
Handlungsempfehlungen

Erkenntnisse aus dem Projekt «E Guete z'Basel»
für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

Karin Haas, Franziska Scheidegger-Balmer,
Jacqueline Furer-Kugel, Marco Oesterlin
Bern, 10.04.2024

Kontakt: karin.haas@bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Das Projekt «E Guete z'Basel»	3
2.1	Entwicklung der Intervention (Planungsphase)	3
2.2	Implementierung der Intervention	4
2.2.1	Standort Begegnungszentrum CURA	4
2.2.2	Standort LoLa - Quartiertreffpunkt St. Johann	6
3	Evaluation des Projektes	7
3.1	Allgemeines	7
3.2	Prozessevaluation - Ziele und Methodik	7
3.3	Wirksamkeitsevaluation - Ziele und Methodik	7
3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prozessevaluation	8
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirkungsevaluation	10
4	Handlungsempfehlungen	12
4.1	Rekrutierung	12
4.1.1	Erfolgserlebnisse - Rekrutierung	12
4.1.2	Herausforderungen - Rekrutierung	12
4.2	Partizipative Planung	13
4.2.1	Erfolgserlebnisse - partizipative Planung	13
4.2.2	Herausforderungen - partizipative Planung	13
4.3	Partizipative Umsetzung	14
4.3.1	Erfolgserlebnisse - partizipative Umsetzung	14
4.3.2	Herausforderungen - partizipative Umsetzung	15
5	Fazit	16
6	Literatur	17

1 Hintergrund

Eine ausgewogene Ernährung trägt dazu bei, die Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter zu erhalten und vermindert gleichzeitig das Risiko für eine Mangelernährung [1]. Mangelernährung wiederum hat zahlreiche negative Auswirkungen auf die Gesundheit und geht mit Sarkopenie und Gebrechlichkeit einher [1]. Dies wirkt sich auch auf die Autonomie und Lebensqualität aus [2,3]. Insbesondere alleinlebende ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Mangelernährung [4–6]. Mit diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projektes «E Guete z’Basel» eine Ernährungsintervention gemeinsam mit Seniorinnen und Senioren entwickelt, implementiert und evaluiert. Damit sollten Seniorinnen und Senioren – insbesondere Alleinlebende und/oder bis jetzt Nichterreichbare (im Rahmen von Gesundheitsförderungsprogrammen) – motiviert und befähigt werden, eine ausgewogene Ernährung selbstverantwortlich und genussvoll umzusetzen.

In den folgenden Kapiteln werden die Entwicklung und Implementierung der Ernährungsintervention sowie die wichtigsten Erkenntnisse beschrieben (inkl. Erfolgserlebnisse und Stolpersteine). Daraus werden Handlungsempfehlungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren abgeleitet, die ähnliche Projekte umsetzen möchten.

2 Das Projekt «E Guete z’Basel»

Das Innovationsprojekt «E Guete z’Basel» mit einer Laufzeit von drei Jahren (plus 1 Jahr aufgrund von coronabedingten Verzögerungen) wurde von der Berner Fachhochschule und dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt geplant und durchgeführt. Das Projekt wurde unterstützt von Gesundheitsförderung Schweiz.

Projektziel: Eine ausgewogene Ernährung selbstverantwortlich, handlungswirksam und genussvoll umzusetzen und dem Risiko einer Mangelernährung entgegenzuwirken.

Zielgruppe: Seniorinnen und Senioren 65+ zu Hause lebend mit besonderem Fokus auf Alleinlebende/bis jetzt Nichterreichbare

Ablauf – Überblick: Im ersten Jahr (Planungsphase) wurde die Intervention mit Vertreter*innen der Zielgruppe partizipativ entwickelt. Im zweiten Jahr (Interventionsphase) wurden die gemeinsam beschlossenen Massnahmen im städtischen Umfeld an zwei Standorten in Basel-Stadt umgesetzt. Im dritten Jahr (Evaluationsphase) wurde die Wirkung der Intervention untersucht. Prozessevaluationen fanden über den gesamten Projektverlauf statt.

2.1 Entwicklung der Intervention (Planungsphase)

Mit dem Ziel, die Lebenswelten, Erfahrungen, Einstellungen und Bedürfnisse der Zielgruppe einfließen zu lassen, wurde für die Entwicklung der Ernährungsintervention ein partizipativer Ansatz gewählt. Die Intervention wurde von folgenden Akteurinnen und Akteuren kreiert:

- Mitarbeitende der Berner Fachhochschule (angewandte Forschung und Entwicklung Ernährung und Diätetik) und des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt
- 20 Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe
- Stakeholder (Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich) wie z. B. Pro Senectute, Hausärztinnen und -ärzte, Quartierarbeitende etc.
- Begleitgruppe (weitere Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis)

Um die Intervention partizipativ zu entwickeln, wurden acht Workshops mit unterschiedlichen Zusammensetzungen durchgeführt (zwei Workshops mit der Zielgruppe und Stakeholdern, ein Workshop mit Stakeholdern, fünf Workshops ausschliesslich mit der Zielgruppe). Drei Workshops mit der Zielgruppe wurden getrennt nach Geschlecht durchgeführt. Damit sollte sichergestellt werden, dass die zu entwickelnden Massnahmen sowohl Frauen, als auch Männer ansprechen [7–10]. Die Teilnehmenden erhielten in der Entwicklungsphase als gleichberechtigte Projektpartner*innen eine Aufwandsentschädigung von 200 CHF pro Workshop.

In einem ersten Schritt wurden gemeinsam mit Vertreter*innen der Zielgruppe und Stakeholdern Strategien diskutiert, wie die Zielgruppe für ein neues Angebot am besten erreicht werden kann (siehe Abschnitt 3.4). Nachdem eine erste Vertrauensbasis mit den Vertreter*innen der Zielgruppe hergestellt werden konnte, wurden Ideen für mögliche Ernährungsinterventionen entwickelt. Diese sollten das Interesse der Zielgruppe wecken und gleichzeitig Potenzial zeigen, die Umsetzung einer ausgewogenen, abwechslungsreichen Ernährung zu fördern. Die favorisierte Idee – von Frauen wie Männern gleichermaßen befürwortet – war eine Art «Kochclub». Nachdem das Projektteam das Potenzial und mögliche Herausforderungen dieser Idee mit Stakeholdern diskutiert hatte, konnte mit den Vertreter*innen der Zielgruppe ein Konsens für eine Intervention gefunden werden: **die Schaffung einer Koch- und Tischrunde, kombiniert mit der Vermittlung von Kompetenzen und praktischen Tipps zur Umsetzung einer ausgewogenen und genussvollen Ernährung**. Dabei sollte die Zielgruppe massgeblich in die Umsetzung und Durchführung dieser Koch- und Tischrunde involviert werden und jederzeit die Möglichkeit haben, ihre Ideen und Bedürfnisse einzubringen, um die Intervention bei Bedarf anzupassen.

Im nächsten Schritt wurde die Intervention detaillierter mit Vertreter*innen der Zielgruppe (9 Personen) geplant, Rahmenbedingungen wurden festgelegt und Rollen verteilt (siehe Abschnitt 2.2). Auf Wunsch der Zielgruppe wurden die Kochgruppen vom Projektteam begleitet. Mindestens eine Person des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt unterstützte die Planung und Durchführung der Koch- und Tischrunde.

