

Aus der Praxis für die Praxis

Zentrale Evaluationsergebnisse und Lernerfahrungen aus Phase III der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“

 **Auf gesunde Nachbarschaft!**

www.gesunde-nachbarschaft.at



Fonds Gesundes Österreich



IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH
www.fgoe.org, www.goeg.at

Autorinnen:

Andrea Reiter (prospect Unternehmensberatung GmbH; Externe Evaluation der Initiativenphase III),
Yvonne Giedenbacher (kolkhos.net; Externe Begleitung der Initiativenphase III),
Anna Krappinger (Fonds Gesundes Österreich, Leiterin Initiative Auf gesunde Nachbarschaft!)

Redaktionelle Mitarbeit: : Anita Denk-Slavik

Fotos: Theresa_Weitzer, Melanie Meisenbichler, Caritas Vorarlberg, fotozwettl.at-Claus Schindler, Ulla Sladek, CareCom, RK Eferding, Caritas Wien, SPALLER.MICHL, Harald Karrer, Raum und Kommunikation

Gestaltung: paco.Medienwerkstatt, Wien

Druck: Hausdruckerei Gesundheit Österreich GmbH

Zitiervorschlag: Krappinger, Anna; Reiter, Andrea; Giedenbacher, Yvonne (2022):

Aus der Praxis für die Praxis: Zentrale Lernerfahrungen aus Phase III der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“. Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Wien, Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Der Hintergrund	5
2. Die Phase III von „Auf gesunde Nachbarschaft!“	7
3. Start- und Aufbauphase der Projekte	11
4. Umsetzungsphase	17
4.1 Fortführung auch während und trotz der Pandemie	17
4.2 Umsetzungserfahrungen unabhängig vom Pandemiegeschehen	19
4.3 Zentrale Maßnahmen für die Zielgruppen	22
5. Abschlussphase und Nachhaltigkeit	27
6. Ein kurzes Fazit	31



1. DER HINTERGRUND

Soziale Beziehungen, und damit auch die Nachbarschaft, tragen viel zu Lebensqualität und Wohlbefinden bei. Das tut, wie aus vielen Studien bekannt, der Gesundheit gut. Seit 2012 fördert der Fonds Gesundes Österreich mit seiner Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ Praxisprojekte in ganz Österreich und viele Begleitaktivitäten, die auf vielfältige Weise und auf unterschiedlichen Ebenen zur sozialen Teilhabe und zum gesundheitsfördernden Miteinander im kommunalen Setting beitragen.

Die Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurde von 2012 bis 2021 in drei Phasen durchgeführt:

- In Phase I (2012–2014) wurden zwei Modellprojekte – im Waldviertel und im Linzer Süden – umgesetzt. In beiden Regionen wurde vor allem mit Mikroförderungen für Nachbarschaftsinitiativen gearbeitet.
- In der zweiten Phase (2014–2018) wurden unter dem Dach von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ insgesamt elf Leitprojekte zu zwei Zielgruppen (ältere Menschen, schwangere Frauen und Familien mit Kleinkindern) umgesetzt.
- Die dritte Phase (2019–2021) schließlich war der Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Chancengerechtigkeit älterer Menschen in Nachbarschaften gewidmet. Sieben Projekte entwickelten und testeten Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Teilhabe und Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen in und durch Nachbarschaften in Stadt und Land.

In allen drei Phasen waren die jeweiligen Praxisprojekte in eine übergreifende Struktur eingebettet, die sich nicht nur der allgemeinen Koordination und dem Lernen voneinander innerhalb der Initiative widmete, sondern sich auch der (übergreifenden) Kommunikation und Sensibilisierung sowie dem Capacity Building (Vernetzung, Weiterbildung) verschrieben hatte. Die begleitende externe Evaluation war ebenfalls auf dieser Ebene angesiedelt.

Mehr Informationen zu „Auf gesunde Nachbarschaft!“ und den Materialien, die im Laufe der Initiative erarbeitet wurden, finden Sie auf www.gesunde-nachbarschaft.at.



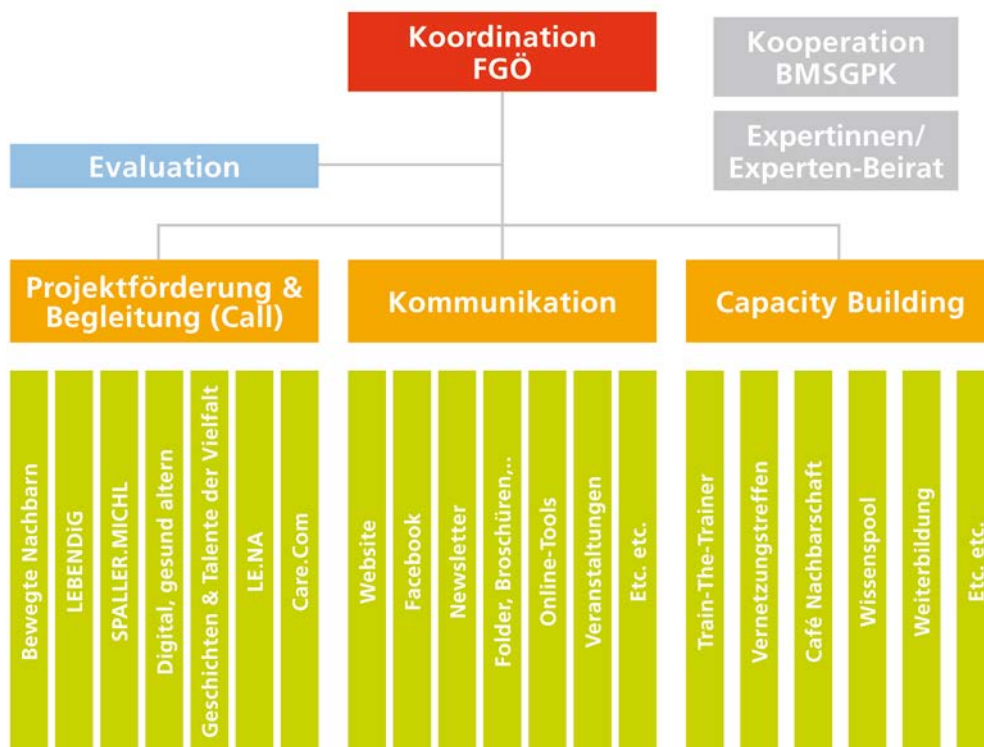
2. DIE PHASE III VON „AUF GESUNDE NACHBARSCHAFT!“

Die Phase III der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“ startete mit einem Projektcall im Jahr 2018, aus dem sieben Projekte in fünf Bundesländern (Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg, Wien) hervorgingen:

- Bewegte Nachbarn
- CareCom
- Digital, gesund altern
- Geschichten und Talente der Vielfalt
- LEBENDiG
- LE.NA
- SPALLER.MICHL

Die sieben Projekte starteten ihre Arbeit 2019. Zwischen 2019 und 2021 entwickelten sie vielfältige Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Teilhabe und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz älterer Frauen und Männer in Regionen, Stadtteilen, Gemeinden und Nachbarschaften und setzten diese Maßnahmen vor Ort um. Sie wurden dabei vom Fonds Gesundes Österreich und dem Unterstützungsteam (querraum. kultur- und sozialforschung sowie kolkhos.net) begleitet.

