



# Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen

Teilprojekt im Rahmen des Projekts  
«Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»

## Zusammenfassung und Empfehlungen

### Unterstützt durch

die Kantone:

Aargau  
Appenzell Ausserrhoden  
Basel-Land  
Bern  
Graubünden  
Luzern  
Nidwalden  
Schaffhausen  
Solothurn  
Thurgau  
Uri  
Zug

Gesundheitsförderung  
Schweiz

Beratungsstelle  
für Unfallverhütung

Eva Soom Ammann  
Corina Salis Gross

Februar 2011

In Zusammenarbeit mit:

## **Executive Summary**

### **Fragestellung, Zielsetzung und Methodik des Berichts**

Der Forschungsbericht ist Bestandteil des Projektes „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ und soll den Kenntnisstand für einen optimalen Zugang zu sozioökonomisch benachteiligten Menschen über 65 Jahren aufbereiten. Dabei geht es einerseits um die Erreichbarkeit von sozio-ökonomisch benachteiligten Teilen der Bevölkerung allgemein, sowie um die Verbesserung des Zugangs in konkreten Angeboten und Projekten. Besonders zu berücksichtigen sind dabei die Dimensionen „Sozioökonomischer Status (SES)“, „Migrationsstatus“ und „Gender“. Da es sich bei der Fragestellung dieses Teilmoduls um eine vielschichtige und differenziert zu behandelnde Thematik handelt, wurde dem Rechercheverfahren wie auch dem Bericht ein explorativer Charakter gegeben. Die Erarbeitung des wissenschaftlichen Berichts basiert auf einer Literaturrecherche. Mithilfe des Einbezugs von Expert/innen-Wissen (über die Instrumente des informellen Expertengesprächs, über Fokusgruppen sowie über die Formierung einer inhaltlichen Begleitgruppe) wurde die in der Schweiz noch relativ rudimentäre Dokumentationslage der Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung im Alter ergänzt.

### **Die Zielgruppen im Fokus: sozioökonomisch benachteiligt**

Der vorliegende Bericht soll sich mit Fragen der Erreichbarkeit von und des Zugangs zu sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppen auseinandersetzen. Der Auftrag gibt dafür den Begriff der sozioökonomischen Benachteiligung vor, unter Berücksichtigung von Geschlecht und Migrationshintergrund. Der Begriff der Benachteiligung verweist auf gesellschaftliche Faktoren, die Ungleichheit verursachen, und schliesst damit auch die Frage nach strukturellen Ursachen von Benachteiligung mit ein.

Unter dem Begriff der Erreichbarkeit werden neben der Benachteiligung in sozioökonomischer Hinsicht auch andere Formen von Zielgruppen einbezogen, welche sich nicht (oder nicht a priori) durch sozioökonomische Benachteiligung auszeichnen. Die Erreichbarkeit von Zielgruppen hat mehrere Bedeutungsdimensionen: Zielgruppen zu erreichen, bedeutet in erster Linie, einen ersten Zugang zu finden. Erreichbarkeit beinhaltet in zweiter Linie aber auch, dass Angebote und Interventionen auch über diesen ersten Kontakt hinaus ihr Zielpublikum erreichen, im Sinne von Compliance und Akzeptanz des Angebotes/der Intervention. In dritter Linie beinhaltet Erreichbarkeit aber auch, dass das Angebot/die Intervention nicht nur eine Veränderung der Kognition, sondern auch im Hinblick auf konkretes Verhalten bewirkt.

### **Ungleichheit, Benachteiligung und Gesundheit**

Gesundheit im Alter steht in deutlichem, empirisch nachgewiesenem Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit: gesundheitliche Beeinträchtigungen sind tendenziell höher und Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung geringer. Armut im Alter ist in den meisten Fällen die Fortsetzung und Verschärfung von Benachteiligungen aus früheren Lebensjahren, insbesondere des Erwerbslebens. Deshalb wird gegenwärtig, um Armut statistisch zu erfassen, der sozioökonomische Status einer Person als Gradmesser beigezogen. Dieser setzt sich v.a. aus den Komponenten Bildung, Einkommen, beruflicher Stellung und Vermögen zusammen. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen spielen dabei ebenso eine Rolle wie biographische Ereignisse. Dies gilt insbesondere für Frauen, die aufgrund von Faktoren des Erwerbslebens (Teilzeitarbeit, Erwerbsunterbrüche wegen familiärer Betreuungspflichten) über geringere Renten verfügen. Zudem weisen Frauen nach wie vor eine längere Lebenserwartung auf und heiraten tendenziell jünger als Männer. Deshalb sind Frauen besonders häufig von gesundheitlichen Belastungen wie Multimorbidität oder Behinderung, wie auch von sozialen Belastungen wie Verwitwung betroffen. Eine weitere im Alter besonders gefährdete Gruppe sind Migrant/innen; auch in dieser Gruppe zeigen sich im Alter Langzeitauswir-

kungen von Benachteiligungen in früheren Lebensphasen. Einige Dimensionen sozialer Benachteiligung im Alter, die grundsätzlich für eine Gesellschaft von Bedeutung sind, manifestieren sich in der Migrationsbevölkerung besonders deutlich. Deshalb lässt sich aus der Gesundheitsförderung bei Migrant/innen viel lernen für die Gesundheitsförderung von sozioökonomisch Benachteiligten allgemein.

Sozialen Ungleichheiten, die sich benachteiligend auswirken, ist man jedoch nicht nur ausgeliefert, es gibt Handlungspotenziale und aktivierbare Ressourcen. Auch diese sind zwar ungleich verteilt, doch sind zur Gesundheitsförderung auch Ressourcen bedeutsam, die nicht nur auf Armut und Reichtum im Sinne von finanziellen Ressourcen basieren. Fehlendes ökonomisches Kapital ist nur ein Aspekt. Für die Gesundheit ebenso wichtig sind Bildung und Wissen (kulturelles Kapital), welche befähigen, Informationen zu Gesundheit und gesundheitsfördernden Massnahmen zu finden und zu nutzen. Ebenso bedeutsam ist der Zugang zu unterstützenden sozialen Beziehungen (soziales Kapital). Ungleichheitsmerkmale werden zudem in bestimmten Kombinationen besonders wirksam (z. B. weiblich, tiefer Bildungsstand und alleinerziehend), d.h. Benachteiligungen können kumulative Effekte entfalten. Die Wirkungsweisen dieser Kombinationen sind überaus vielfältig und machen es schwierig, benachteiligte Gruppen einheitlich zu definieren, insbesondere da strukturelle Merkmale ihre Wirkung in Kombination mit individuellen Lebensstilen und Verhaltensweisen entfalten.

Die Gesundheitsförderung, wie sie gegenwärtig betrieben wird, spricht tendenziell eher die oberen und mittleren Schichten (d.h. Gruppen mit hohem oder mittlerem SES) an (Hackl 2007, Homfeldt 2010). Gruppen mit tiefem sozioökonomischem Status werden schlechter erreicht, obwohl sie höheren Risiken ausgesetzt sind. Prävention kommt demnach im Moment nicht dort an, wo sie am nötigsten gebraucht wird (Kowalski et al. 2008).

### **Bildung und ‚health literacy‘**

Grundsätzlich erscheint Bildung als einer der zentralsten Faktoren bezüglich gesundheitlicher Chancengleichheit. Oft verfügen benachteiligte Bevölkerungsgruppen über eine geringe Gesundheitskompetenz, auch als ‚health literacy‘ bezeichnet. Nach Nutbeam's (2000) Differenzierung in funktionale, interaktive und kritische ‚health literacy‘ verbindet Gesundheitskompetenz kognitive mit sozialen Fähigkeiten: Um gesundheitskompetent zu handeln, ist nicht nur der Zugang zu theoretischem Wissen (d.h. Fachwissen) notwendig, sondern es braucht auch alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, und letzteres beruht auf persönlichen und sozial vermittelten Erfahrungen, die im Rahmen der interaktiven ‚health literacy‘ erarbeitet werden. Für die Gesundheitsförderung im Alter zu beachten sind hier die schulischen Hintergründe der anvisierten Zielgruppen, in denen u. U. autoritäre und passiv-rezeptive Erziehungs- und Bildungsstile prägend gewesen sind. Deshalb muss der aktive und partizipative Umgang mit Wissen, wie er für die interaktive ‚health literacy‘ zentral ist, u. U. erlernt und eingeübt werden. Interventionen zur Förderung der Gesundheitskompetenz sollen deshalb bei der Verstärkung der interaktiven ‚health literacy‘ ansetzen: Sie müssen über das bloße Vermitteln verständlicher Gesundheitsinformationen hinausgehen und auch die Fähigkeiten der Menschen fördern, ihr Gesundheitswissen nutzen und einsetzen zu können.

### **Soziale Integration und Netzwerke**

Der Zugang zu Gesundheitsressourcen und die Erreichbarkeit durch Angebote der Gesundheitsförderung können auch aufgrund von sozialer Isolation erschwert sein. Soziale Netzwerke sind eine zentrale Ressource für die Gesundheit, die nicht direkt an den sozioökonomischen Status gebunden ist. Benachteiligung und schwere Erreichbarkeit kann hier also auch Menschen treffen, die über genügend finanzielle Ressourcen und Bildung verfügen. Auf der anderen Seite können unter ökonomisch prekären Lebensbedingungen soziale Netzwer-

ke zu einer wichtigen Ressource im Alltag werden, einer Ressource, die auch zur Gesundheitsförderung genutzt werden kann.

