

Endbericht

zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse

Projektnummer	3315
Projekttitel	Umsorgende Gemeinschaft
Projektträger:in	conSalis e.Gen.
Projektlaufzeit, Projektdauer in Monaten	24 Monate
Schwerpunktzielgruppe/n	Alte, insbesondere vulnerable Menschen im kommunalen Setting
Erreichte Zielgruppengröße	9.000 Personen
Zentrale Kooperations- partner:innen	Stadt Salzburg (Bewohnerservice, Seniorenberatung)
Autor:	Dr. Thomas Diller
Emailadresse/n Ansprechpartner:innen	office@thomasdiller.com
Weblink/Homepage	www.consalis.at www.umsorgendegemeinschaft.at
Datum	6. Dezember 2024

1. Kurzzusammenfassung

Wie kann ein kommunales Setting der zunehmenden Zahl ihrer alten Mitbürger:innen gerecht werden? In Zusammenarbeit mit der Stadt Salzburg erprobten Expert:innen, verbunden in conSalis e.Gen., im Zeitraum 12/22 bis 11/24 in den Stadtteilen Salzburg Süd und Gnigl das Modell „Umsorgende Gemeinschaft“.

Alte Menschen wurden in ihrer Selbstbestimmung und Selbstorganisation gestärkt, eingebunden und durch einen im Stadtteil etablierten Beteiligungs-Kreis „Förderndes Netzwerk“ unterstützt. Dieser Kreis verband im Stadtteil sich freiwillig engagierende ältere und alte Menschen und bildete den Rahmen für selbstorganisiertes Wirken entsprechend den Bedürfnissen und Bedarfen der alten Menschen im Stadtteil. Eine aufgebaute Vernetzung der Leistungsanbietenden in den Stadtteilen begünstigte das Wirken des „Fördernden Netzwerks“. Diese drei Wirkungsebenen wurden durch fachkompetente Begleitung gestützt, durch das Zusammenspiel aus sozialarbeiterischer Kompetenz in Sozialraumentwicklung und Pflegefachkompetenz zum Aktivieren alter Menschen.

Das Erreichen der alten, insb. vulnerablen Menschen war die Herausforderung. Diese meisterten die pflegefachkompetenten Begleiterinnen (DGKP) - über aktives, auch aufsuchendes Zugehen und durch ihr besonderes Verständnis für alte Menschen wuchs Bekanntheit und Vertrauen im Stadtteil, legten sie die Schienen zu und für die alten Menschen in die Gemeinschaft.

Zu überwinden war auch die dominierende Versorgungshaltung, der nach Menschen passiv warten, bis ihnen „Gebrauchtes“ serviert wird. Umsorge sieht das „Wollen“ im Zentrum, das, was man für sich und andere tun kann. Anstatt ein Programm zu liefern, motivierten und unterstützten die Begleiter:innen aus dem Projektteam die engagierten Freiwilligen, selbst Angebote bereitzustellen und ihr Wirken für und im Stadtteil selbst zu organisieren.

Wesentliche Ressource für das Projekt waren die Bewohnerservices der Stadt Salzburg in jedem Stadtteil. Es konnte auf ihre Aktivitäten aufgebaut werden, sie beheimaten und begleiten nach Projektende die entwickelten Umsorgende Gemeinschaften weiter. So konnte in den lediglich zwei Jahren nachhaltig kommunale Entwicklung für alte Menschen geleistet werden.

2. Projektkonzept

2.1. Ausgangssituation

So erfreulich es ist, dass wir immer länger leben, stellt diese Entwicklung unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen. Im Jahr 2050 werden entsprechend der Prognose der Statistik Austria um rd. eine Million mehr Menschen über 65 Lebensjahre in Österreich leben, statt bisher jede/r Fünfte wird in 25 Jahren schon jede/r Vierte über 65 sein. Bei den 80-Jährigen wird der Anteil von jede/m Zwanzigsten auf jede/n Zehnten steigen.

Entsprechend einer WIFO-Studie wird die Anzahl der pflegegeldbeziehenden Personen bezogen auf 2021 bis 2050 um 57% steigen und mehr als 730.000 Personen betragen. Die mit dieser Entwicklung verbundenen öffentlichen Kosten werden von EUR 2,74 auf 9,17 Mrd. steigen. Bis zum Jahr 2050 sind knapp 77.000 zusätzliche Pflegekräfte nötig.

Schon heute herrscht ein großer Mangel an Pflegepersonen, die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen fühlt sich heute schon überlastet.

Die Gesundheit der Österreicher:innen ist gemessen an der Erwartung beschwerdefreier Lebensjahre deutlich unter dem EU-Schnitt. Eine Österreicherin, ein Österreicher lebt rd. 30% des Lebens mit Beschwerden (in Schweden zum Vergleich rd. 10%).

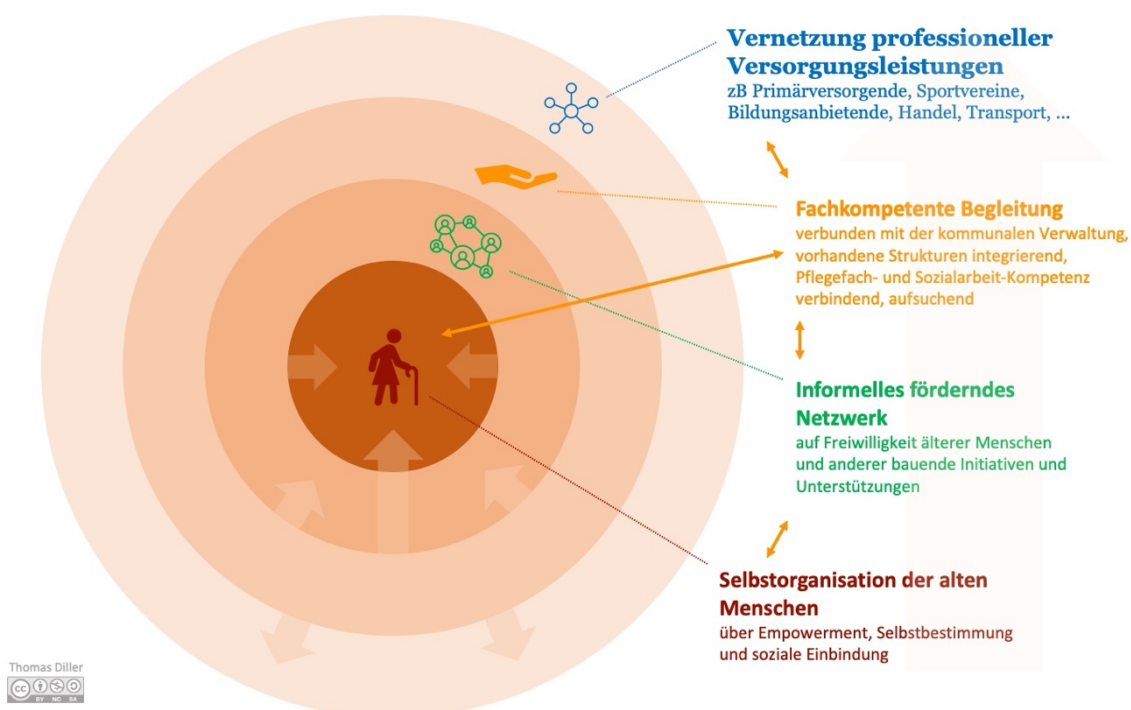
Es besteht Handlungsbedarf und, so die Grundannahme des Projekts, auch die Notwendigkeit umzudenken. Statt aus einer „Versorgungs“-Haltung heraus, erst auf nicht mehr zu ignorierende Probleme mit von Expert:innen entwickelten entgeltlichen Lösungen zu reagieren, sollte eine „Umsorge“- Haltung in den Gemeinschaften gefördert werden, der nach sich die Menschen um ihre Mitmenschen, insbesondere jene mit Unterstützungsbedarf, und um die sie umgebenden Lebensbedingungen sorgen.

Probleme können frühzeitig angegangen werden, gegenseitige Unterstützung verteilt die Lasten und über die Hilfeleistung für andere entsteht das Bewusstsein für mit dem Länger-Leben kommende Herausforderungen.