Für die **Vermittlung von Kompetenzen** wurden spezifische Schwerpunkte aufgrund wissenschaftlicher Literatur und Erfahrungen vom Projektteam festgelegt. Der Fokus lag auf folgenden Themen: Protein, Vielseitigkeit in der Ernährung, Essen in Gesellschaft und Mangelernährung. Dafür wurden - je nach Eignung - bereits vorhandene Broschüren vom Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) sowie von der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) eingesetzt bzw. wurden auch neue Flyer durch Mitarbeitende der Berner Fachhochschule im Fachbereich Ernährung und Diätetik erstellt. Die spezifische Vermittlung wurde jeweils abhängig vom Standort geplant.

2.2 Implementierung der Intervention

Im Laufe des Projektes konnte die Ernährungsintervention an zwei verschiedenen Standorten mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen in Basel implementiert und umgesetzt werden.

2.2.1 Standort Begegnungszentrum CURA

Rahmenbedingungen

Häufigkeit:	2 Gruppen ¹ (jeweils 1x pro Monat)
Tag/Uhrzeit:	Montags 10:00-14:00 Uhr
Kosten pro Mahlzeit:	max. CHF 8
Max. Anzahl Mahlzeiten:	Ca. 12 Personen
Max. Anzahl Personen für die Essenszubereitung:	Ca. 9 Personen
Start:	21. März 2022

¹ Dies entspricht der ursprünglich geplanten Umsetzung.

Tabelle 1: Rollenverteilung CURA

Zielgruppe	Projektteam	Veranstalter vor Ort
Menüplanung (inkl. Rezepte) ¹	Terminplanung	Stellen Raum zur Verfügung
	Erinnerung der Teilnehmenden an den nächsten Kochanlass	
	Einkaufsliste ans Einkaufsteam (Zielgruppe) senden	
Lebensmitteleinkauf	Abwicklung der Anmeldungen	Bewerbung des Angebots
Zubereitung der Mahlzeiten	Finanzielles	Neue Interessenten ans Projektteam weiterleiten
Tisch decken	Bekanntmachung der Veranstaltung	
Aufräumen	Wissensvermittlung	
	Nährwertberechnungen & Vorschläge für Anpassungen	

¹wurde auf Wunsch der Zielgruppe in der ersten Phase ebenfalls vom Projektteam übernommen.

Die Umsetzung der Koch- und Tischrunde wurde mit zwei Kochgruppen (alternierend im 2-Wochen-Rhythmus) bestehend aus 4 bzw. 5 Teilnehmenden gestartet. Diese waren auch in die Planung der Intervention involviert. Die erste Gruppe traf sich am 21.03.2022.

Eine Gruppe beschloss nach dem ersten Monat der Interventionsphase, die Koch- und Tischrunde aufzulösen. Diese Auflösung wurde auch mit der zweiten Gruppe diskutiert, die aber keinen Grund für eine Änderung am Grundkonzept der Koch- und Tischrunde sah. Daraufhin wurde die Koch- und Tischrunde mit einer Gruppe in einem 1-Monats-Rhythmus im CURA umgesetzt.

Die ursprünglich geplante Rollenverteilung musste in der ersten Interventionsphase angepasst werden. Beispielsweise hat das Projektteam die Menüplanung und die entsprechende Rezeptsuche in den ersten Monaten vollständig übernommen und erst im Laufe der Zeit die Verantwortung dafür an die Kochgruppe übertragen. Zudem waren ein bis zwei Personen des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt während der gesamten Interventionsphase bei jeder Koch- und Tischrunde zur Unterstützung anwesend.

Um weitere Teilnehmende für die Koch- und Tischrunde zu gewinnen, wurde ein Flyer erstellt (s. Anhang 1). Dieser Flyer wurde vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren wie Pro Senectute, Spitex, Hausärztinnen und Hausärzte und dem Gemeinschaftszentrum CURA direkt an die Zielgruppe weitergegeben. Zudem machten die bereits mitwirkenden Seniorinnen und Senioren selbst Werbung in ihrem Bekanntenkreis. Nach rund sechs Monaten hatte sich die Grösse der Koch- und Tischrunde auf etwa elf regelmässige Teilnehmende eingependelt. Sie beteiligten sich unterschiedlich am Einkauf und besprachen bei einem gemeinsamen Kaffee unter der Leitung einer Person des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt das Menu. Je nach Möglichkeiten der Einzelnen wurden anschliessend die Rollen verteilt. So konnte das Mittagessen zubereitet, der Tisch gedeckt, anschliessend zusammen gegessen und aufgeräumt werden. Zwischendurch war Zeit für einen «Plausch» oder um sich etwas zu erholen.

Für die Vermittlung von Kompetenzen wurden die Schwerpunktthemen von Ernährungsberaterinnen in persönlichen Gesprächen während der Kochrunden aufgegriffen und vertieft, ergänzend zu fachspezifischen Flyern (Beispiel s. Anhang 2). Andererseits war bei fünf Koch- und Tischrunden ein Koch anwesend, der die Teilnehmenden anleitete, mit praktischen Tipps zur Zubereitung der Speisen versorgte und ebenfalls die vermittelten Schwerpunktthemen aufgriff.

Weiter wurden die gekochten Menüs von Ernährungsfachleuten der Berner Fachhochschule jeweils vorgängig auf Proteingehalt und Ausgewogenheit überprüft. Bei Bedarf wurden Änderungen vorgeschlagen. Sämtliche Rezepte wurden in Form eines Rezeptheftes gesammelt. Die Gestaltung des Rezeptheftes ist mit Ende des Projektes noch nicht abgeschlossen. Für eine bedarfsgerechte und nutzerfreundliche Gestaltung fanden laufend Evaluationsgespräche mit der Zielgruppe statt.

2.2.2 Standort LoLa - Quartiertreffpunkt St. Johann

Rahmenbedingungen

Häufigkeit:	jeweils 1x pro Monat
Tag/Uhrzeit:	Montags 10:00-13:00 Uhr
Kosten pro Mahlzeit:	max. CHF 10
Max. Anzahl Mahlzeiten:	7 Personen
Max. Anzahl Personen für die Essenszubereitung:	5 Personen
Start:	21. November 2022

Tabelle 2: Rollenverteilung LoLa

Zielgruppe	Projektteam	Veranstalter vor Ort
Menüvorschläge	Terminplanung	Lebensmitteleinkauf
Zubereitung und teilweise Endverarbeitung der Mahlzeiten*	Rezepte auf Basis der Menüvorschläge erstellen	Lead beim Kochen
	Erinnerung der Teilnehmenden an den nächsten Kochanlass	Kosten pro Mahlzeit bei der Zielgruppe einkassieren
Tisch decken	Leistungsvereinbarung mit dem Veranstalter vor Ort	Abwasch und aufräumen
	Bekanntmachung der Veranstaltung	Stellen Raum zur Verfügung
	Wissensvermittlung	
	Nährwertberechnungen & Vorschläge für Anpassungen	

*Aufgrund einer kleinen Küche können nicht alle Teilnehmenden bei der Zubereitung des Menüs in der Küche anwesend sein.

