem Ansatz insbesondere chronisch erkrankte (ältere) Menschen erreicht wurden, die zurückgezogen lebten und/oder zuvor nicht an gesundheitsfördernden (Gruppen-) Angeboten teilnahmen. Die eGb besaß einen hohen Stellenwert für das psychosoziale Wohlbefinden der Begleiteten und trug dazu bei, dem Einsamkeitserleben der Begleiteten zu begegnen.

3 Seelische Gesundheit pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige, insbesondere, wenn sie aufgrund des eigenen höheren Lebensalters selbst zur Risikogruppe gehören, stehen aktuell vor vielfältigen Herausforderungen, die auch die seelische Gesundheit stark belasten können. Sei es, dass sie die besonderen aktuellen Hygieneanforderungen in der Pflegesituation nur schwer – ohne entsprechende Schutzausrüstung – einhalten können, sei es, dass das ggf. ausländische Pflegepersonal derzeit nicht mehr einreisen kann und pflegerische Tätigkeiten nun verstärkt oder ganz – ggf. auch plötzlich und erstmalig – ohne Unterstützung durchgeführt werden müssen. Auch die aus diesen gestiegenen Belastungen in der häuslichen Pflegesituation resultierenden Gefährdungen für die seelische Gesundheit müssen besonders adressiert werden.

Mit 80,8 Prozent war 2017 der größte Teil der pflegebedürftigen Menschen in Nordrhein-Westfalen 65 Jahre und älter. Konkret waren zu diesem Zeitpunkt 204 133 Männer und 416 951 Frauen ab 65 Jahren pflegebedürftig. Der überwiegende Teil (74,7 Prozent) der älteren Pflegebedürftigen wird zu Hause versorgt. Über die Hälfte (65,2 Prozent) der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ab 65 Jahren wird ausschließlich von Angehörigen, also ohne die Hilfe ambulanter Pflegedienste, betreut. In den Altersgruppen von 65 bis unter 90 Jahren stellt die Pflege zu Hause durch Angehörige die häufigste Art der Versorgung dar (Altenbericht 2020, MAGS NRW).

Die Belastung der informell Pflegenden könnte sich durch verschiedene Faktoren während der Corona-Pandemie erhöht haben. Das entlastende Angebot der Tages- und Nachtpflege wurde vielerorts reduziert oder ganz eingestellt. Unterstützende Pflegekräfte, meist aus Osteuropa stammend und häufig nicht regulär beschäftigt, konnten vielfach nicht mehr einreisen und fehlten. Stationäre Pflegeeinrichtungen nahmen vorübergehend keine Neuzugänge auf oder wurden vielleicht auch aufgrund des als hoch eingeschätzten Ansteckungsrisikos nicht in Erwägung gezogen.

Die Sorge um die Ansteckungsgefahr für die gepflegten Angehörigen stellt eine zusätzliche Belastung für die Pflegenden dar. Noch mobilen Demenzkranken werden Maßnahmen wie beispielsweise Abstandsregelungen und Kontakteinschränkungen nicht gut zu erklären sein.

Es wird vermutet, dass in Fällen, in denen sich mehrere Personen die Pfl egetätigkeit teilen, die Anzahl der Pflegenden reduziert wurde, um das Infektionsrisiko zu senken, so dass die verbleibenden Pflegenden einen höheren Anteil der Pflegearbeit übernehmen müssen (Fischer & Geyer, 2020).

3.1 Beschreibung

Neben älteren Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen bedürfen informell Pflegende als weitere vulnerable Gruppe besonderer Beachtung. Die Belastungen pflegender Angehöriger sind bereits vielfach und gut untersucht; besondere Herausforderungen und Beanspruchungen sind für die häusliche Pflege von Menschen mit kognitiven Einschränkungen belegt (vgl. u.a. Zank et al., 2007). Für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zeigen sich im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdfürsorge in häuslichen Pflegearrangements unterschiedliche Auswirkungen auf das alltägliche Leben. Dabei können veränderte (familiäre) Beziehungen mit großen emotionalen Belastungen für die pflegenden Angehörigen einhergehen; auch die Abnahme außerfamiliärer Kontakte trägt dazu bei (Frewer-Graumann, 2020). Des Weiteren ist bekannt, dass verschiedene Belastungen in der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf begründet sind. Diese doppelte bzw. dreifache Anforderung wird unterschiedlich wahrgenommen. Während einige berufstätige informell Pflegende dies als gut abgrenzbare Bereiche neutral und/oder Synergien in der Vereinbarkeit erleben, kann die Doppel- bis Dreifachbelastung auch als erheblicher Konfliktpunkt angesehen werden. Dabei zeigt sich u. a., dass angespannte innerfamiliäre Beziehungen und Ungleichheiten in der Aufgabenteilung zwischen verschiedenen informell Pflegenden das Belastungserleben weiter steigern können. Dies kann auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit pflegender Angehöriger nach sich ziehen (Neubert et al., 2020). Neben pflegebedingten Herausforderungen, Rollenkonflikten und finanziellen Schwierigkeiten sind emotionale Belastungen als weitere mögliche Stressoren für informell Pflegende bekannt. Besonders in der Pflege von Menschen mit Demenz zeigt sich ein gesteigertes Einsamkeitserleben pflegender Angehöriger bis hin zur sozialen Isolation (Posch-Eliskases et al., 2015).