2.2. Modell „Umsorgende Gemeinschaft“

Das niederländische Pflege-Dienstleistungsunternehmen „Buurtzorg“ beweist seit vielen Jahren, dass mit der Förderung der Selbstorganisation bei den alten Menschen und der sie umgebenden Unterstützungssysteme der Pflegebedarf deutlich reduziert werden kann. Das Zwiebelschalen-Modell von Buurtzorg bildete für das von Thomas Diller entwickelte Modell die Grundlage, jedoch wird nicht erst mit Eintreten eines Pflegebedarfs zu wirken begonnen, sondern bereits als kommunales Gesundheitsförderungsprogramm.

Das Ansetzen im kommunalen Setting entspricht dem Ansatz der Caring Community, bei dem die Bürger:innen, die Zivilgesellschaft und die kommunale Politik und Verwaltung gemeinsam für das Wohlergehen unterstützungsbedürftiger Mitbürger:innen wirken.



Im Mittelpunkt der „Umsorgenden Gemeinschaft“ steht der alte Mensch, der auf der ersten Handlungsebene in seiner Selbstbestimmung und Selbstorganisation gestärkt werden soll. Statt „was brauchen Sie?“ werden die (alten) Menschen gefragt „Was wollen Sie und was können Sie selbst dafür tun?“. Damit die (alten) Menschen in ihrem Willen unterstützt werden, wird auf einer zweiten Handlungsebene ein informelles förderndes Netzwerk entwickelt und etabliert. Freiwillig Engagierte, vor allem ältere und alte Menschen, sollen sich in selbstorganisierenden Kreisen zusammenfinden und gemeinsam entsprechend ihren Vorstellungen und entsprechend des erforderlichen Unterstützungsbedarf in ihrer kommunalen Gemeinschaft wirken. Für das Erreichen und die Stärkung der (alten) Menschen und für die Förderung des gemeinsamen Wirkens der freiwilligen Engagierten steht als dritte Handlungsebene eine fachkompetente Begleitung zur Seite. Die sozialarbeiterische Begleitung hat den Fokus auf der sozialräumlichen Entwicklung, die pflegefachkompetente Begleitung auf Erreichen, Aktivieren und Begleiten der älteren und alten Menschen; beides verankert in der kommunalen Verwaltung. Auf der vierten Handlungsebene vernetzen sich die Leistungsanbieter in der kommunalen Gemeinschaft, die Gesundheitsleistungsanbieter, aber auch alle anderen Anbieter mit Bezug zu den alten Mitbürger:innen. Über die Vernetzung koordinieren sich die Angebote, Bewusstsein für

die Anliegen der alten Menschen wird geschaffen und eigene Herausforderungen im Umgang mit alten Menschen zu lösen angegangen.

Langfristiges Ziel ist die Verankerung von Beteiligungs-Kreisen auf jeder Handlungsebene, eine Vertretung der alten Menschen, ein Kreis der freiwillig Engagierten und ein Kreis der Leistungsanbietenden. Delegierte aus den Kreisen, gemeinsam mit den fachkompetenten Begleiter:innen, koordinieren in einem übergeordneten Kreis das Wirken in der jeweiligen Umsorgenden Gemeinschaft.

2.3. Das Projekt „Umsorgenden Gemeinschaft“

Im Rahmen eines Förder-Calls des Fonds Gesundes Österreich erprobten Expert:innen, koordiniert von Thomas Diller, verbunden in conSalis e.Gen., im Zeitraum Dezember 2022 bis November 2024 das Modell der „Umsorgenden Gemeinschaft“ (Fördersumme EUR rd. 150.000,-, 100% finanziert aus Mitteln der Agenda Gesundheitsförderung und des Fonds Gesundes Österreich). In Zusammenarbeit mit der Stadt Salzburg wurde in den Stadtteilen Salzburg Süd und Gnigl für die Förderung der Gesundheit der alten Menschen gearbeitet. Die Bewohnerservices in den Stadtteilen, betrieben vom Diakonie-Werk im Auftrag der Stadt, waren dabei wichtige Partner, die Seniorenberatung der Stadt stand unterstützend zur Seite, die anfänglich geplante personelle Mitarbeit konnte in Folge fehlender personeller Ressourcen nicht verwirklicht werden.

Der Stadtteil Salzburg Süd hat rd. 11.500 Einwohner:innen, gut ein Fünftel der Bewohner:innen sind über 70 Lebensjahre (5% höherer Anteil als in der gesamten Stadt Salzburg). Der Stadtteil ist eher städtisch mit hoher Bebauungsdichte, er hat kein Zentrum.

Der Stadtteil Gnigl hat rd. 6.200 Einwohner:innen, rd. 15% der Bewohner:innen sind über 70 Lebensjahre. Der Stadtteil hat eher dörflichen Charakter, Dominanz von Einfamilien- und kleineren Mehrfamilienhäuser, ein richtiges Zentrum gibt es nicht mehr.

Primäre Zielgruppe des Projekts waren alte, insbesondere vulnerable Menschen (75+); sekundäre Zielgruppe Menschen ab dem Pensionsantritt.

Sie galt es, mit besonderem Fokus auf Vulnerable, in ihrer Selbstorganisationsfähigkeit zu stärken, hinsichtlich ihres biopsychosozialen Wohlergehens zu fördern und zu sozialer Teilhabe zu aktivieren.

In den Stadtteilen sollte jeweils ein förderndes Netzwerk aus Freiwilligen etabliert, die Leistungsanbietenden (für alle Bereiche des täglichen Lebens) vernetzt werden. In jedem Stadtteil waren Teilhabe-Gremien (Kreise) für alte Menschen, für das Fördernde Netzwerk und die Vernetzung der Leistungsanbietenden zu entwickeln. Das begleitende Zusammenspiel von sozialarbeiterischer und Pflegefachkompetenz sollte in Zusammenarbeit mit der Stadt gelebt werden.

Zudem galt es ein positives Bild von Alter (entgegen Ageismus) zu vermitteln und die Ressourcen und Potenziale (abseits von Verwertungsinteressen) älterer und auch alter Menschen sichtbar zu machen. Die Leistungsanbietenden waren für die Bedürfnisse alter Menschen zu sensibilisieren.

3. Projektdurchführung

3.1. Projektaufbau und Rollen

Für die Steuerung des Projekts und zur Einbindung der wesentlichen Stakeholder war eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Eingebunden waren Vertreter:innen der Stadt (Verbindung zu Sozialstadträtin, Leitung Seniorenberatung, Leitung der Bewohnerservices), Vertreter:innen der Stadtteile (Leitung des Stadtteil-Bewohnerservices; die geplante Integration einer/s delegierten freiwillig Engagierten ist sich in den zwei Jahren Entwicklungsarbeit nicht ausgegangen) und das Projektteam von conSalis.

Der vorgesehene Fachbeirat wurde noch (da die gezielte Einbindung von vulnerablen – armutsgefährdet, Migrationshintergrund – alten Menschen noch nicht begonnen wurde) nicht einberufen; in ihm waren Expert:innen speziell zu Vulnerabilität eingebunden.

Das conSalis Projektteam umfasste:

- Projektkoordinator (Dr. Thomas Diller) für fachliche Leitung, Projektsteuerung, Vertretung des Projekts nach außen, regionsübergreifende Vernetzung, Begleitung der Umsetzenden und Mitarbeit bei operativer Umsetzung.
- Umsorge-Entwickler:innen (Dr. Günther Marchner, Elisabeth Vogl) für die Entwicklung der Umsorgenden Gemeinschaft im Stadtteil, Einbindung der Zielgruppen, Entwicklung und Etablierung der Beteiligungs-Kreise, Durchführung von Info-Angeboten und Treffen, Findung und Gewinnung von Freiwilligen und der Leistungsanbietenden, Begleitung der Vernetzung.
- Pflegefachkompetente Begleiter:in (DGKP Mag. Christine Schneider-Worliczek, DGPK Elfriede Bar) für das Erreichen, Aktivieren und Einbinden der alten Menschen, Durchführung von Hausbesuchen bei alten, insbesondere vulnerablen Menschen (Erhebung, Beratung), Einbringen von Pflegewissen, Informations-, Beratungs- und Schulungsleistungen, Eintreten für Interessen der alten Menschen.
- Kommunikationsgestalter (Bernhard Jenny) für Entwicklung der Informationsdrehscheibe für die umsorgenden Stadtteile, Kommunikation/Darstellung des Projekts nach außen; Medienimpulse gegen Ageismus; unterstützende Kommunikationsaufgaben für Handlungsebenen.
- Projektsupervisor (Dr. Armin Mühlböck) für interne Evaluation, inhaltliches und finanzielles Controlling, Erhebung der Bedürfnisse/Bedarfe und Wünsche bzgl. Stadtteil der alten Menschen (Entwicklung des Erhebungsinstruments, Leitung der Durchführung, Auswertung und Erstellung eines Berichts).
- Administratorin (Alexandra Riffler) für administrative und organisatorische Unterstützung, Pflege des Dokumentationssystems, Einnahmen-Ausgaben-Rechnung.

