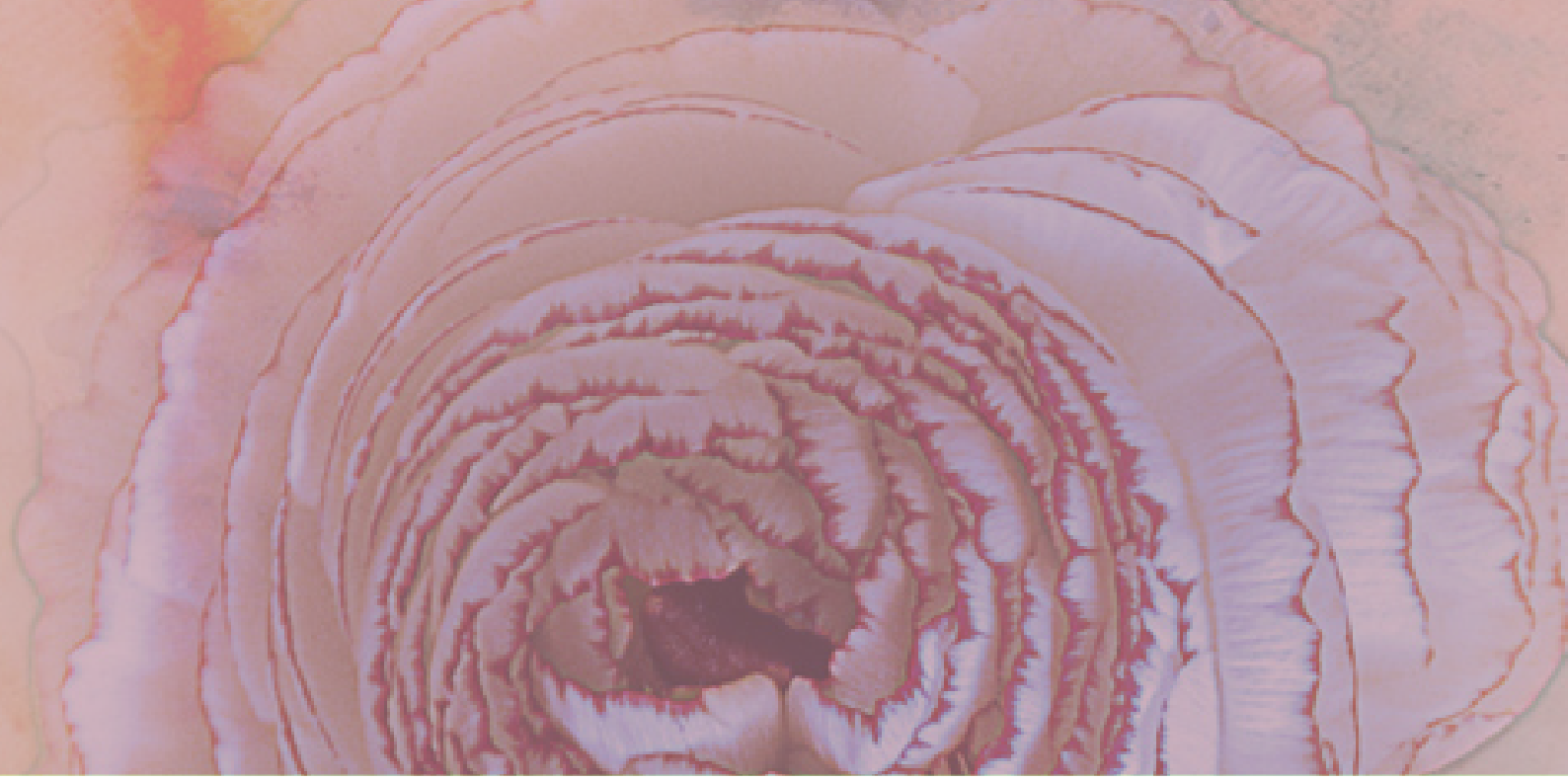


Integrierte Psychiatrie im Diskurs
14. März 2019

Living Well in Later Live
Psychische Gesundheit im Alter

ipw Integrierte Psychiatrie
Winterthur – Zürcher Unterland

Programm / Inhalt

		Seite
08.30 Uhr	Registration	
09.00 Uhr	**Begrüssung und Einführung** Prof. Dr. med. Urs Hepp	
09.15 Uhr	**«Living Well in Later Life» — ein Blick über den Tellerrand und wieder zurück** Dr. med. Jacqueline Minder	5
10.00 Uhr	**Die alternsfreundliche Stadt am Beispiel Winterthur** Univ.-Prof. Dr. Ulrich Otto	7
10.45 Uhr	Pause	
11.15 Uhr	**Workshops* in Parallelgruppen**	
	1/11 **Sexualität und Partnerschaft im Alter** *Dr. med. Helke Bruchhaus Steinert*	9
	2/12 **Gutes und gesundes Altern benötigt intakte Netzwerke** Als ein Umsetzungsversuch wird die aktuelle Altersplanung in der Stadt Winterthur vorgestellt und diskutiert *Univ.-Prof. Dr. Ulrich Otto, Christiane von Kloeden*	7
	3/13 **Die Zürcher Gesellschaft und Menschen mit Demenz: Ein Widerspruch oder eine Selbstverständlichkeit?** *Monique Arts*	12/13
	4/14 **Internationale Trends im Umgang mit und in der Therapie von Demenzkranken** *med. pract. Robert Koch*	14/15
	5/15 Der Workshop von Christina Affentranger Weber findet nicht statt	
	6/16 **Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung — mehr Lebensqualität im Alter** *Sandra Studinger*	16/17
12.30 Uhr	Mittagessen	
13.45 Uhr	**Künstlerische Darbietung von Flurin Caviezel**	
14.15 Uhr	**Sexualität und Partnerschaft im Alter** Dr. med. Helke Bruchhaus Steinert	9
15.00 Uhr	Pause	
15.15 Uhr	**Workshops** in Parallelgruppen**	
16.30 Uhr	Tagungsschluss	

*Workshops Nr. 1–6: 11.15–12.30 Uhr
**Workshops Nr. 11–16: 15.15–16.30 Uhr

Veranstaltungsort:
Alte Kaserne Winterthur, Kulturzentrum, Technikumstrasse 8, 8400 Winterthur, altekaserne.winterthur.ch

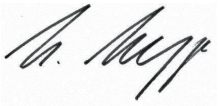
Liebe Tagungsteilnehmerin
Lieber Tagungsteilnehmer

Nach wie vor wird das Alter vor allem mit Verlust von Autonomie in Verbindung gebracht. Betont werden die Einbussen und der zunehmende Hilfebedarf – meist aus Helfersicht. Manche ältere Menschen wehren sich vehement dagegen. Ist diese Gegenwehr nun eine psychische Störung oder berechtigtes Aufbegehren gegen einen bevormundenden Umgang mit dem Alter?

Wir reden viel über «das Alter», alte Menschen und ihre Probleme – doch reden wir auch genug *mit* ihnen, hören wir ihr Erleben? Entwickeln wir uns weiter zu einer Gesellschaft, die es schafft, alle ihre Mitglieder über die gesamte Lebensspanne aktiv an ihr teilhaben zu lassen? Welche Möglichkeiten die Lebensphase des Alterns bietet, wenn es einer Gesellschaft gelingt, sich entsprechend anzupassen und auch Menschen mit Beeinträchtigungen zu integrieren – dieses Buch hat noch viele leere Seiten.

Ein erstes Kapitel in dem Buch wollen wir mit unserer diesjährigen Fachtagung schreiben und uns hierfür in der Welt nach Beispielen umschauen. Das Grundsatzpapier «Living Well in Later Life» der Mental Health Commission von New South Wales soll uns dabei als Leitplanke dienen für eine Standortbestimmung in der Schweiz und insbesondere in unserer Versorgungsregion.

Was brauchen Menschen für ein «gutes Leben» im Alter? Was bedeutet das Label «Alternsfreundliche Stadt» konkret? Was sagt die Nationale Demenzstrategie zu diesem Thema? Welche Bedürfnisse äussern Betroffene und Angehörige? Solchen Fragen möchten wir mit Ihnen zusammen an der Tagung nachgehen.