Obwohl das Belastungserleben pflegender Angehöriger gut untersucht ist, werden das Einsamkeitserleben und Risiken sozialer Isolation pflegender Angehöriger bislang noch nicht ausreichend berücksichtigt (Fringer & Arrer, 2018, 229). Gefühle der sozialen Isolation und Einsamkeit pflegender Angehöriger können im zeitlichen Verlauf der Pflegeübernahme zunehmen und sich verstärken. Dies wird von fortschreitender Erkrankung und Angewiesenheit des Pflegebedürftigen sowie durch Veränderungen und Belastungen in (familiären) Beziehungen begünstigt (Fringer, 2017 zitiert nach Fringer & Arrer, 2018, 229). Pflegende Angehörige können von sozialer Einsamkeit betroffen sein, die durch eine Abnahme sozialer Kontakte und Netzwerke (beruflich; soziales Umfeld Freunde/Nachbarschaft; familiär) gekennzeichnet ist (Fringer & Arrer, 2018, 231). Daraus kann im Pflegeverlauf sog. emotionale Einsamkeit entstehen. Kennzeichnend dafür ist ein Beziehungsverlust, der auf krankheitsbedingte Veränderungen des Pflegebedürftigen,

Entfremdung/fehlende Nähe in der Partnerschaft und Rollenumkehr zwischen Gepflegten und Pflegenden zurückgeführt werden kann (Fringer & Arrer, 2018, 232). Gehen mit der Verschlechterung der häuslichen Pflegesituation weitere Eingrenzungen der (eigenen) Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten des pflegenden Angehörigen einher, spricht man von existentieller Einsamkeit (ebd.). Soziale Isolation infolge des Verlusts persönlich bedeutsamer, sozialer Kontakte sowie ein andauerndes Exklusionserleben können die bereits bestehende Verletzlichkeit pflegender Angehöriger verstärken und persönliche Gesundheitsrisiken sowie das Eintreten eigener Erkrankungen erhöhen (ebd.). Dies kann die Tragfähigkeit des häuslichen Pflegearrangements beeinträchtigen und somit auch negative Auswirkungen auf die gesundheitliche und pflegerische Situation des pflegebedürftigen Menschen befördern.

Insgesamt stellt sich der Gesundheitszustand pflegender Angehöriger mit zunehmendem zeitlichem Umfang der Pflegeverpflichtung schlechter dar. So berichten informell Pflegende, die zwei oder mehr Stunden pro Tag Sorgearbeit leisten, häufiger als Nicht-Pflegende über einen „nicht guten“ allgemeinen Gesundheitszustand (RKI, 2015, 6); neben Rückenschmerzen werden starke seelische Belastungen als gesundheitliche Einschränkungen benannt (ebd.). Auch das Gesundheitsverhalten pflegender Angehöriger mit hohem Pflegeumfang stellt sich gegenüber Nicht-Pflegenden risikoreicher dar: informell Pflegende treiben weniger Sport; des Weiteren ist Rauchen bei informell Pflegenden häufiger festzustellen (ebd., 7). Eine aktuelle Studie bestätigt, dass Teilgruppen pflegender Angehöriger ein kaum ausgeprägtes Gesundheitshandeln aufweisen, was sich in Risikoverhalten und riskantem Gesundheitshandeln zeigt. Ausschlaggebend dafür ist u. a. fehlendes (Gesundheits-)Wissen und fehlendes Wissen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensgestaltung (Hampel, 2020). Auch wenn es einem Teil der informell Pflegenden mit (partiell) ausgeprägtem Gesundheitshandeln gelingt, gesundheitsförderliches Verhalten in die Häuslichkeit zu verlagern, kann damit das Risiko sozialen Rückzugs und weiterer sozialer Isolation einhergehen (ebd.).

Auch die aktuelle COVID-19-Pandemie führt dazu, dass pflegende Angehörige mit neuen Mehrbelastungen umgehen müssen. Diese zeigen sich u.a. in folgenden Aspekten, wobei pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz davon jeweils stärker betroffen sind (Eggert et al., 2020):

- Befürchtung, dass sich der pflegebedürftige Mensch mit dem Corona-Virus infiziert; dies zeigt sich insbesondere bei jüngeren informell Pflegenden (40-54 Jahre);
- pandemiebedingte Verschlechterung der persönlichen Pflegesituation;
- Schwierigkeiten in der Umsetzung von Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen (insbesondere Umstellung persönlicher Kontakte auf (Video-)Telefonie, Tragen einer (Alltags-)Maske/eines Mund-Nasen-Schutzes);
- Emotional starke Belastungen, u. a. Gefühle der Hilflosigkeit/Verzweiflung, Konflikte, Wut, Ärger, die u. a. infolge pandemiebedingt eingestellter Unterstützungsleistungen/Hilfestrukturen und damit veränderter Pflegesituationen entstehen (z. B. Ausfall der Tagespflege; Abnahme nachbarschaftlicher Hilfen; Reduktion ambulanter Pflege);
- Überforderung und Sorge, die häusliche Pflege nicht mehr bewältigen zu können, berichten knapp ein Viertel der Befragten (in der Pflege von Menschen mit Demenz trifft dies auf mehr als ein Drittel zu).

3.2 Ziele

- Emotionales Belastungserleben sowie innerfamiliäre angespannte Beziehungen pflegender Angehöriger identifizieren und diesen durch zielgruppenspezifische Angebote begegnen (u.a. familientherapeutische Angebote vgl. Neubert et al. 2020).
- Passgenaue, zielgruppenspezifische Angebote der Gesundheitsförderung schaffen, die das spezifische Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger berücksichtigen (Hampel 2020).
- Unterstützung einer Balance von Selbst- und Fremdfürsorge (vgl. Frewer-Graumann 2020) u. a. durch zielgruppenspezifische zeitlich flexible Entlastungsangebote.
- Potentiale der Pflegeselbsthilfe (zum Beispiel Angehörigengesprächskreise) ermitteln (vgl. Frewer-Graumann 2020).
- Ausbau bzw. (Re-)Stabilisierung von Unterstützungs- und Hilfeleistungen sowie psychosozialer Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige zur Überwindung pandemiebedingter Einschränkungen; darüber hinaus Angebote der Gewaltprävention (Eggert et al. 2020, DGGG 2020).
- Einbezug telemedizinischer und -pflegerischer Anwendungen zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements in (pandemiebedingten) Krisensituationen (Eggert et al. 2020).

