

EVA SOOM AMMANN,  
CORINA SALIS GROSS

# Alt und schwer erreichbar

„Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ bei benachteiligten Gruppen



Alt und schwer erreichbar



Eva Soom Ammann, Corina Salis Gross

## Alt und schwer erreichbar

„Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“  
bei benachteiligten Gruppen



## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

AVM - Akademische Verlagsgemeinschaft München 2011  
© Thomas Martin Verlagsgesellschaft, München

Umschlagabbildung: © Gina Sanders - Fotolia.com

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ohne schriftliche Zustimmung des Verlages ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Nachdruck, auch auszugsweise, Reproduktion, Vervielfältigung, Übersetzung, Mikroverfilmung sowie Digitalisierung oder Einspeicherung und Verarbeitung auf Tonträgern und in elektronischen Systemen aller Art.

Alle Informationen in diesem Buch wurden mit größter Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Weder Autoren noch Verlag können jedoch für Schäden haftbar gemacht werden, die in Zusammenhang mit der Verwendung dieses Buches stehen.

e-ISBN (ePDF) 978-3-96091-107-4  
ISBN (Print) 978-3-86924-045-9

Verlagsverzeichnis schickt gern:  
AVM - Akademische Verlagsgemeinschaft München  
Schwanthalerstr. 81  
D-80336 München

[www.avm-verlag.de](http://www.avm-verlag.de)

# Inhaltsverzeichnis

Executive Summary .....	1
1 Einleitung .....	21
1.1 Ausgangslage .....	21
1.2 Sozioökonomische Benachteiligung und Gesundheit.....	21
1.3 Best Practice im Bereich Gesundheitsförderung im Alter.....	22
1.4 Fragestellung und Zielsetzung des Berichts .....	24
1.5 Aufbau des Berichts.....	25
2 Vorgehen bei der Recherche .....	27
3 Die Zielgruppen im Fokus: sozioökonomisch benachteiligt und schwer erreichbar .....	31
3.1 Ungleichheit, Benachteiligung und Gesundheit .....	32
3.2 Zur Dimension sozio-ökonomischer Status (SES) .....	34
3.3 Bildung und ‚health literacy‘ .....	36
3.4 Zur Dimension Geschlecht.....	38
3.5 Zur Dimension Migrationshintergrund .....	39
3.6 Zur Dimension soziale Integration und Netzwerke .....	40
3.7 Fazit: Typen benachteiligter und schwer erreichbarer Zielgruppen ...	42
4 Praxisbeispiele.....	47
4.1 Individuelle, aufsuchende Beratung: Präventive Hausbesuche .....	48
4.2 Bildungsprojekte: Kursangebote für spezifische Zielgruppen .....	54
4.3 Gemeinwesenarbeit: Förderung von zivilgesellschaftlichem Engagement und sozialer Integration.....	62
4.4 Der Blick über die Grenzen: Projekte und Ansätze im Ausland .....	65
4.5 Fazit: Tendenzen, Potenziale und Lücken .....	82
5 Akteure, Strategien und Vermittlungsinstanzen .....	93
5.1 Akteure: Professionalität und Kooperation.....	93
5.2 Vermittlungsinstanzen: formelle, professionelle Beziehungen und informelle soziale Beziehungen.....	94
5.3 Handlungsstrategien: aufsuchend, mehrdimensional, zielgruppenorientiert.....	99

---

6	Empfehlungen .....	111
6.1	Zusammenzug der Empfehlungen aus der Literatur.....	111
6.2	Empfehlungen für die Schweiz.....	112
	Bibliographie.....	122
	Anhang A: Auflistung der Expert/innen .....	130
	Anhang B: Output-Indikatoren.....	132

## **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 Akzeptanz des Angebotes/der Intervention (Retention (Aufrechterhaltung), Compliance, Weiterempfehlung etc.). 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 Langzeitauswirkungen 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 sozio-ökonomisch 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 Kombi-

nationen 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 Netzwerke 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 Moret 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 (Schnoz et al. 2011).

### **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 Angebote 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 Er-

werbsarbeit 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, Widerstand 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 vorgenommen 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 Solida-