Die Struktur der Initiative in Phase III:



Auf www.gesunde-nachbarschaft.at finden Sie alle Informationen zur Phase III der Initiative „Auf gesunde Nachbarschaft!“.

DIE SIEBEN PRAXISPROJEKTE IM VERGLEICH

Die sieben Projekte hatten in ihren Konzepten und Zielsetzungen zum Teil vergleichbare, zum Teil aber auch sehr unterschiedliche Ansätze.

- Drei Projekte (**CareCom**, **LEBENDiG**, **LE.NA**) verfolgten das Konzept der „Sorgenden Gemeinde“ („Caring Community“) in insgesamt rund einem Dutzend Gemeinden bzw. Regionen in vier Bundesländern¹. Die Herangehensweisen der Projekte waren unterschiedlich und hingen auch mit den jeweiligen Gemeinde- und Kooperationsstrukturen zusammen. LEBENDiG fokussierte eine spezifische Zielgruppe, nämlich Personen mit Demenz und deren Angehörige. CareCom verfolgte einen offenen, intergenerativen Ansatz mit dem Ziel der nachhaltigen Übernahme durch die Gemeinden bzw. durch zentrale Akteurinnen und Akteure. LE.NA konzentrierte sich auf die Sensibilisierung zu Einsamkeit sowie die Prozessbegleitung und Organisation von Nachbarschafts-Cafés und eines Freiwilligenpools für einen Besuchsdienst.
- Zwei Projekte – **Geschichten und Talente der Vielfalt** und **SPALLER.MICHL** – verstanden sich als stadtteil- bzw. sozialraumorientierte Gesundheitsförderungsprojekte. Sie fokussierten die Potenziale und Ressourcen bzw. die zuvor erhobenen Bedarfe der Zielgruppen. Mit partizipativ entwickelten und umgesetzten Maßnahmen sollte deren soziale Teilhabe gefördert werden. Ältere Menschen wurden z. B. bei Talente-Stammtischen mit ihren Fähigkeiten vor den Vorhang geholt oder konnten ihre Anliegen in Kleinprojekten in der Wohnsiedlung umsetzen.
- Zwei weitere Projekte hatten eine strikter vordefinierte inhaltliche Ausrichtung und arbeiteten beide mit einem Multiplikatorinnen- und Multiplikatoren- bzw. Freiwilligenansatz. In **Bewegte Nachbarn** förderten geschulte Buddys mit aufsuchenden Bewegungseinheiten im Wohnumfeld hochbetagte bzw. weniger mobile Menschen in ihrer Bewegungskompetenz und Mobilität. **Digital, gesund altern** unterstützte den Auf- und Ausbau digitaler Kompetenzen von Seniorinnen und Senioren durch Handyschulungen und eine eigens programmierte App.

¹ CareCom: Zukunftsraum Eferding bestehend aus vier Gemeinden in Oberösterreich sowie Groß-Enzersdorf in Niederösterreich; LEBENDiG: Feldkirch, Fehring, Gnas in der Steiermark; LE.NA: Bludenz, Feldkirch, Rankweil, Montafon, Götzis in Vorarlberg

DIE INITIATIVE ALS PLATTFORM FÜR LERNEN UND WEITERENTWICKLUNG

„Auf gesunde Nachbarschaft!“ war mehr als die Summe der sieben Praxisprojekte. Die regelmäßigen Treffen der an der Initiative Beteiligten eröffneten einen konstruktiven und produktiven Raum des Austauschs und wurden zu einer **Plattform des Voneinander- und Miteinander-Lernens** – sowohl für die Einzelprojekte als auch für den Fördergeber. Weitere Begleitaktivitäten, wie österreichweite Schulungsangebote und Öffentlichkeitsarbeit, waren ebenso Teil der Initiative.

BEGLEITENDE EXTERNE EVALUATION

Die externe Evaluation der Phase III von „Auf gesunde Nachbarschaft!“ wurde von der prospect Unternehmensberatung GmbH durchgeführt und startete zeitgleich mit den sieben Praxisprojekten Anfang 2019. Die Projekte endeten zwischen Ende Juni und Oktober 2021.

Im Folgenden werden die zentralen Evaluationsergebnisse aus der Zusammenschau aller sieben Projekte dargestellt. Die Ausführungen beziehen sich auf die Ebene der Projekte, nicht auf jene der Gesamtinitiative. Sie richten sich an Praktiker:innen der Gesundheitsförderung und sollen Einblicke – im Sinne von Lernerfahrungen und Empfehlungen – gewähren.

Die Ergebnisse werden entlang der typischen Umsetzungsphasen von kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten dargestellt. Diese Chronologie ist allerdings nicht zu strikt zu sehen: Manches wird zu einem späteren Zeitpunkt erneut aktuell, manches ist durchgängig relevant.



3. START- UND AUFBAUPHASE DER PROJEKTE

ABSTIMMUNG BEREITS IN DER PROJEKTVORPHASE

Nicht selten sind jene Personen, die ein Konzept erstellen, nicht dieselben, die es operativ umsetzen. Zu einer Kluft zwischen Theorie und Praxis – und damit zu Herausforderungen in der Umsetzung – kommt es dann, wenn Inhalte, Zielsetzungen und Projektbilder nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Auch Beteiligte aus Projektgemeinden haben zu Projektstart mitunter nur sehr vage Vorstellungen davon, wie die Projektumsetzung konkret erfolgen soll.

Daraus ergibt sich die Empfehlung, **Gemeinden und/oder potenzielle Kooperationspartner:innen schon während der Konzepterstellung stark einzubeziehen**. Dies gilt insbesondere für Modellprojekte, für die es wenig Referenzprojekte gibt. Das Vorhaben sollte frühzeitig gemeinsam reflektiert, Anknüpfungspunkte ausgelotet und ansprechende Methoden und Ansätze erwogen werden.

Solche Projektabstimmungen noch vor dem offiziellen Projektstart bedeuten einen nicht zu unterschätzenden Kommunikationsaufwand und sind damit eine Frage von Ressourcen.

RESSOURCENEINSATZ FÜR DEN AUFBAU VON KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGS-STRUKTUREN IST ESSENZIELL

In der Startphase gilt es nicht nur wichtige Kooperationsbeziehungen und Vernetzungen zu regionalen Stakeholderinnen und Stakeholdern sowie Einrichtungen aufzubauen, sondern auch erste Zugänge zur Zielgruppe zu schaffen. Oft werden konkrete Aktivitäten für die und mit der Zielgruppe bereits zu diesem frühen Zeitpunkt gesetzt. Konzepte sollten daher **ausreichend Ressourcen für diesen ersten Kooperationsaufbau**, der eine wesentliche Grundlage für das weitere Vorgehen darstellt, vorsehen.

VERTRAUENSAUFBAU – DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG

Intensive **Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau** mit den adressierten Zielgruppen (z. B. direkte Zielgruppe: Ältere und Freiwillige, indirekte Zielgruppe: Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Gemeindevertretungen, Seniorinnen- und Seniorenvereine, Freiwilligenorganisationen) lohnen sich, denn sie sind ein Schlüssel zum Erfolg. Der Einsatz von Ressourcen lohnt sich nicht nur deshalb, weil in unsicheren Zeiten – wie beispielsweise in der COVID-19-Pandemie – adäquat (re)agiert werden kann, sondern auch, weil er die vertiefte und nachhaltige Arbeit und Wirkung bei den Zielgruppen ermöglicht.