3.3 Mögliche Maßnahmen

In einer Studie¹ des SOCIUM Forschungszentrums Ungleichheit und Sozialpolitik und des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Kooperation mit der DAK Gesundheit und dem Verein wir pflegen e. V. „Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie“ wurde untersucht, welche Auswirkungen die Pandemie auf pflegende Angehörige hat und wie sich Maßnahmen des „social distancing“ und höhere Hygieneanforderungen auf die informelle Pflege auswirken.

Dazu konnten über 1.000 informell pflegende Personen in Deutschland, die jünger als 67 Jahre sind und bei denen Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familien und Pflege vorkommen, per Onlinefragebogen zur Pflegesituation, zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und zu Veränderungen ihrer empfundenen Belastung durch Pflege sowie ihres Gesundheitszustands befragt werden. Die Ergebnisse der Befragung wurden im September 2020 in einem Schnellbericht veröffentlicht.

¹ https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht_Befragung_pflegerischer_Angewandter_Pflegeprint.pdf

Die Studienteilnehmenden hatte u.a. die Möglichkeit, eine Reihe vorgegebener (wünschenswerter) Maßnahmen zu bewerten. Die folgenden Maßnahmen wurden von den Befragten als „sehr hilfreich“ eingestuft:

1. Freie Verfügung über den Entlastungsbetrag von 125 €
2. Freistellungszeiten für Lohnfortzahlung
3. Versorgung mit Schutzmaterialien
4. Frei verfügbares Budget in Höhe der Tages- und Kurzzeitpflege
5. Flexible Arbeitszeiten
6. Ausweitung der Corona-Testungen
7. Home-Office

Weitere Maßnahmen, von denen sich die Teilnehmenden eine Erleichterung ihrer Situation versprechen sind u.a. telefonische Beratungsangebote, Arbeitszeitreduzierung, Ausweitung digitaler Unterstützungs- und Beratungsangebote etc.

3.4 Gelungene Beispiele aus der Praxis

Projekt Mobidem – Mobile Demenzberatung im Rhein-Erft-Kreis (Cosack et al. 2016)

Das Projekt zielte darauf, eine gut zugängliche und bedarfsgerechte Beratung für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige aufzubauen. Dafür wurde im Rhein-Erft-Kreis ein zugehender Ansatz in Form eines mobilen Beratungsangebots erprobt. Flankierend zu stationären Beratungsangeboten suchte der Beratungsbuss die Interessenten in ihrem Lebensumfeld auf; einmal monatlich wurden feste Standorte in verschiedenen kreisangehörigen Kommunen angefahren. Das Beratungsteam setzte sich aus einem haupt- und einem ehrenamtlich tätigen Beratenden zusammen. Auf diese Weise konnte ein optimales Angebot aus Fachberatung und (persönlichem) Erfahrungswissen erzielt werden.

Das Beratungsangebot wurde evaluiert; dabei erwies sich die Lotsenfunktion als bedeutsam. Auf diese Weise konnte Zugang zu unterstützenden Angeboten verbessert und damit zur Entlastung pflegender Angehöriger beigetragen werden. Darüber hinaus konnte mehr öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema Demenz im Kreisgebiet erzielt und somit Bürgerinnen und Bürger für die Thematik sensibilisiert werden. Ein besonderer Vorteil zeigte sich darin, dass der Zugang zur Beratung sehr niedrigschwellig war. So hat die Mehrheit der Ratsuchenden spontan Beratungsleistungen in Anspruch genommen. Darüber hinaus konnten auch rund ein Drittel Ratsuchende erreicht werden, die sich in einer akuten krisenhaften Situation befanden.

Pflegeselbsthilfe - Kontaktbüros²

In Nordrhein-Westfalen wird seit 2017 die Entwicklung und Verbreitung von Strukturen der Pflegeselbsthilfe gefördert; die Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe stellen ein weiteres Entlastungsangebot für pflegende Angehörige dar. Sie bieten (Pflegewegweiser NRW 2018):

- Information zu bestehenden Pflegeselbsthilfegruppen,
- Begleitung/Unterstützung der Pflegeselbsthilfegruppen,
- Unterstützung bei der Initiierung neuer Pflegeselbsthilfegruppen,
- Unterstützung der Vernetzung durch Veranstaltungen und
- Hinweise zu professionellen Unterstützungsangeboten.

² <https://www.pflegewegweiser-nrw.de/pflegeselbsthilfe>

4 Digitale (Gesundheits-)Kompetenz älterer Menschen

Digitalen Lösungen wird häufig ein sehr hohes Potenzial auch für soziale Problemlagen zugesprochen. Dies gilt natürlich insbesondere aufgrund der aktuellen Pandemie auch für ältere Menschen, sowie Isolation/Einsamkeit/Teilhabe oder die besonderen Bedarfe pflegender Angehöriger. Für die Zielgruppe älterer Menschen werden aber, bei gleichzeitig sehr großer Heterogenität der Zielgruppe, häufig Akzeptanz- und Kompetenzprobleme diskutiert. Da beide miteinander in Wechselwirkung stehen, gleichzeitig die digitale Kompetenz aber besser konkret adressierbar scheint, birgt ein Handlungsansatz, der sich zunächst auf die Förderung digitaler (Gesundheits-)Kompetenz fokussiert, kurzfristig größeres Potenzial.