Aufbau der Projektorganisation in den Stadtteilen

- Eine „umsorgende Gemeinschaft“ kann nur funktionieren, wenn sich ihre Mitglieder darin als autonome Subjekte erleben, wenn sie Erfahrungen der Selbstwirksamkeit machen können. Daher zog sich Partizipation bis hin zu Selbstorganisation durch alle Aktivitäten und Maßnahmen des Projektes. Es galt Beteiligungs-Kreise zu etablieren, arbeitsfähig zu machen und untereinander zu verknüpfen.
- In jedem der Stadtteile wurde ein Koordinationskreis gebildet. Dieser diente dem gemeinsamen Wirken der Umsorge-Entwickler:in, der pflegefachkompetenten Begleiterin und der Expert:innen aus dem Bewohnerservice. Im Laufe der Projektumsetzung sollten zunehmend Delegierter der Handlungsebenen eins, zwei und vier eingebunden werden. Ziel war, dass nach Projektende über diesen Koordinationskreis die „umsorgende Gemeinschaft“ im Stadtteil weiter gemeinsam gesteuert wird.
- Basis für die Umsorgende Gemeinschaft sollten Beteiligungskreise auf den jeweiligen Handlungsebenen bilden, ein Kreis „75+“ aus sich einbringenden alten Menschen, ein Kreis zur Koordination der Aktivitäten des Fördernden Netzwerks und ein Kreis zur Vernetzung der Leistungsanbietenden. Motor auf dieser Stufe sollte das Fördernde Netzwerk aus Freiwilligen sein; zur Stärkung des Erlebens der Selbstwirksamkeit wurde diesem Kreis ein Maßnahmenbudget zur Verfügung gestellt, aus dem entsprechend vorgegebener Kriterien (Förderbedingungen) selbstbestimmt Maßnahmen finanziert werden konnten.
- Gemachte Erfahrungen:
Innerhalb der zwei Jahre Projektlaufzeit war diese ausdifferenzierte Struktur nicht aufzubauen. Deshalb wurde frühzeitig reagiert und der Kreis Förderndes Netzwerk ins Zentrum gerückt. Sich engagierende alte Menschen wurde ebenso aufgenommen, wie engagierte Leistungsanbietende, die aus der aufgebauten Vernetzung der Leistungsanbietenden erwachsen sind. In beiden Stadtteilen konnte ein Kreis Förderndes Netzwerk etabliert werden, wobei die Wege unterschiedlich waren. Während in Salzburg Süd der Fokus von Beginn auf der Selbstorganisation der Gruppe lag, war in Gnigl anfänglich das Bereitstellen von Angeboten im Vordergrund, die Eigenständigkeit des Kreises wurde erst in der zweiten Hälfte angegangen. Ergebnis der beiden Wege, in Salzburg Süd haben sich die Engagierten mehr mit den Lebensbedingungen im Stadtteil auseinandergesetzt, in

Gnigl entstand eine Fülle an Angeboten, zuletzt vor allem von den Engagierten selbst eingebracht und geleitet.

Das Bewohnerservices des Stadtteils übernimmt nach Projektende die Begleitung des etablierten Kreises (regelmäßig 10 bis 15 Personen), sobald eine ausreichend große Zahl an sich in für die Umsorgende Gemeinschaft Engagierenden erreicht ist, könnte mit der ursprünglich angedachten Ausdifferenzierung begonnen werden.

3.2. Grober Projektablauf

Bauend auf bereits im Stadtteil gelebten Zusammenkünften, der Veranstaltung niederschwelliger Angebote und dem Ausschreiben der Suche nach Mitwirkenden wurde eine Gruppe von sich freiwillig Engagierender, vornehmlich ältere Menschen, gebildet und zu einem sich selbstorganisierenden Kreis entwickelt.

Parallel dazu wurde der Kontakt zu alten, insbesondere vulnerablen Menschen gesucht, um sie zur sozialen Teilhabe im Stadtteil zu motivieren und ihre Bedürfnisse und Bedarfe sowie ihre Wahrnehmungen bzgl. des Stadtteils zu erheben. Die Ergebnisse der Befragungen wurden in Dialogrunden mit den alten Menschen vertieft und standen als Grundlage für die Entwicklungsarbeit für die alten Menschen im Stadtteil zur Verfügung.

Weiters wurden die Leistungsanbietenden im Stadtteil, neben den Gesundheitsdienstleistenden auch Geschäfte, Hausverwaltungen, Taxi-Unternehmen uam kontaktiert, zu Vernetzungstreffen geladen und erkundet, was für die alten Menschen erforderlich wäre bzw. welche Unterstützung sie selbst für die Servicierung alter Menschen benötigen könnten.

In jedem Stadtteil wurde das Projekt mit einem Abschlussfest beendet und gleichzeitig in die weiterbegleitenden Hände der Bewohnerservices der Stadt übergeben, die bereits während des gesamten Projekt zentral eingebunden waren.

Das Projekt wirkte auf vier Handlungsebenen, die folgend näher auszuführen ist.

3.3. Handlungsebene 1: Förderung alter, insbesondere vulnerabler Menschen in der Gemeinschaft

Leistungen für die alten Menschen

- Gesundheitsfördernde Hausbesuche:
Die pflegeschulungskompetente Begleiterin besucht alte Menschen zuhause, erhebt entlang einem Leitfaden die Bedürfnisse/Bedarfe und die Wünsche bzgl. des Stadtteils, steht beratend zur Verfügung und motiviert Angebote der Umsorgenden Gemeinschaft wahrzunehmen. Kommen die alten Menschen zu den Veranstaltungen, nimmt sie sie persönlich in Empfang.
Durchschnittlich dauerte ein Hausbesuch 90 Minuten. Im Projekt wurde die Erfahrungen gemacht, dass eine größere Zahl an alten Menschen mit dieser Länge überfordert sind (indem diplomierte Pflegekräfte zum Einsatz kommen, war sichergestellt, das frühzeitig abgebrochen wurde). Da der Erhebungsteil des Hausbesuchs Daten für die im Projekt vorgesehene Analyse der Sichtweisen der alten Menschen liefern sollte, wurde als Alternative eine Kurzbefragung entwickelt, die mit alten Menschen auch an Orten der Begegnung durchgeführt werden konnte.
- Einbindung in den Beteiligungskreis:
Die ursprünglich geplanten Kreise 75+ wurden im Projekt, wie oben dargelegt, nicht realisiert, alte interessierte Menschen hatten jedoch die Möglichkeit sich im Kreis Förderndes Netzwerk mitzuwirken. In beiden Stadtteilen nutzten einige alte Menschen die Chance.
- Niederschwellige Angebote:
Zusätzlich zu den Senioren-Cafés wurden in den Bewohnerservices Veranstaltungen und Kurse angeboten, im späteren Verlauf des Projektes selbst von älteren und alten Engagierten aus dem Stadtteil gestaltet.
Angebote waren: Digital Fit, Sturzprophylaxe, Nordic Walking, Gymnastik 55+, Pilates, Yoga, Kochen hat Saison, Diavorträge, Handarbeits- und Spielnachmittage, Leserunden, Gemeinsame Spaziergänge, Historische Wanderung.
Es wurden 174 Aktivitäten für die Zielgruppe mit 1.710 Teilnahmen umgesetzt.