AUFWAND FÜR DIE PFLEGE DER KOOPERATIONS- UND VERNETZUNGSSTRUKTUREN WIRD OFT UNTERSCHÄTZT

Nicht nur die für den Vernetzungs- und Kooperationsaufbau notwendigen Ressourcen, sondern auch jene für die kontinuierliche Pflege dieser Beziehungen werden selbst von erfahrenen Projektverantwortlichen häufig unterschätzt. Prozessbegleitung und -steuerung stellen sich nicht selten als ressourcenintensiver heraus als geplant. Zielsetzungen sollten mit den Kooperations- und Vernetzungspartnerinnen und -partnern abgestimmt und Erwartungen wechselseitig geklärt werden, ebenso sollten Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten so verteilt werden, dass die Ressourcen effektiv eingesetzt werden können.

Auch die Notwendigkeit, neue Kolleginnen und Kollegen einzuarbeiten, und das Zusammenfinden von (neu zusammengesetzten) Projektteams beanspruchen Zeit und damit Personalressourcen, die häufig zu wenig einkalkuliert werden.

TEIL EINER INITIATIVE ZU SEIN, VERKOMPLIZIERT DIE AUSSENKOMMUNIKATION ETWAS

Projekte, die neu im Feld der kommunalen Gesundheitsförderung oder der Initiative waren, standen in der ersten Projektphase gewissen Orientierungsanforderungen gegenüber. So galt es nicht nur, das eigene Projekt gut auf Schiene zu bringen, sondern auch den Ansprüchen einer Gesamtinitiative gerecht zu werden, die man selbst erst verstehen musste.

Die Projektträger:innen stehen nicht nur vor der Herausforderung, ein neues Projekt in einer Gemeinde vorzustellen, das Projekt zu implementieren, Kooperationspartner:innen und Unterstützer:innen und deren Vertrauen zu gewinnen; sondern sie müssen gleichzeitig vermitteln, dass es noch andere Projekte in der Initiative gibt und dazu einen Fördergeber, der sich strategisch für das Thema Gesunde Nachbarschaft interessiert. Dies verlangt den Projektträgerinnen und -trägern viel ab und ist auch für die Adressatinnen und Adressaten oft nur schwer zu durchschauen.

ERGEBNISOFFENE PROJEKTE SIND SCHWERER NACH AUSSEN KOMMUNIZIERBAR

Insbesondere den Caring Community-Projekten bereitete es anfangs Schwierigkeiten, ihr Vorhaben zu kommunizieren und Interessentinnen und Interessenten zu gewinnen, weil zu Beginn die konkreten Inhalte und die Ausgestaltung der Projekte noch nicht ausreichend bekannt und (be-)greifbar waren.

PROJEKTNAME ALS KOMMUNIKATIONSTRÄGER UND IDENTIFIKATIONSHINTERGRUND

Einige der Titel der sieben „Auf gesunde Nachbarschaft!“-Projekte verweisen nachvollziehbar auf die Projektinhalte, etwa „Digital, gesund altern“, „Geschichten und Talente der Vielfalt“ oder auch „Bewegte Nachbarn“. Andere erschließen sich – insbesondere für

Anwohner:innen – relativ schnell, wie SPALLER.MICHL (eine Fusion zweier Linzer Stadtteile). Bei den Caring Community-Projekten wurden die Projektnamen zum Teil durch Slogans ersetzt, wie zum Beispiel „Guat alt wära im Muntafu“, „Wir sorgen füreinander“ oder „Stadt des Miteinanders“.

Anglizismen stießen oft auf Kritik, daher wurde mitunter der Ausdruck „Sorgenetz“ dem Begriff „Caring Community“ vorgezogen.

WERTSCHÄTZUNG AUF AUGENHÖHE

Die „Auf gesunde Nachbarschaft!“-Projekte wurden von den Trägerorganisationen an die beteiligten Gemeinden herangetragen. Für eine funktionierende Zusammenarbeit und den Projekterfolg ist es dabei zum einen essenziell, dass die Beteiligten **auf Augenhöhe agieren** und sich externes Expertinnen- und Expertenwissen **nicht über regionale Erfahrungen hinwegsetzt**. Zum anderen gilt es, vorhandene Aktivitäten, Angebote und Ressourcen wertzuschätzen und sich mit diesen nach Möglichkeit zu vernetzen. Häufig gibt es vor Ort bereits sinnvolle Initiativen, die manchmal zu wenig bekannt sind. Nach Möglichkeit sollten derartige Angebote in das Projekt einbezogen oder berücksichtigt werden, damit sie an Bekanntheit und Verbreitung gewinnen.

UNTERSTÜTZUNG DER GEMEINDE

Kommunale Gesundheitsförderungsprojekte sind – wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen – **auf die Unterstützung der Gemeindepolitik und -verwaltung angewiesen**. Trotz Zusagen, Kooperationsvereinbarungen oder unterzeichneter LOI (Letters of Intent) kann die Unterstützung im Projektverlauf abflauen. Etwa wenn sich bei der Gemeinde, für die das Projekt in der Regel eines von vielen ist, die Prioritäten verschieben. Wenn keine finanzielle Beteiligung der Gemeinde am Projekt erfolgt, ist die Gefahr dafür noch etwas größer.

Eine gewinnbringende Strategie umfasst die Suche nach Verbündeten und engagierten Akteurinnen und Akteuren sowie die Pflege eines regelmäßigen Kontakts zur Gemeinde, um das Projekt auf der Agenda zu halten. Die Erfahrung zeigt auch, dass nicht alle Vorhaben für alle Gemeinden in gleicher Weise funktionieren. Was in einer Gemeinde erfolgreich implementiert wird, kann für andere nicht passend sein.

Manchmal bleibt nur – auch abhängig von der Restlaufzeit eines Projekts – ein vorzeitiger Abschluss oder die Suche nach einer anderen Gemeinde. Denn ein kommunales Gesundheitsförderungsprojekt sollte mit Gemeinden realisiert werden, die es tatsächlich wünschen und unterstützen können.

EIN SOUNDINGBOARD ALS PROJEKTSPEZIFISCHE BEGLEITSTRUKTUR

Neben dem Austausch im Rahmen der Initiative² implementierten einige Projekte eigene Reflexions- und Begleitstrukturen, etwa einen Beirat mit einschlägiger Forschungs- und Gemeindeentwicklungserfahrung. Solche Gremien aus Fachleuten begleiten den Prozess beratend, geben Impulse, bieten Austausch und Feedback aus einer Außenwahrnehmung und unterstützen konkrete Projektvorhaben wie z. B. die Erstellung eines Handbuchs.

BEDARFSERHEBUNG FÜR INFORMATIONSGEWINN UND AKQUISITION

Bedarfserhebungen können schon in einer frühen Phase partizipative Zugänge zu Zielgruppenpersonen schaffen, etwa in Gesprächsrunden, Interviews, Befragungen bei Nachbarschafts-Cafés oder bei Kontaktaufnahmen im öffentlichen Raum. Bei diesen Aktivitäten können nicht nur Bedürfnisse, Bedarfslagen oder Daten erhoben werden, sondern auch die Zielgruppen aktiviert und für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden.