Prof. Dr. med. Urs Hepp
Ärztlicher Direktor

Dr. med. Jacqueline Minder
Chefärztin und Bereichsleiterin
Psychiatrie für ältere Menschen

Dr. med. Jacqueline Minder ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit dem Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie. Sie leitet als Chefärztin und Bereichsleiterin die Psychiatrie für ältere Menschen in der ipw. Ihre Schwerpunktthemen sind die integrativ-systemische Paar- und Familientherapie, Suizidprävention und Psychotraumatologie

«Das Strategiepapier fordert die wirkliche Integration älterer Menschen in die Gesellschaft»

Interview: Dr. med. Robert M. McShine, MHA, Chefarzt ipw

Jacqueline, Du referierst über ein Strategiepapier zur besseren Wahrnehmung der Bedürfnisse älterer Menschen in unserer Gesellschaft. Was fasziniert Dich an der Thematik?

Ich bin mit Herzblut Alterspsychiaterin und -psychotherapeutin. Die Geschichten, Anliegen, Sorgen und Nöte, aber auch die Ressourcen älterer Menschen sind mir aus meiner langjährigen Praxis sehr nah. Mich faszinieren die langen Lebensgeschichten mit so vielen bewältigten Herausforderungen bei oft schwierigen Ausgangslagen – Bedingungen, die man sich heute zum Teil kaum mehr vorstellen kann. Ihre Bewältigungsstrategien im Kontext der historischen Epoche, in der ältere Menschen geboren wurden, waren für mich immer auch spannende Einblicke in die schweizerische und europäische Geschichte, im Besonderen aber eben in persönliche Geschichten und Familiengeschichten.

Meine Arbeit erfüllt mich mit Respekt und Ehrfurcht vor diesen gelebten Leben und den Leistungen. Sie hat mich auch offen und sensibel dafür gemacht, was ich und meine Generation von den vorangehenden Generationen lernen können. Genau dazu braucht es aber die bessere Wahrnehmung älterer Menschen und die Änderung des Blickwinkels – vom Defizit auf die Ressource. Ist die Langsamkeit älterer Menschen nun ihr persönliches Defizit, oder ist sie eine dringend notwendige Bremse in einer immer schneller werdenden Gesellschaft, die sich zunehmend selbst überfordert? Wird damit vielleicht das vordergründige Defizit zu einem Geschenk an die Gesellschaft? Eine manchmal sogar provokative Konfrontation mit einem langsameren Tempo, das uns allen eigentlich besser täte? Wenn wir uns darauf einlassen, öffnen sich überraschende Erfahrungsräume.

Weshalb braucht es Deiner Meinung nach ein solches Strategiepapier?

In der Einleitung dieses Papiers steht, dass die Autoren des ursprünglichen Strategiepapiers «Living Well», welches 2014 von der Regierung in New South Wales verabschiedet wurde, realisiert haben, dass die Bedürfnisse älterer Menschen andere sind als die von jüngeren Menschen. Und dass sich daraus entsprechend andere Angebote entwickeln müssen, die nicht zuletzt teilweise anders finanziert sind. Genau das trifft auch auf die Schweizer Gesellschaft zu. Der ganzheitliche Blick dieses Strategiepapiers auf das Gesamtsystem einer Gesellschaft stellt für mich als Systemtherapeutin den einzig richtigen Weg dar. Das gilt natürlich auch für die jüngeren Jahrgänge, aber die Beschäftigung mit älteren Menschen zwingt uns noch stärker zur ganzheitlichen Betrachtung. So kommt es, dass uns gerade in der Altersarbeit die Fragmentierung unserer Hilfs- und Finanzierungssysteme (Gesundheits- und Sozialwesen) besonders störend auffällt. Das vorgestellte Strategiepapier fordert die wirkliche Integration älterer Menschen in die Gesellschaft, den Abbau von Vorurteilen, die Verbesserung des Verständnisses ihrer Probleme und Erkrankungen, auch vor dem Hintergrund ihrer Biografie, das angemessene Angebot von geeigneten Hilfsstrukturen und ihre Finanzierung, die Zugänglichkeit zu diesen Angeboten usw. – alles wirklich wichtige Themen. Sind diese in einem von der Regierung verabschiedeten Strategiepapier festgehalten, bietet das eine sehr konkrete Orientierung in allen weiteren gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen – ähnlich wie die Nationale Demenzstrategie der Schweiz. Auch diese hat zu konkreten Entwicklungen, z. B. von Qualitätsstandards, aber auch zu Anregungen einer besseren Finanzierung geführt.

Welches sind die wichtigsten Herausforderungen für unsere Gesellschaft im Umgang mit ihren älteren Mitbürgern?

Beispiele sind der Abbau von Vorurteilen und negativen Altersbildern, die Akzeptanz nachlassender körperlicher Kräfte und die Offenheit für alternative neue, eher energetische Kräfte. Aber auch die Bereitschaft, die Ressourcen der älteren Mitglieder unserer Gesellschaft für die Gesellschaft nutzbar zu erhalten, der Einbezug älterer Menschen in Planungen aller Art, der Ausbau niederschwelliger ganzheitlich aufgestellter Hilfs- und Versorgungsstrukturen sowie die Entwicklung neuer, «kässeliübergreifender» Finanzierungsmodelle.

Living Well in Later Life

Dr. med. Jacqueline Minder

Im Jahr 2014 verabschiedete die Regierung von New South Wales, Australien, die «Living Well»-Strategie für psychische Gesundheit 2014–2024, die von der Mental-Health-Kommission entwickelt worden war. Die Kommission stellte dann aber fest, dass ältere Menschen in der Gesellschaft häufig anders behandelt werden und im «Living Well»-Strategiepapier nicht automatisch mit eingeschlossen sind. Aufgrund dieser Erkenntnis entwickelte sie in Ergänzung die Agenda «Living Well in Later Life», die sie im Juli 2017 publizierte.

Im Vorwort dazu hält die Kommission fest, dass die Themen, welche ältere Menschen betreffen, sehr spezifisch sind und dass diese deshalb notwendigerweise separat ausformuliert werden müssen.

Die Kommission sieht die tief verwurzelten Vorurteile über das Alter als grosse Herausforderung für die Gesellschaft und betont die Notwendigkeit, ältere Menschen zu ermutigen, früher Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie in Schwierigkeiten geraten, da diese eben nicht zwingend Teil des Älterwerdens sein müssen. Die Gesellschaft müsse anerkennen, dass Genesung und die Hoffnung darauf im höheren Lebensalter ebenso essenziell wie in jüngeren Jahren ist.

Es resultierte ein Papier mit elf Prinzipien, die zwar in einem anderen kulturellen Kontext als unserem westeuropäischen entwickelt wurden, aber dennoch viel mit Strategien, Projekten, Konzepten und damit auch erkannten Problemen in unserem Lande gemeinsam haben.

Die elf Prinzipien der Agenda «Living Well in Later Life»:

1. Prävention und Frühinterventionen im höheren Alter vorantreiben
2. Ageism, Stigmatisierung und Diskrimination ausräumen
3. Vermehrter Einbezug älterer Menschen bei Entscheidungen, die sie selbst betreffen
4. Ausbau von altersfreundlichen und gut zugänglichen Dienstleistungen und Informationen
5. Suizide und Suizidalitätsrisiko älterer Menschen reduzieren
6. Personzentrierte, traumaorientierte, Recovery-basierende Zugänge inklusive Einsatz von Peers etablieren
7. Den Fokus in der Betreuungsverantwortung für ältere Menschen verstärkt auf das Gleichgewicht von psychischer und somatischer Gesundheit legen
8. Anzahl und Kapazität spezialisierter Angebote für ältere Menschen erhöhen
9. Wissen und Fertigkeiten von älteren Menschen ausbauen
10. Fragmentierung und Einschränkungen der Zugänglichkeit durch verbessertes Management, verbesserte Abläufe, Wege und Finanzierungsmodelle auf nationaler, kantonaler und regionaler Ebene reduzieren
11. Qualität des Einsatzes von Medikamenten bei älteren Menschen verbessern

In diesem Referat werden die spannenden Gemeinsamkeiten mit unserer Gesellschaft aufgegriffen. Es werden Verbindungen zu nationalen, kantonalen und regionalen Projekten und damit auch zu anderen Referaten sowie insbesondere zu den Workshops hergestellt.