Die Bedeutung sozialer Netzwerke in der Gesundheitsförderung und das Potenzial, diese Netzwerke auch für entsprechende Interventionen zu nutzen, wurde in der Schweiz spezifisch für den Migrationsbereich aufgearbeitet: Die im Auftrag des Bundes verfasste Studie Môtet und Dahinden (2009) kommt zum Schluss, dass die Strukturen der Selbstorganisation (Vereine etc.) und die persönlichen Netzwerke der Migrationsbevölkerung stärker für die Gesundheitsförderung zu nutzen sind, da sie zivilgesellschaftliche und selbsthilfebezogene Ressourcen mit hohem Potenzial für die Integrations- und Präventionsarbeit in sich bündeln.

Das Potenzial sozialer Netzwerke für Prävention und Gesundheitsförderung geht jedoch auch weit über die reine Informationsvermittlung und über die Migrationsbevölkerung hinaus, wie die amerikanischen Medizinsoziologen Christakis und Fowler (2007, 2008, 2010) aufzeigen. Ihre Analysen von Langzeitstudien zur Gesamtbevölkerung der USA verweisen auf kollektive Dynamiken in Netzwerken von starken Beziehungen (reziproke Vertrauensbeziehungen, z.B. Familie, Freundschaften), welche sich auf Werte und Verhaltensnormen in diesen Netzwerken auswirken. Der Entscheid zum Rauchstopp z.B. scheint nicht individuell, sondern kollektiv vollzogen zu werden. Diese Beobachtung kann auch für Public-Health-Interventionen genutzt werden, denn es scheint, als wären Netzwerke so effizient in der Verbreitung von Verhaltensnormen und deren Umsetzung in Verhaltensänderung, dass sich der Aufwand für Interventionen bei Individuen und Kleingruppen lohnt. Daraus lässt sich schliessen, dass Gesundheitsförderung, welche auf Kleinstgruppen abzielt und nicht nur auf Informationsvermittlung, sondern auf Verhaltensänderung hin arbeitet, zwar wesentlich aufwändiger ist als konventionelle, grossflächige Präventionsarbeit, dass sie aber deutlich effizienter wirkt. Insbesondere Gruppen, die sich durch sozioökonomische Benachteiligung und tiefe ‚health literacy‘ auszeichnen, können so erreicht werden, wie z. B. die Rauchstopp-Kurse für Migrant/innen aus der Türkei des Nationalen Rauchstopp-Programmes aufzeigen.

### **Typen benachteiligter und schwer erreichbarer Zielgruppen**

Alt, schwer erreichbar und sozioökonomisch benachteiligt muss weiter differenziert werden, und die Institutionen und gesellschaftlichen Felder, in denen spezifische Gruppen in Erscheinung treten, sind unterschiedlich. Was die Benachteiligung und die Erreichbarkeit betrifft, lassen sich verschiedene Typen von Gruppen ausmachen, die in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern in Erscheinung treten resp. aufzusuchen sind.

Ökonomische Armut manifestiert sich in statistischen Erhebungen wie z. B. Haushaltseinkommen, andererseits ist sie dann in Zahlen fassbar, wenn sie wohlfahrtsstaatliche Leistungen in Anspruch nimmt (Ergänzungsleistungen, Prämienverbilligung). Diese unterliegen einerseits Datenschutzbestimmungen und sind andererseits u. U. mit Stigmatisierungsängsten verbunden. Sie eignen sich deshalb nur bedingt als Kriterien zur Zielgruppendefinition, und die damit verbundenen Praxen finden in Settings statt, welche nur eingeschränkt für Interventionen genutzt werden können. Ökonomische Armut manifestiert sich auch räumlich, in der Konzentration sozioökonomisch benachteiligter Bevölkerungsgruppen in Wohngebieten mit billigem Wohnraum. Will man mit einer Intervention arme Menschen erreichen, bietet sich deshalb das Setting Wohnumfeld (Quartier, Strasse, Grosssiedlung) an.

Bildungsferne steht oft in unmittelbarem Zusammenhang mit geringer Gesundheitskompetenz und insbesondere auch mit erschwertem Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Angeboten respektive mit wenig Übung im Beschaffen und Verarbeiten von gesundheitsrelevanten Informationen. Bildungsferne lässt sich statistisch quantifizieren über den höchsten Bildungsabschluss. Im gesellschaftlichen Feld der gesundheitsfördernden An-

gebote im Alter ist Bildungsferne schwierig zu lokalisieren; sie tritt jedoch durch die tendenzielle Abwesenheit in konventionellen Bildungsangeboten in Erscheinung.

Einige Segmente der Bevölkerung sind benachteiligt, weil sie mit strukturellen Barrieren konfrontiert sind. Dies gilt zum Beispiel für Teile der Migrationsbevölkerung und umfasst u. a. rechtliche Einschränkungen durch den Aufenthaltsstatus, fehlende Sprachkenntnisse oder Diskriminierungserfahrungen. Quantifizieren lässt sich dieser Aspekt über statistische Erhebungen, z. B. mittels Aufenthaltsstatus, Staatszugehörigkeit oder Muttersprache. Bevölkerungsgruppen, die mit strukturellen Barrieren konfrontiert sind, treten zum Beispiel in spezifischen Arbeitsfeldern mit tiefen Löhnen und schwierigen Arbeitsbedingungen in Erscheinung, in spezifischen Wohnumfeldern (strukturell benachteiligte Quartiere); in Formen der Selbstorganisation wie Vereinen und religiösen Gruppierungen, in informellen Treffpunkten (Restaurants, Läden, öffentliche Plätze) und je nach Aufenthaltsstatus auf Behördenstellen.

Geschlecht wirkt sich insofern auf sozioökonomische Benachteiligung aus, als Bildungschancen und Arbeitsmarkt-Chancen auch geschlechtlich strukturiert sind. Zu erwähnen ist hier insbesondere die Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbsarbeit und Familienarbeit, die sich in der Regel auf weibliche Erwerbskarrieren nachteiliger auswirkt. Gesellschaftliche Arbeitsteilung entlang von Geschlecht führt auch dazu, dass Gesundheitsstrategien geschlechtliche Besonderheiten aufweisen können. Zudem kann Geschlecht, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status, von Bedeutung sein im Hinblick auf körperliche Besonderheiten, geschlechtsspezifische Vergesellschaftungsformen, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und geschlechtsspezifische Tabuisierungen und Stigmatisierungen. Für die Gesundheitsförderung im Alter zu beachten sind deshalb einerseits geschlechtsspezifische Gesundheitsthemen (z. B. Brustkrebs, Prostatakrebs), andererseits auch geschlechtsspezifische Aspekte von Netzwerkbildungen und Beziehungen.

Erreichbarkeit kann auch durch andere Aspekte erschwert sein, die nicht (oder zumindest nicht direkt) mit sozioökonomischer Benachteiligung einhergehen müssen:

- soziale Isolation
- räumliche Isolation
- eingeschränkte Mobilität
- gesellschaftliche Marginalisierung (z. B. Obdachlosigkeit, unkonventionelle Lebensweisen)
- psychogeriatrische Beeinträchtigung (Demenz, Angstzustände, Depression o.ä.)
- hohe zeitliche Belastung durch Pflegeverpflichtungen gegenüber Angehörigen
- bewusst gewählte Unerreichbarkeit (ausgeprägter Individualismus, Desinteresse o.ä.)

Je nach dem treten diese Gruppen in unterschiedlichen sozialen und institutionellen Feldern in Erscheinung, resp. müssen in verschiedenen Feldern aufgesucht werden. Städtische Umfelder gestalten sich anders als ländliche (z. B. räumliche Nähe zu Angeboten, Wirkungen sozialer Kontrolle und sozialer Inklusion). Insbesondere die durch Isolation und eingeschränkte Mobilität gekennzeichneten Subgruppen müssen gezielt aufgesucht werden. Davon ausgehend sind, je nach spezifischer Zielgruppe, verschiedene Vermittlungsinstanzen denkbar, welche Kontakte herstellen könnten (siehe dazu weiter unten).

### **Tendenzen, Potenziale und Lücken der gegenwärtigen Praxis**

Eine systematische Erfassung von Projekten im Bereich Gesundheitsförderung im Alter fehlt in der Schweiz. Auch die Erarbeitung einer politischen Grundlage für die umfassende Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention im Alter ist erst ansatzweise vorgenom-

men worden (Rielle et al. 2010). Es bestehen jedoch schon verschiedene Ansätze zur Gesundheitsförderung im Alter, die sich entweder an spezifische Zielgruppen richten oder das Potenzial haben, auch weniger gut erreichbare Zielgruppen zu erreichen. Entsprechende Praxisbeispiele sind im ausführlichen Bericht beschrieben. Aus den gesichteten Projekten im In- und Ausland lassen sich drei Strategien herauslesen, auf denen die Gesundheitsförderung im Alter gegenwärtig aufbaut – insbesondere dann, wenn sie gezielt auch Benachteiligte und/oder schwer Erreichbare erreichen will.