GUTES „TIMING“ FÜR DIE BEDARFSERHEBUNGEN FINDEN

Manche Projekte machten die Erfahrung, dass für sie eine Bedarfserhebung bzw. eine aktivierende Erhebung als erster und abgeschlossener Schritt im Projekt wenig sinnvoll war. Sie gingen daher in weiterer Folge zu einer kontinuierlichen oder wiederholten Bedarfserhebung über. Das heißt, die Bedarfserhebung war nicht ein in sich abgeschlossenes Projektelement der Anfangsphase, sondern wurde immer wieder im Projektverlauf eingesetzt. Damit konnten laufend Teilnehmer:innen gewonnen und neue oder sich verändernde Rahmenbedingungen und Bedürfnisse erfasst werden.

Eine wichtige Erkenntnis – gerade bei den Caring Community-Projekten – war auch, dass **nicht zu viel Zeit zwischen Akquisition oder Bedarfserhebung und sichtbaren Projektaktivitäten verstreichen** darf. Eine zeitliche Lücke birgt die Gefahr, dass ursprünglich Interessierte dem Projekt wieder verloren gehen.

EINE HETEROGENE ZIELGRUPPE BRAUCHT VIELFÄLTIGE AKQUISITIONSTRATEGIEN

In der Literatur wird zwischen dem dritten Alter³, das die noch aktiven, konsumfreudigen Seniorinnen und Senioren meint, und dem vierten Alter, das von Gebrechlichkeit, Demenz und/oder Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sein kann, differenziert. Zudem wird von den „Neuen Alten“ gesprochen – gemeint sind damit Menschen, die in der nachberuflichen Phase Freiwilligenarbeit oder

2 Regelmäßige persönliche und virtuelle Vernetzungstreffen, Austauschsitzen mit der Projektbegleitung
querraum. kultur- und sozialforschung und Reflexionsworkshops mit der Evaluation

3 vgl. Peter Laslett (1995): Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns, München

eine kreative Tätigkeit anstreben. Die Hauptzielgruppe der sieben Projekte war also breit gefächert. Die **heterogene Zielgruppe der älteren Menschen** gilt es mittels entsprechend **diverser Akquisitionsstrategien** anzusprechen. Eine Vielfalt von Zugängen verspricht eine bessere Erreichung, denn der Zugangsweg zu einer Gruppe funktioniert unter Umständen bei einer anderen Gruppe nicht.

Die Projekte standen alle vor der Herausforderung, weniger mobile und zurückgezogen lebende Personen zu erreichen und einzubeziehen. Hier braucht es Verbindungspersonen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Vertrauen bei den Zielgruppen genießen, um in Kontakt zu treten und die Personen für eine Teilnahme zu gewinnen.

RÄUMLICHE UND STRUKTURELLE ANKNÜPFUNGSMÖGLICHKEITEN FÖRDERLICH FÜR DIE ZIELGRUPPENERREICHUNG

Wo es klare Strukturen gibt – seien es Räume (z. B. Standort des Trägers oder ein eigenes Informationsbüro als Anlaufstelle) oder Beziehungen (z. B. Freiwilligenkoordination) – können Interessierte leichter andocken und Schritte zum Mitmachen setzen. Wo es keine Verortung und nur lose Strukturen gibt, ist die laufende Akquisition für die Projekte schwieriger. Für die beiden sozialräumlich ausgerichteten Projekte waren die **Räumlichkeiten vor Ort essenziell** für die Umsetzung.



4. UMSETZUNGSPHASE

4.1 Fortführung auch während und trotz der Pandemie

Die Projekte konnten ein knappes Jahr lang im „Normalmodus“ umgesetzt werden. Als die COVID-19-Pandemie im März 2020 zum Stillstand der gesellschaftlichen Normalität führte, setzten die Projekte trotz ihrer als „Hochrisikogruppe“ eingestuften Zielgruppe und ihrem zentralen Ansatz, die soziale Begegnung und das Miteinander zu fördern, ihre Arbeit mit entsprechenden Adaptionen fort.

VIER ZENTRALE ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE BEWÄLTIGUNG DER PANDEMIE

Die **Initiativenstruktur**⁴ bewährte sich als äußerst taugliches Krisenmanagementinstrument. Die Begleitung durch queraum. kultur- und sozialforschung implementierte noch im April 2020 eine virtuelle Vernetzung der sieben Projekte und des FGÖ, die bis Projektende fortgeführt wurde. Dieser regelmäßige, vertrauensvolle und offene Austausch, bei dem nicht nur relevante Informationen und Wissen, sondern auch erarbeitete Instrumentarien und Tools sowie Projektideen geteilt wurden, als auch die engmaschigen Updates wurden von allen Projektteams sehr geschätzt. Sie gingen nach eigener Beschreibung deutlich motiviert aus diesen Sitzungen. Andere an den eigenen Lernerfahrungen teilhaben zu lassen und Herausforderungen als Lern- und Entwicklungschance zu begreifen, half nicht nur den Projektteams, ihre Projekte fortzuführen, Lösungen zu finden und ihrer Zielgruppe angepasste Angebote zu unterbreiten, sondern beförderte auch die kooperative Weiterentwicklung der Initiative.

Der Fördergeber FGÖ unterstützte die Anpassungen und zum Teil Neuausrichtungen der Projekte, die etliche ihrer geplanten Maßnahmen pandemiebedingt nicht realisieren konnten. **Der FGÖ – und auch die Co-Fördergeber:innen – zeigten große Offenheit und Bereitschaft**, schnell und unbürokratisch notwendige Projektänderungen zuzulassen, z. B. digitale Treffen und telefonische Kontakte statt Indoor-Gruppen oder gemeinsame Wanderungen und Bewegungseinheiten im Freien statt Nachbarschafts-Cafés.

Als weiterer zentraler Erfolgsfaktor ist das **Engagement der sieben Projektteams** zu nennen. Dieses war von hoher Loyalität gegenüber der Zielgruppe gekennzeichnet, mit der sie gerade in Zeiten der Covid-19 Pandemie in Kontakt bleiben und der sie bei Bedarf Unterstützung vermitteln oder anbieten wollten.

4 Die Gesamtkoordination lag beim Fördergeber FGÖ, die Kommunikation, Vernetzung der sieben Projekte und bilaterale bedarfsorientierte Abstimmungstreffen bei der Begleitung durch die ARGE queraum. kultur- und sozialforschung und kolkhos.net. Weitere Strukturelemente waren der Expertinnen- und Expertenbeirat, der die Gesamtinitiative durch Reflexion und Austausch begleitete und die übergreifende Evaluation, die projektbezogene Zwischenergebnisse zeitnah rückmeldete und das übergreifende Lernen voneinander unterstützte.

Dass alle sieben Projekte weitergeführt werden konnten – etliche mit Verlängerungen – und es keine Abbrüche gab, liegt im Wesentlichen auch daran, dass die Projekte ein Jahr lang Vertrauen aufgebaut hatten und zentrale Schlüsselpersonen aus den Gemeinden als Partner:innen gewinnen hatten können. Ohne diese bei Beginn der Pandemie bestehende **Beziehungs- und Vertrauensstruktur** wären eine Fortführung und das erfolgreiche Abschließen der sieben Projekte vermutlich nicht möglich gewesen.⁵

VIRTUELLE AUSTAUSCHSTRUKTUREN KÖNNEN DEN PERSÖNLICHEN KONTAKT NICHT ERSETZEN

Auch wenn alle Projektteams den digitalen Austausch in der Initiative zu schätzen gelernt haben, werden virtuelle Konferenzen nicht als vollkommener Ersatz für persönliche Austauschformate eingeschätzt.⁶ Empfehlenswert für die Post-Corona-Zeit erscheint daher eine Kombination aus persönlichen Vernetzungstreffen und kürzeren Updates im Digitalen.