4.1 Beschreibung

Nicht zuletzt hat die Corona-Krise eindrücklich vor Augen geführt, dass digitale Medien, vernünftig eingesetzt, probate Mittel zur Förderung von sozialer Angebundenheit und Teilhabe sein können (Doh 2019). Doch auch in Zeiten ohne Kontaktbeschränkungen durch eine Pandemie steht die Gesellschaft gravierenden Herausforderungen gegenüber, gleichwertige Zugänge zu digitalen Formen der Kommunikation und Interaktion für alle Bevölkerungsgruppen zu schaffen, gleichwohl der Prozentsatz der „Onliner“ über 60 Jahre kontinuierlich steigt (Doh 2019). Bestehende Barrieren für äquivalente Zugänge werden aktuell unter dem Konzept der digitalen Souveränität diskutiert. Digitale Souveränität umfasst für alle Bürgerinnen und Bürger einer digitalen Gesellschaft:

1. Instrumentelle Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Medien (Bedienkompetenz),
2. Wissen und Fähigkeiten, digitale Werkzeuge kreativ an die eigenen Bedarfe anzupassen (Gestaltungskompetenz) sowie
3. eine lernförderliche Kultur und Umwelt, welche den Erwerb von Orientierungswissen ermöglichen und autonome und informierte Entscheidungen in Bezug auf die Nutzung einer digitalen Geräte- und Softwarelandschaft stützen (Orientierungskompetenz) (Baacke 1996; JFF 2019).

Analog zu dieser Systematisierung zeigen sich Nutzungs-, Lern- und Akzeptanzbarrieren in vielfältiger Form.

Ad 1.) Instrumentelle Fertigkeiten werden häufig durch mangelnde Alltagstauglichkeit der Geräte und Anwendungen erschwert. Dies resultiert in verschiedenen Gründen, u. a. mangelhafte Adressierung von Nutzerbedürfnissen und -interessen einer hochgradig diversifizierten gesellschaftlichen Gruppe ab dem Alter 60+. Zusätzlich finden sich in der

Literatur zahlreiche Befunde hinsichtlich Technikzentriertheit und vorherrschender stereotyper Altersbilder, die viele Technikprojekte leiten (Gallistl et al. 2020).

Ad 2.) Die Fähigkeit der kreativen Aneignung von digitalen Medien benötigt passgenaue altersdidaktische Angebote. Zwar sind die großen deutschen Verbände wie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) oder das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hier weit in der Angebotsentwicklung für einen niedrighschwellig und wohnortnahen Kompetenzerwerb, allerdings bestehen noch hohe Barrieren für nicht technikaffine und vulnerable Zielgruppen.

Ad 3.) Es besteht eine enorme Lücke zwischen Potentialen digitaler Assistenz- und Kommunikationstechnologien zur Stärkung von Lebensqualität und Autonomie älterer Menschen und dem aktuell sehr geringen Ausmaß der Diffusion der Technik in die Haushalte und Alltagswelten älterer Menschen. Gründe liegen wiederum in der mangelnden Passung von Technologie und dem Wissen über Alltagsvollzüge, Bedürfnisse und Interessen der heterogenen Zielgruppe. Zusätzlich fehlen alltagsorientierte Zugänge im Design im Sinne ganzheitlicher nutzer- und praxiszentrierter und partizipativer Gestaltung. Ferner mangelt es an Lern- und Distributionskonzepten in den Lebenswelten älterer Menschen, die flächendeckend wohnortnah (zum Beispiel auf Quartiersebene) und bedarfsorientiert (zum Beispiel zugehende und/ gemeinschaftsbasierte Lehr-/Lernkonzepte) ausgerichtet sind (Stubbe et al. 2019). Ein weiteres aktuelles Hindernis besteht hinsichtlich Fragen der Kostenübernahme für digitale Anwendungen.

Für die Frage, ob es im höheren Lebensalter grundsätzlich möglich und sinnvoll ist, sich digitalen Medien zuzuwenden und ob im höheren Alter das Erlernen entsprechender Kompetenzen gelingen kann, weist der Achte Altersbericht auf ein kompetenzorientiertes Menschenbild hin, das besagt, dass auch ältere Menschen im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten und sozialen Netzwerke grundsätzlich ihr Leben auch mit digitalen Technologien gestalten und entsprechende Praktiken lernen können (Deutscher Bundestag 2020, 108). Entgegen häufig vorherrschender gesellschaftlicher Annahmen, dass ältere Menschen mit digitalen Medien überfordert seien oder ihr überwiegend ablehnend gegenüberstehen, verweist der Achte Altersbericht auf geragogische Befunde, die aufzeigen, dass die Gruppe der älteren Menschen Besonderheiten in den Voraussetzungen für den Erwerb digitaler Kompetenzen aufweisen. So sind viele ältere Menschen nicht im Laufe ihrer Sozialisation oder ihrer beruflichen Phase mit digitalen Medien in Berührung gekommen. Diese Voraussetzungen sind bei der Definition erforderlicher Kompetenzen sowie

auch bei der Entwicklung von Kompetenzförderprogrammen einzubeziehen (Deutscher Bundestag 2020, 108).

Geragogische Befunde weisen ferner darauf hin, dass eine intrinsische Motivation für das Lernen grundlegend wichtig ist. Diese ist besonders hoch, wenn Lernaufgaben eng mit den konkreten Lebenszusammenhängen und der Lebenswelt älterer Menschen verbunden sind. Schramek und Stiel (2020) weisen konkret darauf hin, dass für die Entwicklung digitaler Kompetenzen eine hohe Selbstbestimmung und anregende und vertrauensvolle Lernorte wichtig sind und Programme an vorhandenem Wissen und an Erfahrungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten ansetzen sollten.