- aufsuchende individuelle Beratung über präventive Hausbesuche
- Bildungsarbeit in Gruppen: Kurse, partizipative Workshops, Selbsthilfegruppen
- Förderung sozialer Integration und zivilgesellschaftlicher Akteurschaft über Gemeinwesenarbeit

All diese Strategien haben ihre Vor- und Nachteile und erreichen bestimmte Gruppen besser als andere. Deshalb geht die grundsätzliche Empfehlung der Literatur in Richtung Kombination verschiedener Strategien, und, damit untrennbar verbunden, der Förderung von noch ungenutzten Vernetzungs- und Kooperationspotenzialen. Zentral hervorgehoben wird auch die Notwendigkeit des Einbezugs der Zielgruppen selbst, auf allen Ebenen der Projektarbeit.

Auffällig ist, dass alle Projekte und Programme gute Erfahrungen mit der gezielten, persönlich vermittelten Ansprache von kleinräumig definierten Zielgruppen oder Einzelpersonen gemacht haben. Die Bedeutung von Netzwerken und von beziehungsgeleiteter Vermittlung von Inhalten wird in allen Projekten deutlich. Dies stützt unser Postulat, dass in der Gesundheitsförderung im Alter, wie in der Prävention und Gesundheitsförderung allgemein, ein Umdenken notwendig ist, ein Perspektivenwechsel weg von breit angelegten Kampagnen hin zu kleinräumig angepassten, ganzheitlich ausgerichteten und unmittelbar vermittelten Interventionen, und zwar nicht nur für die schwer Erreichbaren, sondern für die Gesamtbevölkerung. Die gegenwärtig vor allem eingesetzten Methoden der aufsuchenden individuellen Beratung durch präventive Hausbesuche, der bildenden und sozialisierenden Gruppenangebote und der auf Nachbarschaften und Solidaritätsnetzwerke ausgerichteten Gemeinwesenprojekte setzen alle auf beziehungsgeleitete Interventionen.

### **Präventive Hausbesuche**

Im Gegensatz zu Beratungsangeboten in einer Komm-Struktur, welche von bildungsfernen und sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppen kaum aufgesucht werden, wird dem präventiven Hausbesuch das Potenzial zugesprochen, auch sogenannte schwer erreichbare Klient/innen adäquat beraten zu können. Die Stärke des präventiven Hausbesuchs liegt zweifellos in der umfassenden individuellen Annahme und den entsprechend abstimmbaren Verbesserungsvorschlägen im Hinblick auf Gesundheitsförderung. Dass ein Hausbesuch gelingt, bedingt Investition in den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Bei sozioökonomisch Benachteiligten und insbesondere bei Migrant/innen bedarf es hier mehr Investitionsarbeit und eine entsprechende Kompetenz der Beratungspersonen, sich auf andere, ihr nicht vertraute Lebenswelten einzulassen und dem Gegenüber Offenheit, Respekt und Wertschätzung zu vermitteln. Gefordert ist hier vor allem transkulturelle Kompetenz, in Sinne der Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und angepasste Handlungsweisen daraus ableiten zu können – unabhängig davon, ob das Gegenüber einen Migrationshintergrund hat oder nicht.

Problematisch bleibt die Frage, wie Personen aus sogenannten ‚schwer erreichbaren‘ Zielgruppen als potenzielle Klient/innen ausgemacht und danach für einen ersten präventiven Hausbesuch gewonnen werden können. Es braucht hier vermittelnde, zuweisende Instanzen, und es braucht ein aktives Bekanntmachen des Angebotes über innovative Kanäle. Hausärzt/innen würden sich gut als Vermittler/innen eignen, sind aber nur bedingt kooperations-

bereit resp. –fähig. Die Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen soll deshalb laut ExpertInnen angestrebt, aber nicht flächendeckend forciert werden. Zur Gewinnung von Klient/innen hat sich der Einsatz von komplexen geriatrischen Assessment-Fragebögen nicht bewährt. Kurze, einfache Fragebogen stossen bei potenziellen Klient/innen auf mehr Akzeptanz und können vor allem zur Sensibilisierung für Gesundheitsfragen beitragen. Zu empfehlen ist ein beziehungsgeleitetes Einsetzen von Fragebogen.

Kritisch zu bemerken ist bei den Angeboten präventiver Hausbesuche, dass sie den Aspekt der kognitiven Dissonanz zwischen Einsicht und Verhalten tendenziell vernachlässigen. Beratung allein bewirkt noch keine Verhaltensänderung, dazu braucht es – insbesondere wenn die interaktive ‚health literacy‘ wenig ausgebildet ist – auch ein gewisses Mass an sozialem oder ökonomischem Druck. Dieser kann im Rahmen der Hausbesuche, selbst wenn diese mehrmals stattfinden, nur bedingt aufgebaut werden. Hier sind Angebote wirksamer, die auf starke Netzwerkbeziehungen setzen, insbesondere solche, die entweder mit bestehenden sozialen Gruppen arbeiten oder die ausgeprägt gruppenbildend angelegt sind. In einer Gruppe kann der gegenseitige Austausch über Wissen und Erfahrungen geübt und Verhaltensänderung durch gegenseitige Ermunterung und Kontrolle gefördert werden. Das Potenzial persönlicher, starker Beziehungen liegt in der Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit dieser informellen, beziehungsgeleiteten Vermittlungsform, wie auch im hohen Potenzial zur Verbreitung von gesundheitsrelevantem Normenwandel. Die Beziehung zwischen Berater/in und Beratenen kann hier nur dann ansatzweise diese Funktion übernehmen, wenn Fachpersonen im Rahmen ihrer strukturellen Möglichkeiten eine professionsorientierte Haltung einnehmen. Der präventive Hausbesuch allein kann zwar effizient auf Verhältnisse und Kognition Einfluss nehmen; zur wirksameren Verhaltensänderung müsste er indes gekoppelt werden mit Ansätzen zur Förderung sozialer Integration und zum interaktiven Lernen in Netzwerken starker Beziehungen.

### **Bildungsarbeit in Gruppen**

Die gegenwärtige Praxis der Bildungsarbeit in Gruppen ist vielfältig, die Erfahrung mit zielgruppenspezifischen, partizipativen und aufsuchenden Angeboten aber noch relativ gering, und es besteht eher wenig Kooperation und Austausch zwischen den einzelnen Angeboten. Aus den Beispielen in der Schweiz und im Ausland lässt sich festhalten, dass zur Erreichung von bildungsfernen Schichten und von Migrant/innen zu beachten ist, dass Gruppenangebote die Teilnehmenden in ihren lebensweltlichen Zusammenhängen aufsuchen, dass Angebote niederschwellig sind (Orten, Zeiten, Kosten), dass Inhalte auf lebensweltliche Relevanzen der Zielgruppen angepasst werden, dass einfache, verständliche sprachliche und darstellerische Formen gewählt werden (z. B. abstrakte Konzepte in Bildern aus der jeweiligen Lebenswelt erklären) und dass darauf geachtet wird, interaktive Lernformen zu vermitteln und zu üben. Zentral ist aufgrund der Beispiele und gemäss den Aussagen der Expert/innen zudem eine ressourcenorientierte Problemlösung. Sowohl bei der Bewerbung des Angebotes wie auch bei der Vermittlung von Inhalten sind soziale Beziehungen zu beachten. Bei der Bekanntmachung des Angebots und der Werbung von Teilnehmenden haben sich insbesondere informelle, mündliche Wege über persönliche Netzwerke, über Schlüsselpersonen und Vertrauenspersonen bewährt. Was die Kursleitung/Animation/Moderation betrifft, scheint es aufgrund der praktischen Erfahrungen von Vorteil zu sein, Peers im Sinne von Personen auszuwählen, zu denen die Kursteilnehmenden eine Beziehung herstellen können: Personen aus derselben Altersgruppe, aus einer gemeinsamen Interessengruppe oder aus derselben Sprach- oder Herkunftsgruppe zum Beispiel. Erfolgreich sind aber auch Modelle, welche genügend Zeit darauf verwenden, eine Vertrauensbeziehung zwischen Informationsvermittler/innen und Teilnehmenden herzustellen, oder Modelle, welche Vermittler/innen einsetzen (interkulturelle Übersetzer/innen z. B.). Relevant scheint weniger der Aspekt der Gleichheit zu sein, sondern der Aspekt des Vertrauens in die vermittelnde Person und deren Autorität.

Zu beachten ist auch bei Gruppenangeboten, dass Gesundheitsförderung nicht nur auf Kognition, sondern auf Verhaltensänderung abzielt. Das Potenzial dazu ist hier grösser als bei individuellen Beratungen, hängt aber von der Dauer der Angebote und vom gruppendynamischen Prozess resp. dessen Anleitung im Kurs ab. Wichtig ist hier der Aspekt der Reziprozität und des gegenseitigen Vertrauens in sozialen Beziehungen, und dies wird durch die Arbeit in ‚realen‘ (d.h. bereits bestehenden) Beziehungen und in vertrauten Settings gefördert. Durch die Anregung der Selbstreflexion und den Austausch in der Gruppe können Gruppenangebote hier effiziente Anstösse zu Normen- und Verhaltenswandel geben. Gruppenangebote können auch in die Gruppenbildung investieren und die Herausbildung entsprechender Beziehungen fördern; dafür müssen sie jedoch eine gewisse Kontinuität haben.