Auch in der Arbeit mit den Zielgruppen und den Gemeinden wird die **digitale Kommunikation als effizient** gesehen, um Organisatorisches abzustimmen, aber nicht als Ersatz für persönliche Kontakte.

STEIGERUNG DER DIGITALEN KOMPETENZ

Die Digitalisierung, die in allen gesellschaftlichen Bereichen als Teil der Krisenbewältigung befördert wurde, betraf die Initiative auf mehreren Ebenen. Alle beteiligten Gruppen – die Projektteams selbst, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren/ Freiwillige und die Zielgruppe der älteren Menschen – erlebten ein „digitales Empowerment“.

Die Projekte hatten nicht selten mit Seniorinnen und Senioren zu tun, die mit digitalen Kommunikationsmitteln nur schwer erreichbar waren. Als mögliche Ursachen dafür werden nicht nur Technikdistanz oder mangelnde Ausstattung (Hardware, Internet) angeführt, sondern auch Ängste, etwas Neues auszuprobieren oder hier zu versagen. Von solchen Ängsten wurde zunehmend weniger berichtet, einige Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass manche Zielgruppenpersonen das digitale Angebot nicht nur aufgrund der Inhalte nutzten, sondern auch, um sich digitale Kompetenzen anzueignen.

5 Weitere Evaluationsergebnisse zur Pandemiebewältigung wurden Anfang 2021 im Factsheet „Gesundheitsförderung älterer Menschen unter Pandemiebedingungen“ (<https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/Gesundheitsförderung%20älter%20Menschen%20unter%20Pandemiebedingungen.pdf>) veröffentlicht.

6 Seit der Pandemie (von April 2020 bis Herbst 2021) trafen sich die sieben Projektteams virtuell in einem Rhythmus von vier bis sechs Wochen.

Mehr **digitale Kompetenz** wäre nicht nur **erstrebenswert**, damit ältere Menschen „state of the art“, d. h. in sozialen Gruppen und bildunterstützt, kommunizieren können, sondern auch hilfreich, um **nicht oder wenig mobile Personen** in Projekte und Angebote **besser einbeziehen** zu können.

WIEDERBELEBUNG TRADITIONELLER ANALOGER KOMMUNIKATIONSFORMEN

Manche Projekte mussten, wenn Infrastruktur und digitale Kompetenzen fehlten und nicht ad hoc kompensiert werden konnten, in der analogen Kommunikation verbleiben.

Neben dem „Digitalisierungsschub“ ist seit der COVID-19-Pandemie ein Revival von alten Kommunikationsformaten beobachtbar: Telefonieren und das Schreiben von Briefen oder Postkarten erlebten einen deutlichen Schub, der vermutlich nachhaltiger bestehen bleibt.

ÜBERBRÜCKUNG VON AUSFÄLLEN

Zahlreiche Angebote für Seniorinnen und Senioren mussten pandemiebedingt schließen oder schränkten ihre Aktivitäten ein. Tagesstätten, Treffpunkte und soziale Kontaktmöglichkeiten fielen plötzlich weg. Etliche Projekte übernahmen hier – besonders in der ersten Pandemiephase, in der ältere Menschen als (Hoch-)Risikogruppe abgeschottet werden sollten – durch regelmäßige telefonische Kontakte und Digitalisierungsbemühungen eine Überbrückungsfunktion.

Es wird berichtet, dass sich Freiwillige sehr schnell um Impfungen bemühten, um wieder persönlich Kontakte aufnehmen zu können oder Seniorinnen und Senioren gerne Schutzmaßnahmen, wie Maske und Abstand, auf sich nahmen, um wieder in einen direkten Kontakt treten zu können.

4.2 Umsetzungserfahrungen unabhängig vom Pandemiegeschehen

GESUNDHEITSFÖRDERUNG – EIN SCHWIERIGER BEGRIFF MIT POTENZIAL

Der von Expertinnen und Experten verwendete Begriff „Gesundheitsförderung“ kann in der Ansprache von Zielgruppenpersonen zu Missverständnissen führen. Während „Gesundheitsförderung“ bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchaus als Türöffner wirkt, gilt das nicht zwangsläufig auch für Seniorinnen und Senioren. Hinter einem „Gesundheit(s)projekt“ wird oft ein moralisches Motiv vermutet. In der Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern wurde daher beispielsweise oft auf den Begriff des **„Wohlfühlens“** zurückgegriffen. Im Laufe der Umsetzung stellte sich in manchen Projekten heraus, dass die Zielgruppe

sensibilisierter reagierte und sogar explizit Maßnahmen mit Gesundheitsbezug wünschte. Dies wurde auch auf die Pandemie zurückgeführt.

FÖRDERUNG POSITIVER ALTERSBILDER

Alter wird häufig ausschließlich mit Gebrechlichkeit, Einschränkungen und Abhängigkeiten assoziiert. Solche Verfallsnarrative, die sich an gesellschaftlichen Werten wie Leistung, Schnelligkeit, Aktivität oder Gesundheit orientieren, grenzen ältere Menschen und jene aus, die hier nicht mithalten können.

Es gilt, einer abwertenden und infantilisierenden Haltung und Einstellung positive Alter(n)s-bilder entgegenzusetzen. Denn selbst wenn einzelne Menschen von Einschränkungen betroffen sind, machen diese nicht die Person in ihrer Gesamtheit aus. Alter bedeutet auch Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Lebensfreude, Zufriedenheit und soziale Eingebundenheit; Alter bedeutet auch, geliebt und gebraucht zu werden.

Die Infantilisierung älterer Menschen, die sich häufig im verbalen Vergleich mit Kindern ausdrückt, kann sich auch massiv auf ihre Autonomie und ihr Empowerment auswirken, wenn „die Älteren so lange an der Hand genommen werden, bis sie selbst wieder zu Kindern werden.“ Dem wirkten die Projekte durch partizipative Ansätze entgegen, und sie reagierten sehr umsichtig und flexibel auf konkrete Bedürfnisse. Ein Beispiel: Manche Projektteams hätten für ihre Angebote gerne mehr Planungssicherheit durch Anmeldungen gehabt. Es wurde jedoch darauf verzichtet, weil eine solche Verpflichtung dem Wunsch der Zielgruppe nach Flexibilität und Freiheit widersprochen hätte.

ANGEHÖRIGE ZWISCHEN FÜRSORGE UND BEVORMUNDUNG

Manche Projekte berichteten von Zielgruppenpersonen, denen Autonomie und eigenständige Entscheidungen durch Familienmitglieder abgesprochen wurden. Ältere Menschen sind nicht selten von der Unterstützung oder umfassenden Betreuung durch An- und Zugehörige abhängig. Die Haltung der Verwandten ist mitunter für eine (Nicht-)Beteiligung an den Angeboten ausschlaggebend – je nachdem, ob das Projekt befürwortet oder mit Argwohn betrachtet wird.

Von manchen Projekten wurden Angehörige auch als direkte Zielgruppe ins Zentrum gerückt, sei es als Verwandte von Personen mit Demenz oder im Rahmen von Angehörigen-Stammtischen. Dabei ging es dezidiert um Stärkung und Entlastung – in dem Sinne, dass es den Helfenden selbst gut gehen muss, um ihre Bezugspersonen gut unterstützen zu können.