Prof. Dr. habil. Ulrich Otto Otto leitet die Forschung der Careum Hochschule Gesundheit. Bis 2014 war der Erziehungswissenschaftler und Sozialgerontologe Forschungsprofessor an der FHS St. Gallen, davor Universitätsprofessor für Sozialmanagement an der Universität Jena (D). Seine zahlreichen zumeist internationalen sowie interdisziplinären Projekte fokussieren auf: Koproduktion und integrierte Versorgung im Welfare-Mix, soziale Netzwerk- und Unterstützungsforschung, Angehörigenforschung, Caring Communities, innovative Wohn- und Wohnpflegeformen sowie Zusammenwirken sozialer und technischer Assistenz für Ältere.

«Eine inklusive Politik für Menschen in ihrem ganzen Lebenslauf – deshalb Alternspolitik mit ‹n›.»

Interview: Dr. med. Robert M. McShine MHA, Chefarzt ipw

Herr Prof. Otto, in Ihrem Referat führen Sie den Begriff der «Alternspolitik» ein. Was sind die zentralen Merkmale einer sinnvollen Alternspolitik?

Ganz allgemein meint Alternspolitik eine querschnittliche Politik, die nicht an Ressortgrenzen Halt macht. Eine inklusive Politik für Menschen in ihrem ganzen Lebenslauf – deshalb Alternspolitik mit «n». Orientiert an universeller Normalität statt Sonderbehandlung – deshalb nicht Alterspolitik ohne «n». Damit auch ältere Menschen in ihren sozialräumlichen Umwelten völlig selbstverständlich Teilhabe und Teilgabe leben können – und dies möglichst nicht nur in allen Altersstufen, sondern auch in allen möglichen Lebenssituationen.

Eine solche querschnittliche und ganzheitliche Perspektive steht immer stärker im Fokus der Forschung wie den gesellschaftlichen Entwicklungsarenen. Ziel ist, die vielen wirkungsmächtigen Faktoren zusammenzudenken, die das Älterwerden erleichtern – sowohl Hardware- wie Software-Bereiche: stadträumliche, bauliche, wohnungs- und verkehrsbezogene Aspekte, soziale Netzwerkbeziehungen, informelle und formelle Unterstützung und Versorgung, schliesslich auf all dies bezogene Sozial-, Pflege-, und Raumplanung und viel anderes mehr.

Sie bezeichnen Winterthur als Trendsetter in Sachen alternsfreundliche Stadt. Was macht Winterthur besser als andere deutschschweizerische Städte?

Ihre Frage ist eine doppelte – bevor wir Winterthur betrachten, kurz zur Frage nach der alternsfreundlichen Stadt allgemein: Zentrale Fluchtpunkte der ganz unterschiedlichen Paradigmen sind Intersektoralität, eine Querschnittspolitik für gutes Altern – mit Blick auf Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Gesundheit – sowie stark integrierte koproduktive Versorgungsansätze. Seit ihrer Entwicklung durch die WHO hat hier vor allem die Perspektive auf Agefriendly Cities und Communities weltweit eine prägende und starke Entwicklung genommen. International kamen benachbarte Konzepte hinzu, so etwa Livable Communities for all Ages. Speziell im deutschen Sprachraum gehört Quartiersorientierung bereits seit einigen Jahren zur ganz zentralen Leitorientierung der Alternspolitik und Altenarbeit sowie mehr und mehr auch der Versorgung – obwohl die der Quartiersorientierung zugrunde liegende Idee nicht vorrangig auf Ältere zielten (z. B. Quartiersmanagementmodelle). In der deutschsprachigen Diskussion prägen seit bald zehn Jahren das deutsche KDA-Quartierskonzept sowie der siebte deutsche Altersbericht die wissenschaftlichen und praktischen Diskurse stark. Indem Letzterer die neuere Perspektive der Caring Communities, also der sorgenden Gemeinschaften propagiert, ist er Teil einer breiter werdenden, auch internationalen Debatte, die über die Quartiersorientierung mehrdimensional hinausgeht. Dies gilt ähnlich auch für die ebenfalls immer mehr Platz einnehmenden Ideen der «Gesundheitsregionen» und «Gesunden Städte». Allen Konzepten gemein ist neben dem Raumbezug, dass sie ein Korrektiv der Übergewichtung medizinisch-versorgerischer Aspekte in alternden Gesellschaften darstellen.

Winterthur hat sich – genau in diesem Sinne – früh auf den Weg gemacht zur alternsfreundlichen Stadt, in vielem galt sie in der Deutschschweiz als Trendsetter: das Altersforum, die quicklebendige Szene an Wohnalternativen, die übergreifende Pflegeheimplanung oder eben ganz zentral das frühe Setzen auf Quartiersorientierung. So war es nur folgerichtig, dass vor über fünf Jahren der Winterthurer Alternsplanung ein dynamischer und entwicklungsbezogener Alternsbegriff systematisch zugrunde gelegt wurde. Das WHO-Konzept der «Agefriendly Cities» bot hierfür ein ideales Fundament – für die Gestaltung der Stadt, der urbanen Räume für alle Generationen und für ein aktives und eingebundenes Älterwerden. Es wurde konsequent eine ganzheitliche Politik umrissen, die nicht vor Ressortgrenzen oder Altersstufen Halt machte.

Winterthur hat hier lange Jahre auf einem potenziell nachhaltigen Weg Fundamente und den Nährboden für das alternsgerechte Winterthur gelegt und gepflegt. Ob auch in den Jahren danach diesem Humus für eine alternsfreundliche Stadt und Caring Community genügend Sorge getragen wurde und was es dazu künftig braucht – dies muss Thema einer aktuellen Bilanz sein.

Was sind Ihre persönlichen Erwartungen an eine alternsfreundliche Stadt?

Dass ich in ihr mit grösster Selbstverständlichkeit gut eingebunden «ein Leben mittendrin» führen kann. So selbstbestimmt wie möglich, und das gerade auch dann, wenn das Leben einmal schwerer werden sollte, wenn die Lebenskreise enger werden und die reine Dienstleistungsgesellschaft an ihre Grenzen kommt.

Die alternsfreundliche Stadt am Beispiel Winterthur

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Otto

Winterthur hat sich früh auf den Weg zur alternsfreundlichen Stadt gemacht. In vielem gilt sie als Trendsetter für die lokale Alternspolitik in der Deutschschweiz – denken wir an das Altersforum, die quicklebendige Szene an Wohnalternativen, an die übergreifende Pflegeheimplanung oder daran, dass früh auf die Quartiersorientierung gesetzt wurde.

Die Leitsätze der Winterthurer Altersplanung aber stammen aus dem Jahr 1990. Vieles von deren Fortschreibung im Jahr 2005 mit den dazugehörenden Massnahmen war umgesetzt worden. 2012 bis 2014 stellte sich die neue Alternsplanung grundsätzlich der raschen demografischen Alterung und den ebenso raschen gesellschaftlichen Veränderungen. Und nun sind weitere Jahre vergangen – höchste Zeit für eine kritische Standortbestimmung.

Das Spannendste bei den ursprünglichen Leitsätzen war, dass ihnen ein dynamischer und entwicklungsbezogener Alternsbegriff zugrundgelegt wurde. Das WHO-Konzept der Agefriendly Cities bot hierfür ein ideales Fundament – damit war ein umfassender Begriff für Alternspolitik geschaffen, welcher die Gestaltung der Stadt, das Schaffen von urbanen Räumen für alle Generationen, kurz: ein aktives und eingebundenes Älterwerden umfasst. Es wurde konsequent eine ganzheitliche Politik umrissen, die nicht bei Ressortgrenzen oder Altersstufen Halt machte.

Die alternsfreundliche Stadt Winterthur

- kommt allen zugute – Jungen und Älteren – und anerkennt auch die grosse Heterogenität unter den älteren Menschen;
- fördert den Einbezug und die Partizipation älterer Menschen in sämtlichen Belangen des kommunalen Lebens;
- respektiert die Entscheidungen und die Wahl des Lebensstils;
- antizipiert alternsbedingte Bedürfnisse und Präferenzen und reagiert flexibel darauf.