Die Umsetzung der Koch- und Tischrunde wurde mit einer Kochgruppe bestehend aus 4 Teilnehmenden am 21.11.2022 gestartet. Um weitere Teilnehmende für die Koch- und Tischrunde zu gewinnen, wurde der Flyer vom CURA angepasst. Dieser Flyer wurde vom Gesundheitsdepartement Basel-Stadt und vom Quartiertreffpunkt LoLa direkt an die Zielgruppe weitergegeben. Zudem machten die bereits mitwirkenden Seniorinnen selbst Werbung in ihrem Bekanntenkreis.

Im Gegensatz zum CURA wurde die Gruppe im LoLa von zwei Köchen (des bestehenden Mittagstisches) angeleitet. Aufgrund der eher kleinen Küche halfen die Teilnehmenden dabei, die Speisen im Nebenraum vorzubereiten. Bei der Endverarbeitung der Speisen konnten die Teilnehmenden den Köchen über die Schulter schauen und teilweise auch mithelfen.

Für die **Vermittlung von Kompetenzen** wurden die Schwerpunkthemen von Ernährungsberater*innen in persönlichen Gesprächen während der Kochrunden aufgegriffen und vertieft, ergänzend zu fachspezifischen Flyern.

Aufgrund der Abläufe im LoLa konnten die Menüs nicht wie im CURA vorgängig von Ernährungsfachleuten der Berner Fachhochschule auf Proteingehalt und Ausgewogenheit überprüft werden. Aus diesem Grund wurden die Rezepte aktuell auch nicht in das Rezeptheft integriert. Das Ziel, die Rezepte in einem gemeinsamen Rezeptheft zu sammeln, sollte bei Weiterführung der Koch- und Tischrunde noch einmal geprüft werden. Die Bedürfnisse der Zielgruppe scheinen hier sehr unterschiedlich. Aufgrund der Vorarbeiten (s. *Beispiel Anhang 3*) würde es sich lohnen, das Rezeptheft im folgenden Jahr noch einmal zu evaluieren und die Bedürfnisse der Zielgruppe dahingehend zu erfassen sowie das Rezeptheft entsprechend anzupassen. Bei Bedarf kann dies im Rahmen einer Bsc-Thesis an der Berner Fachhochschule im Fachbereich Ernährung und Diätetik umgesetzt werden.

3 Evaluation des Projektes

3.1 Allgemeines

Im Rahmen einer Prozess- und Wirksamkeitsevaluation wurde die Erreichung der Projektziele überprüft. Das *Wirkungsmodell* dazu ist im Anhang 4 zu finden.

3.2 Prozessevaluation – Ziele und Methodik

Die Ziele der Prozessevaluation umfassten folgende Aspekte:

- Zufriedenheit der jeweiligen Akteurinnen und Akteure,
- Lernprozesse der jeweiligen Akteurinnen und Akteure sowie
- partizipationsfördernde/-hindernde Elemente zu identifizieren

Dabei wurde unterschieden zwischen Entwicklung und Umsetzung der Kochintervention. Die Ergebnisse sind im Abschnitt 3.4 zusammengefasst.

Für die *Entwicklung der Ernährungsintervention* wurden die Workshops 2-6 vom Kompetenzzentrum für partizipative Gesundheitsversorgung der Berner Fachhochschule mit unterschiedlichen Methoden evaluiert.

Workshop / Gruppe	Methodik
WS2 – Personen 65+	Stille Einzelaufgabe – schriftlich (im Anschluss an den Workshop)
WS3 – Personen 65+	Fokusgruppen Diskussion (im Anschluss an den Workshop)
WS4 - Stakeholder	Feedbackgespräche (MS Teams/Zoom) an den folgenden Tagen
WS5 – Personen 65+	telefonische Interviews an den folgenden Tagen
WS6 – Personen 65+	Beobachtung während des Workshops

Für die Prozessevaluation zur *Umsetzung der Koch- und Tischrunde* wurde einerseits ein kurzer Fragebogen eingesetzt. Diesen konnten die Seniorinnen und Senioren am Ende eines «Kochtages» ausfüllen (s. Anhang 5). Andererseits wurde ein ½jähriges Zwischengespräch und nach einem Jahr ein Abschlussgespräch mit folgenden Hauptfragen durchgeführt: Was gefällt euch am Kochclub? Was könnte anders/besser gemacht werden? Erwartungen, Wünsche und weiteres? Je nach Bedarf und Möglichkeiten wurden Einzel- oder Gruppengespräche durchgeführt.

Ergänzend wurde mit dem Projektteam (2x) sowie der Begleitgruppe aus Wissenschaft und Praxis (1x) der Prozess evaluiert, ebenfalls in Hinblick auf den partizipativen Prozess, auf fördernde/unterstützende Aspekte sowie Verbesserungsmöglichkeiten.

3.3 Wirksamkeitsevaluation – Ziele und Methodik

Die Wirksamkeitsevaluation verfolgt folgende Ziele:

- Welche Veränderungen sind bei den Teilnehmenden der Koch- und Tischrunde in Hinblick auf
- Proteineinnahme,
 - Vielseitigkeit in der Ernährung,
 - Ernährungskompetenz sowie
 - Lebensqualität beobachtbar

Im Rahmen einer Master-Thesis wurde die Wirksamkeit der Koch- und Tischrunde evaluiert (*Zusammenfassung* s. Anhang 6). Dabei wurden die Proteinaufnahme, die Ernährungsvielfalt, die Ernährungskompetenz und die Lebensqualität untersucht. Die Datenerhebung erfolgte zu Beginn der Intervention und nach sechs Monaten (Follow-up). Folgende Parameter wurden erfasst: 24h-Recall (Erfragung des Lebensmittelverzehr des vorangegangenen Tages), Lebensqualität und Ernährungskompetenz (unterteilt in Wissens- und Einstellungsfragen) (*Fragebögen* s. Anhang 7). Auf Grundlage des 24h-Recalls wurden die Proteinzufuhr und die Ernährungsvielfalt berechnet. Da zu wenig quantitative Daten für eine statistische Analyse gesammelt werden konnten, wurden nach Abschluss der quantitativen

Datenerhebung zusätzlich qualitative Einzelinterviews durchgeführt, um die Aussagekraft der vorhandenen quantitativen Daten zu untermauern (z. B. Motive und Überlegungen für eine (nicht) veränderte Proteinaufnahme).

Tabelle 3: Allgemeine Statistische Kennzahlen zu den Teilnehmenden

	Zeitraum	Teilnehmende			Anzahl der Besuche			Teilnahme im Durchschnitt		
		alle	w	m	alle	w	m	alle	w	m
CURA	21.03.2022-04.12.2023	19	14	5	167	104	63	8.8	7.4	12.6
LoLa	21.11.2022-18.12.2023	8	7	1	60	57	3	6	8.1	1

Da nicht alle Seniorinnen und Senioren an den Erhebungen zur Wirksamkeit teilgenommen haben, weichen die Zahlen in Tab. 3 von den Zahlen im Abschnitt 3.5 ab. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Prozess und Wirksamkeitsevaluation dargestellt.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Prozessevaluation

Prozess zur Entwicklung der Intervention

Die **Erreichbarkeit der Zielgruppe**, was ein zentrales Thema für das Gelingen der Projektumsetzung war, wurde in verschiedenen Workshops aufgegriffen. Im Workshop I stand dieses Thema im Fokus, mit dem sich neben dem Projektteam auch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe und weitere Akteure und Akteurinnen auseinandersetzten. Folgende Wege der Erreichbarkeit wurden als erfolgversprechend diskutiert:

- Vertrauenspersonen,
- Vereine jeglicher Art,
- das häusliche Umfeld,
- Gesundheitseinrichtungen und Institutionen sowie
- Apotheken.