EIGENSTÄNDIGKEIT UND AUTONOMIE DER ÄLTEREN MENSCHEN WAHREN

Ältere Menschen sind eine heterogene Bevölkerungsgruppe. Das biologische Alter als alleiniges Unterscheidungsmerkmal heranzuziehen, wird durchaus als diskriminierend und aus-

grenzend erlebt. Die Zielgruppe sollte nach ihren Lebenslagen, spezifischen Lebenssituationen, Vorerkrankungen und damit verbundenen möglichen Risiken **differenziert betrachtet** werden.

Projektverantwortliche plädierten dafür, die Eigenständigkeit der Seniorinnen und Senioren zu wahren und sie als mündige Erwachsene selbst darüber entscheiden zu lassen, was ihnen guttut.

PERSONALWECHSEL: GUTER TRANSFER UND OFFENHEIT FÜR NEUE IMPULSE SIND ESSENZIELL

Fast alle Projekte mussten Personalwechsel auf verschiedenen Ebenen hinnehmen: im eigenen Projektteam, bei Kooperationspartnerinnen und -partnern, zentralen Stakeholderinnen und Stakeholdern oder auch bei Projektbeteiligten in Schlüsselpositionen. Meist führte ein solcher Wechsel zu Verzögerungen und kurzfristig zu mehr Ressourceneinsatz. Das bedeutete aber nicht, dass die Projektumsetzung schlechter oder schwieriger als vorher war: Im Idealfall erfuhren die Projekte dadurch sogar neue Impulse. Je besser der interne Wissens- und Informations-transfer gelang, desto schneller war die Weiterführung der Umsetzung gewährleistet.

ERMÖGLICHUNGS- UND HANDLUNGSRÄUME ERÖFFNEN, UM NETZE ZU KNÜPFEN

Ein Caring Community-Projekt setzt Impulse für die Implementierung eines sorgenden Netzwerks unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen und bestehender Angebote. Es bedeutet nicht, dass ausschließlich das Projektteam konkrete Umsetzungen verantwortet – eine nicht seltene Erwartung aufseiten von Gemeinden oder beteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern –, sondern dass eine **Aktivierung und die partizipative Entwicklung** neuer Angebote und dahingehender Handlungsoptionen erfolgen.

Die Grundlage für ein tragfähiges Netzwerk und konkrete Angebote ist ein „Ermöglichungs- und Handlungsspielraum“ für die beteiligten Freiwilligen und professionellen Dienstleister:innen, sprich Projektelemente bzw. methodische Zugänge, die eine echte Partizipation ermöglichen. Zudem bedarf es einer spezifischen Haltung seitens der Projektteams: nämlich Vorhandenes zu schätzen und zu würdigen.

IDENTIFIKATIONSRAUM GEMEINDE

Caring Community-Projekte adressieren Gebiete sehr unterschiedlicher Größe: Kleingemeinden, Städte oder sogar Regionen. Ein Fazit aus der Praxis lautete, dass politische Gemeindegrenzen nicht zwangsläufig geeignete Größen für Sorgenetze abbilden. Sie decken sich mitunter weder mit den Einsatzgebieten professioneller Hilfsdienste, wie z. B. Heimhilfe oder Hauskrankenpflege, noch mit den **Identifikationsräumen der Bewohner:innen**. An letzteren anzusetzen, erscheint für manche Projekte praktikabel. Zu klären ist jedoch, wie kompatibel solche kleinräumlichen Strukturen mit den regionalen Hilfsdiensten sind, mit denen es idealerweise eine Zusammenarbeit, zumindest aber Vernetzung und Abstimmung, geben sollte.

4.3 Zentrale Maßnahmen für die Zielgruppen

Die sieben Praxisprojekte setzten eine Vielzahl verschiedener Maßnahmen, für und mit der Zielgruppe entwickelt, um.

Es ist von zentraler Bedeutung, dass mit diesen Maßnahmen sozioökonomisch benachteiligte Zielgruppenpersonen gut einbezogen werden, weil zugleich die gesundheitliche Chancengerechtigkeit gefördert wird. Denn ein geringes Einkommen führt schnell dazu, dass Menschen von sozialer Teilhabe, die häufig mit Konsum einhergeht – wie etwa mit dem Besuch von Kaffeehäusern oder Kulturangeboten –, ausgeschlossen sind.

Ohne dass es so geplant gewesen wäre, setzten mehrere Projekte auf vergleichbare Ansätze, um diese Zielgruppen zu erreichen und die gewünschte Wirkung, nämlich die Förderung der sozialen Teilhabe sowie der Gesundheit oder Gesundheitskompetenz, zu erzielen. Im Folgenden werden bewährte Ansätze beschrieben, die in mehreren Praxisprojekten zum Einsatz kamen.

ERPROBUNG NEUER UND INNOVATIVER IDEEN UND NUTZUNG VON BEWÄHRTEM

Bedarfsorientierte und wirksame Maßnahmen erfordern einerseits innovative und kreative Lösungen und damit **Offenheit**. Andererseits empfiehlt sich der **Einsatz bewährter Methoden** sowie die regionale Zusammenarbeit und Einbeziehung bestehender Ansätze und Ressourcen, um keine Parallelstrukturen aufzubauen.

Zu strikte Konzepte, eng definierte organisationale Prozesse sowie knapp bemessene Ressourcen sind innovativen und kreativen Ansätzen nicht zuträglich. Die **Möglichkeit zum Experimentieren und Ausprobieren** sowie eine gelebte Fehlerkultur fördern hingegen Innovation. Die Projekte kennzeichnete – auch der Herausforderung Pandemie geschuldet – ein hohes Maß an Experimentierlust und der dafür notwendigen Flexibilität. Dennoch ging es nicht darum, Innovation über bereits bewährte Angebote zu stellen, sondern man griff auch auf gelungene Maßnahmen (anderer) zurück.

KLASSISCHE PRÄVENTIONSANGEBOTE FÜR SENIORINNEN UND SENIOREN KOMMEN GUT AN

Nicht nur im dezidiert bewegungsorientierten Projekt „Bewegte Nachbarn“ ging es um präventive Bewegungsangebote. Drei weitere Projekte berichten von sehr gut angenommenen Sturzprophylaxe-Angeboten.

NUTZUNG DES ÖFFENTLICHEN RAUMS – FÜR BEWEGUNG UND SOZIALE GESUNDHEIT

Gesundheitsförderung im öffentlichen Raum ist mehr als Bewegung oder Naturerlebnis. Sie fördert die soziale Gesundheit und erweitert die Mobilität.

Etliche Projekte hatten die **Nutzung des öffentlichen Raums** bzw. Outdoor-Veranstaltungen bereits in ihren Konzepten vorgesehen, andere entdeckten im Projektverlauf den öffentlichen Raum – auch angetrieben durch die Pandemie – als geeignetes Setting. Der Bewegungsaspekt war dabei mitunter nachrangig, Aspekte des Sozialen standen im Vordergrund.

Organisierte Wanderungen in Gruppen, etwa mit neu ausgebildeten Wanderbegleiterinnen und -begleitern, oder Erkundungsspaziergänge im Wohngebiet ermöglichten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sich das **eigene Umfeld neu zu erschließen** und erwiesen sich als anschlussfähiger als frühere Akquisitionsbemühungen. Ein von geschulten Ehrenamtlichen organisierter Nachbarschaftstreff, bei dem die Teilnehmer:innen alle zwei Wochen gemeinsam mit Gymnastik-Zwischenstopps durch Ortsteile wanderten, ist „bewegte Nachbarschaft“ im wörtlichen Sinn.