Die Alternsplanung 2014 basiert auf der Sichtweise, dass das Alter nicht als starrer Lebensabschnitt definiert, sondern als ein Prozess verstanden wird, der alle Generationen umfasst. Aus diesem Grundverständnis heraus wird in den Leitsätzen bewusst von Altern gesprochen: «Ein Älterwerden mittendrin soll gewährleistet werden – in der Stadt Winterthur und in ihren Quartieren. In Generationenbeziehungen, in der partizipativen Mitgestaltung des städtischen Lebens, aber auch in der Begleitung durch tragfähige soziale Netzwerke. Älter werden mittendrin – das benötigt mehr als soziale Dienste und eine Fachpolitik für ältere Menschen. Und es verträgt sich schlecht mit einem Übermass separierter Sonderbehandlungen der älteren Menschen.»
Kernstück der «Alternsfreundlichen Stadt Winterthur» sind die strategischen Leitlinien, Ziele und Massnahmen, die sieben Handlungsfeldern zugeordnet sind. Sie machen deutlich, wo und mit welchen Zielen die Stadt in den nächsten Jahren aktiv werden möchte. Es sind dies:

Generationenpolitik – Altern und Alter immer mitdenken: Im Rahmen der Generationenpolitik wird das Altern als Teil des gesamten Lebenslaufs und des Generationengefüges gesehen. Explizit werden auch Netzwerke ausserhalb der Familie sowie Solidarität aktiv unterstützt.

Ressourcen, Potenziale und Fähigkeiten im Alter: Winterthur fördert eine selbst- und mitverantwortliche Lebensführung in allen Bereichen.

Öffentlicher Raum, Mobilität und Sicherheit: Die zentrale Orientierung am Quartier als Grundelement der alternsfreundlichen Stadt Winterthur wird in departementsübergreifender Zusammenarbeit unter Einbezug der Stadtentwicklungspolitik vorangetrieben.

Wohnen: Alternsgerechtes Wohnen geht über die eigenen «vier Wände» hinaus. Es beinhaltet auch eine entsprechende Wohnumgebung und die Einbettung in lebendige Nachbarschaften und Quartiere. Dabei gilt die Orientierung an Normalität und Wohnen für alle Lebenslagen sowie die Vermeidung von Ausgrenzung.

Pflegerische und soziale Angebote: Winterthur erfüllt den Auftrag, für ein qualitativ und quantitativ gutes Angebot im Bereich der Langzeitpflege und sozialen Betreuung zu sorgen. Die Stadt setzt auf ambulant vor stationär.

Information, Öffentlichkeit, Vernetzung: In Winterthur hat sowohl die Sensibilisierung der Bevölkerung für positive differenzierte Alternsbilder sowie für Generationen- und Alternsfragen als auch die entsprechende aktive Information einen hohen Stellenwert.

Gerontologische Zukunftsthemen: Die neuesten gerontologischen Erkenntnisse aus der Wissenschaft und zur gesellschaftlichen Entwicklung sind bekannt und fliessen in die Planung und Umsetzung von Massnahmen ein. Die Vernetzung mit Forschungs-, Weiterbildungs-, und Interessenorganisationen sowie der regelmässige Austausch mit der älteren Bevölkerung sind gesichert.

Und all diese Handlungsbereiche sollen sechs Querschnittsthemen gerecht werden: Quartierbezug, Berücksichtigung der Heterogenität des Alterns, Ausrichtung an Selbst- und Mitverantwortung sowie Partizipation, Gender, Migration und besonders verletzliche Menschen.

Der Beitrag und Workshop geht der Frage nach: Was hat sich seither getan? Ist das weiterhin eine tragfähige Richtschnur?

Dr. med. Helke Bruchhaus Steinert ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Sexualtherapeutin DGfS. Sie führt eine Praxis in Zürich mit Schwerpunkt Paar- und Sexualtherapie und leitet das Institut für Ökologisch-systemische Therapie in Zürich, ein Fort- und Weiterbildungsinstitut für systemische Psychotherapie. Sie hat Beiträge zu Themen wie Affären und Vertrauensverlust, Liebe in der Paartherapie sowie Partnerschaft und Sexualität im Alter veröffentlicht.

«Ich will die Beziehungsdynamik des Paares erfassen.»

Interview: Dr. med. Robert M. McShine, MHA, Chefarzt ipw

Frau Dr. Bruchhaus Steinert, in Ihrem Referat zur Sexualität und Partnerschaft im Alter führen Sie den Begriff des «interest-activity-gap» ein. Was empfehlen Sie Paaren zur Überwindung dieses Dilemmas?

So rasch empfehle ich erst einmal gar nichts. Ich will verstehen, welches sexuelle Interesse jeder Partner hat, was sie/er daraus macht, welche Signale an die Partnerin/den Partner gesendet werden und wie das geschieht. Ich will die Beziehungsdynamik des Paares erfassen. Allein schon über die eigenen Wünsche, Unsicherheiten und Ängste zu reden, ist oft eine Entlastung. Es geht für mich nicht um die Überwindung des Dilemmas, sondern darum, anzuerkennen, dass der Verzicht auf eine sexuelle Aktivität, obwohl individuell ein sexuelles Interesse besteht, Ausdruck von Respekt für und Rücksicht auf die Partnerin/den Partner sein kann. Natürlich kann der «interest-activity-gap» Ausdruck einer Konfliktvermeidung sein, deren Überwindung hilfreich sein kann. Entscheidend ist es, in der Paartherapie mit beiden Partnern abzuwägen, wer welchen Preis bei einer Konfrontation mit unerfüllten Wünschen zu zahlen hätte. Das heisst, es wird eine Metaebene eingeführt, die die Beziehung und ihre Bedeutung für jeden Partner stärker in den Fokus rückt. Damit wird eine Veränderung der Perspektive möglich, und das kann zu einer besseren Akzeptanz des Dilemmas oder auch zu neuen Schritten in der intimen Begegnung führen.

Die Existenz einer Partnerschaft im Alter scheint ein wesentlicher Parameter für sexuelle Zufriedenheit zu sein. Welche weiteren Faktoren spielen Ihrer Meinung nach ebenfalls eine Rolle?

Es ist wichtig, zwischen sexuellem Interesse, sexueller Aktivität und sexueller Zufriedenheit zu unterscheiden. Das sexuelle Interesse im Alter hängt vom individuellen sexuellen Interesse in jüngeren Jahren, von der individuellen Gesundheit und von einem positiven Verhältnis zum eigenen Körper ab. Aber auch von sexuellen Erfahrungen im individuellen Leben (z. B. sexuelle Traumata) sowie von der gemeinsamen sexuellen Beziehungsgeschichte. Die sexuelle Zufriedenheit wird durch das Erleben bestimmt, inwiefern sich jede/jeder vom anderen in seinen intimen Bedürfnissen gesehen und angenommen fühlt und inwiefern die/der andere diese Wünsche beachtet. Darüber hinaus spielt das Erleben der Beziehung als Ganzes eine wichtige Rolle: Fühlt sich jede Person in der Partnerschaft aufgehoben, ist sie mit ihr identifiziert? Findet ein gegenseitiger Austausch im Gespräch statt? Gibt es gemeinsame Aufgaben (z. B. Enkelkinder, Projekte)? Wie hat das Paar bisher Krisen bewältigt? In einer Beziehung, mit der sich die Personen identifizieren können, wird die sexuelle Aktivität als zugehörig erlebt und ermöglicht immer wieder das Gefühl intimer Nähe.

Ihr Rat an junge Psychotherapeutinnen und -therapeuten, wenn ältere Paare wegen erlahmender Sexualität eine Paartherapie wünschen?

Nicht zu schnell mit guten Ideen Veränderungen herbeiführen wollen! Erst kommt das Verstehen, und dann können Veränderungsschritte im gemeinsamen Dialog entworfen werden. Wenn die Therapeutinnen und Therapeuten die jüngeren Gesprächspartner und die Patientinnen und Patienten die älteren sind, helfen systemische Grundsätze wie die Klientenkompetenz und die Auftragsklärung. Partner verhalten sich aus ihren eigenen Lebenserfahrungen und aus ihrer gemeinsamen Beziehungsgeschichte heraus folgerichtig. Es gilt, den Sinn des Verhaltens und eingespielter Interaktionen aus der Logik des Paares heraus zu verstehen. Sie vermeiden vielleicht mit einer erlahmten Sexualität Kränkungen, oder sie wollen die Partnerin/den Partner nicht kränken. Vielleicht bestehen auch alte Wunden, die nicht richtig geheilt sind. Entscheidend ist es, das Erleben, die Bedeutung und die Wünsche jedes Partners an die Beziehung und die sexuellen Begegnungen vertieft zu erfassen. Manchmal ist es wichtig, den Fokus auf das Gemeinsame und Wertvolle einer Beziehung zu legen, sodass die Partner wieder erleben können, welche Stärken ihre Beziehung hat. Folgende Fragen helfen dabei: Wie zeigen Sie sich gegenseitig Ihre Zuneigung? In welchen Momenten fühlen Sie sich besonders intim miteinander verbunden? Es geht im Kontext erlahmender Sexualität nicht nur um Sex als Funktion, sondern um das Erleben von Körperlichkeit und Intimität in einem ganzheitlicheren Sinne.