- Suche/Biete-Karte;
Sofern alte Menschen einen kleineren Unterstützungsbedarf haben, konnten sie diesen mittels der Karte auf einer Pinwand im Bewohnerservice deponieren und so den Kontakt zu einer/m sich freiwillig Engagierenden finden. Falls sie selbst unterstützen wollten oder etwas anzubieten hatten, ging es auch in die umgekehrte Richtung.

Vorgehen zum Erreichen der alten Menschen

- Etablierte Treffen:
In den Stadtteilen wurde erkundet, ob und welche Zusammenkünfte von alten Menschen in den Stadtteilen es schon gibt. Ausgangspunkt waren die Bewohnerservices - in den Pfarren wurden weitere Projektpartner gefunden. Die Umsorge-Entwickler:innen besuchten die Treffen, informierten über das Projekt und seine Anliegen und luden zur Mitwirkung ein.
- Kontakt-Karte:
Um speziell vulnerable alte Menschen zu finden, die nicht mehr in der Gemeinschaft präsent sind, wurden Kontaktkarten aufgelegt, in denen alte Menschen ihr Interesse an einem Hausbesuch deponieren konnten. Neben den Bewohnerservice wurden in Ordinationen, Apotheken und Pfarren „Umsorge-Stellen“ eingerichtet, wo die Karten auflagen und in Sammelboxen eingeworfen werden konnten.
Um den Erfordernissen des Datenschutzes zu entsprechen, mussten die Karten Formalismen erfüllen (insbesondere die Unterschriftleistung zur Datenschutzerklärung), die die Schwelle zu ihrer Nutzung deutlich erhöhten. Wegen des Datenschutzes war es auch nicht möglich, dass Dritte die Daten von ihnen bekannten Personen weitergaben. Erschwerend erwies sich zudem, dass die Menschen Hilfsbedürftigkeit als persönlichen Mangel werten und ihn daher zu verbergen bemüht sind. Hat sich die Karte als Mittel zur Bekanntmachung des Projektes bewährt, war der Erfolg beim Finden der Zielgruppe gering.
- Pflegefachkompetente Begleiter:in:
Als erfolgreicher Weg zum Erreichen der alten Menschen haben sich die pflegefachkompetenten Begleiterinnen erwiesen. Allerdings bedurfte es einiger Zeit, bis sie im Stadtteil bekannt wurden und sich Vertrauen in ihre Rolle und Person bildete. Erfolgsfaktoren waren dabei das positive Image diplomierter Pflegekräfte, ihr Wissen über alte Menschen und ihre Vertrautheit im Umgang mit ihnen sowie ihre medizinische Kompetenz, die ihnen erlaubt, mit Rat und Tat (dies war im Rahmen des Projektes entsprechend der Fördervorgaben nicht in medizinischen Pflegeangelegenheiten möglich) zur Verfügung zu stehen.
Kamen die alten Menschen nicht zu ihnen, gingen die Begleiterinnen aktiv auf die alten Menschen zu. Bei den etablierten Treffen, bei Veranstaltungen im Bewohnerservice, aber vor allem auch an öffentlichen Orten, insbesondere den Apotheken, waren sie mit Rollup und Info-Material präsent und suchten das Gespräch mit den alten Menschen. Bot sich die Gelegenheit führten sie mit einem alten Menschen auch die Kurzbefragung durch.

Befragung der alten Menschen

- Zur Schaffung der Grundlage für die Entwicklungsarbeit in den Stadtteilen wurden alte, insbesondere vulnerable Menschen befragt; bei den gesundheitsfördernden Hausbesuchen, bei Kurzbefragungen an Orten hoher Frequenz alter Menschen und in Dialogrunden im Rahmen von Senior:innen-Treffen.
Die Erhebung wurde von Armin Mühlböck geleitet, gemeinsam erarbeitete er mit der Seniorenberatung der Stadt den Leitfaden für den gesundheitsfördernden Hausbesuch und die Kurzbefragung, moderierte gemeinsam mit den Umsorge-Entwickler:innen die Dialogrunden und wertete die Ergebnisse aus.
- Die Erreichung einer ausreichenden Zahl an alten vulnerablen Menschen erwies sich als äußerst schwierig, einmal mit ihnen in Kontakt zu kommen und in der Folge ihre Bereitschaft zur Mitwirkung zu gewinnen. Hier kam den pflegefachkompetenten Begleiterinnen eine entscheidende Rolle zu. Sie führten 42 gesundheitsförderliche Hausbesuche (rd. 90 Minuten) und 83 Kurzbefragungen (rd. 30 Minuten) durch.

- Dialogrunden, moderierte Fokusgruppen mit jeweils rd. 10 teilnehmenden alten Menschen, wurden im Anschluss an Senior:innen-Treffen im Bewohnerservice oder einer Pfarre durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf den Wünschen bzgl. des Stadtteils. Es wurden fünf Dialogrunden umgesetzt.
- Die Ergebnisse
der Befragung und der Dialogrunden zeigen, dass alte Menschen in Gnigl und Salzburg Süd weitgehend zufrieden mit ihrer Lebenssituation sind, jedoch spezifische Herausforderungen bestehen. Besonders die Themen soziale Isolation, fehlende Treffpunkte und mangelnde Unterstützung im Alltag sowie die Verkehrssicherheit stehen im Mittelpunkt der Wünsche. Trotz eines relativ stabilen sozialen Netzwerks gibt es ein spürbares Bedürfnis nach mehr sozialer Interaktion. Die Förderung von Gemeinschaft, etwa durch die Schaffung von Treffpunkten und regelmäßigen Veranstaltungen, könnte die Lebensqualität erheblich steigern. Darüber hinaus ist die Verbesserung der Infrastruktur, insbesondere in Bezug auf Verkehrssicherheit und die Bereitstellung von altersgerechten Wohn- und Pflegeangeboten, von großer Bedeutung.
- Gemachte Erfahrung:
Die Durchführung von Befragungen bei alten Menschen erfordert eine angepasste Herangehensweise, die den Zugang zur Zielgruppe und die Erhebungsmethoden genau durchdenkt. Besonders wichtig ist es, ausreichend Zeit für den Aufbau von Vertrauen und Kontakten einzuplanen und auf die besonderen Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen. Ein gut vernetztes und lokal verankertes Team, das qualitative und quantitative Methoden kombiniert, kann einen wesentlichen Beitrag zur Erhebung aussagekräftiger und relevanter Daten leisten.

3.4. Handlungsebene 2: Aufbau und Servicing eines fördernden Netzwerks aus Freiwilligen

Ziel dieser Handlungsebene ist die Etablierung einer selbstorganisierenden Unterstützungsstruktur für die Anliegen alter Menschen in den jeweiligen Stadtteilen. Ältere Menschen sollen gewonnen werden, sich der Bedürfnisse und Bedarfe alter Menschen anzunehmen, mit Blick auf deren Wahrnehmungen die Lebensbedingungen im Stadtteil altersfreundlicher zu gestalten. Sie sollen für sich und die alten Menschen niederschwellige, die Gesundheit fördernde Angebote zusammenstellen und gemeinsam mit und im Bewohnerservice umsetzen. Über die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Bedarfen der alten Menschen wird das Bewusstsein bei den älteren Menschen für die Herausforderungen das Alt-Seins gefördert, sie erleben das Positive von Hilfe geben, sodass sie selbst, sofern sie einmal Hilfe benötigen, diese auch gerne annehmen.

Gewinnung von freiwillig Engagierten

- Die Freiwilligen wurden primär aus den Gruppen von Senior:innen gewonnen, die sich im Stadtteil bereits regelmäßig treffen. Im Laufe der Zeit stießen zusätzliche Personen dazu, weil sie ein Angebot einbrachten, bei Aktivitäten mitwirkten oder in den Medien davon erfuhren. Auf der Kontaktkarte (siehe oben) konnten sich Interessierte melden, der Zulauf war jedoch minimal.
- Bei den Freiwilligen erwies sich die Unterscheidung zwischen älteren und alten Menschen als irrelevant, nicht das Lebensalter, sondern die Agilität macht den Unterschied. Selbst 92-Jährige waren noch gestaltend dabei.

