

Sozialarbeit als Schnittstelle im Aufnahmeprozess der Übergangspflege am Beispiel des PBZ Mödling

Julia Boyer, 52006389

Sabrina Müller, 52003512

Bachelorarbeit
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 23. April 2023
Version: 1

Begutachter*in: Mag. Andrea Rogy; Gerhard Reisner, MBA

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit greift die Frage auf, was die Sicht der Sozialen Arbeit bei einer Aufnahme in die Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling hinsichtlich einer Ressourcen- und Klient*innenorientierung beitragen kann. Zudem werden mögliche Methoden der Sozialen Arbeit sowie die Relevanz der Miteinbeziehung des sozialen Umfeldes diskutiert. Als allgemeines Ziel der vorliegenden Arbeit kann die Erhöhung des Stellenwertes der rehabilitativen Übergangspflege gesehen werden. Dies wird durch einen Kurzfilm, der die Ergebnisse widerspiegelt, erreicht. Für die Arbeit wurden Leitfadeninterviews durchgeführt. Anschließend wurde das Datenmaterial mithilfe der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen einen sozialarbeiterischen Unterstützungsbedarf hinsichtlich des Aufnahmeprozesses und des Angebots der rehabilitativen Übergangspflege.

Abstract (English)

This bachelor thesis takes up the question of what the perspective of social work can contribute to resource and client orientation when being admitted to transitional care in the Pflege- und Betreuungszentrum Mödling. In addition, possible methods of social work and the relevance of including the social environment are discussed. The general aim of this work is to increase the importance of rehabilitative transitional care. This will be achieved through a short film reflecting the results. The data was collected by guideline interviews. The data material was evaluated with the help of the system analysis according to Froschauer and Lueger. The results indicate a need for social work support regarding the admission process and the offer of rehabilitative transitional care.

Abstract (einfache Sprache)

In der Arbeit geht es darum, wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in einem Pflegeheim helfen können. In einem Pflegeheim werden alte Menschen gepflegt. Das Pflegeheim wird auch Betreuungszentrum genannt. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter arbeiten dort, wo Menschen Hilfe brauchen und helfen zum Beispiel einer Person oder Familie. Wenn Personen nach dem Krankenhaus nicht gleich nach Hause gehen können, gibt es die Übergangspflege. Wir haben die Übergangspflege genauer angesehen. Für die Arbeit wurden Personen nach ihrer Meinung gefragt. Die befragten Personen waren im Pflegeheim in Mödling. Wir haben zum Beispiel bei einer älteren Frau nachgefragt, ob ihr ihre Freunde beim Ausfüllen von Formularen helfen. Wir haben uns auch damit beschäftigt, wie es dieser Person im Pflegeheim gefällt. Das Ergebnis der Arbeit ist ein kurzer Film. Die Gespräche mit den Personen wurden aufgenommen. Danach wurden sie mit dem Laptop aufgeschrieben. Dabei sind Ergebnisse herausgekommen: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter können in einem Pflegeheim helfen.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Forschungsprozess.....	7
2.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes.....	7
2.2 Forschungsfragen.....	8
2.2.1 Hauptforschungsfrage	8
2.2.2 Subforschungsfragen	8
2.3 Erhebungsmethoden	9
2.3.1 Leitfadeninterview	9
2.4 Auswertungsmethode	10
2.5 Endprodukt Film	11
2.5.1 Konzeptionelle Überlegungen.....	11
2.5.2 Erstellungsprozess	11
2.5.3 Veröffentlichung und Nutzen	12
3 Versorgungsbedarf und -struktur in Niederösterreich	13
3.1 Demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen.....	13
3.1.1 Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich	14
3.1.2 Darstellung der Versorgungssituation im Bezirk Mödling.....	15
3.1.3 Pflege- und Betreuungszentren Niederösterreich.....	16
3.1.4 Das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling	17
3.2 Rehabilitative Übergangspflege	18
3.2.1 Modell der rehabilitativen Übergangspflege nach dem ICF	19
3.3 Weitere Pflegeangebote	20
3.3.1 Stationäre Betreuung und Pflege.....	20
3.3.2 Teilstationäre Betreuungsformen.....	21
3.3.3 Mobile Betreuung und Pflege.....	22
3.3.4 24-Stunden-Betreuung	23
3.4 Zukünftige Entwicklung der Pflegeangebote.....	24
4 Soziale Altenarbeit und ihre Methoden	26
4.1 Der personenzentrierte Ansatz (PZA).....	28
4.1.1 Eigenständigkeit und Motivation von zukünftigen Bewohner*innen.....	29
4.2 Ressourcenorientierung.....	30
5 Darstellung der Forschungsergebnisse	32
5.1 Informationsweitergabe und -aufnahme der rehabilitativen Übergangspflege.....	32
5.2 Beweggründe für eine Inanspruchnahme	34
5.3 Die Übersiedelung in das Pflege- und Betreuungszentrum	37
5.4 Die Unterstützung durch das soziale Umfeld	38
5.5 Erwartungen und Assoziationen an die rehabilitative Übergangspflege	39
5.6 Ziel der rehabilitativen Übergangspflege	41
5.7 Bedarfserhebung der Sozialen Arbeit in der rehabilitativen Übergangspflege	42

5.8 Ausschnitte der Ergebnisse des Kurzfilmes.....	44
6 Resümee	45
6.1 Zusammenhang und Diskussion der Ergebnisse.....	45
6.2 Forschungsausblick	46
6.3 Reflexion des Forschungsprozesses.....	47
Literatur.....	49
Daten	53
Abkürzungen	53
Abbildungen	53
Nutzungserklärung.....	59
Eidesstattliche Erklärung 1.....	60
Eidesstattliche Erklärung 2.....	61

1 Einleitung

„Man hat ein Ziel vor Augen – und das heißt: Ich will wieder nach Hause“ (Aussage einer Bewohnerin der Übergangspflege / T3, Z 196).

Die Bevölkerungszahlen von Menschen mit einem hohen Alter werden zukünftig zunehmen. Diese Steigerung wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Als Gründe für die Zunahme werden beispielsweise der Anstieg der Lebenserwartung in der Gesellschaft sowie das Älterwerden der Baby-Boom Jahrgänge angeführt (vgl. ÖROK 2021:20). Durch die älter werdende Gesellschaft gewinnen Angebote hinsichtlich der Pflege und Betreuung mehr an Bedeutung. Gleichermaßen stellt die Zunahme der Zahl alter Menschen in der Gesellschaft Sozial- und Gesundheitssysteme vor besondere Herausforderungen. Insbesondere in stationären und teilstationären Betreuungsformen sind laut Statistiken des Altersalmanachs 2019 zunehmende Inanspruchnahmen zu erwarten. Zudem wird in Studien ein verstärkter Wunsch, solange wie möglich im Wohnumfeld verbleiben zu können, prognostiziert (vgl. Kolland et al 2018:65ff). Diesen Wunsch berücksichtigt auch das in der folgenden Bachelorarbeit näher beleuchtete Pflege- und Betreuungsangebot – die rehabilitative Übergangspflege.

Der Fokus der folgenden Arbeit liegt im Aufnahmeprozess in der Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling. Konkret sollen Schnittstellen zur Sozialen Altenarbeit entwickelt werden. Zumal das Älterwerden von zunehmenden Veränderungen geprägt ist kann besonders dahingehend die Soziale Arbeit unterstützend wirken. In stationären und teilstationären Betreuungsformen ist die Sozialarbeit bisher kaum integriert, weshalb auf sozialarbeiterische Methoden, die im Aufnahmeprozess Unterstützung bieten ein Augenmerk gelegt wird (vgl. Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ ogsa 2017:6ff). Weiters werden hinsichtlich des Angebots der rehabilitativen Übergangspflege die Fragen, wann eine Inanspruchnahme sinnvoll erscheint und warum Personen diese Pflegeform wählen sollten aufgegriffen. Durch die Forschung soll zudem die Relevanz der Sozialen Arbeit im Aufnahmeprozess in der Übergangspflege herausgearbeitet und aufgezeigt werden. Ziel der Arbeit ist es, zum einen Schnittstellen zur Sozialen Altenarbeit herstellen zu können, zum anderen mittels der aufbereiteten Ergebnisse und dem daraus resultierenden Video die interne Bekanntheit der rehabilitativen Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling zu erhöhen.