Dabei ist besonders auf eine zielgruppengerechte Sprache zu achten. Weitere Kommunikationskanäle könnten auch Radio, Quartierzeitungen und TV sein. Als grösste Stolpersteine für die Rekrutierung werden Aspekte wie Angst vor Verhaltensänderung, kulturelle Unterschiede, fehlendes Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung, keine Lust auf Belehrungen gesehen. Das Thema Rekrutierung wurde in späteren Workshops immer wieder aufgegriffen und wurde von allen Beteiligten, inkl. von den Vertreter*innen der Zielgruppe selbst, als sehr herausfordernd erachtet.

Zur Partizipation: Die **Vertreter*innen der Zielgruppe** haben sich in den Workshops I-IV mehrheitlich sehr positiv zum partizipativen Entwicklungsprozess geäussert. Sie fühlten sich wohl und unterstützt, hatten Spass, schätzten die lockere Atmosphäre und den Austausch in kleinen Gruppen. Sie konnten ihre Meinungen äussern und sich aktiv einbringen. Negativ wurde vereinzelt die technische Umsetzung mit Videoübertragungen beschrieben, die aufgrund von coronabedingten Vorgaben eingesetzt werden mussten. Im Workshop V wurde die gemeinsam entwickelte Idee zur Umsetzung einer ausgewogenen Ernährung verabschiedet. In den Evaluationsgesprächen zu diesem Workshop zeigten sich vereinzelt kritische Stimmen seitens Vertreter*innen der Zielgruppe. Kritische Aussagen kamen zum Prozess (zu wenig Zeit) bzw. zur Idee (nicht umsetzbar). Insgesamt ist in den Evaluationsgesprächen der Eindruck entstanden, dass die Vertreter*innen der Zielgruppe eine Ernährungsmassnahme für andere entwickelt haben und sich nicht selbst als Zielgruppe sahen.

Auch die **weiteren Akteurinnen und Akteure** äusserten sich in den Evaluationsgesprächen sehr positiv zum Prozess: Für einige war ein solch partizipativer Zugang neu, alle beurteilten die Vorgehensweise als überzeugend und wertvoll. Die Erfahrungen und Sichtweisen der Betroffenen als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Massnahmen zu nehmen, wurde als Kriterium für deren Erfolg angeführt (höhere Akzeptanz, näher an den wirklichen Bedürfnissen). Einzelne nehmen den Impuls auch

für ihre eigene Tätigkeit mit, die Bedürfnisse der Betroffenen mehr abzuholen und dafür nach geeigneten Strategien im Berufsalltag zu suchen.

Nach der ersten Entwicklungsphase (Workshop I-V) waren noch neun Vertreter*innen der Zielgruppe in die Planung der konkreten Umsetzung involviert. Dies erforderte drei weitere Workshops (Rollenklärung – Seniorinnen und Senioren und Projektteam, Organisation und detaillierte Planung der ersten Koch- und Tischrunde), die nicht extern evaluiert wurden.

Prozess zur Umsetzung der Koch- und Tischrunden

Dazu fanden halbjährliche Gespräche mit den Teilnehmenden statt. Zudem hatten die Teilnehmenden am Ende eines Kochtages die Möglichkeit, einen kurzen Fragenbogen auszufüllen.

Kochgruppe CURA: Das **erste Zwischengespräch** (Gruppengespräch 22. Sep. 2022) zeigt, dass der Kochclub grundsätzlich positiv bewertet wird. Besonders gefällt den Seniorinnen und Senioren: Spass, die Gemeinschaft, Anregungen fürs alleinige Kochen, theoretische Inputs, gutes und abwechslungsreiches Essen, aber auch spezielle Gerichte, die allerdings zu Hause weniger gekocht werden. Es hat sich gezeigt, dass niemand der Teilnehmenden ausschliesslich zum Mittagessen kam. Allen Seniorinnen und Senioren war es wichtig, jeweils bereits am Vormittag im CURA zu sein. Generell kommt der Mix aus Mittagstisch und Kochen gut an. Wünsche hinsichtlich Verbesserungen betreffen v. a. die Organisation in der Küche (wie z. B. ein Ämtliplan). Zudem wurde der Wunsch geäussert, noch mehr alltags-taugliche, aber trotzdem kreative Gerichte zu integrieren, welche auch für 1-Personen-Haushalte geeignet sind. Eine selbstständige Organisation ist in Zukunft für die Teilnehmenden vorstellbar mit einer Übergangszeit. Sie wünschen sich dabei auch gelegentliche Unterstützung durch eine Fachperson (Koch). Die Koch- und Tischrunde einmal im Monat durchzuführen, ist für die meisten der richtige Rhythmus.

In den **kurzen schriftlichen Rückmeldungen** sehen wir ähnlich positive Rückmeldungen von den Teilnehmenden. Dem Kochclub wurde 28-mal die Bestnote 5 gegeben und sechs Mal die Note 4. Die Unterstützung durch einen Koch wurde in den Fragebögen mehrmals positiv hervorgehoben.

Im **zweiten Gespräch** (in Kleingruppen und Einzelgespräche) gab es neben den bereits erwähnten Aspekten (geselliges Zusammensein, Notwendigkeit einer Unterstützung, Auswahl von einfacheren Menüs) auch einige neue kritische Anmerkungen resp. Wünsche. Zum Beispiel wird vereinzelt die fehlende Bereitschaft geäussert, für Personen zu kochen, die sich selbst nicht beteiligen, aber trotzdem essen dürfen (Anmerkung: das ursprüngliche Grundkonzept der Koch- und Tischrunde sollte aber genau das ermöglichen). Zudem wird in den Gesprächen auch ersichtlich, dass es zwischen einzelnen Teilnehmenden Spannungen gibt. Dafür würde es nach Meinung der Seniorinnen und Senioren eine Person mit entsprechenden Moderationskompetenzen benötigen.

In der **Kochgruppe LoLa** wurde das erste Zwischengespräch am 14. Aug. 2023 mit fünf Teilnehmerinnen durchgeführt. Auch in diesem Gespräch zeigte sich, dass soziale Teilhabe – die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen – der zentrale Punkt für die Teilnehmerinnen ist. Die ursprüngliche Erwartung, in einer Küche gemeinsam zu kochen, konnte nicht wie im CURA umgesetzt werden. Für die teilnehmenden Frauen² ist das Konzept aber trotzdem stimmig, da sie sich so noch besser unterhalten können. Die Freude am Erlernen neuer Gerichte wurde ebenfalls positiv hervorgehoben (z. B. Sushi). Als kritisch wurde v. a. der Lärmpegel durch anwesende Kinder genannt, der die Kommunikation beeinträchtigt. Aufgrund von organisatorischen Problemen haben die Teilnehmer*innen Unterlagen, die das Projektteam für bestimmte Fachinputs erstellt hat, nur teilweise erhalten. Die Häufigkeit des «Kochclubs» und die Gruppengrösse sind für die Teilnehmerinnen angemessen. In den Kleingruppeninterviews entstand der Eindruck, dass schwierige Themen auch offen angesprochen werden, z. B. äussert eine Teilnehmerin, keine Freunde zu haben, eine andere begründet, warum sie nur zum Essen kommt, aber nicht mithilft. In den fünf ausgefüllten Kurzfragebögen wurde dem Kochclub immer die Höchstnote 5 gegeben.