### **Gemeinwesen- und Setting-Ansätze**

Von grosser Bedeutung für die Altersarbeit allgemein und für die Gesundheitsförderung im Besonderen sind Ansätze, welche auf die Stärkung zivilgesellschaftlichen Engagements und die Förderung von sozialer Integration und Solidarität abzielen. Diesbezüglich konzentrieren sich die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Alter sehr intensiv auf den Setting-Ansatz im Sinne einer kleinräumigen Gesundheitsförderung auf Gemeinde-, Stadtteil- oder Quartiersebene. Massnahmen zur Gesundheitsförderung können so nicht nur auf der Verhaltensebene, sondern auch auf der Verhältnisebene ansetzen. Dies ermöglicht ein differenziertes Eingehen auf lokale Gegebenheiten (räumliche, strukturelle und demographische), ein sinnvolles Vernetzen der Akteure auf der Angebotsseite (insbesondere einer Verknüpfung von Alterspolitik und Gesundheitsförderung) sowie eine umfassendere Erreichung und partizipative Einbindung der heterogenen Bevölkerung und ihrer unterschiedlichsten Bedürfnisse und Ansprüche.

Gemeinwesenarbeit stützt sich zwar einerseits auf die Nutzung bestehender Netzwerkbeziehungen, zielt aber andererseits auf die Förderung eines Verständnisses von Gemeinschaft ab, das sich über die direkten Netzwerkbeziehungen hinaus erstreckt und an die Zugehörigkeit zu einer grösseren Gruppe appelliert, in der man sich nicht mehr persönlich kennt. Und darin liegt das Potenzial des Ansatzes, über Status, Bildung, Geschlecht und Herkunft hinweg integrierend zu wirken. Allerdings sind hier u. U. besondere Anstrengungen notwendig, um auch weniger dominant vertretene und weniger gut erreichbare Gruppen in ein Gemeinwesen mit einzubinden.

Von besonderer Bedeutung ist hier, dass sich Gemeinwesen-Projekte auf freiwillig und unentgeltlich geleistete Arbeit stützen, was auf politischer und gesundheitsökonomischer Ebene als unverzichtbarer Bestandteil zukünftiger Altersarbeit betont wird. Dadurch, dass ein Gemeinwesen als selbstorganisiertes und solidarisches soziales Gebilde wahrgenommen wird, unterscheidet sich das Engagement für ein Gemeinwesen deutlich vom herkömmlichen karitativen Freiwilligeneinsatz in einem klar definierten Teilbereich.

### **Lücken und Potenziale**

Obige Beispiele haben gezeigt, dass es nicht nur um den Zugang zu sozioökonomisch Benachteiligten im Sinne eines Erstkontaktes und der Gewinnung für eine Teilnahme geht, sondern dass die Eröffnung dieses Zugangs auch eine grundsätzliche Anpassung von Angeboten bedingt, damit diese akzeptiert werden und Wirkung zeigen. Die entsprechenden Aktivitäten sind bisher noch eher unsystematisch und wenig koordiniert. Hier liegt ein grosses Potenzial in der Vernetzung und Verzahnung bereits bestehender Angebote und Erfahrungen. Dies sollte auf lokaler Ebene ansetzen und dort alle relevanten Akteure der Altersarbeit und der Politik vereinen. Was den Erstzugang zu sogenannten ‚schwer erreichbaren‘ Zielgruppen betrifft, müssen insbesondere auch Vermittlungsinstanzen besser genutzt werden, um Zielgruppen und Angebote optimal zusammen zu bringen und aufeinander anzupassen. Neben fachlichen Instanzen ist hier vermehrt auch auf zivilgesellschaftliche Institutionen

(Vereine, religiöse Institutionen, Interessenorganisationen) und Akteure (Multiplikator/innen, Schlüsselpersonen, Patensysteme etc.) zu setzen und nach Wegen zu suchen, wie diese nachhaltig eingebunden und ihre Arbeit honoriert werden kann. Durch die Anbindung von Gesundheitsförderung an kommunale Politik und Planung eröffnen sich auch neue Möglichkeiten der Verhältnisprävention (über Stadtplanung, Gestaltung von Wohnumfeldern, öffentlichen Verkehr etc.). Auch Möglichkeiten der Mitgestaltung der kommunalen Rahmenbedingungen durch die Bevölkerung lassen sich auf Gemeinde-Ebene – und in grossen Gemeinden auf Quartierebene – umsetzen.

Generell fällt, obschon teilweise in aufsuchende Anwerbungsstrategien investiert wird, eine nach wie vor starke Orientierung auf Komm-Strukturen und eine angebotszentrierte Perspektive auf. Ein systematisches Planen und Konzipieren aus der Perspektive von spezifischen Zielgruppen wird noch kaum umgesetzt. Zudem zielt die gegenwärtige Praxis der Gesundheitsförderung nach wie vor stark auf den Aspekt der Wissensvermittlung ab und vernachlässigt die Dimension der Verhaltensänderung. Dafür bieten sich Ansätze an, die nicht auf individuelle, sondern auf soziale Dynamiken setzen. Auch Strategien zur Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements über Gemeinwesenarbeit werden noch zu wenig umgesetzt. Zivilgesellschaftliches Engagement ist eine zunehmend wichtige Ergänzung zu Beratungen und Gruppenangeboten durch Fachkräfte. Nicht zu vernachlässigen ist dabei, dass sich die lokale Vernetzung von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung im Alter in einem weiteren Kontext vollzieht, dessen Bedingungen und Möglichkeiten trotz lokaler Orientierung mit bedacht werden müssen. Gesundheitsförderung, insbesondere für sozioökonomisch Benachteiligte, kann nicht nur bei Individuen und Gruppen ansetzen, sondern muss die gesellschaftlichen Bedingungen und ihre Veränderbarkeit im Auge behalten. Verhältnisprävention auf dieser Ebene beinhaltet z. B. auch ökonomische Steuerung, Bildungspolitik, Gesundheitspolitik, wohlfahrtsstaatliche Systeme etc.

Die Analyse von bestehenden Beispielen und die Expert/innengespräche zur gegenwärtigen Praxis legen also ein Plädoyer für die Ganzheitlichkeit und lokale Ausrichtung zukünftiger Strategien im Bereich der Gesundheitsförderung im Alter nahe, und zwar in mehrerer Hinsicht. Es stellt sich hier die Frage nach einem grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der Prävention und Gesundheitsförderung, der sich auf kleinräumige, zielgruppenorientierte Interventionen konzentriert und die Macht sozialer Beziehungen (Christakis 2010) nutzt.

### **Akteure und Vermittlungsinstanzen**

Die im ausführlichen Bericht beschriebenen Beispiele verweisen auf bestimmte Akteure und Strategien, die sich im Hinblick auf die Erreichbarkeit von sozioökonomisch benachteiligten und schwer erreichbaren Zielgruppen bewährt haben. Bereits teilweise praktiziert und gemäss Expert/innen dringend noch auszubauen sind die Kooperation zwischen den verschiedenen Anbietern von gesundheitsfördernden Angeboten und die gegenseitige Zugweisung von Klient/innen zum jeweils passendsten Angebot. Diese Kooperationen müssen flexibel den lokalen und regionalen Begebenheiten angepasst werden. Problematisch daran ist, so die Expert/innen, dass die Wichtigkeit von Kooperation und Koordination zwar allgemein anerkannt sei, dass es aber schwierig sei, den Kooperationsaufwand institutionell zu verankern und finanziell zu sichern. Aus der Sichtung der Literatur und der Praxisbeispiele scheinen hier insbesondere Projekte der Gemeinwesenförderung das Potenzial zu haben, solche Koordinations- und Vernetzungsleistungen nachhaltig aufzubauen und zu tragen.

Ausgehend von der grossen Bedeutung, welche informelle Beziehungsnetze und Vermittlungsfunktionen in der Gesundheitsförderung im Alter einnehmen, sowie in Anbetracht der zunehmend wichtigen zivilgesellschaftlichen Akteurschaft in der Altersarbeit, muss ein Umdenken einsetzen. Um zielgruppenorientiert anbieten zu können und informelle Beziehungen optimal nutzen zu können, müssen auch die professionellen Netzwerke langfristig und nach-

haltig aufgebaut und gepflegt werden, es müssen vermehrt Kooperationen mit anderen Akteuren eingegangen werden, entsprechende Kompetenzen müssen in die Organisationen der professionellen Anbieter integriert und die Leistungen von formellen wie informellen Vermittlungsinstanzen materiell oder symbolisch honoriert werden. Dies bedingt, dass sich Anbieter/innen entsprechende Netzwerke erschliessen. Dazu können verschiedene Vermittlungsinstanzen eingesetzt werden, sowohl professioneller (Institutionen, Fachpersonen u.a.) wie auch informeller Art (persönliche Bekanntschaften, Schlüsselpersonen u.a.).