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in einen theoretischen und empirischen Teil. Zunächst wird der von den Autorinnen gemeinsam verfasste Forschungsprozess anhand der Forschungsfragen, den angewandten Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie einer Erläuterung zum Endprodukt näher beschrieben. Das nachfolgende Kapitel stellt den Literaturteil, welcher von den Autorinnen separat verfasst wurde, dar. Folglich wurden die Kapitel der demographischen Entwicklung und ihre Auswirkungen (Kapitel 3.1 ff), die nähere Erläuterung zur rehabilitativen Übergangspflege (Kapitel 3.2) sowie die Darstellung des personenzentrierten Ansatzes (Kapitel 4.1) von Sabrina Müller verfasst. Julia Boyer

verschriftlichte die Kapitel der weiteren Pflegeangebote (Kapitel 3.3 ff) und deren zukünftige Entwicklung (Kapitel 3.4) sowie die Ausführungen zur sozialen Altenarbeit und ihren Methoden (Kapitel 4) und dem Standpunkt der Ressourcenorientierung (Kapitel 4.2). Im folgenden Teil der Arbeit werden die Ergebnisse anhand der gebildeten Forschungsfragen dargestellt und interpretiert. Im abschließenden Resümee werden die Forschungsergebnisse der Bachelorarbeit zusammengefasst und in Diskussion gestellt. Ein Ausblick zur zukünftigen Entwicklung und die Reflexion des Forschungsprozesses schließen die Arbeit ab. Der Ergebnisteil sowie das Resümee und der Forschungsausblick wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

In der folgenden Bachelorarbeit wird der Begriff „alte Menschen“ als Synonym für die Zielgruppe der Arbeit verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nahm im Jahr 1980 folgende Unterteilung der Lebensphasen im Alter vor: Menschen mit einem Alter zwischen 51-60 Jahren werden als alternde Menschen bezeichnet. Die Beschreibung ältere Menschen kommt Personen in einer Lebensphase zwischen dem 61.-75. Lebensjahr zu. In einem Alter von 76-90 Jahren kann von alten Menschen gesprochen werden. Darüber hinaus finden sich weitere Gruppierung unter der Bezeichnung sehr alte Menschen und Langlebige (vgl. WHO o.A.). Die kalendarischen Unterteilungen des Alters werden häufig kritisiert. In der wissenschaftlichen Literatur wird neben dem kalendarischen Alter auf die Betrachtung der Fähigkeiten hingewiesen. Gertrud Backes und Wolfgang Clemens weisen beispielsweise daraufhin, dass eine Orientierung an vorhandenen Fähigkeiten in körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Bereichen zielführender sei (vgl. Bleck / Rießen 2022:9ff). Innerhalb der Bachelorarbeit werden alle angeführten Unterteilungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter Berücksichtigung der Orientierung an den Funktionsbereichen unter dem Begriff „alte Menschen“ zusammengefasst.

2 Forschungsprozess

Der Prozess der Forschung begann Ende September bei einem ersten Besuch des Pflege- und Betreuungszentrums Mödling. Nach ersten Recherchearbeiten und erneuten Zusammentreffen der Projektgruppe wurde ein grober Forschungsrahmen gesteckt. Weiterführend folgten eine Themenvertiefung sowie die Gründung der Bachelorarbeitsgruppe. Bei der genaueren Auseinandersetzung konnte unterstützend durch die Projektleiterin MMag. Andrea Rogy und den Projektleiter Direktor Gerhard Reisner, MBA das Angebot der Übergangspflege fokussiert werden. Der Forschungsprozess war zirkulär gestaltet, was bedeutet, dass die Bestandteile des Forschungsprozesses nicht exakt in einer linearen Reihenfolge erfolgt sind. Vielmehr waren die Bestandteile miteinander verbunden und es war innerhalb der Forschung gelegentlich notwendig einen Schritt zurückzugehen, um das Forschungsziel zu erreichen (vgl. Flick 2020:72ff). Die Zirkularität im Forschungsprozess wurde insbesondere in der Erhebung und Auswertung der Daten ersichtlich.

Eine zirkuläre Arbeitsweise, die eine ergebnisoffene Forschung ermöglicht, wurde durch fortlaufende Reflexionen in der Lehrveranstaltung „Projektwerkstatt“ begleitet. Während des gesamten Forschungsprozesses wurden die Verfasserinnen der vorliegenden Bachelorarbeit durch Rückmeldungen der Lehrbeauftragten unterstützt die Arbeit weiterzuentwickeln und zu verbessern. Darüber hinaus wurde durch Rücksprachen innerhalb der Arbeitsgruppe ein Peer-Feedback eingeholt, welches als wichtiger Faktor zur Bearbeitung erster Darstellungen der Forschungsergebnisse angenommen werden konnte.

2.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes

Der qualitative Ansatz wird primär gewählt, wenn über den Kontext des zu erforschenden Themas bisher noch kein umfangreicher Forschungsstand besteht (vgl. Flick 2020:25).

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten von innenheraus aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick et al. 2013:14).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung versucht die qualitative Forschung eine Handlungssituation aus Sicht der Mitwirkenden zu rekonstruieren und auszudrücken. Der Fokus der qualitativen Forschungsmethode liegt auf der Analyse menschlicher Interaktion, komplexer organisationsbezogener Situationen sowie der Untersuchung von Gruppen und Prozessen. Ziel ist es, durch diese Rekonstruktionen, Neues zu entdecken und infolgedessen Hypothesen als auch Annahmen zu entwickeln (vgl. ebd.:25).

Im Zuge der Generierung des Datenmaterials für die vorliegende Abschlussarbeit wurde nicht nur der Interviewleitfaden der Bewohner*innen überarbeitet, sondern ebenso die

Forschungsfrage sowie die Subforschungsfragen an den fortgeschrittenen Prozess angepasst. Zu diesen Veränderungen kam es beispielsweise nach der Durchführung des ersten leitfadengestützten Interviews, da sich hierdurch ein neuer und noch unbekannter Schwerpunkt im Gespräch aufzeigte.

2.2 Forschungsfragen

Aus unserem Forschungsinteresse wurde die Hauptforschungsfrage sowie die Subforschungsfragen abgeleitet. Wie bereits in der Einleitung erläutert wurde, ist die Soziale Arbeit bisher kaum in der Altenarbeit verankert. Gleichermassen geht aus dem Problemaufriss hervor, dass bei Aufnahmen in ein Pflege- und Betreuungszentrum unterschiedliche Beratungs-, Organisations- und Informationsebenen existieren und dabei die Annahme besteht, dass im Laufe des Aufnahmeprozesses Informationen verloren gehen. Aus diesem Grund erschloss sich uns die Hauptforschungsfrage der Bachelorarbeit, die einerseits Bezug auf mögliche Handlungsansätze der Sozialen Arbeit nimmt und andererseits die Handlungsweisen der Klient*innen- und Ressourcenorientierung fokussiert. Anhand der zentralen Forschungsfrage sollen theoretische Ergebnisse in Hinblick auf die sozialarbeiterische Unterstützung im Aufnahmeprozess erlangt werden. Anschließend wurde die erste Subforschungsfrage bezüglich der Übersiedelung gebildet. Ebenfalls resultierte daraus die zweite Detailfrage nach sozialarbeiterischen Methoden und Instrumenten, die vor einem Aufnahmeprozess unterstützend wirken können. Die folgende Subforschungsfrage bezieht sich konkret auf das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege und auf die Frage, inwiefern ein höherer Stellenwert erlangt werden kann. Die letzte Detailfrage der Bachelorarbeit stellt die Relevanz der Miteinbeziehung von Angehörigen und dem sozialen Umfeld in den Fokus. Einerseits soll durch die Forschungsfragen die Sicht der Sozialarbeit beleuchtet und andererseits zukünftige Entwicklungen in den Fokus gestellt werden.

2.2.1 Hauptforschungsfrage

- *Was kann die Sicht der Sozialen Arbeit bei der Aufnahme in die Übergangspflege in das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling beitragen, um sowohl ressourcen- als auch klient*innenorientiert zu handeln?*

2.2.2 Subforschungsfragen

- *Was braucht es, um die Übersiedlung ins Pflege- und Betreuungszentrum Mödling erfolgreich zu absolvieren?*

Der Begriff Übersiedelung meint den Übergang vom Krankenhaus bis zum Zeitpunkt des Einzuges in das Pflege- und Betreuungszentrum sowie der ersten Eingewöhnungsphase.

- *Welche sozialarbeiterischen Methoden/Instrumente können vor und während einem Aufnahmeprozess unterstützend wirken?*

Vor dem Aufnahmeprozess meint die Zeit der Entscheidung für oder gegen ein Angebot im Pflege- und Betreuungszentrum, auch explizit dem der rehabilitativen Übergangspflege.

- *Wie kann ein höherer Stellenwert der rehabilitativen Übergangspflege bewirkt werden?*

Der Begriff der rehabilitativen Übergangspflege wird im Kapitel 3.2 genauer definiert.

- *Inwieweit ist eine Einbeziehung von Angehörigen im Aufnahmeprozess von Relevanz?*

Unter Angehörigen werden nicht nur direkte Familienmitglieder verstanden, sondern vielmehr das naheliegende soziale Umfeld.

2.3 Erhebungsmethoden

Zur Erhebung vom Datenmaterial wurden Leitfadeninterviews durchgeführt. Das gesammelte Material aus den Erhebungen wurde mithilfe der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger ausgewertet.

2.3.1 Leitfadeninterview

Als Erhebungsmethode wurden vier leitfadengestützte Interviews im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling durchgeführt. Nach einem kurzen Vorgespräch mit der Leiterin der rehabilitativen Übergangspflege wurde ein Interview mit einer Bewohnerin geführt. Die interviewte Bewohnerin nahm bereits zum dritten Mal das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege in Anspruch, weswegen sie von der Leitung als besonders geeignet für ein Gespräch beschrieben wurde. Im Anschluss wurde ein Interview mit der Leiterin, die neben ihren Managementtätigkeiten auch als Pflegekraft tätig ist, geführt. Als dritte Interviewpartnerin diente eine weitere Bewohnerin, die ihre bisherigen Erfahrungen mit uns teilte. Abgeschlossen wurden die Interviews mit einem Gespräch einer Physiotherapeutin der Station, um einerseits die praktischen Angebote der rehabilitativen Übergangspflege kennenzulernen. Andererseits konnte aus der therapeutischen Sichtweise die Motivation und Einstellungen der Bewohner*innen erfasst werden.