Interviewzitate der Seniorinnen und Senioren nach 6 Monaten zur sozialen Teilhabe:

“Ja das sind die sozialen Kontakte, welche nach Corona ermöglicht wurden. Das ist das Wichtigste aus meiner Sicht.” (ID03)

“Weisst du, es ist schon schön, weisst du, irgendwie in der Gruppe drin zu sein und so.” (ID06)

² Im Quartiertreffpunkt LoLa nahmen am Evaluationsgespräch ausschliesslich Frauen teil.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Wirkungsevaluation

Erreichte Zielgruppen. Im Rahmen von «E Guete z'Basel» konnten von 16 der insgesamt 27³ Teilnehmenden soziodemografische Daten erhoben werden. Demnach umfasste die Koch- und Tischrunde im CURA und LoLa Seniorinnen und Senioren im Alter von 66–83 Jahren und hat vor allem alleinlebende ältere Menschen angesprochen (n=13). Darüber hinaus war es möglich, ältere Erwachsene abzuholen, die als schwer erreichbar gelten, wie z. B. Männer (n=5), Menschen im Alter von 80 Jahren und älter (n=6) und eine pflegebedürftige Person, die zu Hause lebte (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Soziodemografische Daten der 16 Teilnehmenden im CURA und LoLa

	n	%		n	%
Geschlecht			Alter		
Männer	5	31	65–69 J.	3	18.5
Frauen	11	69	70–74 J.	4	25
			75–79 J.	3	18.5
Wohnsituation			≥80 J.	6	38
Alleinlebende	13	81			

Sieben der insgesamt 27 Teilnehmenden im CURA und LoLa haben sich bereit erklärt, an der quantitativen sowie qualitativen Datenerhebung teilzunehmen wie im Abschnitt 3.3 beschrieben.

Proteinaufnahme. Im Rahmen der Koch- und Tischrunde ist es gelungen, das Bewusstsein aller Teilnehmenden für die Bedeutung einer ausreichenden Proteinzufuhr im Alter zu schärfen. Mit Ausnahme von einer Teilnehmerin hat dieses Bewusstsein – nach Aussage der Seniorinnen und Senioren selbst – allerdings nicht zu einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten geführt (z. B. häufigere Zufuhr proteinreicher Lebensmittel). Diese Aussagen stehen im Widerspruch zu den quantitativ erhobenen Daten (s. Tab. 5), die bei 5 Personen eine Erhöhung der Proteinzufuhr zeigen. Ein tieferer Einblick in die Überlegungen und Motive der Befragten, weshalb sie ihr Essverhalten nicht geändert haben, zeigte folgende Ergebnisse: Ihre Essgewohnheiten und Einstellung zu Lebensmitteln werden durch – oft lebenslange – Gewohnheiten geprägt, die teilweise stark verankert sind und von zahlreichen Aspekten ihres persönlichen Lebens beeinflusst wurden. Weiter wurde deutlich, dass es einigen Seniorinnen und Senioren an Know-how und an der Vorstellung fehlte, wie die Aufnahme der empfohlenen – und als hoch erachteten – Proteinmenge in die Praxis umgesetzt werden kann.

Tabelle 5: Veränderung der Proteinaufnahme zwischen dem Beginn der Teilnahme an der Koch- und Tischrunde und sechs Monaten später

ID	Proteineinnahme in Gramm				Veränderung der Proteineinnahme P vs. B
	B SOLL	B IST	P SOLL	P IST	
01	70	70	71	72	4 %
02	75	54	78	51	-5 %
03	60	68	57	91	33 %
04	94	73	89	77	5 %
06	62	69	65	61	-12 %
08	75	53	75	67	26 %
21	70	46	72	56	22 %

³ siehe Tabelle 3

ID: Identifikationsnummer der Teilnehmenden; B: bei Beginn der Teilnahme; P: nach sechs Monaten; SOLL: kalkuliert basierend auf einem Bedarf von 1g Protein/kg Körpergewicht

Interviewzitate der Seniorinnen und Senioren nach 6 Monaten zum Thema Protein:

“Und weiss aber genau, dass ich diese 70, ähm, ja ich wieg ja 75 Kilo, dass ich diese 75 Gramm (Anm.: 75g Eiweiss) täglich nicht hinkriege. Das ist noch schwierig für mich, ja.” (ID08)

“Ja, Muskelaufbau oder erhalten im Alter, ähm, die Muskeln stärken dann die Knochen, das ist auch sehr wichtig. Und, ähm, dadurch ist auch die Mobilität gewährleistet.” (ID03)

Vielseitigkeit in der Ernährung. An der Vielseitigkeit der Ernährung hatten die Seniorinnen und Senioren lt. Selbstangaben nichts geändert. Begründet wurde dies damit, da sie schon immer auf eine abwechslungsreiche Ernährung geachtet haben. Ein vertiefter Blick darauf, wie sich die Seniorinnen und Senioren zum Begriff "Ernährungsvielfalt" äusserten, zeigte, dass ihr diesbezügliches Verständnis eher unpräzise war und dass sie teilweise ihre ganz persönlichen Vorstellungen davon hatten. Die quantitative Analyse zeigt aber auch in Zusammenhang mit der Vielseitigkeit vereinzelt eine positive Entwicklung.

Ernährungskompetenz. Bezüglich der Ernährungskompetenz wurden zum einen das Wissen der Seniorinnen und Senioren und zum anderen ihre Einstellungen rund um Ernährungsthemen evaluiert. Die fachlichen Inputs von Ernährungsberater*innen in der Koch- und Tischrunde haben zu einer Zunahme des Ernährungswissens geführt. Weiter wurde deutlich, dass die Seniorinnen und Senioren begannen, die Informationen, die sie aus verschiedenen Quellen erhalten hatten, miteinander zu verknüpfen. So haben beispielsweise die in der Koch- und Tischrunde vermittelten Informationen zur Funktion von Eiweiss für den menschlichen Körper bei einer Teilnehmerin Erinnerungen an einen Informationsanlass wachgerufen. Die Einstellung der Seniorinnen und Senioren bezüglich Essen in Gemeinschaft hat sich durch die Koch- und Tischrunde kaum verändert, da das gemeinsame Essen bereits vor Beginn der Intervention eine grosse Bedeutung für sie hatte. Die grosse Bedeutung, die sie der sozialen Teilhabe und dem Essen in Gesellschaft beimassen, war daher weniger ein Aspekt, der den Seniorinnen und Senioren durch die Intervention vermittelt werden konnte, sondern vielmehr der Hauptgrund, warum sie an der Koch- und Tischrunde teilgenommen hatten.

Lebensqualität. Die soziale Teilhabe war nicht nur die Hauptmotivation für die Teilnahme an der Koch- und Tischrunde, sondern erwies sich auch als jener Faktor der Intervention, der die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren positiv beeinflusst hat.

4 Handlungsempfehlungen

Die Lernprozesse in diesem Projekt werden im folgenden Abschnitt in Hinblick auf **gut gelingende** und **herausfordernde Aspekte** zusammengefasst. Daraus werden anschliessend Handlungsempfehlungen

- für die Rekrutierung,
- für eine partizipative Projektplanung sowie
- für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten allgemein und spezifisch bei Ernährungsprojekten abgeleitet.