Kreis „Förderndes Netzwerk“

- Moderiert von der Umsorge-Entwickler:in wurde in jedem Stadtteil aus der Gruppe der freiwillig Engagierten ein sich selbstorganisierender Kreis entwickelt. Die Steuerung der Aktivitäten wurde immer mehr der Gruppe übertragen, sodass nach Projektende nur die zugesagte Begleitung durch die Bewohnerservices für deren Weiterwirken erforderlich ist.
- Die Kreise stellten in den Stadtteilen quartalsweise ein Programm mit Fokus alte Menschen zusammen, es wurden von ihnen mitorganisierte regelmäßige Zusammenkünfte in den Bewohnerservices organisiert und mit dem Einspielen der Kreise auch zunehmend eigene Angebote (Kochen hat Saison, Diavorträge, Handarbeits- und Spielnachmittage, Leserunden, Gemeinsame Spaziergänge, Historische Wanderung) – Freiwillige übernahmen selbst die Leitung – umgesetzt .

- Die Kreise setzten sich mit den Lebensbedingungen im Stadtteil auseinander. In Salzburg Süd wurden zwei Stadtteil-Spaziergänge durchgeführt, die Ergebnisse verdichtet und persönlich der Stadträtin präsentiert (erste Veränderungen wurden erreicht). In Gnigl wurden die Ergebnisse aus den Dialogrunden zu den Wünschen bzgl. Stadtteil diskutiert und an die Stadträtin weitergeleitet. Gemeinschaftsbeete wurden angelegt, ein Stadtteil-Plan mit allen wichtigen Informationen für alte Menschen entwickelt.
- Um den Kreisen das Erleben von Selbstwirksamkeit zu eröffnen, ihnen Gestaltungsspielraum zu geben, stand in jedem Stadtteil ein Maßnahmenbudget von EUR 10.000,- über die zwei Jahre zur Verfügung. Im Rahmen der Förderbedingungen des Fonds Gesundes Österreich konnten die freiwillig Engagierten Maßnahmen und Projekte selbst finanzieren. Das jeweilige Budget wurde nicht zu Gänze ausgeschöpft, die Hälfte an Budget wäre ausreichend.
- Für die erforderliche Transparenz des Wirkens wurde im jeweiligen Stadtteil als eigenständige Kommunikationsplattform eine digitale Info-Drehscheibe auf Padlet-Basis (freeware) eingerichtet. Interessierte finden dort Informationen zum Projekt, zu Dienstleistungen und Angeboten im Stadtteil, zu Veranstaltungen der Umsorgenden Gemeinschaft sowie Geschichten über die Aktivitäten. Die Drehscheiben war derart aufgesetzt, dass die einzelnen Mitwirkenden (Freiwillige, Leistungsanbietende) selbständig Inhalte hineinstellen können und sollen. Speziell für die Zielgruppe alte Menschen hat sich bei der Bewerbung der Angebotsprogramme die Verwendung von gedruckten Materialien bewährt. In Abstimmung mit der Stadt durfte das Corporate Design der Stadt verwendet werden, sodass die Werbeprodukte in einer vertrauten Aufmachung die Menschen erreichten und nach Projektende der öffentliche Auftritt der Umsorgenden Gemeinschaft unverändert von den Bewohnerservices weitergeführt werden kann.
- In beiden Stadtteilen wurde ein Kreis „Förderndes Netzwerk“ etabliert, regelmäßig (in etwa monatlich) treffen sich zumindest 10 freiwillige Engagierte. Die Kreise sind bei den Bewohnerservices beheimatet und werden nach Projektende von diesen die erforderlich weitere Begleitung erhalten.
- Gemachte Erfahrung:
Die eingelernte Praxis der Menschen und der Umsetzungsdruck aus geförderten Projekten leiten dazu, dass sich die Menschen konsumierend zurücklehnen und die Projektbegleiter:in das Geschehen selbst gestalten, die Freiwilligen zu Mittel ihrer Zwecke werden. Auf diese Weise werden zwar Maßnahmen umgesetzt, eine sich selbstorganisierende Gruppe entwickelt sich aber nicht. Hier ist die Professionalität der Begleiter:in stark gefordert.

3.5. Handlungsebene 3: Etablierung der fachkompetenten Begleitung

Gemäß dem Modell der „Umsorgende Gemeinschaft“ benötigt diese für ihr langfristiges Wirken die Stütze durch fachkompetente Begleitung, Sozialarbeits-Kompetenz für die sozialräumliche Entwicklung und Begleitung der etablierten Beteiligungs-Kreise sowie Pflegefachkompetenz für das Erreichen, Aktivieren und Begleiten der alten Menschen. Die zwei Jahre Projekterfahrung bestätigen das Modell.

Die fachkompetente Begleitung ist bei der Kommune anzuhängen, daher wurde die Sozialarbeits-Kompetenz der Bewohnerservices integriert und sollten Pflegefachkräfte der Seniorenberatung der Stadt aktiv mitwirken. Letzteres konnte nicht realisiert werden, da die erforderlichen zeitlichen Ressourcen von der Seniorenberatung nicht freigestellt werden konnten. Als Ersatz wurden diplomierte Pflegefachkräfte auf Vertragsbasis für das Wirken in den Stadtteilen gewonnen, die Begleiter:in für Gnigl wird nach Projektende, vom Bewohnerservice angestellt, weiter für die alten Menschen in Gnigl wirken.

Das Zusammenspiel von Sozialraum-Kompetenz und Pflegefachkompetenz harmonierte, erstere nahm sich der Strukturen und der Formung der Beteiligungs-Kreise an, letztere sorgte für die persönliche Verbindung zu den alten Menschen.

Umsorge-Entwickler:in

- Die Umsorge-Entwickler:innen aus dem Projektteam brachten Kompetenz in der sozialräumlichen Entwicklung ein und (beg)leiteten den Aufbau der Umsorgenden Gemeinschaft im jeweiligen

Stadtteil. Dies erfolgte in enger Abstimmung mit den Expert:innen der Bewohnerservices, die von Anfang an eingebunden waren und nach Projektende die Begleitung weiterführen.

- Ihre zentrale Aufgabe war den Anschluss an Bestehendes zu gewinnen, dies zu verbinden und ins gemeinsam Tun zu begleiten.
- Ihre besondere Herausforderung war die Einbindung der verschiedensten Kräfte in den Stadtteilen, den Raum zu schaffen für Initiativen und Selbstorganisation und gleichzeitig die Projektziele innerhalb der kurzen Projektlaufzeit zu erreichen.

Pflegefachkompetente Begleiter:in

- Die diplomierten Pflegekräfte spielen eine wesentliche Rolle im Modell der „Umsorgenden Gemeinschaft“, durch ihr Wirken werden alte, insbesondere vulnerable Menschen erreicht und aktiviert. Sie gingen im Projekt auf die alten Menschen zu, an Orten, wo diese zusammenkommen (zB Ordinationen, Apotheken, Pfarren) oder sonst hoher Frequenz (zB Nahversorgung, Bank), suchten die alten Menschen auch zuhause auf, standen beratend zur Verfügung, auch zu medizinischen Fragen und empfingen die alten Menschen, führten sie bei Veranstaltungen in die Gemeinschaft ein. Das Vertrauen in die Person und in die Profession der diplomierten Pflegekraft bildeten die Grundlage.
- Nachdem im ersten Projektjahr aufgrund der Ressourcen-Probleme der Seniorenberatung auf die pflegefachkompetente Begleitung bei der Entwicklungsarbeit verzichtet werden musste, lässt sich die hinzukommende Dynamik durch den Einsatz der Pflegefachkräfte im zweiten Projektjahr deutlich erkennen.
- Gemachte Erfahrungen:
Für das Gedeihen einer Umsorgenden Gemeinschaft ist eine pflegefachkompetente Begleitung (diese Rolle entspricht weitestgehend einer Community Nurse; entsprechend der Projektförderungsvorgaben war den Begleiterinnen die Erbringung medizinischer Pflegeaufgaben nicht erlaubt, wodurch sie das volle Potenzial einer Community Nurse nicht einbringen konnten) ein essenzielles Element. Die im Projekt für diese Rolle vorgesehenen zeitlichen Ressourcen erwiesen sich als zu gering; die pflegefachkompetente Begleitung sollte keinesfalls nur geringfügig beschäftigt werden, allein schon aus der Gefahr heraus, dass die „Mangel“-Expert:in aufgrund eines attraktiven alternativen Angebots oder der Forderung ihres Haupt-Arbeitgebers das Ausmaß der Mitwirkung reduziert oder gar der Umsorgenden Gemeinschaft wieder verloren geht. Ein schwerer Verlust, braucht es doch Zeit, bis die pflegefachkompetente Begleiter:in als Rolle, aber auch als Person bekannt ist und ihr/ihm vertraut wird.