Vorab wurde bei allen Interviews die Datenschutzerklärung besprochen und anschließend unterzeichnet. Danach wurde die Anonymisierung der Daten den Interviewpartner*innen erklärt und die Erlaubnis zur Audio-Aufnahme eingeholt. Die Interviews wurden für die anschließende Transkription aufgezeichnet. Als Grundlage für die Interviews dienten vorbereitete Interviewleitfäden, die die Themen der Subforschungsfragen abdeckten. Die offen gestellten Fragen haben die Gesprächspartner*innen dazu eingeladen sich frei und ohne Einschränkungen zum Thema zu äußern. Diese aufgeschlossene Gesprächsführung hat den Vorteil, dass für die Interviewpartner*innen relevante Dimensionen zum Ausdruck kommen konnten (vgl. Flick 2016:213ff). Die vorbereiteten Fragen wurden zum Zeitpunkt des Interviews

individuell an die Situation angepasst. In den Interviews wurde die Technik des gezielten Nachfragens, um noch konkretere Antworten zu erhalten, angewandt (vgl. Flick 2020:114-115). Generell wurde bei der Erstellung des Leitfadens, das von Helfferich beschriebene Prinzip: „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig.“ beachtet und versucht einen Mittelweg zwischen der Offenheit sowie einem strukturierten Ablauf der Interviews zu finden (vgl. Helfferich 2019:560).

2.4 Auswertungsmethode

Als Auswertungsmethode für die Bachelorarbeit wurde die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger angewandt. Mithilfe der Systemanalyse wurden größere Textmengen, also die Transkripte der Interviews analysiert. Ebenfalls ist die Systemanalyse auf die Analyse und Interpretation einzelner vollständiger Gespräche und vereinzelten Textausschnitten ausgerichtet (vgl. Froschauer / Lueger 2003:139–140). Die Vorgehensweise der Systemanalyse lässt sich in fünf Interpretationsstufen unterteilen:



Abbildung 1: Systemanalyse (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142-159)

Die Vorgehensweise kennzeichnet sich anfangs durch eine thematische Strukturierung des Textes. Demzufolge wird das Datenmaterial Absatz für Absatz analysiert, wobei zuerst eine Paraphrasierung des Textteiles vorgenommen wird, um die Hauptthematik hervorzuheben. In einem weiteren Schritt kommt es zu einer schlagwortartigen Wiedergabe aus Sicht der Verfasser*innen. Daraufhin folgt die Analyse der Aussage hinsichtlich des feldspezifischen Kontextes, in welcher der Fall angesiedelt ist. Dazu wird, im Hinblick auf strukturelle Rahmenbedingungen interpretiert, in welcher Weise die getätigten Aussagen die organisierte Umwelt beschreiben. In der darauffolgenden Interaktionsebene werden Folgen für die unmittelbare Handlungsstrukturierung der interviewten Person interpretiert. Es wird davon ausgegangen, dass der zuvor interpretierte lebensweltliche Kontext in der Folge Anleitung für mögliche Interaktionen gibt. Zuletzt wird das Gesagte auf das gesamte soziale System ausgedehnt und Auswirkungen auf die Kombination mit weiteren Beteiligten oder anderen Subsystemen in Frage gestellt (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142ff).

Gewählt wurde dieses Auswertungsverfahren aufgrund der großen Menge an gesammeltem Datenmaterial. Die Systemanalyse eignet sich hierfür besonders gut, da vor der Analyse eine Unterteilung in thematische Einheiten erfolgt und somit großflächig analysiert werden kann.

2.5 Endprodukt Film

Im Anschluss an die Erhebung und Auswertung der gesammelten Daten wurde ein Endprodukt in Form eines Filmes geschaffen. Dahingehend wurde in der Vorbereitung festgelegt, dass der Film zeigen soll, wie die Aufnahme in die Übergangspflege ins Pflege- und Betreuungszentrum verläuft und somit Ansatzpunkte für die Soziale Arbeit aufzeigt. Zudem war es unser Ziel die Ergebnisse möglichst verständlich aufzubereiten, um eine breite Zielgruppe erreichen zu können.

2.5.1 Konzeptionelle Überlegungen

In der Arbeitsgruppe wurde gemeinsam in Rücksprache mit den Betreuer*innen ein grobes Konzept für den Kurzfilm überlegt. In der Fachliteratur wird der Kurzfilm als Videoclip beschrieben. Dieser weist eine Dramaturgie von zusammengeschnittenen Clips auf, welcher anschließend eine Einheit bildet. Gleichmaßen verdeutlicht die Übersetzung der Bezeichnung Clip nämlich „Klammer“ oder „Halter“, seine Funktion (vgl. Strauch / Engelke 2019:17f). Bei den konzeptionellen Überlegungen wurde darauf geachtet die Vorgehensweise strukturell zu planen. Dennoch wurde in der Vorbereitung Spielraum für etwaige Änderungen gelassen, um falls notwendig am Tag der Bild- und Videoaufnahmen im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling das Konzept an die Gegebenheiten anpassen zu können. Da im Angebot der Übergangspflege, welches der Film repräsentieren soll, die Bewohner*innen laufend wechseln, konnten im Vorhinein nur grob Mitwirkende festgelegt werden. Im Konzept wurde anschließend die Vorgehensweise schriftlich festgehalten. Der Film veranschaulicht den Weg in die Übergangspflege, die Zeit im Pflege- und Betreuungszentrum sowie den Ausblick nach einer Inanspruchnahme. Mit dem zeitlichen Aufbau des Filmes soll ein realistisches Bild vom Angebot vermittelt werden und eine klare Abfolge das Endprodukt strukturieren. Dahingehend wurden im Pflege- und Betreuungszentrum einerseits bewegte Bilder aufgenommen, aber auch Fotos von repräsentativen Orten und Menschen festgehalten. Beim Schnitt und Zusammenstellen des aufgenommenen Materials wurden anschließend Informationen und Zitate aus den Ergebnissen der Datenerhebung hinzugefügt. Für die Länge des Kurzfilmes wurde im Vorhinein ein grobes Zeitfenster von circa drei Minuten festgelegt. Diese Länge erschien uns als sinnvoll, da dies eine Zeitangabe darstellt in der Personen interessiert zusehen. Demzufolge zeigen Studien, dass die Aufmerksamkeitsspanne nach zwei bis drei Minuten in den letzten Sekunden geringer wird (vgl. videobakers o.A.).

2.5.2 Erstellungsprozess

Über die Kontaktherstellung durch Direktor Gerhard Reisner wurde die Leiterin der Übergangspflege über unser Vorhaben und Erscheinen informiert. Nach der Erstellung des

Konzeptes wurden in einem Vorgespräch mit der Leiterin der rehabilitativen Übergangspflege potenzielle Bewohner*innen für die Videoaufnahmen gesucht. Anschließend wurden wir einer Bewohnerin vorgestellt, die nach einem kurzen Kennenlerngespräch gefragt wurde, ob es für sie vorstellbar wäre bei den Aufnahmen mitzuwirken. Die Bewohnerin willigte ein und die ersten Aufnahmen wurden getätigt. Im Prozess wurden noch zwei weitere Bewohnerinnen nach deren Einverständnis abgelichtet. Im Anschluss fotografierten die Verfasserinnen dieser Abschlussarbeit noch die räumlichen Gegebenheiten. Zentrale Fotomotive waren die Therapieräume sowie der Außenbereich des Pflege- und Betreuungszentrums in Mödling. Abschließend konnten noch letzte Bild- und Videosequenzen vom Team der Übergangspflege, die im Kurzfilm den Abschluss bilden, aufgenommen werden.

2.5.3 Veröffentlichung und Nutzen

Da in unserem Forschungsprozess die Subforschungsfrage nach der Erreichung eines höheren Stellenwertes der rehabilitativen Übergangspflege festgelegt wurde, erschien uns das Medium eines Kurzfilmes schlüssig. Zudem konnte durch das Angebot der Veröffentlichung seitens des Pflege- und Betreuungszentrums ein gleichzeitiger Nutzen gefunden werden. Einen zentralen Nutzen wird der produzierte Film im Eingangsbereich des Pflege- und Betreuungszentrums Mödling finden. Dahingehend können Besucher*innen der Einrichtung unverbindlich über das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege informiert werden. Gleichermaßen wurden Überlegungen über eine Veröffentlichung auf der Webseite des Pflege- und Betreuungszentrums Mödling aufgestellt, um somit eine noch größere Zielgruppe auf das bestehende Angebot aufmerksam zu machen. In der Aufbereitung wurde darauf geachtet eine möglichst breite Zielgruppe ansprechen zu können. Dies konnte beispielsweise durch die einfache Vermittlung der Informationen sowie den bildlichen Darstellungen der gezeigten Inhalte geschaffen werden.

3 Versorgungsbedarf und -struktur in Niederösterreich

Im folgenden Teil der Arbeit werden einerseits demographische Entwicklungen und die Versorgungssituation konkret im Bezirk Mödling dargestellt. Hierbei soll der Fokus immer wieder auf die Übergangspflege gelenkt werden, um den möglichen Bedarf durch demographische Veränderungen besser abschätzen zu können. Andererseits wird das Angebot der Übergangspflege beschrieben und weitere Pflegeformen sowie deren zukünftige Entwicklungen angeführt. Zudem sollen in einem weiteren Kapitel Handlungsansätze wie der personenzentrierte Ansatz und die Ressourcenorientierung in Bezug auf die soziale Altenarbeit näher erläutert werden, um wiederum den sozialarbeiterischen Blickwinkel auf die Aufnahme in die rehabilitative Übergangspflege zu richten.