Über die Vernetzung der Akteure im Bereich Gesundheitsförderung im Alter hinaus werden von den befragten Expert/innen verschiedene professionelle Akteure als potenziell wichtige Vermittlungspartner in der Erschliessung des Zugangs zu schwer erreichbaren Zielgruppen genannt. Die wohlfahrtsstaatlichen Institutionen, welche auf sozio-ökonomische Benachteiligung reagieren (Sozialhilfe, Ergänzungsleistungen), eignen sich aufgrund von Datenschutzauflagen und wenig Spielraum in der individuellen Betreuung nur als Vermittler von Adressdaten. Die breite Streuung schriftlicher Information hat sich jedoch zur Erreichung bildungsferner und sozioökonomisch benachteiligter Zielgruppen nicht bewährt. Der Einbezug von Krankenkassen in die Bekanntmachung und Vermittlung von Angeboten der Gesundheitsförderung ist durchaus denkbar, sowohl als Verbreitungskanal von schriftlichen Informationen, als auch als Anbieter/innen von präventiven Angeboten (vgl. Erfahrungen aus Deutschland). Die vorhandenen Erfahrungen lassen aber darauf schliessen, dass auch Krankenversicherer in der Schweiz eher als Zulieferer von Adressdaten geeignet sind und dass schriftliche Information nicht das Mittel erster Wahl ist, um schwer erreichbare Zielgruppen zu erreichen. Als ideale Vermittlungsinstanz zwischen Angeboten der Gesundheitsförderung und schwer erreichbaren Zielgruppen werden die Hausärzt/innen genannt. In der Schweiz, wo das Hausarzt-System stark ausgeprägt ist, ist davon auszugehen, dass Hausärzt/innen auch benachteiligte und/oder sozial isolierte Personen der älteren Bevölkerung ab und zu sehen und dass sie deren individuelle Situation ausreichend beurteilen können. Hausärzt/innen sind zudem für ältere Personen häufig die wichtigste Informationsquelle zu Gesundheitsthemen, insbesondere auch für die Migrationsbevölkerung. Die Umsetzung von Interventionen in der Hausarzt-Praxis hat allerdings bisher nicht immer funktioniert. Entscheidend scheint die Kooperationsbereitschaft der Ärzt/innen zu sein. Problematisch sind der Zeitaufwand und die Verrechenbarkeit der Leistungen. Dass die Ärzt/innen selbst Interventionen anbieten, ist deshalb eher unrealistisch. Dennoch könnten sie als Vermittler/innen stärker aktiviert werden, sie könnten insbesondere weiterverweisen an andere Anbieter.

Wenn sich Präventionsarbeit auf informelle Netzwerke stützt und partizipativ vorgehen will, dann kommt der Zusammenarbeit mit Schlüsselpersonen sehr grosse Bedeutung zu. Welche Personen sich als Schlüsselpersonen am besten eignen, wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Genannt werden Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn, persönliche Bekannte, sowie Fachpersonen, zu denen man eine Vertrauensbeziehung hat. Die Studien von Christakis und Fowler deuten darauf hin, dass insbesondere starke Beziehungen (d.h. auf Vertrauen und Reziprozität basierende Beziehungen wie Freundschaften) von grosser Bedeutung sind – und dies insbesondere auch für die Konstitution und den Wandel von Verhaltensnormen und für Verhaltensänderung. Informelle soziale Beziehungen scheinen also besonders bedeutsam zu sein, um schwer erreichbare Zielgruppen zu erschliessen.

Um einen Erstkontakt herzustellen, sind aber nicht nur starke, sondern insbesondere auch schwache Beziehungsarten denkbar. Neben den oben bereits genannten Funktionsträger/innen wird hier im Hinblick auf Gesundheitsförderungsangebote im Alter von den Expert/innen auch auf andere Funktionsträger/innen verwiesen, die potenziell zwischen Anbietern und schwer erreichbaren Personen vermitteln könnten. Genannt werden Dienstleister/innen, die in regelmässigem Kontakt zu Personen stehen und deren Lebensla-

gen gut kennen resp. in privatere Bereiche des Alltags vorstossen, wie z. B. Mahlzeiten-dienste, Haushalt- und Körperpflege-Dienstleister, Fahrdienste, Notrufdienste, freiwillige Besuchsdienste, aber auch Postbot/innen oder religiöse Seelsorger/innen.

Wie die Praxisbeispiele gezeigt haben, ist die Art, wie Schlüsselpersonen eingesetzt werden, sehr vielfältig. Sie reicht von reiner Zuweisung über informelle, unentgeltliche Vermittlungsleistungen zu spezifisch ausgebildeten und bezahlten Multiplikator/innen. Auch die sorgfältig geförderten Solidaritätsnetzwerke im Rahmen von Gemeinwesenarbeit bauen auf Schlüsselpersonen auf. Zentral ist hier überall die Nutzung von bestehenden oder der Aufbau von neuen persönlichen Beziehungen. Zu bedenken ist, wenn man mit Schlüsselpersonen arbeitet, die angemessene Entschädigung resp. Wertschätzung der geleisteten Vermittlungs- und Beziehungsarbeiten.

Die Nutzung von neuen Medien wie Internet und Mobiltelefonen als Kommunikationskanäle für die Gesundheitsförderung im Alter wird gegenwärtig noch wenig eingesetzt und ist insbesondere im Hinblick auf Zugangswege zu sozial Benachteiligten wenig diskutiert worden. Im Hinblick auf die Erreichbarkeit gewisser Zielgruppen jedoch ist der Einsatz dieser Kommunikationskanäle zu bedenken. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die sich ein gewisses Mass an Unerreichbarkeit bewusst gewählt haben: Personen z. B., welche sich in Gruppen nicht wohl fühlen, oder Personen, denen präventive Hausbesuche zu sehr in die Privatsphäre eindringen. Zu bedenken sind neue Medien auch für den Einsatz bei Personen mit eingeschränkter Mobilität. Denkbar sind hier Tools zur Information und zur Selbstbeurteilung, aber auch interaktive Systeme der Beratung und Betreuung, welche über Internet oder Telefon vermittelt werden. Das Interesse an und das Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit neuen Medien im Alter scheint zu bestehen – das zeigt die grosse Nachfrage nach entsprechenden Kursangeboten für den Umgang mit Computer, Internet und Handy z. B. der Pro Senectute. Zu prüfen wäre im Hinblick auf sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppen aber auch, ob und wie Angebote konzipiert sein müssten, um bildungsungewohnte Menschen anzusprechen. Neben der Wissensvermittlung in Kursen ist hier aber auch die Frage des Zugangs zur benötigten Technik und der damit verbundenen Kosten zu beachten.

### **Handlungsstrategien**

Gesundheitsförderungsprojekte im Alter sollten, so zeigt die Studie, nicht nur auf das durchaus vorhandene Interesse an Gesundheits- und sozialen Themen und dem Bedürfnis nach Information entsprechen, sondern auch dem Bedürfnis nach sozialer Teilhabe gerecht werden. Dabei muss, insbesondere wenn es um sozioökonomische Benachteiligung und schwere Erreichbarkeit geht, auf die Niederschwelligkeit der Angebote und auf die Eingebundenheit in alltägliche Settings geachtet werden. Um Zielgruppen adäquat zu wählen und Angebote entsprechend zu konzipieren, hat sich deren partizipativer Einbezug in allen Projektphasen bewährt. Für sozioökonomisch Benachteiligte und insbesondere für den Zugang zu Migrant/innen haben sich folgende Elemente als hilfreich erwiesen: Zu achten ist auf die Möglichkeiten der Nutzung von bereits bestehenden Strukturen und Netzwerken in der Form von Kooperationen (punktuell oder langfristig) oder über die Anbindung an bestehende Institutionen. Wichtig ist eine lokale Verankerung der Projekte (z. B. im Stadtteil) oder eine zielgruppenspezifische Verankerung (z. B. im Vereinslokal); damit können Angebote in vertrauten und lebensweltbezogenen Settings umgesetzt werden.

Zentral ist zudem das Einsetzen von Türöffnern und kommunikativen Brücken, z. B. durch Schlüsselpersonen oder durch den Einsatz von Mitarbeitenden (z. B. als Multiplikator/innen, Kursleiter/innen, Gemeinwesen-Animator/innen), die als Vertrauenspersonen betrachtet werden. Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung gilt als Grundvoraussetzung für erfolgreiche Beratung, Bildung und solidarische Unterstützung. Dies können ‚Peers‘ sein oder statusa-

symmetrischere Formen von Vertrauensbeziehungen, die von Respekt oder umfassender Annahme (z. B. Patronage) gekennzeichnet sind, wie sie zwischen Hausärzt/innen und Patient/innen bestehen, oder auch zwischen religiösen Seelsorger/innen und Gläubigen.

Zielgruppen sind, wie bereits dargelegt wurde, nur bedingt beschreib- und definierbar und müssen auf unterschiedliche Weise situations- und kontextangepasst angegangen werden. Handlungsleitend sollen dabei nicht die Angebote und ihre Strukturen sein, sondern die Bedürfnisse der Zielgruppen. Zu empfehlen sind aufgrund von Literatur und praktischer Erfahrungen in der Schweiz multidimensionale Angebote, die auf lokaler Ebene koordiniert werden. Dabei sind drei verschiedene Formen von Angeboten auf unterschiedlichen Ebenen der Vergesellschaftung kombinierbar.

Auf der Ebene der individuellen Gesundheitsberatung haben sich im Hinblick auf den Zugang zu schwer Erreichbaren aufsuchende Beratungsangebote bewährt. Während triagierende Beratung auch von Laien durchgeführt werden kann, stellt eine umfassende gesundheitsfördernde geriatrische Beratung hohe Anforderungen an die fachliche und beraterische Kompetenz. Das Konzept des ‚präventiven Hausbesuchs‘ scheint diesen Anforderungen wie auch dem Bedarf und den Bedürfnissen auf Seiten der Beratenen gut zu entsprechen.

Die internationalen Praxisbeispiele zeigen auch Hausbesuchsmodelle auf, die weniger stark auf geriatrisch-medizinische Intervention und stärker auf Beratung im Hinblick auf Empowerment und soziale Integration abzielen. Dies gilt insbesondere für Hausbesuchs-Modelle, die sich am WHO-Konzept der ‚Aufsuchenden Aktivierung‘ orientieren. Diese setzen darauf, mittels weniger Hausbesuche zur Eigeninitiative zu motivieren und bestehende Angebote bekannt zu machen. Ziel ist hier weniger die Schaffung eines neuen Angebotes, als vielmehr der aktive Abbau von Zugangsbarrieren. Dazu gehört auch die Unterstützung von Netzwerkbildungen.