Sexualität und Partnerschaft im Alter

Helke Bruchhaus Steinert

Erstaunlich lange konnte sich das Vorurteil halten, ältere Menschen hätten keine Sexualität mehr. Ein altersdiskriminierendes Bild beherrschte die Vorstellungen sowohl der Jungen wie der Alten selbst. Alte Menschen galten als senil, missmutig, klagend und rigide im Denken (Butler & Lewis, 2002). Eine aktive und lebendige Sexualität passte nicht in dieses Bild.

Diese Vorstellung ist im Wandel. Pro Familia schreibt in ihrer Broschüre zu Sexualität älterer Menschen: «Sexualität ist Lebensenergie, die in allen Phasen des menschlichen Lebens körperlich, seelisch und geistig wirksam ist.» (Pro Familia, 2015, S. 5.)

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die Sexualität älterer Menschen nicht von ihrer Sexualität in jüngeren Jahren unterscheidet. Es gibt keine «Alterssexualität». Sexuelle Wünsche verändern sich fortwährend im gesamten Lebenslauf. Also tun sie es auch im Alter. Entscheidend ist vielmehr, wie über die Veränderungen von Prioritäten, Vorlieben und Bedeutungen kommuniziert wird. Das Selbstbewusstsein älterer Menschen in Bezug auf ihren Körper, ihre Erotik und Sexualität beginnt sich gesellschaftlich allmählich zu verändern. Die Darstellung von nackten Körpern älterer Menschen und ihrer Sexualität ist gesellschaftsfähig geworden. In dem Film «Hope Springs» (2012) gehen zwei über 60-jährige Lebenspartner wegen erlahmter Sexualität in eine Paartherapie. In der niederländischen Dokumentation «69: Love, Sex and Seniors» (2013) werden auf eine wertschätzende Weise die Erotik und die Sexualität älterer Menschen thematisiert. Auch die Fotografin Anja Müller fängt in ihren Porträts die Sinnlichkeit älterer Menschen auf ästhetische Weise ein (Müller, 2002).

Die Sozialisation der heute über 65-Jährigen ist von einem liberaleren Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität geprägt. Viele Menschen dieser Generation erlebten die Einführung der Pille und wuchsen im kulturellen Geist der 68er und der Emanzipationsbewegung auf. Der Umgang mit Sexualität erfuhr eine Liberalisierung und Befreiung von einengenden Moralvorstellungen und Verboten. Die Menschen dieser Generation sind heute im Seniorenalter. Für sie ist auch die Inanspruchnahme von Psychotherapie selbstverständlicher geworden. Viele haben in ihrem Leben Erfahrungen damit gemacht, und so ist es für sie auch im Alter naheliegend, bei sexuellen oder partnerschaftlichen Konflikten therapeutische Hilfe zu suchen. Inzwischen gibt es zudem eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich mit der Sexualität im Alter befassen (Lindau u. a., 2007; G. Schmidt, Matthiesen, Dekker & Starke, 2006; Waite, Laumann, Das, & Schumm, 2009). Viele Studien fokussieren allerdings nach wie vor auf Parameter der Funktion wie Koitusfrequenz, Erektion, Lubrikation und Orgasmusfähigkeit. Hilfreich ist eine Unterscheidung zwischen sexuellem Interesse, sexueller Aktivität und sexueller Zufriedenheit.

Die sexuelle Zufriedenheit wird aber von weitaus mehr Parametern bestimmt als die sexuelle Funktionsfähigkeit, so spielen zum Beispiel die Bereiche emotionales und zwischenmenschliches Erleben eine grosse Rolle. Auch der Wunsch, «nicht alleine alt werden zu wollen», wirkt im Alter stärker. Ein Mann Anfang 60 beschrieb es so: «Ich wollte früher immer unabhängig sein, mein Ding machen können und guten Sex haben. Wenn das nicht mehr stimmte, bin ich auf kurz oder lang gegangen. Aber jetzt will ich nicht mehr gehen. Ich möchte mit dieser Frau alt werden. Nur ist unser Sexleben eingeschlafen.» Die Qualität der Partnerschaft, das Gefühl von Zugehörigkeit, Angenommensein und Verbundenheit spielen im Alter eine noch grössere Rolle als in jüngeren Jahren. Für das Erleben von Intimität und Nähe ist die Zufriedenheit mit dem gegenseitigen Austausch im Gespräch sowie mit den Ausdrucksmöglichkeiten von Zuneigung und Wertschätzung jenseits der koitalen Sexualität wichtiger.

Entscheidend für den Erhalt einer aktiven Sexualität ist das Vorhandensein einer Partnerschaft. Dies gilt noch stärker für Frauen als für Männer. Stirbt ein Partner, kommt das sexuelle Leben oft zum Erliegen. Auch wenn die Lebensformen heute vielfältiger werden und ältere Menschen neue Partnerschaften selbstbewusster eingehen, ist nach wie vor die eheliche Gemeinschaft die weitaus häufigste Lebensform. 2014 lebten in Deutschland 78 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen zwischen 70 und 75 Jahren in einer Ehe oder Partnerschaft (Statistisches Bundesamt, 2015). Die Lebenserwartung ist gestiegen, und damit geht eine längere Lebenszeit in guter Gesundheit einher. Das bedeutet, dass viele Menschen heute auch in höherem Alter sexuell aktiv bleiben können. Die interindividuellen Unterschiede werden aber grösser, so wie Gesundheit und Fitness im Alter weiter streuen, als sie das bei jüngeren Menschen tun. Statistische Durchschnittswerte sagen viel zu wenig über die individuelle Realität aus. Es muss auf die persönliche Wirklichkeit der Partner geachtet werden. In Bezug auf die sexuelle Aktivität wird im Alter ein sogenannter «interest-activity-gap» beobachtet. Das heisst: Trotz sexuellen Interesses wird eine sexuelle Aktivität häufig vermieden. Dies entweder, um den Partner zu schonen, zum Beispiel wenn er oder sie gesundheitlich angeschlagen ist, oder um eine spannungsgeladene Auseinandersetzung zu vermeiden.

Für die sexuelle Aktivität im Alter sind aus der Perspektive des Individuums das Interesse eines sexuell inter-

essierten Partners, die individuelle sexuelle Sozialisation sowie die persönliche Gesundheit entscheidend (Riehl-Emde, 2014). Wer in jungen Jahren wenig sexuell interessiert war, ist es auch im Alter nicht. Er oder sie wird eher froh sein «dass es nicht mehr sein muss». Ebenso wird sich ein Paar mit einer lebendigen Sexualität auch im Alter trotz Gelenkproblemen Wege suchen, sexuell aktiv bleiben zu können.

Aus der Perspektive der Partnerschaft ist für die Frequenz der sexuellen Aktivität die Dauer der Beziehung viel entscheidender als das Lebensalter der Partner. Ältere Menschen, die in einer jungen Beziehung leben, haben häufiger Sex miteinander als jüngere Menschen in einer lange bestehenden Beziehung (G. Schmidt u. a., 2006). Die Häufigkeit sexueller Aktivität bleibt im Alter über 60 hoch, solange eine Partnerschaft besteht. Eine repräsentative Befragung in Deutschland befasste sich mit der Wichtigkeit und Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft. 64 Prozent der über 60-Jährigen, die in einer Partnerschaft lebten, waren sexuell aktiv, aber nur 7 Prozent der Personen ohne Partnerschaft. Und in Langzeitbeziehungen braucht die sexuelle Aktivität mehr Nähe, Vertrauen und Empathie. Das sexuelle Interesse lässt nicht nach, sondern sucht sich andere Ausdrucksformen. Butler prägte dafür den Begriff der «zweiten Sprache der Sexualität» (Butler & Lewis, 2002).

Literatur:

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (2002). The new love and sex after 60 (3. überarbeitete Auflage). New York: Ballantine.

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. The New England Journal of Medicine, 357(8), 762–774.

Müller, A. (2002). Sechzig+, Erotische Fotografien. Tübingen: Konkursbuch Verlag.

Pro Familia (2005). Wenn Sexualität sich verändert.