3.6. Handlungsebene 4: Vernetzung der professionellen Leistungsanbietenden im Stadtteil

Ziel war der Aufbau von auf Bedürfnisse alter Menschen abgestimmter Angebote und Impulse für einen altersfreundlichen Stadtteil. Dafür sollten verschiedene Leistungsanbietende (einerseits in den Bereichen Gesundheitsförderung, Behandlungsleistungen, Pflegeleistungen, andererseits in den Bereichen alltäglicher Produkte und Dienstleistungen wie z.B. Lebensmittel oder Transport) sensibilisiert, bekannt gemacht und untereinander vernetzt werden. Dies ist in beiden Stadtteilen gelungen.

Schritte der Vernetzung

- Leistungsanbietende wurden für die Mitwirkung via Institutionen (z.B. Ärzte-, Apotheker-, Wirtschaftskammer, Seniorenverbände), Bewohnerservices und Öffentlichkeitsarbeit kontaktiert und gewonnen.
- Eine moderierte Kick-Off-Veranstaltung mit interessierten Leistungsanbietenden im jeweiligen Stadtteil diente ihrer Information und Bewusstseinsbildung sowie der Vermittlung des Modells der Umsorgenden Gemeinschaft.
- In jedem Stadtteil wurde ein Kreis der Leistungsanbietenden gebildet, zur Vernetzung der Mitwirkenden, zur Sammlung ihrer Angebote (veröffentlicht über die Info-Drehscheibe) und als Ansprechpartner für aufgeschlagene Bedarfe aus dem Kreis Förderndes Netzwerk.

- Bei den Treffen zeigte sich, dass die Leistungsanbietenden selbst Bedarf haben, alten nicht mehr so agilen Menschen adäquat handeln zu können. Hier kam es zum Austausch und teilweise zur Kooperation untereinander.
- In Anbetracht der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Anbietenden, zur Vermeidung von Parallelstrukturen und zu Sicherung der Weiterbegleitung durch die Bewohnerservices nach Projektende wurde die initiierte Vernetzung für alte Menschen in die schon bestehende Leistungsanbietenden-Vernetzung der jeweiligen Bewohnerservices integriert.
- Gemachte Erfahrungen:
Der Aufbau der Vernetzung der Leistungsanbietenden erwies sich für die sonstige Entwicklungsarbeit im Projekt als sehr dienlich. Über die Leistungsanbietenden konnte Kontakt zu den alten Menschen im Stadtteil gesucht und teilweise gefunden, das Projekt und sein Anliegen bekannter gemacht werden. Zudem eröffneten die entstandenen Kontakte die Möglichkeit, Anliegen aus dem Projekt umsetzen zu können. Hier ist vor allem der aufgebaute Sammel-Taxi-Zubringerdienst hervorzuheben.
Für ein kommunales gesundheitsorientiertes Projekt ist die Einbindung der Ärzt:innenschaft und der Apotheken unverzichtbar. Die Vernetzung der Leistungsanbietenden bot dafür einen guten formalen Rahmen, der Austausch war im Projekt darauf aufbauend sichergestellt.

3.7. Vernetzung, Kooperationen

Neben der zuvor dargestellten Vernetzungsarbeit in den Stadtteilen wurde im Projekt auf regionsübergreifende Vernetzungsarbeit durch den Projektkoordinator gesetzt. Für die Entwicklungsarbeit in den Stadtteilen war ein überregionaler Rückenwind von Vorteil. Es macht einen Unterschied, wenn man über Vermittlung von überregionalen Institutionen (Politik, Interessenvertretungen, Dachorganisationen) an die regionalen Player herantritt. Auch beim Finden der regionalen Player war überregionale Unterstützung ein Gewinn.

Oberstes Ziel des Projekts war die Nachhaltigkeit, dass nach Projektende das Aufgebaute weiterleben und wirken kann. Hierzu braucht es einmal das politische Commitment und zum anderen die Einpassung in die bestehenden Leistungsschienen und die eingespielten Zuständigkeiten. Durch die breite Vorstellung des Projekts und seiner Anliegen und die anschließende Information über die Fortschritte gelang das für das Projekt.

Die Kooperation mit den verschiedensten für die Gesundheit wirkenden Institutionen und Initiativen wurde nicht nur innerhalb der Stadtteile angestrebt, auch regionsübergreifend wurden die Schienen für eine eventuell erforderliche Kooperation gelegt. Um einige zu erwähnen: Landessanitätsdirektion, Ärztekammer, Apothekerkammer, ÖGK, AVOS, Frauengesundheitszentrum, Selbsthilfe, Dachverband der Hausverwaltungen, Taxi-Innung, uam.

Innerhalb der zwei Projektjahre wurden 246 Vernetzungsaktivitäten mit 826 Teilnahmen geleistet.

3.8. Öffentlichkeitsarbeit

Unter umsorgendegemeinschaft.at sind die Informationen zum Projekt im Internet allgemein zugänglich, in Blog-Beiträgen (63) wurde regelmäßig über die neusten Entwicklungen berichtet.

Zwecks Transfers der gemachten Erfahrungen und zur Sichtbarmachung der vielen verschiedenen im und für das Projekt Wirkenden wurde zum Projektabschluss ein Video-Board auf der Homepage eingerichtet. Das Video-Board besteht aus 30 Kurzvideos (rd. 3 Minuten), in denen Mitwirkende (nahezu jedes Video eine andere Person, primär die alten Menschen selbst) aus dem Projekt berichten und Empfehlungen an Interessierte geben. Dabei geht es um das Modell und die für die Umsetzung erforderlichen Rollen, um gesetzte Maßnahmen und um für die Umsorgende Gemeinschaft wichtige Personen und Player. Die Videos sind niederschwellige produziert, zwecks Anschlussfähigkeit und zur Verdeutlichung, dass jede/r für eine Umsorgende Gemeinschaft von Bedeutung und Wert ist.

Es gelang das Projekt über die Medien zu vermitteln, neben Berichten in Bezirkszeitungen sind ein Beitrag im Ö1-Radiokolleg und vor allem in ORF Salzburg Heute, mit Vorort-Bericht und Live-Interview des Projektkoordinators im Studio, hervorzuheben.

Innerhalb der zwei Projektjahre wurden 84 öffentlichkeitswirksame Aktivitäten und Veranstaltungen (in Abgrenzung für Aktivitäten für die Zielgruppe) mit 1.665 Teilnahmen umgesetzt.

4. Projektergebnisse

4.1. Geleistete Aktivitäten

Das Projekt wurde im Auftrag des Fördergebers extern von prospect Unternehmensberatung GmbH evaluiert, das begleitende Monitoring weist folgende Leistungsdaten aus:

Insgesamt wurden 504 Aktivitäten mit 4.204 Teilnahmen umgesetzt.

- 174 Aktivitäten für die Zielgruppe mit insgesamt 1.710 Teilnahmen, bei 72 % Anteil von Frauen, 40 % Anteil von 61 bis 75 Jährigen, 49 % Anteil von über 75 Jährigen
- 84 öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen/Aktivitäten mit insgesamt 1.665 Teilnahmen
- 246 Vernetzungsaktivitäten mit insgesamt 829 Teilnahmen, davon 30 % regionsübergreifend, 70 % in den Stadtteilen.