Für eine selbstbestimmte Aneignung von digitalen Medien durch Menschen mit geringen Erfahrungen wird zudem auf die Notwendigkeit umfassender Strukturen für Beratung und Begleitung der Technikaneignung hingewiesen (Doh 2020; Stubbe et al. 2019). Für die Gestaltung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sind folgende grundlegende Aspekte zu beachten (Deutscher Bundestag 2020, 110):

- Angebote der Unterstützung, Begleitung und Beratung sollten spezifische und individuelle Formen der Technikaneignung älterer Menschen berücksichtigen und besondere Bedingungen, Gewohnheiten, Routinen, Werte und Präferenzen älterer Menschen einbeziehen.
- Angebote sollten niedrigschwellig, lebens- und alltagsorientiert konzipiert sein und Technikaneignung sollte in aktuelle Lebenszusammenhänge integriert sein.
- Es sollten differenzierte Formate in Bezug auf biografisch-sozialisationsbedingte, soziale und kulturelle Aspekte entwickelt werden, welche auch die kognitiven, sensorischen und emotional-motivationalen Besonderheiten der anvisierten Zielgruppe berücksichtigen (Bubolz-Lutz & Stiel 2018).

Grundsätzlich besteht durch die fortschreitende Digitalisierung die Gefahr der Herausbildung „neuer Determinanten sozialer Ungleichheit“ (Pelizäus-Hoffmeister 2013, 154, kursiv im O.), wenn es nicht gelingt, einen kompetenten Umgang mit Digitaltechnik für alle gesellschaftlichen Gruppen zu ermöglichen beziehungsweise wenn Voraussetzungen für Zugänge und Nutzungsmöglichkeiten digitaler Technologien für bestimmte gesellschaftliche Gruppen nicht gegeben sind. Zugang umfasst die grundlegende Infrastruktur sowie auch die finanziellen Mittel, sich Technologien und Geräte leisten zu können. Sowohl für Fragen des Zugangs als auch für Fragen der Aneignungs-, Nutzungs- und Lernmöglichkeiten müssen Faktoren wie Einkommen, Geschlecht, Bildung und kultureller Hintergrund Berücksichtigung finden, um die

Teilhabe älterer Menschen an digitalen Angeboten zu gewährleisten (Deutscher Bundestag 2020, 41).

Ein wichtiger Ungleichheitsfaktor im Zugang und zur Nutzung digitaler Anwendungen besteht in der Bildung. Studien zeigen, dass 2018 bei Altersgruppen ab 60 Jahren 87 % der Personen mit formal hoher Bildung zu den „Onlinern“ zählen. Demgegenüber nur 37 % der Personen mit formal niedriger Bildung. Doh (2020) zeigt, dass sich diese Entwicklung in den letzten zehn Jahren verschärft hat.

Auch zeigen sich deutliche Geschlechterunterschiede. Zwar haben ältere Frauen in den letzten zehn Jahren das Internet zunehmend genutzt, allerdings sind nur 39 % der Onliner über 80 Jahren weiblich, während sie in dieser Bevölkerungsgruppe zwei Drittel insgesamt ausmachen (Deutscher Bundestag 2020,42; Doh 2020).

Allerdings zeigen sich für die Bewertung der digitalen Kompetenz keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, abgesehen von der Tatsache, dass Frauen ihre digitalen Kompetenzen eher als geringer einschätzen als Männer (Deutscher Bundestag 2020, 42).

Finanzielle Ressourcen stellen einen weiteren Ungleichheitsfaktor dar, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Frauen häufiger in technikfernen Berufen mit geringer Entlohnung gearbeitet haben und entsprechend über niedrigere Renten verfügen. Somit können Anschaffungs- und Betriebskosten sowie Ausgaben für Bildungsangebote Nutzungs- und Zugangsbarrieren darstellen (Ehlers et al. 2020).

Ähnlich muss die Situation von Menschen mit geringem sozioökonomischen Status und von älteren Migrantinnen und Migranten eingeschätzt werden. Ehlers et al. (2020, 29) zeigen, dass Nutzungshürden durch fehlende oder geringe Deutschkenntnisse sowie Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung verstärkt werden können.

Perspektivisch kann davon ausgegangen werden, dass die „Babyboomer-Generation“, die in naher Zukunft in die nachberufliche Phase eintritt, eine gesellschaftliche Gruppe ist, die bereits über Kompetenzen im Umgang mit digitalen Medien verfügen wird. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden technologischen Entwicklung werden daher Anforderungen an klassische Lern- und Aneignungsformate mit Möglichkeiten digitaler Lernformate zu kombinieren sein, zum Beispiel in Form internetbasierter Lern- und Beratungsformen. Heute bereits verwendete multimodale Lernwerkzeuge wie Chat-Bots, Online-Foren, Video-Tutorials oder Augmented- bzw. Virtual Reality- Anwendungen werden in Zukunft neue Möglichkeiten eröffnen, passgenau auf situierte Lernsituationen

und für individuelle Lerntypen und –bedürfnisse einzugehen (Deutscher Bundestag 2020,114).

Die Sichtung von Potentialen digitaler Medien zur Linderung von sozialer Isolation und Einsamkeit ergibt folgendes Bild: Einerseits zeigen Studien, dass Strategien zur Prävention und Bekämpfung von sozialer Isolation und Einsamkeit „unterschiedlich strukturiert sein müssen, um Erfolg zu haben.“ (Deutscher Bundestag 2020, 83). So zeigen sich Gruppenaktivitäten mit anderen Menschen als erfolgreiche Strategien (Dickens et al. 2011); allerdings helfen Gruppenaktivitäten nicht, ältere Menschen aus der Einsamkeit zu befreien, sondern müssten sich auf die Veränderung negativer Wahrnehmungsmuster richten (Deutscher Bundestag 2020, 83; Masi et al. 2011).