Riehl-Emde, A. (2014). Wenn alte Liebe doch mal rostet. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidt, G., Matthiesen, S., Dekker, A., & Starke, K. (2006). Spätmoderne Beziehungswelten. Report über Partnerschaft und Sexualität in drei Generationen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2015). Die Generation 65+ in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., & Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of Partnerships, Practices, Attitudes, and Problems in the National Social Life, Health, and Aging Study. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64B(Supplement 1), i56–i66.

Workshops

Bild: Shutterstock.com_ 84247558

Dr. med. Helke Bruchhaus Steinert

Workshop 1
Sexualität und Partnerschaft im Alter

Siehe Seite 9

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Otto, Christiane von Kloeden

Workshop 2
Gutes und gesundes Altern benötigt intakte Netzwerke

Siehe Seite 7

Monique Arts, Projektleiterin, Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

Workshop 3
Die Zürcher Gesellschaft und Menschen mit Demenz: Ein Widerspruch oder eine Selbstverständlichkeit?

Heute leben im Kanton Zürich gegen 25'000 Menschen mit Demenz. Bis 2040 wird sich die Zahl der Betroffenen voraussichtlich auf 50'000 verdoppeln. Pro betroffene Person sind durchschnittlich drei Angehörige mitbetroffen, da sie in die Betreuung einbezogen sind. Demenz bestimmt somit bereits heute den Alltag von rund 100'000 Zürcherinnen und Zürchern – Tendenz steigend.

Demenz beeinflusst alle Bereiche des Zusammenlebens. Dass Menschen mit Demenz so lange wie möglich in den gesellschaftlichen Alltag integriert bleiben, ist eines der wichtigsten Ziele aller an der Versorgung beteiligten Organisationen und Institutionen und nicht zuletzt der Betroffenen und ihrer Angehörigen selbst. Dazu müssen aber auch die Voraussetzungen gegeben sein: Nur wenn das Umfeld – die Nachbarschaft, das lokale Gewerbe, die örtlichen Vereine und Kirchen, die Organisationen des öffentlichen Verkehrs, der Wirtschaft und der Verwaltung – den Menschen mit Demenz angemessen begegnet, können diese auch mit fortschreitenden Einschränkungen in der angestammten Umgebung verbleiben.

Volkswirtschaftliche Auswirkungen der Demenz
Die demenzassoziierten Kosten pro Person und Jahr betragen im Heim durchschnittlich etwa 100’000 Franken. Zu Hause sind es demgegenüber «nur» rund 15’000 Franken; rechnet man jedoch die Leistungen der Angehörigen dazu, betragen die Kosten für die Versorgung zu Hause etwa 75’000 Franken. Ungefähr 60 Prozent der Menschen mit Demenz wohnen zu Hause. Das entspricht einer volkswirtschaftlichen Belastung für den Kanton Zürich von insgesamt 2,1 Milliarden Franken pro Jahr. Darin ist der Produktivitätsverlust bei arbeitstätigen Personen, die an Demenz erkranken oder im Umfeld Betreuungsaufgaben übernehmen, noch nicht eingeschlossen.

Nationale Demenzstrategie
Bund und Kantone haben die Nationale Demenzstrategie 2014–2019 beschlossen. Darin legen sie Ziele fest, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, Belastungen zu verringern und die Qualität der Versorgung zu garantieren. Ein weiteres Ziel ist, dass den Betroffenen während des gesamten Krankheitsverlaufs koordinierte und bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung stehen. Die Nationale Demenzstrategie geht dieses Jahr ihrem Ende zu, die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz steht jedoch erst am Anfang. Der Kanton Zürich hat die Nationale Demenzstrategie aktiv mitgestaltet und sie im Kanton mit den dazu benötigten Partnern umgesetzt. Aufgrund der bevorstehenden Herausforderungen bleibt der Kanton Zürich am Thema dran, aber mit langfristiger und gesellschaftlich breiter Perspektive. Zusätzlich werden im Projekt «Mäander» Kräfte aus dem öffentlichen, wirtschaftlichen, philanthropischen und zivilgesellschaftlichen Bereich gebündelt.

Die Zürcher Gesellschaft im Umgang mit demenzkranken Menschen befähigen
Antrieb für das Projekt «Mäander» ist das Bild einer selbstverständlichen Integration von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in der Zürcher Gesellschaft. Die Bevölkerung soll im Umgang mit Betroffenen Handlungsfähigkeit und Kompetenz erlangen. Mit vereinten Kräften soll eine offene Gesellschaft gefördert werden, in der demenzbetroffene Menschen einen würdigen Platz haben. Informationen über das Thema Demenz sollen breit und über unterschiedliche Kanäle der Gesellschaft zur Verfügung stehen. Dazu gehören besonders auch Informationen über Angebote, die den Betroffenen die Bewältigung des Alltages erleichtern und dem Umfeld einen unbefangenen Umgang mit demenzkranken Menschen ermöglichen.

Gemeinsame Erarbeitung einer Plattformorganisation
Zentrales Element des Projekts ist die Gründung einer Plattformorganisation. Diese Organisation soll getragen werden von der Alzheimervereinigung Zürich, der Pro Senectute Zürich, vom Gemeindepräsidentenverband Zürich, vom Kanton Zürich sowie von Schlüsselakteuren aus der Wirtschaft und der Philanthropie. Um die Wirkungskraft noch mehr zu steigern, soll die Plattformorganisation nach der Gründungsphase weiteren interessierten Verbänden, Organisationen, Unternehmen und Personen offenstehen, die sich mit den Zielen der Organisation identifizieren können und zu ihrer Erreichung beitragen wollen.

Koordinieren, initiieren, kommunizieren
Die Plattformorganisation gestaltet die Vernetzung aktiv. Weil sie breit aufgestellt ist, finden sich im Netzwerk die richtigen Partner, um Fragestellungen aller Art anzupacken. Das ermöglicht die Erarbeitung von Lösungen auch für komplexe strukturelle Probleme. Die Plattformorganisation soll folgenden Grundsätzen genügen:

- Sie ist breit anerkannt und unabhängig.

- Sie arbeitet sektorenübergreifend und orientiert sich an der angestrebten Wirkung.
- Sie erbringt selbst keine Leistungen und konkurrenziert keine Anbieter, sondern nimmt eine koordinierende, initiierende und kommunizierende Rolle ein.
- Gute Ideen aller fähigen und zuständigen Institutionen werden aufgenommen und gemeinsam umgesetzt.

Gutachten bestätigt Pioniercharakter mit Leuchtturmpotenzial
Eine externe, unabhängige Mehrwert- und Machbarkeitsanalyse hat das Projekt als innovatives und erfolgversprechendes Pionierprojekt mit Leuchtturmpotenzial identifiziert, das weiterverfolgt werden soll.

Was meinen Sie?
Im Workshop wird nun Ihre Meinung abgeholt. Braucht es eine gesellschaftliche Veränderung zugunsten einer möglichst selbstverständlichen Integration von Menschen mit Demenz in der Gesellschaft? Kann eine solche gesellschaftliche Veränderung erwirkt werden? Wenn ja, was braucht es dazu? Wenn nein, welche alternativen Lösungswege sehen Sie?

www.gd.zh.ch/demenz

Med. pract. Robert Koch, Leitender Arzt, Psychiatrie für ältere Menschen, ipw

Workshop 4
Internationale Trends im Umgang mit und in der Therapie von Demenzerkrankungen

Angesichts der demografischen Entwicklung (höhere Lebenserwartung, Baby-Boomer-Generation kommt in das Rentenalter) und der daher erwartbaren Häufung altersassoziierter Erkrankungen wie Demenz dürften zukünftig neue Behandlungswege resp. Umgangsformen mit diesen Erkrankungen bedeutsamer werden. Nicht zuletzt aufgrund der – für die nähere Zukunft – leider weiterhin begrenzten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten von demenziellen Erkrankungen sowie wegen des Mangels an personellen und finanziellen Ressourcen rücken andere, aktuell häufig technisch orientierte Methoden in den Fokus.

Dieser Workshop soll dazu dienen, einige dieser neueren internationalen und vielfach gerätetechnischen Ansätze vorzustellen und deren Einsatz und Nutzen, aber gegebenenfalls auch Risiken und Nebenwirkungen gemeinsam kritisch und sowohl unter therapeutischen als auch unter ethischen Gesichtspunkten zu erörtern. Oder als etwas überspitzte Frage formuliert: Aktiviert zukünftig nach Diagnosestellung durch den Diagnostik-Bot die Überwachungstechnik mithilfe des Pflege-Bots den Therapieroboter?