DAS FORMAT NACHBARSCHAFTS-CAFÉ

Das niederschwellige Austauschformat „Nachbarschafts-Café“ ist in kommunalen Gesundheitsförderungsprojekten gerade für die Zielgruppe der älteren Menschen häufig anzutreffen. Auch in der Initiative versuchten einige Projekte dieses Angebot zu etablieren. Eine wesentliche Lernerfahrung aus diesen Aktivitäten war, dass es in der Regel **mehr Anreiz braucht als den sozialen Austausch**, etwa thematische Schwerpunkte oder Impulse. Bei den „Smartcafés“ des Projekts „Digital, gesund altern“ zum Beispiel ist schon im Titel erkennbar, dass es um den Umgang mit dem Smartphone geht.

DAS THEMA KLIMASCHUTZ IST MIT GESUNDHEITSFÖRDERUNG SEHR KOMPATIBEL

In einigen Projekten wurde das hochaktuelle Thema Klimaschutz aufgegriffen, das nicht selten von der Zielgruppe selbst eingebracht wurde, etwa in Form eines Repair-Cafés, intergenerativer Müllsammelaktionen, der Bestellung eines Gemeindegartens zur Selbstversorgung oder gemeinsamen Kochens mit geretteten, d. h. von Geschäften aussortierten, Lebensmitteln.

OFFENE, PARTIZIPATIVE PROZESSE KOMBINIERT MIT FIXEN ANGEBOTEN

Die Projektkonzepte unterschieden sich in ihrem Verhältnis von fixen Projektelementen und ergebnisoffenen, häufig partizipativ zu entwickelnden Aktivitäten.

Offenere Elemente bewährten sich besonders in der Pandemiebewältigung, weil sie flexible und bedarfsorientierte Adaptionen erlaubten. Von den meisten Projekten wird eine kombinierte Herangehensweise als sehr zweckmäßig angesehen.

AUFBAU EINER CARING COMMUNITY BRAUCHT AUCH RASCH SICHTBARE AKTIVITÄTEN

Bei Caring Community-Projekten sollten parallel zu Bewusstseinsarbeit und Strukturaufbau alltagsnahe Akzente und Angebote gesetzt werden. Da offene Prozesse langwierig sind, braucht es konkrete Angebote, Interventionen oder Maßnahmen, um die jeweilige Zielgruppe zu gewinnen und im Projekt zu halten. Um Freiwillige und andere Akteurinnen und Akteure durch einen vermeintlichen Projektstillstand (Sensibilisierung und Vernetzung sind nicht deutlich sichtbar) nicht wieder zu verlieren, ist es **wichtig, schnell in ein konkretes und erkennbares Tun zu kommen**. Ähnliches gilt auch für sozialraumorientierte Gesundheitsförderungsprojekte.

PEER-ANSATZ – VON GLEICHALTRIGEN ZU GLEICHALTRIGEN

Die Nutzung von elektronischen Kommunikationsmedien (Smartphones, Tablets) wurde durch die Pandemie zu einem zentralen Thema, auch und besonders für ältere Menschen, denen diesbezüglich eine gewisse Distanz attestiert wurde.

Häufig werden im Freiwilligenkontext zur Vermittlung digitaler Kompetenzen intergenerative Ansätze verfolgt: Jugendliche üben mit Älteren. Bei „Digital, gesund altern“ wurden hingegen bei der Vermittlung digitaler Kompetenzen auch mit einem Peer-Ansatz, dem **Lernen auf Augenhöhe mit gleichaltrigen Role Models**, sehr gute Erfahrungen gemacht.

Auch in anderen Projekten fand ein Peer-Ansatz Einzug, z. B. im Kontext von geführten Wanderungen oder angeleiteter Bewegung. Auch Stammtische oder Selbsthilfegruppen weisen in diese Richtung.

AUSSTELLUNGEN RÜCKEN ZIELGRUPPE IN DEN MITTELPUNKT

In zwei Projekten wurden die Zielgruppen durch Ausstellungen sichtbar gemacht. In LE.NA wurden lebensgroße Metallfiguren auf dem Marktplatz von Rankweil aufgestellt, bei „Geschichten und Talente der Vielfalt“ wurden in beiden Projektgebieten Fotoausstellungen im Außenraum organisiert. In beiden Projekten standen die Zielgruppen im Mittelpunkt, wurde mit Künstlerinnen und Künstlern kooperiert, wurden Begleithefte⁷ erstellt, diese Darstellungen mittels visueller oder auditiver Elemente (Film, Geschichten über QR-Codes) ergänzt und feierliche Ausstellungseröffnungen mit den Porträtierten veranstaltet. In beiden Projekten waren der Stolz und das **Empowerment der Porträtierten** deutlich zu erkennen. Mit den Ausstellungen gelang es im wörtlichen und im übertragenen Sinn, Bewohner:innen peripherer Siedlungen ins Zentrum zu rücken.

7 Begleitbroschüre „Rankler G'schichten, Ausstellungsbegleitheft Projektgebiet KretaViertel/Favoriten, Ausstellungsbegleitheft Projektgebiet Pottschach/Ternitz





5. ABSCHLUSSPHASE UND NACHHALTIGKEIT

NACHHALTIGKEIT AUF VERSCHIEDENEN EBENEN

Nachhaltigkeit ist eine durchgängige Fragestellung der Projekte und wird nicht erst zu Projektende Thema. Bei den meisten Projekten wird es aus heutiger Sicht auch nach dem offiziellen Abschluss eine **Fortführung in der einen oder anderen Form** geben: eine Weiterführung von einzelnen bewährten Maßnahmen oder des gesamten Projektes, eine Übernahme durch die Gemeinde oder einen Projekttransfer auf andere Regionen.

Das Bedürfnis, noch weiter und länger am Projektthema zu arbeiten, war stärker ausgeprägt als üblich, weil die Pandemie etliche Vorhaben vereitelt oder verzögert hatte, die man noch angehen oder finalisieren wollte. Ohne die Projektverlängerungen – „Corona-Fristerstreckungen“ von zwei Monaten – wäre dies nicht überall möglich gewesen.

Generell wird die **Projektdauer von 2,5 bzw. 3 Jahren** für Caring Community- und sozialraumorientierte Projekte als eher **zu kurz** eingestuft, war man doch zu Projektende, so die Rückmeldung, an einem Punkt angelangt, wo man noch viel hätte weiterbringen können.

ABSCHLUSS ZWISCHEN PROJEKTBEENDIGUNG UND IMPULS FÜR FORTFÜHRUNG

Häufig schließen Gesundheitsförderungsprojekte mit Abschlussfeierlichkeiten ab, um das Projektende zu kommunizieren, sich bei den Beteiligten zu bedanken, sich als Projektteam zu verabschieden oder Resümee zu ziehen. In den aktuell unsicheren Zeiten der COVID-19-Pandemie konnten nicht alle Projekte derartige breitenwirksame Formate planen.

Außerdem war es manchen Projekten ein Anliegen, den Fortbestand zu signalisieren – z. B. im Kontext von Sorgenetzen – und nicht mit einem der Förderlogik geschuldeten Abschluss („Event“) eine von außen schwer nachvollziehbare Zäsur zu setzen.