3.1 Demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen

Die Veränderung von Bevölkerungsprozessen hängt von drei Faktoren, wobei zweien davon eine sekundäre Rolle zuzuschreiben ist, ab. Ausschlaggebend ist die Fertilitätsrate, die durch die Angabe der gesunkenen Kinderzahlen das Altern der Gesellschaft mitbestimmt. Als Beispiel ist hier die Baby-Boom Generation der frühen 1960er zu nennen, die noch heute das demographische Bild innerhalb Österreichs prägen. Zudem spielen Migrationsströme und die Mortalitätsrate, also die steigende Lebenserwartung, eine bedeutende Rolle (vgl. WIFO 2014:83). Menschheitsgeschichtlich gesehen, ist die Alterung der Gesellschaft aber nicht als negativer Faktor zu sehen. Die Gesamtbevölkerung eines Landes bleibt lediglich durch eine hohe Fertilitätsrate „jung“. Dadurch, dass die Bevölkerungszahlen im 21. Jahrhundert nicht rapide in die Höhe schießen, ist die Alterung der Bevölkerung demnach ein natürlicher Nebeneffekt. Europaweit gesehen, wird sich der Trend zu einer „alten“ Gesellschaft hinwenden. Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz nennt hier keinen bestimmten Wert, ab wann von einer „veralteten“ Bevölkerung gesprochen werden kann. Die Begründung liegt bei dem Anstieg der Gruppe der alten Menschen, welche von 1950 bis zum Jahr 2050 von rund 8% auf 28% steigen wird (vgl. BMASK 2009:41).

Um auch in Zukunft die Pflege, Versorgung und Unterbringung von alten Menschen sicherstellen zu können, ist die Planung und die damit einhergehende Betrachtung der demographischen Entwicklung der Bevölkerung von Bedeutung. Ohne die Analyse dieser Daten würden nicht nur Angehörige von pflegebedürftigen Personen vor großen Herausforderungen stehen, sondern auch die Betreiber*innen der Pflegeeinrichtungen, die längerfristig mehr qualifiziertes Pflegepersonal benötigen werden. Aus diesem Grund sind Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung ein bedeutendes Instrument zur Planung, sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene (vgl. BMSGPK 2019:2). Im nächsten Abschnitt liegt der Fokus auf der Analyse der Gesellschaft in Niederösterreich, um im Folgenden auf die Versorgungssituation des Bezirks Mödling einzugehen und im Zuge dessen auf das Pflege- und Betreuungszentrum zu schließen.

3.1.1 Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich

Die Analyse der Daten durch die Österreichische Raumordnungskonferenz (ÖROK 2021) besagt, dass es in Zukunft eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur im Inland geben wird. Die Bevölkerung im hohen Alter wird sichtbar zunehmen. Bis zum Jahr 2050 soll demnach der Anteil der Personen von über 60 Jahren von 19,2 auf 27,4% steigen. Bei der sogenannten hochbetagten Altersgruppe, von welcher ab 85 Jahren gesprochen wird, obliegt die prozentuelle Steigerung in Zukunft bei 3,5%. Begründet wird dieser Wandel einerseits durch die Baby-Boom-Jahrgänge und andererseits wird der Anstieg der Lebenserwartung als Faktor der demographisch immer älter werdenden Gesellschaft genannt (vgl. ÖROK 2021:20).

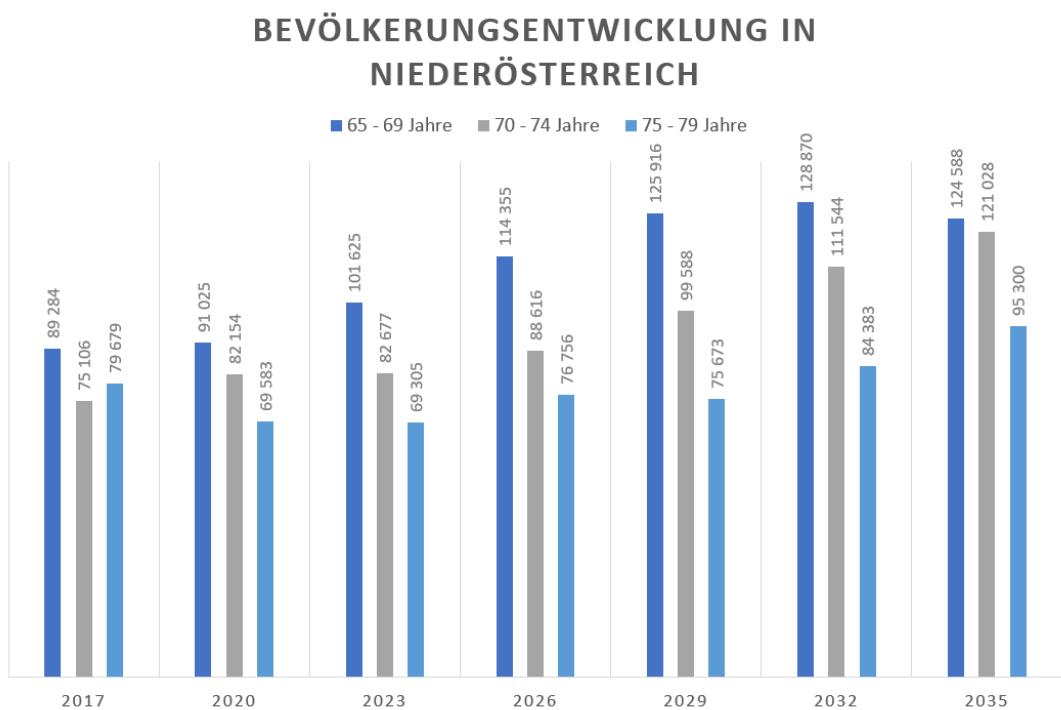


Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich (vgl. Kolland et. al 2018:15)

Darüber hinaus lässt sich anhand dieser Grafik veranschaulichen, dass die genannten Altersgruppen bis zum Jahr 2035 kontinuierlich steigen. Während die Altersgruppe der 75 bis 97-Jährigen nur bedingt im Vergleich der anderen Gruppierungen ansteigt, wird trotzdem ersichtlich, dass die Bevölkerung in Niederösterreich immer älter wird. Auffällig ist zudem, dass zu Beginn dieses Betrachtungszeitraumes die Altersgruppen der 65 bis 69-Jährigen und deren der 70 bis 74-Jährigen mit einem Wert von fast 15.000 Personen auseinander liegen. Im Laufe der Zeit wird ersichtlich, dass diese beiden Altersgruppen stetig steigen und 2035 lediglich durch einen Wert von 3.000 getrennt werden. Anders formuliert, kann zusammengefasst werden, dass aufgrund der Mortalität, der erste Balken zwar kontinuierlich steigt, jedoch sichtbar wird, wie sich die Altersgruppen nach hinten verschieben. Genauer gesagt flacht die Distanz der Balken, also der Jahrgänge, im Laufe der angeführten 18 Jahre ab (vgl. Kolland et. al 2018:15-16).

Insbesondere im Waldviertel, Mittelburgenland und dem nördlichen Weinviertel wird im Vergleich zum ganzen Land die prozentuelle Veränderung an alten Menschen am geringsten sein. Allerdings wird die bereits bestehende hohe Quote der älteren Personen in den nächsten Jahren deutlich ansteigen. Laut dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz soll sich dieser Trend künftig durch die Attraktivität der ländlichen Wohnsitze für ältere Menschen verstärken. Hierbei werden vor allem Personen genannt, die noch mobil sind und der städtischen Geschäftigkeit auszuweichen versuchen (vgl. BMSGPK 2019:55-56).

Zumal die vorliegende Bachelorarbeit den Fokus auf das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling legt, wird im Folgenden der Bezirk und seine bevorstehenden Entwicklungen analysiert, ehe Informationen über die Einrichtung dargelegt werden.

3.1.2 Darstellung der Versorgungssituation im Bezirk Mödling

Der Bezirk Mödling, der neben der gleichnamigen niederösterreichischen Stadt noch 19 weitere Gemeinden umfasst, ist auch heute noch unter der „Babenbergerstadt“ bekannt. Trotz der südlichen Lage und Nähe von Wien ist der Bezirk von Teilen des Wienerwaldes und Weingebieten zur Thermenregion geprägt (vgl. Wienerwald Tourismus GmbH 2023).

Mödling liegt auf Bezirksebene mit einem Einwohnerstand zu Beginn des Jahres 2022 von 20.531 Personen in Niederösterreich auf Platz drei hinter Baden und St. Pölten Land mit der größten Population (vgl. Statistik Austria 2022). Laut Prognosen werden diese de facto im Jahr 2035 noch immer die größte Gesamtbevölkerung im Bundesland aufweisen. Den Berechnungen des Altersalmanachs von 2017 zufolge, wird Mödling 2035 die Spitzenposition nach Baden einnehmen, was die Anzahl der hochaltrigen Personen betrifft. Unter hochaltrigen Menschen werden Personen im Alter von 80 Jahren oder höher verstanden. Diese werden demnach im Bezirk bei ca. 10.700 Personen liegen. Um die steigenden Zahlen der älteren Personen deutlich zu machen, kann die Anzahl der hochaltrigen Personen vom Jahr 2020 herangezogen werden. Hier wurde eine Anzahl von geschätzt 7.000 Personen dokumentiert und zeigt eine deutlich expansive Steigerung in den nächsten zehn Jahren. Zusammenfassend ist für den Bezirk Mödling mit einer eklatanten Steigerung der Bevölkerungszahlen zu rechnen, wodurch sich in Zukunft der Betreuungs- und Pflegebedarf dieser Menschen gleicherweise ausweiten wird (vgl. Kolland et. al 2017:19ff).