4.2. Erzielte Wirkungen

In beiden Stadtteilen konnten Kreise „Förderndes Netzwerk“ etabliert werden, in denen sich ältere und alte Menschen zusammenfinden und gemeinsam Maßnahmen für sich und ihre Mitbürger:innen planen und umsetzen. Das Maß an Selbstorganisation ist stetig steigend, eine fachkompetente Begleitung wird das freiwillige Engagement jedoch, wie generell, weiter benötigen.

Die Bewohnerservices der Stadt erbringen durch ihre Beratungsangebote und durch die Bereitstellung von Unterstützungsleistungen für die Bewohner:innen des jeweiligen Stadtteils wichtige Dienste. Durch das Projekt konnte die Bewohnerservices in ihrer Bekanntheit gestärkt werden, zudem wurden sie Ankerpunkt für zivilgesellschaftliches Engagement älterer und alter Menschen. Dass die Bewohnerservices auch wertvolle Dienste für das zivilgesellschaftliche Engagement im Stadtteil leisten, durch ihre sozialarbeiterische Kompetenz die sozialräumliche Entwicklung vorantreiben können und sollen, wurde von den politischen Verantwortlichen aufgenommen.

Die Umsorgende Gemeinschaft lebt nicht nur von sozialräumlicher Entwicklung, sie erfordert das Erreichen, Aktivieren und Einbinden der alten, insbesondere auch vulnerablen Menschen im Stadtteil. Das Projekt und insbesondere die pflegeschulungsfähige Begleiterin in Gnigl, Christine Schneider-Worliczek, konnten beweisen, dass über eine diplomierte Pflegefachkraft die Schwelle zu und von den alten Menschen überwunden werden kann, es gelingt sie zu erreichen, sie zu aktivieren und einzubinden. Es gelingt sogar, dass sie selbst entsprechend ihren vielfältigen Kompetenzen Angebote entwickeln und selbst leiten. Im Rahmen des Projektes konnten die Pflegefachkräfte projektförderungsbedingt keine medizinischen Pflegeleistungen erbringen. Trotz dieser Einschränkungen waren sie gleich einer Community Nurse von zentraler Bedeutung. Das belegt auch der Umstand, dass für die pflegeschulungsfähige Begleiterin in Gnigl eine entsprechende Stelle im Bewohnerservice Gnigl neu geschaffen wurde und sie nach Projektende ihre Arbeit fortführen kann.

Bei der Projektumsetzung wurde auch gezeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeits- und Pflegekompetenz für die kommunale Entwicklung bestens funktionieren kann. Auch die Zusammenarbeit mit der in der Stadt Salzburg zentral verorteten Seniorenberatung und den dezentralen pflegeschulungsfähigen Begleiterinnen hat harmonisiert, während die Seniorenberatung den Fokus auf alten Menschen in Not hatten, waren die Begleiterinnen bei den alten Menschen gesundheitsförderlich im Einsatz.

Rund um die Bewohnerservices konnten Angebote von und für alte Menschen etabliert werden, (mit)organisiert vom Kreis „Förderndes Netzwerk“. Die Angebote werden von den alten Menschen selbst geleitet, sodass außer für eventuelle Sachkosten kein Finanzierungsbedarf besteht.

Die Kreise „Förderndes Netzwerk“ machten erste Erfahrungen in der Analyse der Altersfreundlichkeit in ihrem Stadtteil, präsentierten ihre Erkenntnisse persönlich den politisch Verantwortlichen und erlebten die ersten Veränderungen entsprechend ihres Vorbringens. Die Kreise und die in ihnen vereinten alten Menschen wurden zur aktiven Mitgestaltung der sie umgebenden Verhältnisse befähigt und ermächtigt.

4.3. Nicht erreicht

Dass dem Projekt lediglich zwei Jahre Projektlaufzeit zur Verfügung standen und dass die zentrale Mitwirkung pflegeschulter Begleiter:innen erst in der zweiten Projekthälfte einsetzte (die ursprünglich geplante Erbringung durch Pflegefachkräfte der Seniorenberatung konnte aufgrund personeller Restriktionen der Stadt nicht realisiert werden), engte den zeitlichen Gestaltungsraum stark ein. Die Entwicklungsarbeit im kommunalen Setting erfordert Bekanntheit und Vertrauen, beides braucht seine Zeit. Gleiches gilt für den Aufbau von selbstorganisierenden Strukturen.

So war die Zeit zu kurz für das Erreichen von alten Menschen, die nicht nur infolge verlorenen Anschlusses an die Gemeinschaft vulnerabel sind. Eine besondere Zuwendung an armutsgefährdete und/oder alte Menschen mit Migrationshintergrund war nicht möglich.

In der kurzen Zeit gelang es engagierte freiwillige Menschen zu gewinnen, im Laufe der Projektumsetzung kamen immer wieder zusätzliche ältere und alte Menschen hinzu. Ihre Zahl war aber noch nicht groß genug, um die ursprünglich ausdifferenzierte Struktur für die Umsorgende Gemeinschaft (Kreise „75+“, „Förderndes Netzwerk“, „Vernetzung Leistungsanbietende“) zu etablieren. Die Konzentration lag bislang auf den Kreisen „Förderndes Netzwerk“.

4.4. Nachhaltigkeit und Transferierbarkeit

In Verantwortung für die älteren und alten Menschen, die sich im Rahmen des Projektes engagieren, war oberstes Ziel die Sicherstellung, dass nach Projektschluss das Aufgebaute weiter unterstützt und begleitet wird. Durch die Zusammenarbeit mit der Stadt und ihren Institutionen (Bewohnerservice, Seniorenberatung) konnten die Initiativen und die aufgebauten Kreise „Förderndes Netzwerk“ bei den Bewohnerservices verankert werden, mit politischer Unterstützung und durch das Einweben des Entstehenden in das in den Bewohnerservice bereits Bestehenden ist die Fortführung der für freiwilliges Engagement notwendigen Begleitung sichergestellt.

Das Modell „Umsorgende Gemeinschaft“ ist grundsätzlich in jedem kommunalen Setting umsetzbar, in eher ländlichen Settings leichter als in städtischen. Entscheidend dabei ist die Zusammenarbeit mit den politisch und in der kommunalen Verwaltung Verantwortlichen. Die Erfahrungen aus dem Projekt, gesammelt im gegenständlichen Bericht und in den 30 Kurzvideos des Doku-Video-Boards (auf www.um-sorgendegemeinschaft.at), bieten Anhalt für die Umsetzungsarbeit und die Überzeugungsarbeit bei den politischen Verantwortlichen in der Kommune.

5. Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

In den voranstehenden Ausführungen sind bei den einzelnen Umsetzungsmaßnahmen bereits explizit Erkenntnisse und Erfahrungen angeführt. Folgend allgemein, zusammenfassend Erkenntnisse.

Das Projekt erprobte das *Caring Community Modell* „Umsorgende Gemeinschaft“, das Modell hat sich bewährt!

Bei der Projektumsetzung wurde der *Anbindung an die Politik und die Verwaltung* in der Stadt Salzburg (dem kommunalen Setting) große Bedeutung beigemessen, dies hat sich als Erfolgsfaktor erwiesen.

Eine wichtige Ressource waren die Bewohnerservice der Stadt in den jeweiligen Stadtteilen. Zu Projektbeginn konnte schon auf Bestehendes aufgebaut werden, bei der Umsetzung standen räumliche Ressourcen und kompetente Partner:innen zur Verfügung und nach Projektende werden sie das Entwickelte weiterbegleiten.

Die Zusammenarbeit öffnete Türen, die Erlaubnis, das Corporate Design der Stadt verwenden zu dürfen, war vorteilhaft bei der öffentlichen Wahrnehmung. Die Kooperation mit der Seniorenberatung bot Anschluss an Expertise und Problemlösungswege für alte Menschen.

Das Modell sieht die *fachkompetente Begleitung* der Umsorge-Entwicklung vor, durch sozialarbeiterische und Pflegefach-Kompetenz. Erstere braucht es für die sozialräumliche Entwicklung, Letztere für das Erreichen, Aktivieren und Begleiten alter Menschen. Die Projektumsetzung belegt das Erfordernis der fachkompetenten Begleitung, zeigt, dass das Zusammenspiel beider Kompetenzbereiche erforderlich ist und sehr gut funktioniert.