Beispiele für die angesprochene Roboter-, Geräte- und Überwachungstechnik:

Der Pflege-Bot

Technologie: Interagierendes Assistenzsystem, z. B. Care-o-Bot vom Fraunhofer-Institut IPA oder Robear von Tokai Rubber Industries.

Seine Aufgaben: Einfache Befehle ausführen, etwa Getränke servieren, Tisch decken, Medikamente holen, Blumen giessen oder Menschen aus dem Bett anheben.

Seine Vorgehensweise: Über Sensoren die Umgebung und Sprachbefehle erfassen, über Lautsprecher Rückfragen stellen, mit zwei Armen greifen.

Sein Einsatzbereich: Als Pilotprojekt in Altersheimen in Deutschland und in Asien.

Der Therapieroboter

Technologie: Computertiere wie Robbe «Paro», JustoCat, Beagle-Bot und andere.

Seine Aufgaben: Interaktion trainieren, Einsamkeit lindern.
Seine Vorgehensweise: Auf Streicheln und Ansprache reagieren, z. B. mit Schwanz wedeln, Augen schliessen, Laute von sich geben.

Sein Einsatzbereich: Demenztherapie in Japan, Korea und Norwegen, als Pilotprojekt in Deutschland.

Der Diagnostiker

Technologie: Künstliche Intelligenz zur Früherkennung von Alzheimer.

Seine Aufgaben: Kleinste strukturelle Veränderungen im Gehirn aufspüren.

Seine Vorgehensweise: MRT-Bilder von Gehirnen gesunder Menschen und Alzheimerpatienten miteinander vergleichen.

Sein Einsatzbereich: Forschungsprojekt in Italien.

Im Projekt **«PYRAMID»** wollen Wissenschaftler des Fraunhofer-Instituts für Zuverlässigkeit und Mikrointegration IZM in Berlin (D) gemeinsam mit Partnern aus Industrie und Forschung mit einem neuen Versorgungskonzept die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in enger Zusammenarbeit mit dem Pflege- und Arztpersonal stabilisieren, verbessern und sicherer gestalten: Ein miniaturisiertes, modular erweiterbares Mess- und Beratungssystem in Form einer Armbanduhr misst die notwendigen Gesundheits- und Pflegedaten des Demenzpatienten automatisiert mit unauffälligen, kaum wahrnehmbaren Sensoren. Auf Basis der erhobenen Daten sollen individualisierte Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten für die Erkrankten vorgeschlagen und umgesetzt werden.

«Ziel ist es, den Patienten von der Verdachtsdiagnose bis zur klinischen Versorgung über Jahre hinweg unaufdringlich zu begleiten, Informationen tagesaktuell parat zu halten, die Selbstbestimmung der Betroffenen zu steigern und ihnen die Chance zu geben, möglichst lange in der vertrauten Umgebung bleiben zu können», erläutert Erik Jung, Physiker am Fraunhofer IZM, das Konzept.

Mit dem neuen Messsystem sollen Verlaufsverschlechterungen rechtzeitig und prognostisch erkannt werden und die entsprechenden Informationen den Behandlungsbeteiligten zur Verfügung stehen.

Dina Katabi, Massachusetts Institute of Technology sowie

Andrew und Erna Viterbi, Professor of Electrical Engineering and Computer Science am MIT und Ko-Direktorin des MIT Center for Wireless Networks and Mobile Computing, forschen mit ihrem Team am EQ-Radio zum Thema: «Emotionserkennung über WF-Funksignale».

Das EQ-Radio kann mithilfe von Funksignalen auf die Gefühle einer Person schliessen. Es überträgt ein Hochfrequenzsignal und analysiert Reflexionen vom Körper einer Person, um ihren emotionalen Zustand (glücklich, traurig usw.) zu erkennen und daraus den Interventionsbedarf abzuleiten.

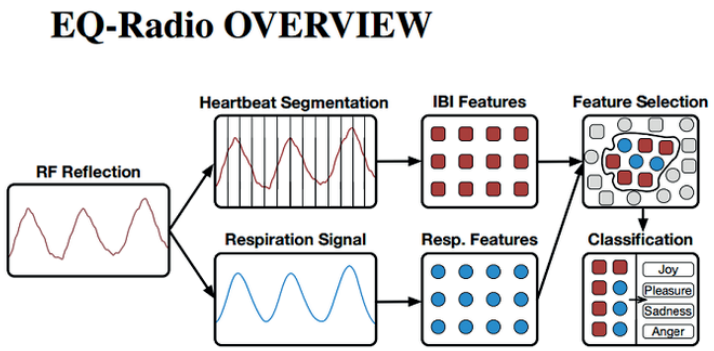


Figure 2: **EQ-Radio Architecture.** EQ-Radio has three components: a radio for capturing RF reflections (§4), a heartbeat extraction algorithm (§5), and a classification subsystem that maps the learned physiological signals to emotional states (§6).

Sandra Studinger, Pflegeexpertin, Tagesklinik und Ambulatorium für ältere Menschen, ipw

Workshop 6
Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung – mehr Lebensqualität im Alter

Das am Institut «Alter» der Berner Fachhochschule entwickelte Bewegungsmodell «Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung» ist auf ältere Menschen mit körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen und deren Alltagsbefähigung ausgerichtet. Der Fokus dieses Modells liegt nicht auf den Einschränkungen, sondern auf den im Alltag zu bewältigenden Aktivitäten. Das bedeutet, dass Einschränkungen nicht als Defizite, sondern vielmehr als spezifische Eigenschaften, mit denen ein Mensch sein Leben gestaltet, gesehen werden. Ziel ist, durch eine umfassende Bewegungsschulung und die Sensibilisierung im Bereich Körperwahrnehmung die Selbsthilfekompetenz zu steigern, nach dem Grundsatz «Befähigen statt helfen». In den bereits durchgeführten Projekten am Institut «Alter» der Berner Fachhochschule zeigten sich bei den Teilnehmenden sowohl auf psychischer als auch auf physischer Ebene erstaunlich positive Resultate.

Mit dem Begriff «Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung» wird der ganzheitliche Zugang zur individuellen Alltags- und Lebensgestaltung betont. Das heisst, Menschen bearbeiten mit ihrer Bewegung ihre Lebensthemen, gestalten ihre Begegnungen mit anderen Menschen, schaffen sich Wohn- und Lebensraum und setzen Hilfsmittel ein, die ihre alltäglichen Aktivitäten erleichtern. Themen wie Altersdepression, Vereinsamung, sinnentleerter Alltag oder eingeschränkter Bewegungsradius können sich durch bewegungsbasierte Arbeit wandeln; beispielsweise in das Erleben von Freude und Zufriedenheit, in die Erfahrung, dazuzugehören und etwas beitragen zu können, in Sinnerfahrungen sowie in die Erweiterung der Mobilitätsgrenzen im Alltag. So zeigen sich gesundheitsfördernde Wirkungen, ohne die Gesundheit direkt zu thematisieren (Müller, 2015). Die Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung ist jedoch keine Therapie, sie bietet vielmehr Hilfe zur Selbsthilfe.

Wenn Alltagsaktivitäten mit Unsicherheit, Einschränkungen oder Risiken in der Ausführung behaftet sind und dadurch Gefühle wie zum Beispiel Angst mit sich bringen, hat dies einen entscheidenden Einfluss auf die Nutzung der vorhandenen Bewegungsfähigkeit. Mit dem Bewegungslernen nach Frank Hatchs und Lenny Maiettas Konzept «Kinaesthetics» kann die Körperspannung gesenkt werden, was den Zugang zu und die Nutzung von Bewegungsfähigkeiten bei herausfordernden Alltagsaktivitäten wieder ermöglicht. Auf diese Weise lassen sich eingeschliffene Bewegungsmuster erweitern und neue Muster entwickeln. Kinaesthetics bedeutet im wörtlichen Sinn «sich selber erfahren». Es handelt sich dabei um eine kreative Interaktionsform zwischen den älteren Menschen, mir als Fachfrau Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung FH und der Umgebung. Durch die Interaktion sind alle (auch ich) Lernende. Dieser integrative Bildungsprozess verbindet gesprächs- und körperorientierte Perspektiven und Inhalte. Bewegungsarbeit ist also gleichzeitig Bildungsarbeit, da sich der Mensch in einer ganzheitlichen Art und Weise mit sich, mit seinen Alltags- und Lebensthemen auseinandersetzt. Eine reichhaltige Alltagsbewegung ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität im Alter. Aus sozial- und gesundheitspolitischer Sicht besteht eine Notwendigkeit, die Selbstständigkeit und Mobilität im Alter durch geeignete Bewegungsangebote zu fördern. Leider wecken bestehende Bewegungsangebote bei älteren Menschen häufig Assoziationen zu Sport, Leistung und Jugendlichkeit. Die Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung stellt dagegen ein wegweisendes Angebot bereit, welches ältere Menschen genau dort abholt, wo sie physisch und psychisch stehen.