Der Bedarf einer Inanspruchnahme von Leistungen des Pflege- und Betreuungszentrums kann von der aktuellen Wohnsituation abhängen. Laut Statistik Austria ist die Größe der Haushalte im Bezirk Mödling im Jahr 2020 von Einpersonenhaushalten geprägt. Diese Haushaltsgröße ist mit 44,2% mit Abstand am meisten vertreten (vgl. Statistik Austria 2020). Auf Bundeslandebene gesehen zeigt sich ein zukünftiges Wachstum dieser Wohnform. Als Gründe wird die Individualität der Personen genannt und die damit einfließende Lebensgestaltung. Der Trend würde sich zum Singlehaushalt wenden, in welchem die eigenen Bedürfnisse gestillt werden. Überdies werden die anwachsenden Trennungen von Paaren, auch im hohen Alter, als Grund für den Anstieg der Einpersonenhaushalte genannt. Viele

Personen verbleiben nach einer Trennung oder Scheidung im vorangeschrittenen Alter allein (vgl. WIFO 2009:87ff).

Der hohe Anteil der älteren Personen im Bezirk Mödling scheint die Angebote und Wohnformen im Gebiet zu beeinflussen. Der Bezirk dürfte auf die ältere Bevölkerung eingehen. Dies ist zu begründen durch zahlreiche Freizeitangebote, beispielsweise durch den Seniorenbund Mödling (vgl. Stadtgemeinde Mödling), Sprechstunden im Bezirkssekretariat der Bezirksgruppe Mödling zu Themen wie dem Pflegegeld oder Beratungen zur Pension (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2023), Seniorenresidenzen inklusive barrierefreiem Wohnen inklusive Betreuung, wenn diese gewünscht wird (vgl. SEWO o. A.) und vieles mehr.

In Österreich stehen Personen, die einer Pflege bedürfen, verschiedene Pflegeangebote zur Verfügung. Für die einzelnen Angebote gelten für eine Inanspruchnahme unterschiedliche Bedingungen und Voraussetzungen. Im Allgemeinen geht aus den Versorgungsstatistiken hervor, dass die Pflegeform der informellen Pflege am häufigsten vertreten ist. Informelle Pflege bedeutet, dass Angehörige die Betreuung des zu Pflegenden übernehmen. Hauptsächlich erbringen diese Form der Pflegeleistung Frauen. Zudem kann durch zukünftige Prognosen ein Anstieg an stationärer Pflege und Betreuung durch den Wegfall des Pflegeregresses festgestellt werden (vgl. Franz Kolland et al. 2019).

3.1.3 Pflege- und Betreuungszentren Niederösterreich

Die niederösterreichischen Pflege- und Betreuungszentren werden über die NÖ Landesgesundheitsagentur geführt. Insgesamt stehen im Bundesland Niederösterreich 50 Pflege-, Betreuungs- und Förderzentren zur Verfügung. Ziel der Agentur ist es, Menschen die beste medizinische und pflegerische Versorgung anbieten zu können. Unter dem Leitsatz „Der Mensch im Mittelpunkt“ werden in Pflege- und Betreuungszentren Personen durch multiprofessionelle Teams unterstützt. Als Grundlage dient ein Modell der Personenzentrierung, wodurch die Förderung der eigenverantwortlichen Lebenskompetenz, der Selbstbestimmung sowie der Lebensqualität der Bewohner*innen gesichert wird. In den Zentren der Landesgesundheitsagentur werden verschiedene Pflegemodelle angeboten. Darunter können beispielsweise die Lang- und Kurzzeitpflege sowie die rehabilitative Übergangspflege gezählt werden. Darüber hinaus werden Hospiz und Palliative Care sowie spezielle Angebote, je nach Pflege- und Betreuungszentrum angeboten (vgl. Niederösterreichische Betreuungszentren o.A.). Da sich der Forschungsfokus auf das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling bezieht soll das Haus im folgenden Unterkapitel nähere Erläuterung finden.

3.1.4 Das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling

„Die Bewohner dieses Hauses sollen eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden und genießen, Ihre Identität und Selbstwert erhalten und entfalten, bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten und genießen können, frei in Entscheidungen sein und angemessen an Gesellschaft und Zeitgeschehen teilhaben können“ (Hausordnung PBZ Mödling 2017:1).

Das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling setzt den Schwerpunkt auf das Miteinander der Bewohner*innen, Therapeut*innen sowie allen anderen Angestellten. In diesem Leitsatz wird deutlich, dass zudem das „Ankommen können“ in einer neuen Umgebung große Wichtigkeit besitzt. Vor allem in Situationen, die für Bewohner*innen völlig neu erscheinen, ist es umso essenzieller, diese in ihrer individuellen Lebenswelt zu sehen. Demnach wird im Paper der Einrichtung auch vom „Menschen im Mittelpunkt“ geschrieben (vgl. Hausordnung PBZ Mödling 2017:1).

Die niederösterreichische Einrichtung im Bezirk Mödling befindet sich nahe des Bahnhofs Mödling und ist somit durch öffentliche Verkehrsmittel zu erreichen. Im Pflege- und Betreuungszentrum gibt es 208 Plätze für Bewohner*innen in sieben unterschiedlichen Wohnbereichen mit differenten Schwerpunkten. Gleicherweise vielfältig sind die Pflege- und Therapieangebote. Diese reichen von der Kurzzeit- über die Langzeitpflege, das Hospiz und Palliative Care, die Schwerstpflege, Physiotherapie, Ergotherapie bis hin zur rehabilitativen Übergangspflege (vgl. NÖ LGA 2023). Unter Hospiz und Palliative Care wird die ganzheitliche Begleitung und Betreuung von Personen mit schweren Erkrankungen verstanden. Der Ansatz liegt hier nicht bei der Wiederherstellung der Gesundheit, sondern bei der Verbesserung der Lebensqualität. Im Mittelpunkt stehen demnach die Bedürfnisse der Patient*innen und deren Angehörigen. Nicht selten wird diese Form der Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen unterstützend durchgeführt (vgl. DVHÖ 2023). Die weiteren angeführten Pflegeformen werden in einem nächsten Abschnitt (Kapitel 3.3) genauer erläutert.

Die Betreuung im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling zeichnet sich durch medizinische Betreuung, die Alltagsbegleitung, Seelsorge sowie unterschiedliche Freizeitaktivitäten für Interessierte aus. Im Rahmen der Seelsorge ist es für Bewohner*innen möglich, deren Religion in der eigens dafür errichteten Kapelle und den regelmäßig stattfindenden Messen, auszuüben. Darüber hinaus gibt es in der Einrichtung attraktive Zusatzangebote. Zu diesen zählen unter anderem ein Kaffeehaus, in welchem auch Gäste in Empfang genommen werden, sowie ein Friseur, Fußpflege und die Tiertherapie, die regelmäßig im Pflege- und Betreuungszentrum zu Besuch erscheinen (vgl. NÖ LGA 2023).

Nachfolgend wird der Fokus auf die rehabilitative Übergangspflege gelegt. Da sich die Arbeit und die Forschungsfrage mit dieser Betreuungsform auseinandersetzt, wird sich diese ausführlicher gestalten als die im Anhang folgenden weiteren Pflegeangebote. Außerdem wird durch die Darstellung der weiteren Angebote herausgefiltert, wann die rehabilitative Übergangspflege als richtige Maßnahme gesehen werden kann.

3.2 Rehabilitative Übergangspflege

Der Begriff „Rehabilitative Übergangspflege“ setzt sich aus zwei unterschiedlichen Begriffen zusammen. Die World Health Organisation (WHO) definiert Rehabilitation wie folgt:

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit die Betroffenen in der Lebensgestaltung so frei wie möglich werden“ (WHO 1981:9).

Zudem wird in dieser Definition die Wichtigkeit der Familie und der Community, in welcher die Betroffenen leben, als Ressource zur Unterstützung der Wiedererlangung der selbstständigen Lebensführung genannt (vgl. WHO 1981:9).

Die Übergangspflege ist eine Betreuungsform mit rehabilitativem Charakter und wird im Jahr bis zu 12 Wochen gewährt. Die tatsächliche Dauer wird zwischen den Betroffenen und dem Pflege- und Betreuungszentrum vereinbart. Sie ist eigens für den Zeitraum nach einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus bis hin zum erneuten Einzug in das häusliche Umfeld angedacht. Demnach soll eine Überbrückung zwischen der Entlassung und dem Einzug ins Eigenheim geschaffen werden. Dieser Prozess wird zumeist vom Entlassungsmanagement eines Landesklinikums eingeleitet und infolgedessen an ein Übergangs- oder Pflegeheim übergeben. Als Ziel wird die Wiederherstellung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patient*innen verfolgt, um wieder allein oder mit Betreuung im eigenen Zuhause zurechtzukommen. Die Medizin an sich nimmt hierbei eine Nebenrolle ein. Neben allgemeinen Voraussetzungen, wie dem Hauptwohnsitz in Niederösterreich und der Ausschluss eines Bedarfes einer Langzeitpflegeform, um die rehabilitative Übergangspflege in Anspruch nehmen zu können, werden zudem Ausschlusskriterien genannt. Zu diesen zählen die Erkrankung an Demenz, das Nichterreichen der Besserung des Gesundheitszustandes mit den Möglichkeiten der rehabilitativen Übergangspflege oder die Nichteinhaltung der Therapiepläne (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2023b).