Diese sollten lokale bzw. kantonale Multiplikatorinnen unterstützen, ähnliche Projekte zu planen und zu implementieren.

Die **Handlungsempfehlungen** sind mit folgendem Icon gekennzeichnet: 

4.1 Rekrutierung

4.1.1 Erfolgserlebnisse – Rekrutierung

Die Zielgruppen, die wir vor allem ansprechen wollten, haben wir – nebst anderen Teilnehmenden – erreicht: Alleinlebende, hochaltrige Menschen ≥ 80 Jahre, Männer, Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Allerdings waren wir zu Beginn sehr optimistisch hinsichtlich der Teilnehmerzahl (geplant 80 Personen).

Eine gute Zusammenarbeit mit Vertrauenspersonen (Hausärzte, Spitex) ist für die Rekrutierung unerlässlich. Dies wurde erreicht durch Einbezug verschiedene Stakeholder, die mit der Zielgruppe direkt in Kontakt stehen. Zudem wurde mit den Stakeholdern ein Workshop mit dem Schwerpunktthema Rekrutierung umgesetzt

4.1.2 Herausforderungen – Rekrutierung

Generell war die Erreichbarkeit der Zielgruppe während des gesamten Projektverlaufes herausfordernd und benötigte viel Zeit.

Im Rahmen des Projektes wurden Seniorinnen und Senioren für die partizipative Entwicklung einer Ernährungsintervention rekrutiert, sowie für die Teilnahme an der Koch- und Tischrunde. Für die partizipative Mitentwicklung der Ernährungsintervention wurden die Seniorinnen und Senioren «entlohnt» mit 200 CHF pro Workshop. Möglicherweise war diese relativ hohe Summe für einzelne Seniorinnen und Senioren ein wichtiger Motivator für die Beteiligung. Dies schliessen wir daraus, da bei der eigentlichen Umsetzung der Koch- und Tischrunde (ohne Bezahlung) etwa die Hälfte der Seniorinnen und Senioren nicht mehr mitwirkte.



Erreichbarkeit der Zielgruppe (65+ zu Hause lebend mit besonderem Fokus auf Alleinlebende/bis jetzt Nichterreichte): Dies setzt voraus, dass **genügend Ressourcen** für die Rekrutierung vorhanden sind. Eine **gute Vernetzung** und **Zusammenarbeit** mit Vertrauenspersonen (Hausärztinnen und -ärzte, Spitexmitarbeitende, Quartiersarbeiter*innen, Vertreter*innen von kirchlichen Organisationen, Verwandte etc.) sind dafür unerlässlich und neben den Ressourcen wichtige Erfolgsfaktoren. Die betroffene Zielgruppe sollte immer wieder auf vorhandene Angebote angesprochen werden - dies weniger in Zusammenhang mit gesunder Ernährung, sondern vielmehr in Zusammenhang mit sozialer Teilhabe und Freude am Essen.

Niederschwelligkeit des Angebots: Auch wenn wir versucht haben, im Rahmen dieses Projektes ein möglichst niederschwelliges Angebot zu schaffen, stellt die Koch- und Tischrunde nicht für alle älteren alleinlebenden Personen einen niederschweligen Zugang zur gesunden Ernährung dar. Trotz Selbständigkeit kann es aus unterschiedlichen Gründen vorkommen, dass ältere alleinlebende Personen ihr Zuhause nicht verlassen wollen, um an einem gruppenbasierten Verpflegungsangebot wie E Guete z'Basel teilzunehmen. Die Gründe dafür zu kennen, könnte für weitere Gesundheitsförderungs- bzw. Ernährungsmassnahmen sehr hilfreich sein. Idealerweise

stehen den Seniorinnen und Senioren **vielfältige Angebote** zur Verfügung, um **eine bedürfnisgerechte Auswahl** treffen zu können. Bezogen auf die Zielgruppe müssen eventuell noch weitere bedürfnisgerechtere Angebote geschaffen werden.

4.2 Partizipative Planung

4.2.1 Erfolgserlebnisse – partizipative Planung

Im Rahmen eines partizipativen Prozesses ist ein Grobkonzept für eine Koch- und Tischrunde entstanden, welches von allen Projektteilnehmenden inkl. Zielgruppe getragen wurde. Für die Durchführung mussten **geeignete Räumlichkeiten** in Basel gefunden werden. Mit dem CURA Begegnungszentrum hatten wir sehr grosses Glück hinsichtlich der Räumlichkeiten, der Verfügbarkeiten und auch der **Unterstützung der Mitarbeitenden vor Ort**. Einen zweiten Standort in Basel zu finden, stellte sich als wesentlich schwieriger heraus. Es gab unseres Wissens wenig geeignete Orte, an denen es möglich war, das Konzept der Koch- und Tischrunde umzusetzen. Möglichkeiten finden sich v. a. in **Quartier-treffpunkten** oder **Alterssiedlungen**. Da es in Basel montags keinen Mittagstisch für ältere Menschen gibt, konnte mit der Koch- und Tischrunde eine Lücke geschlossen werden. An beiden Standorten wurde/wird deshalb die Koch- und Tischrunde am Montag durchgeführt. Generell zeigten die Ergebnisse der Prozessevaluation eine hohe Zufriedenheit der Akteurinnen und Akteure (s. Abschnitt 3.4).

4.2.2 Herausforderungen – partizipative Planung

Die partizipative Planung der Ernährungsintervention mit acht Workshops hat die ursprüngliche Planung (2 Workshops bei Projekteingabe) massiv erhöht. Diese Investition an **zeitlichen** und **personellen Ressourcen** war jedoch nötig und wertvoll, insbesondere im Hinblick auf den **Beziehungsaufbau** mit der Zielgruppe. Diese Workshops wurden extern evaluiert. Nachdem das Grundkonzept von allen Beteiligten verabschiedet wurde, folgte eine detaillierte Planungsphase der Koch- und Tischrunde. Diese wurde wiederum mit Vertreter*innen der Zielgruppe durchgeführt, allerdings mit einer verkleinerten Gruppe. Während dieser Phase konnten keine externen Evaluationsgespräche durchgeführt werden. Dort wären möglicherweise Probleme/Unstimmigkeiten zur Sprache gekommen, die so für die Projektverantwortlichen nicht ersichtlich waren. Ev. hätte hier ein rechtzeitiges Intervenieren durch das Projektteam die Auflösung einer Koch- und Tischrunde kurz nach der Implementierung verhindern können. Ursprünglich waren am Standort CURA zwei Koch- und Tischrunden geplant. Die Hintergründe für die Auflösung konnten leider nicht vollständig mit den Seniorinnen und Senioren geklärt werden.



Für die **Planung** eines ähnlichen Angebotes, bei dem Vertreter*innen der Zielgruppe von Anfang an **partizipativ** mitwirken, sind folgende Faktoren zentral:

Für die partizipative Entwicklung einer Ernährungsintervention, wie auch andere Gesundheitsförderungsinterventionen, muss **ausreichend Zeit** eingeplant werden.

Es muss zu Beginn eine **Vertrauensbasis** zwischen den Teilnehmenden und dem Projektteam sowie unter den Teilnehmenden selbst geschaffen werden.