In einem Inputvortrag gebe ich zunächst einen theoretischen Überblick über die Bewegungsmöglichkeiten in der Arbeit mit psychisch kranken älteren Menschen (Fokus Depression) und über das Modell der Bewegungsbasierten Alltagsgestaltung. Letzteres setzt sich zusammen aus den Konzepten Kinaesthetics von Maietta/Hatch, Tanz- und Trainingswissenschaft – welche die Grundlage der Körperarbeit bilden –, aus dem theoretischen bzw. sprachlichen Hintergrund der drei Konzepte Lebensgestaltung, Ressourcen und Sozialraumorientierung sowie aus dem Gesprächsmodell der Idiolektik. Im Zentrum des Modells steht der reichhaltige, sinnstiftende Alltag des Menschen. In einem weiteren Schritt wird anhand von Fallbeispielen der Bezug zur praktischen Arbeit mit der Bewegungsbasierten Alltagsgestaltung im Einzel- wie im Gruppensetting hergestellt. Die Projektarbeiten des CAS/DAS Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung und des Masterstudienganges Gerontologie, Altern 50+, dienen ebenfalls als Einblick in die Bewegungsarbeit und als Diskussionsgrundlage. In einem praktischen Teil demonstriere ich Beispiele im Bereich der Bewegung, und falls die Platzverhältnisse es erlauben, sind Sie herzlich eingeladen, gleich Ihre eigenen Bewegungserfahrungen zu machen.

Seit Mitte 2017 wird die Bewegungsbasierte Alltagsgestaltung in der ipw, Tagesklinik und Ambulatorium für ältere Menschen in Glattbrugg, im Gruppen- und Einzelsetting angeboten.

Links:

Berner Fachhochschule, Institut Alter
www.alter.bfh.ch/de/publikationen/forschungsberichte
Evaluation Bewegungsbasierte Altersarbeit in Altersheimen
Müller, Bernhard & Fankhauser, Regine (2016)

www.alter.bfh.ch/nc/de/weiterbildung/diploma_of_advanced_studies_das/detailansicht.html?kursid=3091
(Nachfolgeangebot der Bewegungsbasierten Alltagsgestaltung)

Unsere Angebote für ältere Menschen

Mit der Pensionierung treten die meisten Menschen in eine neue Lebensphase über, die von schmerzhaften Verlusten auf vielen Ebenen geprägt sein kann. Das Psychiatrieangebot der ipw für ältere Menschen ist vielfältig und auf die individuellen Bedürfnisse im dritten Lebensabschnitt ausgerichtet.

Akutstation für ältere Menschen (Winterthur und Embrach)

In unseren zwei teiloffen geführten Akutstationen in Winterthur und Embrach nehmen wir Menschen ab 65 Jahren auf, die sich in einer schweren Krise befinden oder an einer akuten psychischen Erkrankung leiden und eines geschützten Rahmens bedürfen.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 36 10, aka2@ipw.zh.ch (Winterthur);
Telefon +41 (0)44 866 14 01, aka1@ipw.zh.ch (Embrach)

Akutstation für Menschen mit Demenz (Embrach)

Die Akutstation für Menschen mit Demenz ist ausgerichtet auf Menschen mit einer vermuteten oder bereits diagnostizierten demenziellen Erkrankung, die vorübergehend eine intensive Betreuung und Behandlung im geschlossenen Rahmen benötigen. Wir bieten akutpsychiatrische Abklärungen, Krisenintervention und die Behandlung von demenziellen Erkrankungen an. Der Angehörigenarbeit wird dabei ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)44 866 15 80, afd@ipw.zh.ch

Psychotherapiestation für ältere Menschen (Winterthur)

Die offen geführte Psychotherapiestation für ältere Menschen richtet sich an Menschen im Pensionsalter, die sich in einer Lebenskrise befinden und eine unterstützende Umgebung benötigen, um sich neu zu orientieren. Während des Aufenthalts wird gemeinsam mit einem fachübergreifenden Team ein individuell ausgerichtetes Behandlungsprogramm entwickelt und umgesetzt.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 36 50, ptsa@ipw.zh.ch

Ambulatorien für ältere Menschen (Winterthur und Glattbrugg)

In unseren Ambulatorien in Winterthur und Glattbrugg führen wir bei älteren Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ambulante Abklärungen, Beratungen und Behandlungen durch. Die Therapien erfolgen in den Ambulatorien. Bei Bedarf besuchen wir unsere Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Heim. Auf Wunsch beraten wir gerne auch Helfende, die Spitex sowie Hausärztinnen und Hausärzte.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 38 00, ambulatorium-a.winterthur@ipw.zh.ch;
Telefon +41 (0)52 264 39 00, ambulatorium-a.glattbrugg@ipw.zh.ch

Memory Clinic (Glattbrugg)

In unserer Memory Clinic besteht die Möglichkeit zur Abklärung und Einleitung einer adäquaten Behandlung von Demenz oder anderen kognitiven Störungen. Eine Abklärung ist sinnvoll für alle, die subjektiv oder objektiv unter Gedächtnisstörungen oder anderen neu aufgetretenen Hirnleistungsstörungen leiden, unabhängig vom Alter. Termine können auch in Winterthur vereinbart werden.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 39 00, memoryclinic@ipw.zh.ch

Tageskliniken für ältere Menschen (Winterthur, Glattbrugg)

Mit den zwei Tageskliniken in Glattbrugg und Winterthur richten wir uns an psychisch kranke Menschen, in der Regel ab 65 Jahren, bei welchen die ambulante Behandlung zu wenig greift, ein stationärer Aufenthalt jedoch nicht angezeigt ist. Der tagesklinische Rahmen bietet eine intensive Auseinandersetzung mit Therapie und Alltag. Das vielfältige Therapieangebot kann jeweils von Montag bis Freitag, an einem oder mehreren Tagen, halb- oder ganztags besucht werden.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 38 00, tagesklinik-a.winterthur@ipw.zh.ch;
Telefon +41 (0)52 264 39 00, tagesklinik.glattbrugg@ipw.zh.ch

Hometreatment für ältere Menschen (Winterthur, Glattbrugg)

Mit dem neuen mobilen Team der ipw können ältere psychisch kranke Menschen erreicht werden, welche aus körperlichen oder psychischen Gründen die Einrichtungen der ipw nicht selbst aufsuchen können. Ein Team von Ärzten und Mitarbeitenden der Pflege kann innerhalb von wenigen Arbeitstagen ausrücken und eine Einschätzung vor Ort vornehmen. Danach wird die weitere Behandlung aufgegleist. Das Angebot richtet sich an Menschen ab 65 Jahren oder mit einer altersspezifischen Erkrankung.

Sie erreichen uns unter: Telefon +41 (0)52 264 39 00, ambulatorium-a.glattbrugg@ipw.zh.ch

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur — Zürcher Unterland (www.ipw.zh.ch) sorgt für die stationäre Psychiatrieversorgung der Region Winterthur und Zürcher Unterland mit rund 470 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Mit 860 Mitarbeitenden ist die ipw eine der grössten Arbeitgeberinnen in der Region Winterthur und Zürcher Unterland. Sie engagiert sich mit 130 Ausbildungsverhältnissen stark in der Nachwuchsförderung. Als Pionierin der Integrierten Versorgung betreibt die ipw seit vielen Jahren an aktuell 15 Standorten eine Vielzahl von gemeindenahen ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten.

Impressum
Herausgeberin: Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
Layout: Karin Wullschleger, ipw
Korrektorat: Sonja Brunschwiler, TEXTARBEIT
Druck: FO-Fotorotar AG

patientennah – engagiert – vernetzt

Integrierte Psychiatrie
Winterthur - Zürcher Unterland
Wieshofstrasse 102
Postfach 144
8408 Winterthur
Tel. 052 264 33 33
Fax 052 264 33 34
info@ipw.ch
www.ipw.ch