Die Qualitätskriterien für die rehabilitative Übergangspflege sind in Niederösterreich in der Pflegeheim-Verordnung festgeschrieben. Hierzu gibt es beispielsweise bei der Ausstattung Vorgaben, dass ein eigener Platz in einem Pflegeheim vorgesehen werden soll und ein Therapieraum für die therapeutischen Behandlungen eingerichtet ist. Für das Personal gibt es im Rahmen der Betreuungsform der Übergangspflege Vorschriften. Dieses muss neben dem Pflegepersonal auch Physiotherapeut*innen und/oder Ergotherapeut*innen umfassen. Die Einstellung einer oder eines Logopäd*in oder Diätolog*in kann das Pflegeheim frei entscheiden. Im Zuge eines Therapiekonzeptes soll mindestens 14-tägig eine Prüfung des Fortschrittes und Evaluierung der Ziele stattfinden. Dabei ist die ganzheitliche Betrachtung, sprich die Sichtweisen von Medizin, Therapie und Pflege nötig. Drüber hinaus stellt die Angehörigenarbeit einen wichtigen Aspekt im Qualitätsmanagement dar (vgl. ebd.).

3.2.1 Modell der rehabilitativen Übergangspflege nach dem ICF

Ein Modell, welches als Grundlage für das Verständnis der rehabilitativen Übergangspflege genutzt werden kann, ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

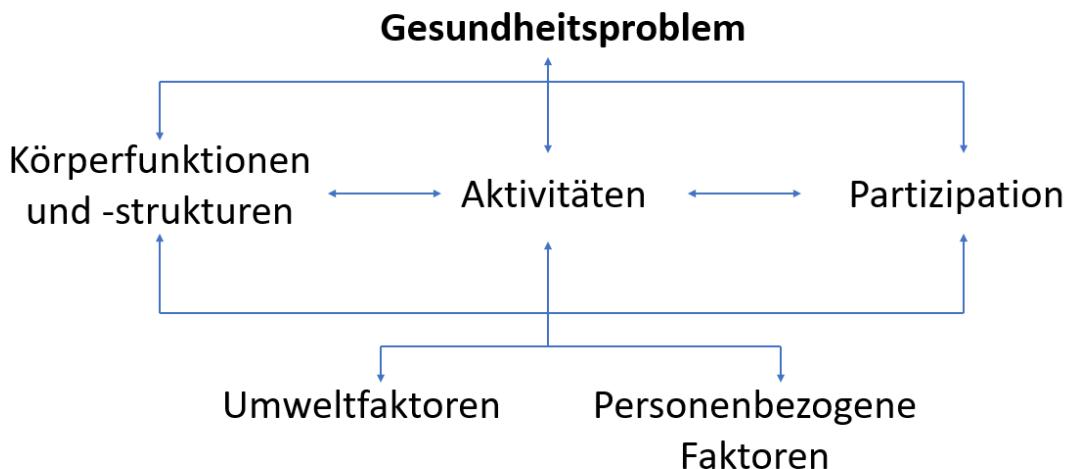


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Faktoren (vgl. ICF 2005:23)

Das abgebildete Modell bezieht Wechselwirkungen und Einflussfaktoren durch andere Aspekte mit ein und fokussiert sich nicht ausschließlich auf biologische beziehungsweise krankheitsbedingte Faktoren. Das Gesundheitsproblem, welches von Faktoren wie der eigenen Person und der Umwelt beeinflusst wird, steht im Mittelpunkt der Betrachtung. Jede Veränderung eines umliegenden Faktors hat Einfluss auf andere Elemente (vgl. ICF 2005:23-24). Ein eigens ausgedachtes Beispiel soll dieses Modell verständlich darstellen: Frau S. stürzte vor drei Wochen und lag seitdem stationär im Krankenhaus. Seit ihrem Unfall hat Frau S. Probleme sich selbst anzuziehen und längere Strecken zu Fuß zurückzulegen. Das Steigen steigen fällt ihr außerdem schwer. Sie hat sich nun dazu entschieden in die rehabilitative Übergangspflege in einem Pflege- und Betreuungszentrum zu gehen. Ihr Ziel ist es, nach 12 Wochen wieder allein zuhause wohnen zu können. Dadurch, dass Frau S. nicht mehr die „Jüngste“ ist mit ihren 67 Jahren, benötigen ihre Knochen länger, um vollständig zu heilen. Die Therapie zielt also nicht nur auf die Heilung der Verletzung ab, sondern betrachtet ebenso die anderen Faktoren der Umwelt von Frau S. Es stellt sich heraus, dass ihre Nachbarin bereit ist, in den ersten Wochen nach der Rückkehr, für sie den Einkauf zu tätigen, um sie zu entlasten. Außerdem findet Frau S. einen Rücken-Fit und Wirbelsäulen Kurs für Senior*innen, an dem sie nach der stationären Aufnahme der rehabilitativen Übergangspflege teilnehmen wird, um auch ins Gespräch mit anderen zu kommen. Die Stufen zu ihrer Wohnung im 1. Stock wird sie dank einer Installation eines Sesselliftes selbstständig überwinden können.

Das Ziel einer Rehabilitation ist demnach die Erreichung des Bestmöglichen. Die Pensionsversicherungsanstalt spaltet Rehabilitation in drei Teile, welche auch im oben

genannten Beispiel Anwendung finden können. Die Maßnahmen zur Wiedergewinnung zur aktiven Teilnahme am Leben umfassen:

- **Medizinische Maßnahmen**

Darunter fallen beispielsweise die Aufenthalte in einer rehabilitativen Übergangspflege nach einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus. Zudem kann hier die Kostenübernahme von Körperersatzstücken genannt werden.

- **Berufliche Maßnahmen**

In der rehabilitativen Übergangspflege kann die Hilfe zur Fortsetzung der Erwerbsarbeit als Ziel gesetzt werden. Des Weiteren zählen hierzu Weiterbildungen oder Umschulungen, bei der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf auszuüben.

- **Soziale Maßnahmen**

Die Pensionsversicherung gewährt Darlehen zur Adaptierung der Wohnung, um eine Langzeitpflege oder einen Umzug ausschließen zu können. Darüber hinaus gibt es Förderungen bezüglich der Erhaltung der Mobilität (vgl. PV o. A.).

3.3 Weitere Pflegeangebote

Für die folgende Aufteilung der einzelnen Pflegeangebote werden vorwiegend Statistiken aus dem Altersalmanach vom Jahr 2019 verwendet und Informationen sowie Anspruchsvoraussetzung vom Amt der Niederösterreichischen Landesregierung herangezogen.

3.3.1 Stationäre Betreuung und Pflege

Sofern eine Pflege und Betreuung zu Hause nicht mehr realisierbar ist stehen pflegebedürftigen Personen in Niederösterreich Pflege- und Betreuungszentren sowie privat organisierte Pflegeheime mit dem Angebot der stationären Pflege zur Verfügung. Für die Aufnahme in ein Pflege- und Betreuungszentrum sind bestimmte Voraussetzung zu erfüllen. Bei einer Kostenübernahme durch die Sozialhilfe müssen Personen österreichische Staatsbürger*innen oder gleichgestellte Personen sein. Für eine Aufnahme ist weiters ein Hauptwohnsitz in Niederösterreich und die Vollendung des 60. Lebensjahres notwendig. Nachweisbar muss zudem ein Pflegebedarf der Pflegestufe vier oder höher sein. Bei einer niedrigeren Pflegestufe kann mittels Bedarfsprüfung seitens der Bezirksverwaltungsbehörden eine Aufnahme ermöglicht werden (vgl. ebd.:28). Aufgrund der Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2018 wird für die anfallenden Kosten für die stationäre Betreuung und Pflege nicht mehr auf das Vermögen der zu betreuenden Person zurückgegriffen. Die Kosten für die Pflege werden über die Pension und dem Pflegegeld der Bewohner*innen finanziert. Decken das Einkommen sowie das Pflegegeld die Kosten nicht vollständig ab, werden die bleibenden Kosten vom Land NÖ übernommen. Den Bewohner*innen stehen 20% der

Pension und ein Teilbetrag des Pflegegeldes als sogenanntes persönliches Taschengeld zur Verfügung (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

In Hinblick auf die Statistiken des Altersalmanachs wurden die Versorgungsstrukturen zwischen den Jahren 2017 und 2018 verglichen. Im Vergleich konnte eine Zunahme der stationären Pflege um 4,9% festgestellt werden. In einer spezifischen Geschlechteraufteilung geht hervor, dass ein Anstieg besonders bei Frauen festgestellt werden kann. In konkreten Zahlen bedeutet das eine Steigerung von knapp fünf Prozent. In Niederösterreich haben im Dezember 2017 insgesamt 8.940 Personen das Angebot der stationären Betreuung und Pflege in Anspruch genommen. Im September 2018 wurden 9.378 Personen in stationären Einrichtungen betreut (vgl. Franz Kolland et al. 2019:28ff). Als ausschlaggebenden Grund für den hohen Anstieg wird der Entfall des Pflegeregresses angeführt. Durch die Abschaffung gab es mehr Antragssteller*innen für einen Pflegeplatz. Zudem ging hervor, dass es sich beim Großteil der antragsstellenden Personen um akut eingestufte Fälle handelte, die dringend einen Platz in einem Pflege- und Betreuungszentrum benötigten. Aufgrund der dringenden Aufnahmen wurde ein erhöhter Druck in den Pflegeeinrichtungen wahrgenommen. Dennoch konnten fast allen Antragssteller*innen ein Platz im eigenen Bezirk zur Verfügung gestellt werden (vgl. ebd.:5ff).