Bei der Frage, ob digitale Technologien wie Kommunikationstechnologien dabei helfen können, das Risiko für soziale Isolation und Einsamkeit zu senken, wird auf die Möglichkeit des Internets verwiesen, Zugang zu Informationen zu erhalten und Kontakte mit anderen Menschen aufzunehmen oder zu pflegen oder Beziehungen zu vertrauten Beziehungspartnerinnen und –partnern aufrecht zu erhalten (zum Beispiel zu entfernt lebenden Kindern und Enkelkindern). Der Bericht weist hier allerdings eine Differenzierung aus: Kommunikationstechnologien könnten Menschen Zugänge schaffen, die durch das Risiko sozialer Isolation betroffen seien. Für die Situation bestehender Einsamkeit könne es allerdings gegenteilig wirken, wenn einsame Menschen durch den Einsatz digitaler Medien überfordert und damit noch mehr in die Einsamkeit gedrängt würden (ebd., 83). Insgesamt zeigt der Forschungsstand gravierende Lücken auf, dahingehend, dass evidenzbasierte Studien mit aussagekräftigen Ergebnissen zur Frage, ob digitale Medien wirksame Mittel zur Minderung des Risikos sozialer Isolation und Einsamkeit darstellen, bisher fehlen (ebd., 84).

4.2 Ziele

Für die Formulierung von Zielen für die Förderung der digitalen Kompetenz älterer Menschen ist es sinnvoll, das Zielgruppenspektrum und Lernsettings zu differenzieren. Der Achte Altersbericht unterscheidet entsprechend:

- Förderung der Technikaneignung an informellen Erfahrungs- und Lernorten im Sozialraum. Weitere Differenzierungen hinsichtlich der Abdeckung unterschiedlicher Lebenslagen, u. a. mit Fokus auf zugehenden Angeboten, schlägt Kubicek (2019) vor.
- Beratung zu Assistenztechnik
- Technikberatung für pflegende Angehörige,
- Mediengestützte Lernformen (Deutscher Bundestag 2020, 110-116).

4.3 Mögliche Maßnahmen

Gelungene Beispiele aus der Praxis

PIKSL-Labore³

Grundidee der PIKSL-Labore ist es, bisherigen Non-Usern – insbesondere Menschen mit Behinderung, aber auch älteren Menschen – die Nutzung von digitalen Medien und des Internets zu erschließen. Ziel ist es, Interessierten Zugang zu digitalen Angeboten zu ermöglichen und sie im Umgang mit verschiedenen Medien zur eigenständigen Nutzung zu befähigen. In verschiedenen Städten wurden dazu niedrigschwellig zugängliche Labore im Quartier eingerichtet (u.a. Düsseldorf, Dortmund, Bielefeld). Neben digitaler Kompetenz kann auf diese Weise auch die Teilhabe und Mitbestimmung der Adressaten befördert werden (PIKSL – piksl.net o.J.)

Aus Achter Altersbericht Kap 4 (Deutscher Bundestag, 2020, 110-116):

- Angebote zur Technikaneignung an informellen Erfahrungs- und Lernorten:
- Servicestelle Digitalisierung und Bildung für ältere Menschen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)⁴; gefördert durch das BMFSFJ. Die Servicestelle fungiert als bundesweite Ansprechstelle für alle Themen rund um lebenslanges Lernen. Sie verfolgt ein Multiplikatoren- und Schulungskonzept für ehrenamtlich Tätige in mittlerweile über 100 deutschlandweit verteilten niedrigschwelligen und wohnortnahen Techniklernorten für ältere Menschen und bietet zudem internetgestützte Angebote wie Lehr- und Lernmaterialien zum Download über die Webseiten Digital-Kompass.de⁵ und wissensdurstig.de⁶.
 - Weitere digitale Angebote finden sich auf Webseiten wie Digitale-Nachbarschaft.de⁷, Digitale-Chancen.de⁸, welche medienpädagogische Empfehlungen für die Kompetenzvermittlung an Ältere und

³ <https://piksl.net/>

⁴ <https://www.bagso.de/aktuelle-projekte/servicestelle-digitalisierung-und-bildung-fuer-aeltere-menschen.html>

⁵ <https://www.digital-kompass.de>

⁶ <https://www.wissensdurstig.de/>

⁷ <https://digitale-chancen.de/content/sdcprojekte/index.cfm/action>

⁸ <https://digitale-chancen.de/content/sdcprojekte/index.cfm/action.show/key.62/secid.144/secid2.191>

Planungshilfen für die Durchführung von Bildungsveranstaltungen zur Verfügung stellen.

- Als besonders wirkungsvoll werden niedrigschwellige Bildungsangebote angesehen, die mit den heterogenen Akteursnetzwerken und etablierten Sorgestrukturen der Älteren in Verbindung stehen und auf Verstetigung im Quartier angelegt sind. Zwei Angebotstypen, die mit staatlicher Förderung des BMBF auf den Weg gebracht wurden stellen die Programme „Senioren-Technik-Botschafter“⁹ und QuartiersNETZ¹⁰ dar.

→ Beratung zu Assistenztechnik:

Beratungsangebote der Technikberatung etablieren sich auf der kommunalen Ebene erst zögerlich. Bereits im Siebten Altersbericht wurde „ein umfassendes Netz von Informationsmöglichkeiten“ zum „altersgerechten wohnen, zu alternativen Wohnangeboten, zu speziellen Hilfsmitteln und zu Förder- und Umsetzungsmöglichkeiten“ gefordert (Deutscher Bundestag 2016, 250). Bis heute fehlt eine solche Übersichtsplattform und auch eine konsolidierte Übersicht zu Anzahl und räumlicher Verteilung von entsprechenden Beratungseinrichtungen in Deutschland. Erschwerend kommt hinzu, dass Beratungsangebote in den Bundesländern unterschiedlich organisiert sind, sowohl in der institutionellen Verankerung als auch hinsichtlich der thematischen Fokussierung. Als erfolgreiches Beispiel ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros e.V. (BaS)¹¹ zu nennen mit mehr als 450 Seniorenbüros bundesweit, die sich mehrheitlich in kommunaler Trägerschaft befinden. U.a. betreut die BaS die Landesinitiative „Neue Nachbarschaften Rheinland-Pfalz“ mit mehr als 160 angeschlossenen Nachbarschaftshilfen.