Die Praxiserfahrungen aus der Schweiz weisen dahin, dass präventive Hausbesuche als eines von mehreren Beratungs-, Informations- und Bildungsangeboten geführt werden sollte, das dort zum Zug kommen soll, wo Menschen sich bewusst dafür entscheiden. Ziel ist demnach, das Angebot möglichst breit bekannt zu machen, wiederholt anzubieten und niederschwellig wählbar zu halten. Das Angebot soll flexibel organisiert sein und multiple Zugangswege zu den Klient/innen nutzen.

Die umfassende individuelle Analyse und Beratung, wie sie im Rahmen des präventiven Hausbesuchs geleistet werden kann, hat Elemente eines Case Managements im Sinne einer ‚umfassenden Annahme‘, d.h. in der Form einer Haupt-Ansprechperson, welche bei Klient/innen Bedürfnisse erheben, Assessments machen und Interventionen vermitteln könnte. Fachpersonen, deren Tätigkeit einen sog. ‚Professionscharakter‘ hat, geniessen viel Vertrauen; dies gilt insbesondere für Hausärzt/innen, aber auch Apotheker/innen, Anwält/innen, Sozialarbeiter/innen und religiöse Spezialist/innen. Diesen Professionen wird hohe und v.a. breitgefächerte Kompetenz zugeschrieben, weil sie sich im Idealfall einer Problemlage umfassend annehmen und weil sie aufgrund ihrer relativen Machtposition effizient Massnahmen durchsetzen können. Darin liegt ein Beziehungsangebot in der Form einer engagierten formellen sozialen Beziehung, die einer starken Beziehung im informellen Rahmen, die sich in den Forschungen von Christakis und Fowler als besonders effizient für Normenwandel erwiesen haben, sehr ähnlich ist. Der Erwartung nach umfassender Annahme einer komplexen Problemlage auf Seiten der Klient/innen gegenüber stehen häufig Fachpersonen mit einem habituellen Modus des/der spezialisierten Dienstleister/in mit klar definierter Zuständigkeit (Salis Gross 2010: 20). Hier ist einerseits auf ein Umdenken bei den Fachpersonen hin zu arbeiten, z. B. dass Hausarztpraxen ihr Potenzial im Bereich der umfassenden Annahme nutzen und medizinische Versorgung im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnis

in die jeweiligen lebensweltlichen Relevanzen der Klient/innen eingebettet werden. Zum anderen bestehen in der bewussten Nutzung professionsorientierter umfassender Annahme noch grosse ungenutzte Potenziale, zum Beispiel in den Bereichen der religiösen Seelsorge oder der sozialen Arbeit. Dies gilt nicht nur für die individuelle Beratung, sondern auch für die Arbeit in Gruppen.

Die Altersarbeit in Gruppen erfüllt zwei Funktionen: Zum einen ist sie ein Feld der sozialen Integration, zum anderen ein Kontext, in dem Information vermittelt und verarbeitet sowie Verhaltensänderung interaktiv geübt werden kann. Wenig Bildungserfahrung ist ein wesentlicher Bestandteil von Armut und sozialer Ausgrenzung, was mit zunehmendem Alter zu einer zunehmenden Bildungsabstinenz führen kann. Bildungskontexte sind mittelschichtdominiert und wirken sowohl im Zugang wie auch im Bildungsgeschehen selbst ausgrenzend. Dies gilt in besonderem Mass auch für klassische Angebote der Altersbildung wie Volkshochschul-Kurse und Altersuniversitäten: Studien haben gezeigt, dass diese Bildungsangebote selbst in den Mittel- und Oberschichten nur einen ganz kleinen Teil von ‚Bildungsgewohnten‘ ansprechen, welche ähnliche Bildungsveranstaltungen auch in früheren Jahren schon besucht hatten.

Deshalb müssen Bildungsangebote, um den Lernbedürfnissen im Alter zu entsprechen, als sozial gerichtete Tätigkeiten verstanden werden: Es braucht, nicht nur für sozial Benachteiligte, neue Lernorte und Formen niederschwelliger oder aufsuchender Bildungsarbeit, die in den alltäglichen Lebenswelten verankert sind und Bildungsinteressen bedienen, die an aktuellen Lebensthemen und –fragen anknüpfen. Was sich in den Praxisbeispielen für die Bildungsarbeit in sozioökonomisch benachteiligten Zielgruppen bewährt hat, scheint auch für andere Zielgruppen die angebrachte Form der Wissensvermittlung im Alter zu sein: informelle Lernzusammenhänge, in denen die eigenen relevanten Fragen und Themen in Gruppenprozessen bearbeitet werden können. Sind die Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligt und wenig mit formaler Bildung vertraut, geht es insbesondere auch darum, die Handlungsfähigkeit älterer Menschen zu betonen: Statt Wissensvermittlung wird eine Orientierung der Inhalte an der Praxis der Teilnehmenden empfohlen, und es braucht Lehrende, die in die Milieus der jeweiligen Gruppen eingebunden sind oder sich darauf einlassen können. Von zentraler Bedeutung ist auch hier die soziale Beziehung. Dazu sind Techniken und Fähigkeiten hilfreich wie z. B. Motivational Interviewing, narrative Kompetenz und biographisches Erzählen. Bildungsangebote im Alter brauchen vor allem Anleitung und Unterstützung im selbst gesteuerten und interaktiven Lernen. Geeignete Sprachformen zur Wissensvermittlung orientieren sich ebenfalls am Vertrauten, inhaltlich wie formal. Die gewählten Sprachformen müssen verständlich sein und insbesondere die interaktive Aushandlung von Bedeutung ermöglichen. Dafür ist z. B. im Migrationskontext auf muttersprachliche Kommunikationsformen und auf Übersetzungsmöglichkeiten zu achten. Audiovisuelle Medien scheinen sich in der Arbeit mit bildungsfernen Zielgruppen zu bewähren.

Bewährte Handlungsstrategien finden sich auch im Hinblick auf soziale Kollektive im Sinne von Gemeinwesen: Diese setzen sich dafür ein, den Bewohner/innen eines Quartiers oder eines Dorfes eine Stimme zu verleihen und deren Interessen eine Plattform zu verschaffen, insbesondere auch Minderheiten und Randgruppen. Die Gemeinwesenarbeit wird in unterschiedlichen thematischen Bereichen eingesetzt, bezweckt aber immer die Schaffung von Solidarität und Integration in einem Lebensumfeld, das über die unmittelbaren Netzwerke hinaus reichen. Im Altersbereich wird der Gemeinwesenarbeit besondere Bedeutung zugewiesen als mögliche Form des gesellschaftlichen Umgangs mit zunehmender demographischer Alterung bei vergleichsweise frühem Austritt aus dem Erwerbsleben. Formen von Altersarbeit, in denen sich jüngere, noch fitte alte Menschen für ältere, eingeschränkt mobile Betagte einsetzen, entlasten einerseits die Gesellschaft und bieten andererseits ein wertvol-

les Betätigungsfeld für das ansonsten für die Gesellschaft brachliegende Wissens- und Erfahrungspotenzial in der älteren Bevölkerung. Gemeinwesenförderungsprojekte im Alter setzen denn auch hier an und animieren ältere Personen dazu, sich für ihr mittelbares Umfeld zu engagieren und es damit mitzugestalten und zu verbessern. Im Hinblick auf die Bezugnahme auf Ressourcen der älteren Bevölkerung für die Altersarbeit muss aber beachtet werden, dass insbesondere sozioökonomisch benachteiligte Gruppen im Alter aufgrund der Belastungen früherer Lebensphasen als ‚exhausted‘ bezeichnet werden müssen und in ihren Möglichkeiten, sich nach der Pensionierung in Gemeinwesenprojekten zu engagieren, eingeschränkt sind. Dies wurde insbesondere im Hinblick auf die alternde Migrationsbevölkerung mehrfach beschrieben. Die im vorliegenden Bericht vorgestellten Ansätze der Gemeinwesenarbeit bieten jedoch unterschiedliche Formen der Partizipation am Gemeinwesen, und dies sind Vergemeinschaftungsformen, die insbesondere in der Migrationsbevölkerung aus dem Kontext von Vereinswesen und religiösen Gruppierungen bereits bekannt und vielfältig genutzt sind. Zur Einbindung der Migrationsbevölkerung in altersspezifische Gemeinwesenprojekte sind deshalb auch religiöse, herkunftsspezifische und Interessenorganisationen als relevante Akteure mit einzubeziehen. Im Hinblick auf andere Teile der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung könnten z. B. auch die Gewerkschaften eine solche Funktion übernehmen. Grundsätzlich erscheint es uns auch sinnvoll, altersspezifische Gemeinwesen im Hinblick auf intergenerationelle Beziehungen offen zu halten.