3.3.2 Teilstationäre Betreuungsformen

Zu den teilstationären Betreuungs- und Pflegeformen können die Tagespflege, Kurzzeitpflege und Übergangspflege gezählt werden, wobei die Pflegeform der rehabilitativen Übergangspflege bereits im Kapitel 3.2 genauer erläutert wurde. Das Angebot der Tagespflege steht pflegebedürftigen Menschen, die tagsüber eine pflegerische und therapeutische Unterstützung bedürfen, zur Verfügung. Die Tagespflege kann in niederösterreichischen Pflege- und Betreuungszentren, aber auch in gesetzlich bewilligten Sozialeinrichtungen erfolgen. Zugangsvoraussetzung für das Angebot sind einerseits der Hauptwohnsitz in Niederösterreich und andererseits ein Nachweis eines Pflegegeldbezuges. Anfallende Kosten orientieren sich an der niederösterreichischen Verordnung für Pflegeheime und ist mit Stand Jänner 2023 mit einem Tagestarif von 71,18 Euro honoriert. Für die Tagespflege ist eine Förderung, die sich aus dem Einkommens- und Pflegegeldanteil zusammensetzt, vorgesehen. Der berechnete Kostenbeitrag wird durch die Einrichtung anschließend von der zu betreuenden Person eingefordert. Mithilfe eines Beispiels soll die Berechnung des Beitrages verdeutlicht werden. Hat die zu pflegende Person ein Einkommen von über 950 bis 1.000 Euro, so ergibt sich daraus ein Kostenbeitrag von elf Euro. Bezieht diese Person Pflegegeld aus der Pflegestufe 1-3, dann ergibt sich dahingehend ein zu bezahlender Betrag in einer Höhe von 10,50 Euro. Für Ehepaare ist eine individuelle Kostenbeitragsstaffelung vorgesehen (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

In Bezug auf die Inanspruchnahme der Tagespflege kann im Forschungszeitraum des Altersalmanachs ein leichter Anstieg um 1,7% festgestellt werden. Insgesamt waren es 34 Personen, die sich im Dezember 2017 in einer Tagespflege im Bezirk Mödling befanden (vgl. Franz Kolland et al. 2019:29ff). Aus den Versorgungsstatistiken geht hervor, dass das Angebot

der Tagespflege im Vergleich zwischen den Jahren 2017 und 2018 häufiger in privat finanzierten Einrichtungen in Anspruch genommen wurde (vgl. ebd.:36).

Die Kurzzeitpflege steht für den Zeitraum, in dem die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person von pflegenden Angehörigen nicht übernommen werden kann zur Verfügung. Die Pflegeform kann aufgrund von unterschiedlicher Gründe in Anspruch genommen werden. Häufige Gründe für eine Inanspruchnahme sind gesundheitlich oder beruflich bedingt, beispielsweise durch eine Erkrankung oder einem Kuraufenthalt des pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus können Urlaube und Auszeiten zur Entlastung des Angehörigen eine Inanspruchnahme begründen (vgl. Infoplattform für Pflege und Betreuung o.A.). Das Angebot der Kurzzeitpflege kann in einem Ausmaß von maximal sechs Wochen pro Jahr beansprucht werden. In der Zeit der Abwesenheit der Pflegeperson wird die zu pflegende Person in Pflege- und Betreuungseinrichtungen am Tag und in der Nacht betreut und gepflegt. In der Kurzzeitpflege können Personen aller Pflegestufen betreut werden. Weitere Voraussetzungen für eine Beanspruchung sind der Hauptwohnsitz in Niederösterreich sowie der Bezug des Pflegegeldes. Die Eigenleistung für die Kurzzeitpflege kann einerseits vom Einkommen und andererseits vom Pflegegeld berechnet werden. Bei einem Kostenbeitrag bezogen auf das Einkommen werden 1/30 von 80% des monatlichen Netto-Einkommens herangezogen. Bei einer Berechnung durch das Pflegegeld wird 1/30 von 100% vom Pflegegeldbezug berücksichtigt (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

Beim Angebot der Kurzzeitpflege konnte ein starker Rückgang festgestellt werden. Waren es im Dezember 2017 noch 433 Personen, die sich in der Kurzzeitpflege befanden, konnten im September 2018 nur noch 311 Inanspruchnahmen verzeichnet werden. Begründet wird die Abnahme aufgrund einer Verschiebung in Richtung der stationären Pflege (vgl. Franz Kolland et al. 2019:29). Gleichsam wie in der Tagespflege konnte auch eine Steigerung hinsichtlich einer Inanspruchnahme in privaten Einrichtung im Vergleich zu Pflege- und Betreuungszentren des Landes NÖ dargelegt werden (vgl. ebd.:36).

3.3.3 Mobile Betreuung und Pflege

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste ermöglichen Personen, die einer Pflege bedürfen solange wie möglich zu Hause betreut und gepflegt zu werden. Die Hauptangebote in Niederösterreich unter der Bezeichnung der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdiensten unterteilen sich in die Hauskrankenpflege und Heimhilfe. Ersteres wird von einem diplomierten Pflegepersonal durchgeführt und beinhaltet eine auf die Situation angepasste Pflege und Beratung von pflegebedürftigen Personen. Zudem können durch die Hauskrankenpflege Angehörige, die die Pflege ausführen, angeleitet und beraten werden. Heimhelfer*innen unterstützen Personen bei alltäglichen Erledigungen wie zum Beispiel die Unterstützung hinsichtlich der Körperpflege, aber auch in der Haushaltsführung. Die Dienste werden von verschiedenen Organisationen angeboten und verrechnet. Die Finanzierung der Pflege kann größtenteils vom Land Niederösterreich übernommen werden, wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt und der Hauptwohnsitz in Niederösterreich besteht. Neben den erwähnten Hauptangeboten werden von den Anbietern weitere Dienste wie Essen auf Rädern oder psychosoziale Dienste zur Verfügung gestellt (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

In der Beanspruchung von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten konnte in den Statistiken des Altersalmanachs ein minimaler Anstieg von 1,6% festgestellt werden. Dessen ungeachtet kann eine hohe Anzahl an Personen, die Gebrauch an mobilen Pflegediensten nehmen, herausgelesen werden. Insgesamt wurden im September 2018 17.513 Personen mithilfe von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten betreut (vgl. Franz Kolland et al. 2019:29). Gegebenenfalls kann die hohe Inanspruchnahme einerseits durch die Vielfältigkeit und Vielzahl der Angebote begründet, andererseits der Wunsch lange zu Hause betreut zu werden verdeutlicht werden.

3.3.4 24-Stunden-Betreuung

Die 24-Stunden-Betreuung ist im Hausbetreuungsgesetz geregelt. Das Gesetz gibt die Rahmenbedingungen für die Betreuung in privaten Haushalten vor. Beim Angebot der 24-Stunden-Betreuung wird unterschieden zwischen der selbstständigen und unselbstständigen Erwerbstätigkeit. Zum einen können Betreuer*innen eigenständig engagiert werden, andererseits die Betreuungskraft mit einem Arbeitsverhältnis beschäftigt werden. Für die 24-Stunden-Betreuung ist ab einer Pflegestufe der Höhe drei ein Förderanspruch vorgesehen. Bei einer ärztlich nachgewiesenen Demenz kann die Förderung bereits bei Pflegestufe eins und zwei beantragt werden. Für die Pflegeform der 24-Stunden-Betreuung wurden einige Neuerung vorgesehen, nicht zuletzt aufgrund der Legalisierung und rechtlichen Fragen in Bezug auf die Arbeitsverhältnisse der Betreuer*innen. Zudem wurde in Österreich ein Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen der Betreuungsform entwickelt. Die Aufgabenbereiche der Betreuer*innen umfassen einerseits einfache Betreuungstätigkeiten, worunter beispielsweise Dienstleistungen in Bezug auf den Haushalt verstanden werden können. Weiters beinhalten die einfachen Betreuungstätigkeiten Tätigkeiten wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder dem Essen und Trinken, wobei dahingehend medizinisch keine Bedenken bestehen dürfen. Zusätzlich sind Pflegekräfte dazu befugt einzelne pflegerische und ärztliche Tätigkeiten, welche entweder von einem diplomierten Fachpersonal oder von Ärzt*innen übertragen wurden, auszuführen (vgl. Sozialministerium Österreich o.A.).