⁹ <https://www.technik-zum-menschen-bringen.de/foerderung/bekanntmachungen/senioren-technik-botschafter>

¹⁰ <https://www.quartiersnetz.de/>

¹¹ <https://seniorenbueros.org>

5 Ausblick und nächste Schritte

Die ausführlichen Beschreibungen der Themenfelder „Isolation, Einsamkeit, Teilhabe“, „Seelische Gesundheit pflegender Angehöriger“ und „Digitale (Gesundheits-) Kompetenz“ bilden eine sehr gute Grundlage für die Diskussion zur Förderung der seelischen Gesundheit im Alter. Sie liefern Daten, konkrete Ziele und Vorschläge für Handlungsempfehlungen und Maßnahmen, die im weiteren Prozess Berücksichtigung finden. Ziel ist es, der Lenkungsgruppe der Landesinitiative Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen mit dem Schwerpunkt „Seelische Gesundheit“ Empfehlungen vorzustellen, aus denen Maßnahmen entwickelt werden sollen. Auch die Ergebnisse einer im Herbst 2020 durchgeführten Online-Befragung von kommunalen Akteurinnen und Akteuren zum Thema „Seelische Gesundheit im Alter“ enthalten zahlreiche Informationen zu den Schwerpunktthemen und fließen ebenfalls in die Erstellung von Handlungsempfehlungen und Maßnahmen ein. Um Informationen über die Landesinitiative, ihre Arbeitsgruppen sowie alle Arbeitsergebnisse zur Verfügung stellen zu können, wurde eine Homepage entwickelt (<https://www.lgp.nrw>).

6 Literaturverzeichnis

Baacke D. (1996): Medienkompetenz – Begrifflichkeit und sozialer Wandel. In: REIN, A. (Hrsg.): Medienkompetenz als Schlüsselbegriff. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 1996, S. 112–124.

Bertermann, B., Lechtenfeld, S., Kuhlmann, A., Ehlers, A. (2021): Gesundheitsbegleitung: Erkenntnisse aus der Erprobung eines neuen Engagementprofils. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 54 (1), S. 3–12. DOI: 10.1007/s00391-020-01817-z.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2012): Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Online verfügbar unter http://gesundheitsziele.de/cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf (13.02.2020).

Böger A., Huxhold O. (2014): Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. Informationsdienst Altersfragen 41, S. 9-14.

Bubolz-Lutz E., Stiel J. (2018): Technikbegleitung. Aufbau von Initiativen zur Stärkung der Teilhabe Älterer im Quartier. Ältere als (Ko-)Produzenten von Quartiersnetzwerken – Impulse aus dem Projekt QuartiersNETZ. Handbuch 5. Dortmund: Forschungsinstitut Geragogik und Fachhochschule Dortmund.

Buecker S., Widlok M., Ebert T., Schröder C. (2019): Prävalenz von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter. In M. Luhmann & S. Buecker (Eds.), Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter (pp. 17-32). Projektbericht. http://www6.rz.ruhr-uni-bochum.de:9406/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf.

Cohen-Mansfield J., Perach R. (2015): Interventions for alleviating loneliness among older persons: A critical review. American Journal of Health Promotion, 29(3), e109-25. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>.

Cosack A., Reute, V., Schulze S. (2016): Innovative Ansätze der Beratung und Begleitung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. In: Naegele G., Olbermann E., Kuhlmann A. (Hrsg.). Teilhabe im Alter gestalten– Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie. Wiesbaden: Springer VS. (S. 182-196).

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2020): Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Ältere Menschen und Digitalisierung – und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache

19/21650 vom 13.08.2020. Deutscher Bundestag, Berlin (<https://www.achteraltersbericht.de/bericht>).

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210 vom 02.11.2016. Berlin: Deutscher Bundestag.

DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (Hrsg.) (2020): Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. Gemeinsames Statement der Sektionen für Geriatrie (II), Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (III), Soziale Gerontologie und Altenhilfe (IV) der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG e.V.) 24. April 2020. Online verfügbar unter https://www.dggg-online.de/fileadmin/aktuelles/covid-19/20200424_DGGG_Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf.

Dickens A. P., Richards S. H., Greaves C. J., Campbell J. L. (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. In: BMC Public Health 11 (1), 647. doi: 10.1186/11-647.

Doh M. (2019): Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologien bei älteren Menschen. Expertise für den Achten Altersbericht, Heidelberg, 2019.

Eggert S., Teubner C., Budnick A., Gellert P., Kuhlmeier A. (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf>.

Ehlers A., Heß M., Frewer-Graumann S., Olbermann E. u. a. (2020): Digitale Teilhabe und (digitale) Exklusion im Alter. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Frewer-Graumann S. (2020): „Es ändert sich alles“ – der Alltag mit Demenz aus der Perspektive der Angehörigen. Z Gerontol Geriat, 53, (S. 3-9).

Fringer A., Arrer E. (2018): Die Einsamkeit pflegender Angehöriger. In: Thomas Hax-Schoppenhorst und Michaela Abresch (Hg.): Das Einsamkeits-Buch. Wie

Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen unterstützen und integrieren können. 1. Auflage. Bern: Hogrefe, (S. 228–237).

Gallistl V., Rohner R., Seifert A. (2020): Configuring the Older Non-User: Between Research, Policy and Practice of Digital Exclusion. In: Social Inclusion Bd. 8 (2020), Nr. 2, S. DOI: 10.17645/si.v8i2.2607.

Hampel S. (2020). Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitshandeln pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Z Gerontol Geriat, 53, (S.29-34).