### **Empfehlungen**

Generell zeichnet sich ab, dass sich das Angebot an gesundheitsfördernden Massnahmen in der Schweiz vervielfältigen und flexibilisieren muss und dass der Koordination der Angebote und dem Einbezug der von Diversität gekennzeichneten Zielgruppen viel Gewicht beigemessen werden muss. Um die Erreichbarkeit von sozioökonomisch benachteiligten und/oder schwer erreichbaren Zielgruppen zu verbessern, ist unseres Erachtens ein Perspektivenwechsel weg von gross angelegten Präventionsmassnahmen für die Gesamtbevölkerung hin zu kleinen, zielgruppenspezifischen Interventionen notwendig. Gesundheitsförderung im Alter, die insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte und/oder schwer erreichbare Gruppen mit einschliessen soll, muss zudem grundsätzlich auf mehreren Ebenen ansetzen:

#### a) Strukturelle Massnahmen

- Bekämpfung von Ungleichheit, von Armut und insbesondere von Bildungsungleichheit
- Veränderung von Settings/lokalen Umfeldern

#### b) Massnahmen für Individuen und soziale Kollektive

- zielgruppenspezifisch überlegen
- aufsuchend, beziehungsgeleitet und informell vorgehen
- interaktive Health Literacy fördern: lernen, Selbstverantwortung zu übernehmen

#### c) Massnahmen bei den Anbietern

- Wandel von angebotsorientierter zu zielgruppenorientierter Perspektive
- bedürfnisorientiert anbieten: partizipativ entwickeln und umsetzen
- Koordination und Kooperation mit anderen Anbietern auf lokaler Ebene → Spezialisierungen und Ressourcen nutzen, die beste Lösung für unterschiedliche Zielgruppen finden

#### d) Einbindung der Zivilgesellschaft

- Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements
- Förderung von sozialer Integration
- Anerkennung von Freiwilligenarbeit

Detaillierte Empfehlungen für Entscheidungsträger/innen und für Anbieter/innen siehe Kapitel 6 im ausführlichen Bericht.

## **Empfehlungen für die Schweiz**

Generell zeichnet sich ab, dass sich das Angebot an gesundheitsfördernden Massnahmen in der Schweiz vervielfältigen und flexibilisieren muss und dass der Koordination der Angebote und dem Einbezug der von Diversität gekennzeichneten Zielgruppen viel Gewicht beigemessen werden muss. Um die Erreichbarkeit von sozioökonomisch benachteiligten und/oder schwer erreichbaren Zielgruppen zu verbessern, ist unseres Erachtens ein Perspektivenwechsel weg von gross angelegten Präventionsmassnahmen für die Gesamtbevölkerung hin zu kleinen, zielgruppenspezifischen Interventionen notwendig. Gesundheitsförderung im Alter, die insbesondere auch sozioökonomisch benachteiligte und/oder schwer erreichbare Gruppen mit einschliessen soll, muss zudem grundsätzlich auf mehreren Ebenen ansetzen:

#### a) Strukturelle Massnahmen

- Bekämpfung von Ungleichheit, von Armut und insbesondere von Bildungsungleichheit
- Veränderung von Settings/lokalen Umfeldern

#### b) Massnahmen für Individuen und soziale Kollektive

- zielgruppenspezifisch überlegen
- aufsuchend, beziehungsgeleitet und informell vorgehen
- interaktive Health Literacy fördern: lernen, Selbstverantwortung zu übernehmen

#### c) Massnahmen bei den Anbietern

- Wandel von angebotsorientierter zu zielgruppenorientierter Perspektive
- bedürfnisorientiert anbieten: partizipativ entwickeln und umsetzen
- Koordination und Kooperation mit anderen Anbietern auf lokaler Ebene → Spezialisierungen und Ressourcen nutzen, die beste Lösung für unterschiedliche Zielgruppen finden

#### d) Einbindung der Zivilgesellschaft

- Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements
- Förderung von sozialer Integration
- Anerkennung von Freiwilligenarbeit

## Empfehlungen für Entscheidungsträger/innen

---

- Gesundheitsförderung im Alter ist im Sinne eines Modells, das alle Ebenen (siehe Aufzählung oben) einschliesst, in die kommunale Altersplanung zu integrieren (nach dem Modell Radevormwald, vgl. Kapitel 4.4).
- Gesundheitsförderung im Alter folgt gegenwärtig dem Prinzip, dass neben Massnahmen und Angeboten für die breite Bevölkerung auch Interventionen für spezifische Zielgruppen angeboten werden. Letzteres ist zu intensivieren und Gesundheitsförderung schwerpunktmässig auf spezifische Gruppen auszurichten, um diejenigen in der Bevölkerung erreichen zu können, die besonders von gesundheitlichen Risiken betroffen sind.
- Wir empfehlen hier sogar einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel. Neuere Ansätze der gesundheitsbezogenen Netzwerkforschung gehen davon aus, dass Prävention und Gesundheitsförderung über zielgruppenspezifisches Vorgehen und über die Nutzung sozialer Netzwerke auch für die Gesamtbevölkerung wesentlich effektiver ist als grossflächige Prävention und dass es hier eines grundsätzlichen Paradigmenwechsels bedarf. Dieser Ansatz ist zu prüfen und z. B. an wissenschaftlichen und fachspezifischen Tagungen zu diskutieren.
- Allgemeine Massnahmen und Angebote sollen diversitätssensibel und mehrdimensional angelegt sein, so dass je nach Bedürfnis und Bedarf das passende Angebot zugänglich ist. Dazu ist auch eine Optimierung der Kooperation zwischen verschiedenen Anbietern im lokalen Feld notwendig.
- Um zu eruieren, wo besondere Massnahmen notwendig sind, braucht es vertiefte, kleinräumige Abklärungen. Dazu kann auf verschiedene Wissensbestände zurückgegriffen werden (Statistik, Forschung, lokales Fach- und Erfahrungswissen).
- Um Massnahmen nicht nur bedarfs-, sondern auch bedürfnisgerecht zu konzipieren, braucht es vertieftes Wissen über die Lebenswelten und über die Sinn- und Handlungssysteme der anvisierten Zielgruppen. Dazu muss auf die Sichtweisen und Meinungen der Zielgruppe selber zurückgegriffen werden. Dies erfordert partizipative Vorgehensweisen, d.h. den Einbezug von Mitgliedern der Zielgruppe oder von deren Vertreter/innen in die Projektplanung und Umsetzung.
- Angebote und Projekte müssen in mehrerer Hinsicht setting-bezogen sein. Spezifische Problemlagen müssen in der Konzeptionsphase kontextualisiert werden und in Settings umgesetzt werden, welche den jeweiligen Kontexten und Lebenswelten angemessen sind. Unabdingbar ist hier, die Interventionen aus der Perspektive der Zielgruppe zu entwickeln.
- Vermittlungswege müssen in mehrerer Hinsicht beziehungsgeleitet sein und informelle soziale Beziehungen berücksichtigen. Dies gilt nicht nur für die Kontaktierung der Zielgruppen, sondern auch für die Durchführung der Angebote.
- Die hier propagierten Strategien der Partizipation, der Setting-Bezogenheit und des beziehungsgeleiteten Vorgehens bedingen den Einbezug von Schlüsselpersonen und Multiplikator/innen. Deren Leistungen sind entsprechend wertzuschätzen und nach Möglichkeit zu entgelten (mit finanziellen Entschädigungen oder Qualifikationsmöglichkeiten z. B.). Ehrenamtliche Mitarbeit ist mit klaren Richtlinien zu regeln.
- Interventionen müssen neben dem Aspekt der Wissensvermittlung auch auf Verhaltensänderung abzielen. Dazu sind soziale Vermittlungsformen besser geeignet als individuelle. Bei bildungsfernen Zielgruppen ist hier insbesondere auf das Erlernen von interaktiver ‚health literacy‘ zu achten.

- Interventionen, die zielgruppenorientiert, aufsuchend, beziehungsgeleitet und setting-bezogen ausgerichtet sind, bedingen viel Offenheit und mehr Aufwand in der Konzeption und Umsetzung. Dieser Aufwand ermöglicht es aber, die anvisierten Zielgruppen zu erreichen und adäquat anzusprechen und die Intervention so zu gestalten, dass sie auf Akzeptanz und Compliance stösst und Wirkung zeigt.
- Die Wirkungsmessung ist bei kleinräumigen, vielschichtig angelegten Interventionen, wie sie hier empfohlen werden, mit viel Aufwand verbunden. Bestehende Studien deuten auf hohe Wirksamkeit hin, die jedoch nur mithilfe von multidimensionalen Messinstrumenten adäquat zu erheben ist. Wir empfehlen deshalb, Interventionen gezielt und frühzeitig (z. B. in der Pilotphase) mit genügend Aufwand und Sorgfalt auf ihre Wirkung hin zu evaluieren und danach zu multiplizieren.
- Zur Ergänzung und Unterstützung von breiter Prävention und zielgruppenspezifischen Interventionen ist auf eine gezielte Förderung zivilgesellschaftlicher Akteur/innen durch Gemeinwesenarbeit zu achten. Freiwilligenarbeit, soziale Solidarität und zivilgesellschaftliches Engagement sind unabdingbare Voraussetzungen für eine umfassende und wirksame Gesundheitsförderung im Alter. Diese Unterstützung ist bei schwachen Strukturen mittels Strukturbeiträgen (Leistungsverträgen etc.) vermehrt zu honorieren.
- Gemeinwesenarbeit zur Förderung zivilgesellschaftlichen Engagements muss ganzheitlich angelegt und gut im jeweiligen Setting verankert sein. Zu achten ist hier insbesondere auf sorgfältige Aufbauarbeit, auf strukturfördernde Massnahmen und auf die Sicherung von Nachhaltigkeit durch Formen der Wertschätzung des zivilgesellschaftlichen Engagements.
- Gemeinwesenarbeit hat das Potenzial, über Unterschiede und Ungleichheiten hinweg integrativ zu sein; es sind aber u. U. auch spezifische Massnahmen notwendig, um schwerere erreichbare Zielgruppen in ein Gemeinwesen einzubinden.