Einzelne Projekte wiederum organisierten Feierlichkeiten, die zugleich einen Abschluss und einen Impuls für einen Neubeginn, respektive eine Fortsetzung unter veränderten Rahmenbedingungen, markierten.

TRANSPARENTE KOMMUNIKATION ÜBER DIE RAHMENBEDINGUNGEN DER FORTFÜHRUNGEN

Aus Befragungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ging hervor, dass es zum Teil Informationsdefizite bezüglich des Projektendes bzw. einer möglichen Fortführung gab. Die

Beteiligten wussten nicht, ob/wie es in ihrer Gemeinde nun weitergehen würde. Selbst wenn das zum Zeitpunkt des offiziellen Förderendes noch nicht definitiv entschieden ist – etwa, weil eine neue Förderzusage noch ausständig ist –, scheint es geraten, diese offene Situation zu kommunizieren, als gar nichts.

AUSGEWÄHLTE WIRKUNGSDIMENSIONEN

Eine quantitative Messung der konkreten Auswirkungen eines Projekts auf die Zielgruppenpersonen lässt sich in diesem Themenfeld nur selten realisieren. Die Feststellung von Wirkungen ist oft nur indirekt möglich. Zum einen geben Teilnehmer:innen darüber Auskunft, inwieweit sie individuell von den Aktivitäten profitieren, zum anderen beobachteten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Auswirkungen. Beide Befragungsgruppen äußerten sich zu den **evaluierten Aktivitäten tendenziell sehr zufrieden**.

Auch bei „Bewegte Nachbarn“, das die Zielerreichung mittels eines Pre-Post-Designs anhand quantitativer Indikatoren und sportwissenschaftlicher Testungen (u. a. Handkraftmessung, Gehtempo) überprüfen wollte, ließ letztlich die Pandemie solche Vergleiche nur eingeschränkt zu. Die Voraussetzung der regelmäßigen Bewegung über eine gewisse Zeitdauer hinweg war durch die Unterbrechungen (Lockdown, eingeschränkte Treffen) nicht mehr gegeben.

Einige Projekte peilten zudem eine indirekte Wirkung im Sinne der Zielgruppe an, indem sie Stakeholder:innen, Entscheidungsträger:innen und die Öffentlichkeit für die Themen- und Handlungsfelder Einsamkeit, Demenz, gutes Altwerden oder soziale Gesundheit und Teilhabe von Seniorinnen und Senioren sensibilisierten. In etlichen Projektregionen wurde beobachtet, dass diese **Themen an Priorität gewonnen** haben und etwa Demenz oder Einsamkeit von Älteren nicht mehr vorwiegend als individuelle Angelegenheit, sondern als gesamtgesellschaftliche Verantwortung gesehen werden.

PRODUKTE UND MATERIALIEN DIENEN DER NACHHALTIGKEIT, DEM TRANSFER ODER ROLLOUT

In Summe wurden von den sieben Praxisprojekten zahlreiche Produkte und Materialien entwickelt, die längerfristige Wirkung entfalten werden, wie zum Beispiel Flyer, Informationsbroschüren und -karten, Checklisten, Postkarten, Nachbarschaftsbücher, Booklets mit Übungen, Leitfäden, Handbücher, Filmbeiträge, Podcast-Beiträge, Ausstellungen inkl. Ausstellungskonzepten und Begleitbroschüren, Schulungs- und Trainingscurricula, Gesundheitsapp. Dazu kommen die im Rahmen der Begleit- und Kommunikationsaktivitäten der Initiative erstellten Produkte, wie etwa Schulungsunterlagen, Curricula, Nachbarschaftskarten, ein Online-Test („Welcher Typ Nachbar/in bist du?“) und eine Methoden-Toolbox sowie Berichte und Factsheets der externen Evaluation.

Etliche Projekte haben sich bei verschiedenen Gelegenheiten um Auszeichnungen beworben. Preisgelder sowie Anerkennungen als Good- oder Best Practice-Modelle können Nachhaltigkeit und Nachahmungen begünstigen.

MEHRWERT FÜR DIE VERANTWORTLICHEN ORGANISATIONEN

Für einzelne Projektträger:innen war die Umsetzung eines kommunalen Gesundheitsförderungsprojektes eine neue Erfahrung, die für die Organisation selbst einen Mehrwert und Gewinn an Kompetenzen darstellte. Aber auch erfahrene Träger:innen schöpften organisationalen Mehrwert und nahmen aus der Umsetzung – nicht zuletzt auch pandemiebedingt – etliche Lernerfahrungen mit. Spezifische Themenfelder wurden bearbeitet, neue Methoden erprobt, Prozessbegleitungserfahrung gesammelt oder neue Kommunikationsweisen eingeführt.





6. EIN KURZES FAZIT

Gesunde Nachbarschaften bewähren sich zur Bewältigung der Herausforderungen der Pandemie und können als eine adäquate soziale Reaktion und Antwort auf derartige Krisen und als gesundheitliche Prävention gesehen werden. Das erhöhte gesellschaftliche Bewusstsein für die Bedeutung psychischer und sozialer Gesundheit bestätigt eindrücklich die langjährigen Bemühungen der Gesundheitsförderung. Aus Evaluationssicht lohnt sich daher die Investition in „Gesunde Nachbarschaften“ respektive in kommunale Gesundheitsförderung generell – und das nicht nur als Krisenprävention.

Die Pandemie hat den Blick für **soziale Zusammenhänge und Gesundheitsförderung** geschärft. Auch wenn die Nachbarschaftshilfe zu Beginn der Pandemie einen enormen Impuls erhielt, zeigte sich bald, dass es **professionelle Koordination und Begleitung** braucht, damit wirklich sorgende Gemeinden oder nachhaltige Nachbarschaftsprojekte entstehen können.

Kommunale **Gesundheitsförderungskonzepte der Zukunft** brauchen ein gewisses Maß an Offenheit, um Maßnahmen und Strategien an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen. Vertrauensaufbau zur Zielgruppe und zu den Kooperationspartnerinnen und -partnern ist dabei ein zentraler Schlüssel zum Erfolg. Dafür gilt es Ressourcen einzuplanen.

Einsamkeit ist ein aktuelles und ein Zukunftsthema. Die Folgen sozialer Isolation gilt es noch stärker ins Bewusstsein zu rücken, und das Thema Einsamkeit sollte von der Gesundheitsförderung fokussiert werden.

Das Handlungsfeld **Gesundes Altern im kommunalen Setting** hat nicht nur das Potenzial, Einsamkeit zu verringern, sondern kann auch zur Sensibilisierung für das Thema Altersdiskriminierung und zur Schaffung positiver Alter(n)sbilder beitragen.

Um die **soziale Teilhabe aller Altersgruppen** und Generationen zu gewährleisten, braucht es alle Generationen und generationsübergreifende sowie -spezifische Ansätze. Ein solcher spezifischer Ansatz wäre nicht zuletzt die Erhöhung der digitalen Kompetenz auch bei jenen Altersgruppen, die bislang weniger Chancen hatten, sich diese anzueignen. Der Stellenwert der digitalen Kommunikation ist überall angekommen. Digitale Teilhabe erleichtert die soziale Teilhabe, auch wenn sie persönlich-analoge Kontakte nicht ersetzen kann. **Soziale Teilhabe erfordert heute und in Zukunft auch digitale Teilhabe.**