Holt-Lunstad J., Smith T. B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015): Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237.
<https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.

Huxhold O., Engstler H., Hoffmann, E. (2019): Entwicklung der Einsamkeit bei Menschen im Alter von 45 bis 84 Jahren im Zeitraum von 2008 bis 2017. Hg. v. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA-Fact Sheet). Online verfügbar unter: https://www.dza.de/informationsdienste/index.php?eID=tx_securedownloads&p=530&u=0&q=0&t=1598429965&hash=ffcd35faf0327bdf67be126606e6b336db6536f4&file=/fileadmin/dza/pdf/factsheets/Fact_Sheet_Einsamkeit_2019_05_16_Internet.pdf

JFF, Jugend Film Fernsehen e. V. – Institut für Medienpädagogik (2019): Digitales Deutschland. Arbeitspapier zu Modul 1 (Oktober 2018 bis Februar 2019). München: JFF.

Kemptner D., Marcus J. (2020) : Alleinlebenden älteren Menschen droht in Corona-Zeiten Vereinsamung, DIW aktuell, No. 45, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin.

Kubicek H. (2019): Leitfaden „Digitale Kompetenzen für ältere Menschen“. So plane und gestalte ich Angebote zur Unterstützung von Senioren. Herausgegeben von Telefónica Deutschland und Stiftung Digitale Chancen. 2. erweiterte Auflage. (<https://www.digitale-chancen.de/assets/includes/sendtext.cfm?aus=11&key=1553>).

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung (2020): Factsheet Pflegende Angehörige (nicht veröffentlicht).

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW), Fachgruppe Gesundheitsberichterstattung (2018): Factsheet Psychische Erkrankungen im

hohen Erwachsenenalter. Online verfügbar unter https://www.lzq.nrw.de/ges_bericht/factsheets/psyche/psych_erkrankungen_erwachsene/index.html.

Lippke S., Keller F., Derksen C. (2019): Einsamkeit im Kontext der psychischen Gesundheit. *Impulse*, 105, 4, (S. 11-12).

Luhmann M., Buecker S. (2019): Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Projektbericht. http://www6.rz.ruhr-uni-bochum.de:9406/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf.

Luhmann M., Hawkley L. C. (2016): Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>.

Luo Y., Hawkley L. C., Waite L. J., Cacioppo J. T. (2012): Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>.

Masi C. M., Chen H.-Y., Hawkley L. C., Cacioppo J. T. (2011): A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2020): Alt werden in Nordrhein Westfalen. Bericht zur Lage der Älteren. *Altenbericht 2020*, (S. 32, S. 100ff).

Neubert L., Gottschalk S., König H.-H., Brettschneider C. (2020): Vereinbarkeit von Pflege bei Demenz, Familie und Beruf. *Z Gerontol Geriat*. DOI: 10.1007/s00391-020-01764-9.

Ong A. D., Uchino B. N., Wethington E. (2016): Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449. <https://doi.org/10.1159/00044165>.

Orth A. K., Eyerund, T. (2019): Einsamkeit in Deutschland: Aktuell keine Zunahme. *IW-Kurzbericht 38/2019*. Verfügbar unter <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-kurzberichte/beitrag/theresa-eyerund-einsamkeit-in-deutschland-433090.html>.

Peplau L. A., Perlman D. (Eds.) (1982): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience.

Pflegewegweiser NRW (2018): Kontaktbüros Pflegeselbsthilfe. Flyer. Online verfügbar unter [https://www.pflegewegweiser-nrw.de/system/files/media/document/file/Flyer Kontaktb%C3%BCros Pflegeselbsthilfe_Web.pdf](https://www.pflegewegweiser-nrw.de/system/files/media/document/file/Flyer_Kontaktb%C3%BCros_Pflegeselbsthilfe_Web.pdf).

PIKSL – piksl.net (o.J.). Wirkung & Transparenz. Online verfügbar unter <https://piksl.net/ueber-uns/wirkung/> (abgerufen 21.09.20).

Posch-Eliskases U., Rungg C., Moosbrugger M., Perkhofer S. (2015): Stress bei pflegenden Angehörigen. HeilberufeSCIENCE, 6, (S. 27-32).

RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtd/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?_blob=publicationFile.

Schmidt S. (2018): Moderierte Videokonferenzen - Teilhabe und soziale Kontakte. In: Thomas Hax-Schoppenhorst und Michaela Abresch (Hg.): Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. 1. Auflage. Bern: Hogrefe, (S. 461–473).

Schramek R. und Stiel J. (2020): Förderung von Technik- und Medienkompetenz älterer Menschen aus der Perspektive der Geragogik. Expertise zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von C. Hagen, C. Endter und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Shankar A., Hamer M., McMunn A., Steptoe A. (2013): Social isolation and loneliness. Psychosomatic Medicine, 75(2), 161–170. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31827f09cd>.

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen, DAK Gesundheit, Verein wir pflegen e. V. (2020): Schnellbericht „Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie“. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/Schnellbericht_Befragung_pflegerischer_Angehoeriger_-_print.pdf.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2015): Die Generation 65+ in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001454/Generation65.pdf.

Statistisches Bundesamt. (2015b): Die Generation 65+ in Deutschland. Abgerufen unter

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2015/generation65/Pressebrochure_generation65.pdf?__blob=publicationFile.

Stubbe J., Schaaf S., Ehrenberg-Silies S. (2019): Digital souverän. Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2019.

Terwie, S., Wolff K. (2019): Vorbeugung und Bekämpfung von sozialer Isolation im hohen Alter. In M. Luhmann & S. Buecker (Eds.), Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter (pp. 43-52). Projektbericht. http://www6.rz.ruhr-uni-bochum.de:9406/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf.

Zank S., Schacke C., Leipold B. (2007): Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER). Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie (2007), 20, pp. (S. 239-255).