## **Praktische Empfehlungen für Anbieter/innen**

---

### **a) Anpassung bestehender Angebote und Projekte:**

- Überprüfen Sie Ihr Angebot/Projekt im Hinblick darauf, wen es anspricht und welche Voraussetzungen (insbesondere im Hinblick auf ‚health literacy‘) dafür notwendig sind.
- Versetzen Sie sich in die Lage der Zielgruppen und überlegen Sie insbesondere auch, welche Aufwände (finanzieller und anderer Art) mit einer potenziellen Teilnahme an Ihrem Angebot verbunden sind.
- Investieren Sie in partizipative Abklärungen und ziehen Sie Expert/innen bei, die Erfahrung in der Arbeit mit den bisher nicht erreichten Zielgruppen haben, sowie Vertreter/innen dieser Zielgruppen. Beachten Sie den Aspekt der Entschädigung entsprechender Arbeitsleistungen.
- Prüfen Sie, ob und wie Sie das bestehende Angebot/Projekt zusätzlich über informelle Beziehungen oder spezifische Vermittlungskanäle bewerben können (Details siehe unten).
- Klären Sie ab, ob es formale und inhaltliche Anpassungen des Angebotes/Projekt es braucht, um spezifische Zielgruppen damit ansprechen zu können. Müssen Themen, Vermittlungsformen, vorgeschlagene Aktivitäten, Veranstaltungsorte, Gruppenzusammensetzungen ggf. angepasst werden? Muss eine spezifische Vermittlungsperson (für Kursleitung, Beratung, Animation, Vermittlung u. a.) eingesetzt werden? Anregungen dazu finden Sie in den folgenden Empfehlungen für die Konzeption neuer Projekte.

## **b) Konzeption neuer Angebote und Projekte für spezifische Zielgruppen:**

### Projektplanung:

- Investieren Sie genügend Zeit in die sorgfältige Konzeption des Projektes/Angebotes und in die Wahl von Zielgruppe und Inhalt des Projektes/Angebotes. Ziehen Sie bereits jetzt Überlegungen zur Partizipation der Zielgruppe, zur Nachhaltigkeit und zur Öffentlichkeitsarbeit mit ein.
- Machen Sie eine ausreichende Bedarfsanalyse und erheben Sie die Bedürfnisse der Zielgruppen: Besorgen Sie sich aktuelle soziodemographische und sozialräumliche Daten bei Ihrem statistischen Amt, befragen Sie Expert/innen und Vertreter/innen der anvisierten Zielgruppen. Klären Sie ab, welche Institutionen und informellen Gruppierungen sich im lokalen Umfeld mit dem anvisierten Thema resp. der anvisierten Gruppe befassen.
- Planen Sie finanzielle Entschädigungen für diese Planungsarbeiten in Ihren Budgets mit ein.
- Achten Sie darauf, dass Sie mit der Auswahl von Zielgruppe und Thema nicht zusätzlich benachteiligen und stigmatisieren. Entscheiden Sie sich gegebenenfalls für breiter gefasste Zielgruppen oder Themen (vgl. dazu z. B. Projekt „Donna Nonna ma Donna“).
- Klären Sie ab, ob andere Institutionen bereits Zugang zu der von Ihnen anvisierten Zielgruppe haben und ob Sie deren Zugangswege nutzen können. Zu beachten sind insbesondere:
  - öffentliche Sozialwerke, insbesondere die Stellen, die Ergänzungsleistungen verwalten
  - der Zugang zu Daten des Einwohnermeldeamtes und zu den Adressdaten der Personen, die zu Krankenkassenprämien-Verbilligung berechtigt sind
  - andere Anbieter von gesundheitsfördernden Interventionen im Alter in ihrem Umfeld
  - kirchliche Organisationen
  - Gewerkschaften
  - Quartierorganisationen
  - Vereine und informelle Gruppierungen
- Bauen Sie systematisch Beziehungen auf zu Institutionen, zu Verwaltung und Politik, und zu Schlüssel- und Führungspersonen, die Sie in ihr Projekt integrieren möchten.
- Klären Sie ab, welches Vorgehen für die anvisierte Zielgruppe geeignet ist. Dafür ist ein partizipatives Verfahren notwendig: Ziehen Sie Expert/innen und Vertreter/innen der Zielgruppe in diese Abklärungen mit ein und entschädigen Sie diese für ihre Arbeit.
- Klären Sie ab, ob es bestehende Räumlichkeiten gibt, die Sie für das Angebot/das Projekt nutzen könnten. Klären Sie auch ab, wie diese Räumlichkeiten von der Zielgruppe wahrgenommen werden, ob sie als geeignete und vertrauenswürdige Orte für die geplante Intervention empfunden werden und wie sie für die Zielgruppe zu erreichen sind (Transportwege).

### Zugang zu Zielgruppen:

- Zur Erreichung von sozioökonomisch benachteiligten Gruppen hat sich die mündliche Kommunikation über informelle Netzwerkbeziehungen bewährt. Überlegen Sie sich, ob Sie für die Kontaktierung der Zielgruppe spezifische Vermittlungspersonen brauchen, die z. B. über persönliche Kontakte zur Zielgruppe verfügen, die entsprechende Sprache sprechen, das entsprechende Geschlecht haben, den entsprechenden kollektiven Erfahrungshintergrund teilen etc. Ausschlaggebend ist hier, dass die Zielgruppe den Vermittlungspersonen Akzeptanz entgegenbringt und dass darauf ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. Die Vermittlungsleistungen sind zu honorieren. Gegebenenfalls stellen Sie entsprechende Projektmitarbeitende ein.
- Auch um sozial und räumlich isolierte Zielgruppen zu erreichen, kann auf persönliche Beziehungen als Vermittlungsinstanz zurückgegriffen werden. Hier sind allerdings eher Funktionsträger/innen wie Hausärzt/innen, ambulante Pflegedienst-Mitarbeitende, Beamte im Sozialwesen die passenden Vermittlungspersonen.
- Hilfsmittel wie Assessments, Fragebogen, Broschüren, Flyer etc. sind dann sinnvoll, wenn sie beziehungsgeleitet eingesetzt werden können, d.h. durch eine Vertrauensperson übergeben und von entsprechender mündlicher Kommunikation begleitet werden.
- Prüfen Sie als unterstützende Massnahme allenfalls auch den Einsatz von alten und insbesondere neuen Medien, die von der spezifischen Zielgruppe genutzt werden, und die Möglichkeiten, über diese Medien Informationen zu streuen oder Angebote zu machen.

### Wissensvermittlung und Verhaltensänderung:

- Schliessen Sie Ihre Abklärungen und Überlegungen nicht bei der Frage des Erstzugangs ab. Insbesondere bildungsferne Zielgruppen können mit reinen Wissensvermittlungsangeboten nicht erreicht werden.
- Wissensvermittlung muss lebenswelt- und ressourcenorientiert angelegt sein, und sie soll speziell auf Formen interaktiven Lernens aufbauen. Durch das Erlernen und Üben von interaktiver ‚health literacy‘ wird das Gesundheitsbewusstsein und das Verständnis, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können, gefördert. Dies sind die Grundvoraussetzungen für Verhaltensänderung.
- Sprache und Instrumente müssen demnach den jeweiligen Lebenswelten, ‚literacies‘ und körperlichen Fähigkeiten der Zielgruppen angepasst sein. Zu achten ist auf muttersprachliche Angebote im Migrationskontext, auf gut verständliche, ev. bildhafte Sprache zur Vermittlung komplexer Inhalte, auf Möglichkeiten des Einsatzes audiovisueller Medien sowie allenfalls auf Schriftgrössen etc.
- Das Angebot muss von einer Person vermittelt werden, zu der die Teilnehmenden eine Beziehung aufbauen können. Geeignet sind hierfür Peers im weitesten Sinn oder auf gegenseitiger Akzeptanz beruhende Vertrauensbeziehungen (siehe auch oben, Vermittlungspersonen).
- Falls in Gruppen gearbeitet wird, ist möglichst auf bestehende Beziehungen, insbesondere starke Beziehungen, zurückzugreifen, oder es sind solche im Angebot herzustellen.
- Beachten Sie auch, dass für die Teilnehmenden an Ihrem Angebot nach dessen Ende ggf. ein passendes Anschlussangebot vorhanden ist. Klären Sie ab, wohin Sie weiterverweisen können.

- Achten Sie auf Nachhaltigkeit, insbesondere auch was die aufgebauten Netzwerke betrifft.

#### Evaluation und Dokumentation:

- Aufgrund der hohen Anforderungen an aussagekräftige Wirkungsevaluation ist zu empfehlen, entweder professionell zu evaluieren oder bereits evaluierte Interventionen zu multiplizieren.
- Leisten Sie einen Beitrag zur Formulierung von Best Practice und investieren Sie in Documentation und Öffentlichkeitsarbeit. Machen Sie insbesondere auch Ihre Erfahrungen im Hinblick auf die Erschließung des Zugangs zu Ihrer Zielgruppe bekannt.