Erst dann können in einem nächsten Schritt alle Beteiligten befähigt werden, einerseits ihre **Wünsche und Bedürfnisse** in den Prozess **einzubringen** und andererseits an einer **Konsensbildung** bei wichtigen Entscheidungen in der Gruppe **aktiv mitzuwirken**.

Diese Aspekte müssen – insbesondere bei Projekten mit nachhaltiger Ausrichtung – von Zeit zu Zeit erneut aufgegriffen werden, da sich Einstellungen ändern, Teilnehmende aufhören und/oder neue Teilnehmende dazukommen. Dieser Prozess wird im besten Falle von externen Expertinnen und Experten im Bereich Partizipation begleitet und dokumentiert. Die Ergebnisse sollten möglichst zeitnah mit den Teilnehmenden bzw. dem Projektteam diskutiert werden, um

falsche Erwartungen, Missverständnisse etc. aufzugreifen. Generell sollte einer **Prozessevaluation** genügend Beachtung geschenkt werden, um kritische Stimmen rechtzeitig zu hören. Dies gilt auch für die Umsetzung.

Verantwortung: Damit Teilnehmende frühzeitig Verantwortung für «Ihre» Koch- und Tischrunde übernehmen und die benötigten Ressourcen seitens des Projektteams reduziert werden, sollte man schon relativ früh im Projektverlauf nach älteren Personen suchen, die bereit sind, die Führung zu übernehmen (z. B. Personen mit Kocherfahrungen), idealerweise 2-3 Personen pro Gruppe. Damit kann das Projektteam entlastet werden. Ob dieses Modell langfristig die ideale Lösung ist in Richtung Selbstverwaltung (höchste Partizipationsstufe), muss mit der Gruppe auch immer wieder diskutiert werden.

In diesem Zusammenhang müssen die Projektverantwortlichen die richtige Balance finden zwischen Verantwortung abgeben und Verantwortung übernehmen (aus Sicht des Projektteams). Dies muss auch immer wieder kritisch geprüft und angepasst werden. Zudem müssen auch Überlegungen angestellt werden, wie die Zielgruppe befähigt werden kann, eine aktivere Rolle zu übernehmen. Wie können die Projektverantwortlichen hier unterstützen? Diese Fragen konnten im aktuellen Projekt nicht beantwortet werden. Dieser Prozess braucht mehr Zeit und mehr Begleitung.

Räumlichkeiten: Auch die Suche nach entsprechenden Räumlichkeiten sollte nicht unterschätzt werden. Für eine erfolgreiche Implementierung von ähnlichen Koch- und Tischrunden benötigt es, abhängig von den konkreten Bedürfnissen der Projektverantwortlichen und der Zielgruppe, entsprechende Räumlichkeiten (ausreichend Platz zum Kochen und gut ausgestattete Küche) und auch ein hohes Commitment bzw. eine hohe Motivation bei den Verantwortlichen vor Ort (z. B. Treffpunktleitung). Weitere wichtige Punkte, die berücksichtigt werden müssen: Barrierefreier Zugang, gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

Anbieter von ähnlichen Dienstleistungen in der Umgebung, wie z. B. Tavolata und Mittagstische sollten den Projektverantwortlichen bekannt sein und eine Zusammenarbeit idealerweise angestrebt werden, um Informations- und Kompetenzvermittlung für solche Angebote effizient und ressourcenschonend zu koordinieren.

4.3 Partizipative Umsetzung

4.3.1 Erfolgserlebnisse – partizipative Umsetzung

Aktive Mitgestaltung: Die Teilnehmenden der Koch- und Tischrunde haben die charakteristische Idee der Partizipation – nämlich aktive Einflussnahme und Mitgestaltung – teilweise umgesetzt. Bei der Durchführung konnten sie entsprechend ihren Bedürfnissen auch Aufgaben übernehmen, die sie gerne machen, wie z. B. den Einkauf erledigen, Gemüse rüsten, Tisch decken, darauf achten, dass die Küche aufgeräumt ist oder einfach mit anderen einen netten Plausch haben. Sie haben also im Rahmen ihrer Möglichkeiten für bestimmte Aufgaben Verantwortung übernommen.

Soziale Teilhabe: Die Koch- und Tischrunde ist für die Teilnehmenden ein grosser Gewinn in Hinblick auf ihre soziale Teilhabe (s. Abschnitt 3.4).

Für die **Vermittlung von Ernährungs-/Kochkompetenzen** wurden ein Koch sowie auch Studierende des Bsc Ernährung und Diätetik miteinbezogen. Insbesondere die vierteljährlichen Koch- und Tischrunden im CURA mit dem Koch wurden positiv hervorgehoben (Anmerkung: am Standort LoLa ist ein Koch vor Ort fix angestellt, der auch für den Mittagstisch im Quartiertreffpunkt zuständig ist).

4.3.2 Herausforderungen – partizipative Umsetzung

Unterstützung: Trotz der aktiven Mitgestaltung mussten die Seniorinnen und Senioren für einen reibungsloser Ablauf der Koch- und Tischrunde im CURA seitens des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt unterstützt werden, sowohl bei der Planung als auch bei der Umsetzung am jeweiligen Kochtag. Es war immer ein Mitglied des Projektteams präsent. Die höchste Stufe der Partizipation (Selbstorganisation), welche im Projekt ursprünglich angestrebt wurde, konnte nicht erreicht werden. Die Evaluationsergebnisse haben gezeigt, dass niemand der Teilnehmenden die Gesamtleitung übernehmen wollte bzw. war das auch kein Wunsch der Gruppe. Explizit wurde die Unterstützung bzw. Koordination durch das Projektteam genannt.

Interviewzitate der Seniorinnen und Senioren:

“Ja, schon ja. Grundsätzlich gerne, aber ich wünsche mir ein Konzept und eine gewisse Leitung dabei. Also, mindestens am Anfang, bis eine Gruppe eingespielt ist.” (ID08)

“Und ähm ich wünschte mir, dass ähm dass jemand dann sagt: Du, könntest du mal hier den Tisch decken oder so. Das wurde dann auch gemacht, also. Also da haben die Männer haben dann Tische angefasst und verrückt und den Tisch gedeckt.” (ID08)

Aktive Mitgestaltung und Partizipation in Hinblick auf wechselnde Teilnehmende: Es zeigte sich zudem, dass die Teilnehmenden die partizipativ entwickelte Koch- und Tischrunde nicht als ihr "Produkt" wahrgenommen haben, das sie auch entsprechend ihren Bedürfnissen weiterentwickeln können. Dies wurde in den Gesprächen, Workshops im Planungsprozess (s. Abschnitt 4.2) und auch in der Umsetzungsphase sichtbar. In der Umsetzungsphase könnte es damit zu tun haben, dass immer wieder neue Seniorinnen und Senioren teilgenommen haben.

Generell hat sich das Projektteam von den Seniorinnen und Senioren eine noch aktivere Mitgestaltung gewünscht, in Zusammenhang mit der Gesamtorganisation, aber auch in Zusammenhang mit einer bedürfnisgerechten Weiterentwicklung der Koch- und Tischrunde. Diese Befähigung ist dem Projektteam nicht gelungen. Das wurde auch in den qualitativen Interviews sichtbar. Es wurden Bedürfnisse und Erwartungen an die Koch- und Tischrunde in den Gesprächen gegenüber den Interviewenden geäußert, ohne selbst aktiv zu werden.