Bei der Entwicklungsarbeit für die Umsorgende Gemeinschaft muss an der Überwindung zweier in den Köpfen und Herzen der (alten) Menschen *verfestigten Einstellungen* gearbeitet werden. Das betrifft einmal das Tabu der Hilfsbedürftigkeit. Nicht (mehr) alles aus dem Eigenen (einschließlich der Familie) bewältigen zu können, ist kein Versagen, das es vor den Mitmenschen zu verstecken gilt. Entgegen steht auch die dominierende Versorgungs-Haltung – „Ich brauche, darum versorgt mich!“. Die Umsorge-Haltung – „Ich will und das tue ich dafür!“ ist Voraussetzung für eine Umsorgende Gemeinschaft, sie hilft sowohl den Menschen als auch der Gemeinschaft im kommunalen Setting aus der Passivität heraus und ist Grundlage für gemeinsames aktives Gestalten. Das Erleben, dass anderen zu helfen, einen großen Gewinn für einen selbst darstellt, gibt der Hilfsbedürftigkeit ein anderes Gesicht.

Dieser Kulturwandel benötigt allerdings seine Zeit, in den zwei Jahren Projektlaufzeit konnten Schienen gelegt und erste Erfolge eingefahren werden.

Als besondere Herausforderung für das Projekt stellte sich das *Erreichen alter vulnerabler Menschen* heraus. Mittels Kontaktkarten oder medialer Bewerbung der Angebote, speziell der gesundheitsförderlichen Hausbesuche, war der Zustrom minimal.

Mittels der pflegefachkompetenten Begleiterinnen gelang es alte vulnerable Menschen zu erreichen, Kontakte konnten aufgebaut werden. Ressourcen dafür waren das positive Image der diplomierten Pflegekraft, ihr Wissen über alte Menschen und ihre Vertrautheit im Umgang mit ihnen und ihre medizinische Kompetenz, die erlaubt, mit Rat und Tat (diese war im Rahmen des Projektes entsprechend der Fördervorgaben nicht in medizinischen Pflegeangelegenheiten möglich) zur Verfügung zu stehen.

Der Ansatz, über das Angebot von niederschweligen Veranstaltungen (ältere) Menschen für die *freiwillige Mitarbeit* in der Umsorgenden Gemeinschaft zu finden, hat sich wenig bewährt. Der erfolgreiche Weg war die (älteren und alten) Menschen bei bestehenden Zusammenkünften im kommunalen Setting (zB Senioren-Cafés, Pfarr-Treffen, Spielgruppen) zu besuchen, über das Anliegen zu informieren und zur Mitgestaltung einzuladen. Um zu und in die Zusammenkünfte zu kommen war zuvor Vernetzungsarbeit mit den verschiedenen Institutionen und Initiativen im Setting wichtig, diese waren zuvor schon als Partner:innen für die Entwicklung der Umsorgenden Gemeinschaft zu gewinnen.

Um potenziellen Hürden, die sich aus der Ehrenamtlichkeit der mitwirkenden älteren und alte Menschen ergeben können, effektiv entgegenzuwirken und ein nachhaltiges Engagement zu fördern, waren klare Rahmenbedingungen und kontinuierliche Begleitung zu bieten, etablierte Netzwerke und bestehende Strukturen einzubinden und, wo möglich, finanzielle Unterstützung (Maßnahmenbudget) bereitzustellen.

Bei der Entwicklungsarbeit für das Ziel, die älteren und alten Menschen im Stadtteil in selbstorganisierenden Kreisen zusammenzuführen, in denen und über die sie aktiv werden, war besonders darauf zu achten, dass die Begleiter:innen nicht die Verantwortung für das Tun übernehmen oder auch den sich Engagierenden vorgeben, was diese zu erledigen haben. Hilfreich für die Begleiter:innen ist dabei neben ihrer Professionalität, wenn sich aus dem Projektkonzept kein übermäßiger Druck zum Liefern von Maßnahmen ableitet.

Die *Erhebung der Bedürfnisse, Bedarfe und Wahrnehmungen* zum Stadtteil bei den alten Menschen hat sich als Ausgangspunkt für die Entwicklungsarbeit nicht bewährt. Die alten Menschen zeigten sich zufrieden, sahen keinen Bedarf etwas zu tun. Dies stand im diametralen Gegensatz zu den Erfahrungen der Seniorberatung, die eine große Zahl alter Menschen in Not zu bewältigen hat. Es bräuchte zuvor eine Bewusstseinsbildung bei den alten Menschen, allerdings scheint dessen Erfolg nicht sicher (das Verdrängen bringt den alten Menschen für ihre Gegenwart Sicherheit).

Statt der Erhebung sollte sich die Entwicklung auf die Aktivierung der alten Menschen konzentrieren, sie zum selbstbestimmten gemeinsamen Gestalten (beg)leiten. Aus ihrem gemeinsamen Tun kristallisiert sich mit der Zeit das Erforderliche. Indem die fachkompetente Begleitung relevante Themen aufwirft, kann dem eine Richtung gegeben werden, jedoch immer unter Bedacht, nicht die Leitung an sich zu ziehen.

Gesundheitsförderung fokussiert entsprechend dem Qualitätskriterium Chancengerechtigkeit *vulnerable Zielgruppen*. Dieses Augenmerk ist beim Aufbau einer Gemeinschaft als Basis für die Sorgearbeit im kommunalen Setting hintanzuhalten. Eine Umsorgende Gemeinschaft lässt sich anfänglich nicht aus vulnerablen (alten) Menschen entwickeln, weil sie in ausreichender Zahl anfänglich nicht zu gewinnen sind, weil ihnen die Ressourcen, sich freiwillig im ausreichenden Maße zu engagieren, fehlen. Deshalb ist in einem ersten Schritt mit den sich freiwillig engagierenden (alten) Menschen die Gemeinschaft aufzubauen und in einem zweiten Schritt dann sukzessive für die Mitwirkung vulnerabler Menschen an dieser Gemeinschaft zu arbeiten. Selbst bei kurzer Projektlaufzeit muss zuerst eine Basis an Engagierten geschaffen werden, bevor sich das Wirken auf vulnerable Zielgruppen richten kann.

Bei der *Auswahl der Salzburger Stadtteile* für das Projekt wurde mit Salzburg Süd ein dicht besiedelter urbaner und mit Gnigl ein dünner besiedelter eher ländlicher Stadtteil gewählt. Die Annahme, dass im eher ländlichen Setting die Entwicklungsarbeit leichter vorankommt, konnte damit überprüft werden. Die Erfahrungen bestätigten die Annahme: die Vernetzung unter den Bewohner:innen ist besser, man kennt sich breiter; die Bereitschaft mitzugestalten ist größer; eine räumliche Identität ist teilweise vorhanden, die Verbundenheit zum Stadtteil ist eher gegeben.

Als Herausforderung in den beiden Stadtteilen erwies sich der Mangel einer räumlichen Identität, in den Köpfen und Herzen der Menschen, in der Infrastruktur durch das Fehlen eines gelebten Zentrums, eines Ortes der Begegnung.

Dem Projekt waren *zwei Jahre Laufzeit* gewährt, für ein kommunales Entwicklungsprojekt das unterste zeitliche Limit. Für die Etablierung einer Umsorgenden Gemeinschaft wären selbst drei Jahre eine Herausforderung. In den zwei zur Verfügung stehenden Jahren ließen sich erste Grundlagen für eine Caring Community schaffen.

Anhang

- Ergebnisbericht Erhebung der Bedürfnisse und Bedarfe alter Menschen (UmsorgendeGemeinschaft ERHEBNUNGSERGEBNISSE.pdf)
- Kontaktkarte (UmsorgendeGemeinschaft KONTAKTKARTE.pdf)
- Suche/Biete Karte (UmsorgendeGemeinschaft SUCHE_BIETE_KARTE.pdf)
- Stadtteil-Karte (UmsorgendeGemeinschaft STADTTEILPLAN.pdf)
- Programm Herbst 2024 Gnigl (UmsorgendeGemeinschaft HERBSTPROGRAMM_Gnigl24.pdf)
- Plakat Sorgenetz-Symposium (UmsorgendeGemeinschaft POSTER.pdf)