Aktuell werden Überlegungen angestellt, wie zukünftig die Koch- und Tischrunde ressourcenschonender weiter gestaltet werden kann.

Anknüpfung an alltägliche Kochgewohnheiten: Weiters zeigen die Evaluationsergebnisse, dass es uns noch nicht gelungen ist, an die alltäglichen Kochgewohnheiten der Teilnehmenden anzuknüpfen. Dies hat vermutlich auch mit den oben aufgeführten Punkten zu tun (aktivere Mitgestaltung bei der Mahlzeitenplanung). Dazu muss auch angemerkt werden, dass im Laufe der Umsetzungsphase innerhalb eines Jahres die aktive Mitgestaltung der Seniorinnen und Senioren zugenommen hat, insbesondere bei der Menüplanung.

Aufgrund anderer Voraussetzungen am Standort LoLa (Anwesenheit eines Kochs, Einkauf und andere Aufgaben werden nicht von den Teilnehmenden selbst durchgeführt) hat die Selbstorganisation an diesem Durchführungsort einen ganz anderen Stellenwert. D. h. die Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung sind begrenzt.



Multiplizierbarkeit der Projektidee: Die Projektidee einer Koch- und Tischrunde (für alleinstehende Menschen) mit gezielter Vermittlung von Wissen und praktischen Fähigkeiten zur Umsetzung einer genussvollen und ausgewogenen Ernährung lässt sich potenziellen Projektpartnern gut vermitteln. Die Projektidee ergibt Sinn und ist bei entsprechenden Rahmenbedingungen gut multiplizierbar. Allerdings müssen geeignete Räumlichkeiten vorhanden sein. Des Weiteren muss das Konzept für neue Standorte – abhängig von den Rahmenbedingungen – angepasst und mit den Verantwortlichen vor Ort und Vertretenden der dortigen Zielgruppe besprochen

und geplant werden, um dem Gedanken der Partizipation gerecht zu werden und die Umsetzbarkeit zu gewährleisten.

Regelmässige Prozessevaluation: Wie bereits unter dem Punkt Planung erwähnt, ist es unerlässlich, regelmässige Prozessevaluationen durchzuführen. So kann eine negative Entwicklung rechtzeitig erkannt und gemeinsam nach Lösungsvorschlägen gesucht werden.

Gruppengrösse: Bei ähnlichen gruppenbasierten Interventionen sollte die Gruppengrösse an die räumlichen Gegebenheiten angepasst werden, aber grundsätzlich sind kleinere Gruppen für die sozialen Interaktionen von Vorteil. Für die Planungsphase haben sich Gruppen mit ca. 5 Personen bewährt, während bei der Durchführung grössere Gruppen möglich sind. Im CURA sind es ca. 10-12 Personen und im LoLa ca. 4 Personen.

Mahlzeitenplanung: Idealerweise werden bei solchen Interventionen Menüs zubereitet, die die Teilnehmenden auch in ihrem Kochalltag umsetzen können. Das hilft Ihnen allgemein bei der Umsetzung von Ernährungsempfehlungen und insbesondere bei der konkreten Umsetzung der Proteinempfehlung.

Deshalb ist es wichtig, die individuellen Essgewohnheiten in der Gruppe bei der Mahlzeitenplanung zu berücksichtigen. Auch dies kann nur in einem vertrauensbildenden Prozess mit aktiver Mitgestaltung der Seniorinnen und Senioren und gleichberechtigter Mitbestimmung innerhalb der Gruppe funktionieren.

5 Fazit

Möchten wir mit Gesundheitsförderungsprogrammen alleinlebende ältere Menschen resp. bis jetzt nichterreichte ansprechen und erreichen, so müssen wir Angebote schaffen, die den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht werden. Dies kann nur mit partizipativen Prozessen gelingen, wie auch dieses Projekt gezeigt hat. Auch wenn wir am Ende mit E Guete z'Basel das übergeordnete Ziel «motiviert und befähigt werden, eine ausgewogene Ernährung selbstverantwortlich und genussvoll umzusetzen» nur teilweise erreicht haben, haben wir wichtige Grundlagen für eine nachhaltige Implementierung geschaffen. Die angesprochenen Zielgruppen zu befähigen, sich aktiv einzubringen, ist ein Prozess, der mehr Zeit benötigt. Aber nur so ist es möglich auf Augenhöhe gemeinsam Programme bedürfnisgerecht, eigenverantwortlich und nachhaltig zu gestalten.

Erfolgsgeschichten, aber auch unerwartete Herausforderungen sind auf jeden Fall für alle Beteiligten wichtige Lernprozesse und sollten deshalb gut dokumentiert bzw. publiziert werden. Die Zielgruppe sollte auch dabei mit ihren Erfahrungen aktiv beteiligt sein. Auch wenn ein Projekt wie dieses nicht 1:1 übertragbar ist, so können wir voneinander sehr viel lernen. Im Rahmen des Projektes E Guete z'Basel wurde dazu ein erster Schritt gemacht.

“Es tut mir gut. Weil die Gemeinschaft ist eigentlich wichtig.” (Interviewzitat ID01)

6 Literatur

1. Eidgenössische Ernährungskommission. Ernährung im Alter. [Ein Expertenbericht der EEK]. Bern; 2018.
2. Veronese N, Koyanagi A, Cereda E, Maggi S, Barbagallo M, Dominguez LJ, Smith L. Sarcopenia reduces quality of life in the long-term: longitudinal analyses from the English longitudinal study of ageing. *Eur Geriatr Med* 2022;13(3):633-639. PMID:35212911
3. Veronese N, Noale M, Cella A, Custodero C, Smith L, Barbagelata M, Maggi S, Barbagallo M, Sabbà C, Ferrucci L, Pilotto A. Multidimensional frailty and quality of life: data from the English Longitudinal Study of Ageing. *Qual Life Res* 2022;31(10):2985-2993. PMID:35579730
4. Björnwall A, Mattsson Sydner Y, Koochek A, Neuman N. Eating Alone or Together among Community-Living Older People - A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7). PMID:33801775
5. Katsas K, Mamalaki E, Kontogianni MD, Anastasiou CA, Kosmidis MH, Varlamis I, Hadjigeorgiou GM, Dardiotis E, Sakka P, Scarmeas N, Yannakoulia M. Malnutrition in older adults: Correlations with social, diet-related, and neuropsychological factors. *Nutrition* 2020;71:110640. PMID:31812000
6. Tkatch MT, Towers AJ, Keller HH, Wham CA. Nutrition risk prevalence and associated health and social risk factors in Māori and non-Māori: Results from the New Zealand Health, Work and Retirement Study. *Australas J Ageing* 2022;41(1):59-69. PMID:33871906
7. Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. *J Am Coll Nutr* 2006;25(2):128-134. PMID:16582029
8. Hughes G, Bennett KM, Hetherington MM. Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite* 2004;43(3):269-276. PMID:15527929
9. Weber D. Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. [Grundlagenbericht]. Bern; 2020.
10. Wham CA, McLean C, Teh R, Moyes S, Peri K, Kerse N. The BRIGHT Trial: what are the factors associated with nutrition risk? *J Nutr Health Aging* 2014;18(7):692-697. PMID:25226108