In Hinblick auf das Angebot der 24-Stunden-Betreuung kann in einer Gegenüberstellung des Zeitraums Dezember 2017 und September 2018 ein Rückgang von 2,5% festgestellt werden. Geschlechterspezifisch zeigen sich jedoch unterschiedliche Entwicklung. Bei Männern stieg die Inanspruchnahme weiterhin um 15,7%. Ausschließlich bei Frauen sank die Angebotsnutzung signifikant um rund acht Prozent. Wird ein Vergleich zwischen den Bundesländern vorgenommen wird ersichtlich, dass in Niederösterreich die Nutzung der Pflegeform der 24-Stunden-Betreuung hoch ausfällt. Bei der Unterteilung an Personen in der jeweiligen Pflegeform geht hervor, dass vom Jahr 2013 bis zum Jahr 2018 ein deutlicher Anstieg von rund 37% hinsichtlich der 24-Stunden-Pflege stattgefunden hat. Im Allgemeinen geht im Jahr 2017 die 24-Stunden-Betreuung als viert häufigste Pflegform hervor (vgl. Franz Kolland et al. 2019:29ff). Das Durchschnittsalter von 24-Stunden betreuten Personen liegt bei 84,2 Jahren. Bei den Hochaltrigen, sprich einer Altersgruppe von über 80-Jährigen, waren im

Dezember 2017 im Bezirk Mödling rund sieben Prozent stationär betreut. Knapp über fünf Prozent wurden durch eine 24-Stunden-Betreuung versorgt (vgl. ebd.:34).

3.4 Zukünftige Entwicklung der Pflegeangebote

Neben den bisher angeführten Statistiken zu den Versorgungsstrukturen wurden auch Pflegebedarfsprognosen für das Jahr 2035 entwickelt. Einerseits wurden Bevölkerungsprognosen aufgestellt, zum anderen die Entwicklungen der einzelnen Pflegeformen prognostiziert.

Die Bedarfsprognosen für die stationäre Pflege und Betreuung wurde ausgehend vom Pflegegeldbezug berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich im Jahr 2035 rund 13.060 Personen in einer stationären Pflege und Betreuung befinden werden. Wird in den Berechnungen der Entfall des Pflegeregresses miteinbezogen, kann von 13.717 stationär zu betreuenden Personen ausgegangen werden (vgl. ebd.:65). Ab September 2018 wird in den Prognosen mit einem Anstieg von 68% im Bezirk Mödling gerechnet (vgl. ebd.:70).

Aufgrund der geringen Zahlen der beanspruchten teilstationären Pflegeangebote wurde im Altersalmanach keine ausführliche Prognose je nach Bezirk erstellt. Dennoch kann auch hierbei ein allgemeiner Anstieg bis zum Jahr 2035 erwartet werden. Ähnlich wie bei den teilstationären Betreuungsformen kann bei der Inanspruchnahme von mobilen Betreuungs- und Pflegediensten von einer generellen Steigerung ausgegangen werden. In Hinblick auf mobile Betreuungsdienste wurde eine detaillierte Auseinandersetzung auf den Bezirksebenen vorgenommen. Die Prognosen zeigen, dass im Jahr 2025 mit einem Anstieg von knapp 30% gerechnet werden kann. Bis zum Jahr 2035 wird eine Steigerung von knapp 60% erwartet (vgl. ebd.:45-46).

Bei den Prognosen zur 24-Stunden-Betreuung kann auf Grundlage der letzten Bedarfserhebung von einer Sättigung ausgegangen werden. Der Zuwachs habe sich in Niederösterreich nahezu beruhigt und ein drastischer Anstieg wird statistisch gesehen nicht erwartet. Dennoch wird in den prognostizierten Statistiken von einem leicht steigenden Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung durch die zukünftig ansteigende Anzahl an älteren, pflegebedürftigen Personen ausgegangen. Bei Bedarfsprognosen zur 24-Stunden-Betreuung zeigen sich zudem regionale Unterschiede. Der Bezirk Mödling zählt dabei zu den Bezirken, in denen von einer Sättigung ausgegangen werden kann. Wohingegen sich in Bezirken wie Horn, Melk, Mistelbach und Waidhofen an der Thaya eine weitere zu vermutende Steigerung zeigt (vgl. ebd.:43ff).

Neben den Prognosen der individuellen Pflegeformen wurde im Altersalmanach auf die Ergebnisse einer Studie zum Thema „Herausforderung, Alter, Politik und Institution“ näher eingegangen. Neben den Auswirkungen vom Pflegeregressfall bedingen weitere Faktoren zukünftige Entwicklungen in Hinblick auf die Pflegeangebote. Dahingehend konnte herausgearbeitet werden, dass der Wunsch solange wie möglich im eigenen Wohnumfeld

bleiben zu können, die demografischen Entwicklung sowie auch verbleibende Privatkosten eine entscheidende Wirkung auf die Zukunftsvorstellung im Alter haben (vgl. ebd.:66).

4 Soziale Altenarbeit und ihre Methoden

Um auf die Soziale Altenarbeit schließen zu können ist ein allgemeines Verständnis der Sozialen Arbeit zielführend. Die internationale Definition beschreibt die Soziale Arbeit wie folgt:

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen“ (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit 2017).

Sozialarbeit arbeitet zudem auf der Grundlage der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte sowie der Verantwortung und Achtung der Vielfalt. Die Profession stützt sich unter anderen auf die Human- und Sozialwissenschaften und Theorien der Sozialen Arbeit. Die Sozialarbeit verfolgt das Ziel, mithilfe von Befähigen und Ermutigen von Menschen das Wohlergehen und die Bewältigung von Lebensherausforderungen zu unterstützen. Dabei umfasst die Disziplin insgesamt acht Handlungsfelder (vgl. ebd.). Eines der Handlungsfelder stellt das Feld „alte Menschen“ dar.

Die Adressierung von alten Menschen in der Sozialen Arbeit ist historisch gesehen ein junges Konzept. Erste Annäherungsversuche an die Nutzer*innengruppe erfolgte ab dem Jahr 1980. Gleichermassen war auch in den Ausbildungen angehender Sozialarbeiter*innen die Miteinbeziehung Sozialer Altenarbeit lediglich in geringer Weise verankert. Laut Mühlum war die Verankerung des Handlungsfeldes stark abhängig vom Interesse einzelner Dozent*innen (vgl. Bleck / van Rießen 2022:11ff). Aus dem Bereich der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen lassen sich durch vielfältige Dienste, Maßnahmen und Angebote, die sich zudem im Laufe der Zeit verändern, Handlungsfelder ableiten. Eine Unterteilung findet meist zwischen der kommunalen, offen organisierten Altenhilfe und dem einer stationären Hilfe in der pflegerischen Versorgung statt (vgl. ebd.:31ff). Das Älterwerden ist geprägt von Veränderungen und Übergängen in neue Lebensphasen sowie einem Erleben von Verlusterfahrungen. Zudem können Risikofaktoren wie zunehmende körperliche oder kognitive Einschränkungen und unterschiedlich auftretende Krankheitsbilder genannt werden. Soziale Altenarbeit stellt die Bedürfnisse von alten Menschen in den Mittelpunkt. Die Arbeit wendet sich gegen ein defizitorientiertes Bild des Älter-Werdens und versucht vielmehr die Kompetenzen, Ressourcen und Potenziale von alten Menschen zu fokussieren. Mithilfe von Sozialarbeiter*innen soll die materielle Existenz von alten Menschen gesichert werden. Weiters bietet die Sozialarbeit Unterstützung bei sozialrechtlichen Ansprüchen und Fragen, gibt einen Überblick über die Versorgungsmöglichkeiten sowie Hilfsangebote und bietet einen Zugang zu verständlicher Information. Die Soziale Altenarbeit hat das Ziel Inklusion zu fördern und Unterstützung bei Lebensübergängen und -ereignissen anzubieten (vgl. Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ ogsa 2017:6ff). Die Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ des Berufsverbandes für Soziale Arbeit definiert unter anderem folgende Aufgabenbereiche, die für die Soziale Altenarbeit relevant erscheinen:

- Information und Beratung zu Angeboten der Region
- Sozialrechtliche Beratung und Intervention zur Existenzsicherung
- Netzwerkarbeit
- Psychosoziale Beratung und Begleitung
- Krisenintervention
- Unterstützung bei Erschließung von sozialen Zuschüssen
- Wohnkoordination in alternativen Wohnformen
- Information und Unterstützung von Vorsorge und rechtlicher Vertretung
- und Angehörigenarbeit (ebd.:10).

Um einen Bezug zum Fokus der Bachelorarbeit dem Angebot der rehabilitativen Übergangspflege herstellen zu können, wurde die Soziale Altenarbeit im stationären und teilstationären Bereich näher recherchiert. Sozialarbeit in stationären und teilstationären Einrichtungen ist bis zum heutigen Zeitpunkt kaum in das Betreuungs- und Versorgungssystem für alte Menschen integriert (vgl. ebd.:15). Dennoch können aus bereits integrierten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit in Pflege- und Betreuungseinrichtungen, Arbeitsweisen von Sozialarbeiter*innen herausgearbeitet werden. Sozialarbeit fördert eine selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und verfolgt das Ziel die Befriedigung von geistigen, seelischen, sozialen und körperlichen Bedürfnissen von alten Menschen zu unterstützen. Gleichermassen stehen Sozialarbeiter*innen bei der Bewältigung von Lebenskrisen, wie beispielsweise dem Verlust von Familienangehörigen Personen zur Verfügung. Arbeitsfelder, die sich ableiten lassen, sind die Unterstützung im Aufnahmeprozess, Beratung und Begleitung, Angehörigenarbeit, Freizeit- und Milieugestaltung sowie die Öffentlichkeits- und Gemeinwesenarbeit. Zudem dient die Sozialarbeit der Zielsetzung und -definierung sowie der Organisation von Hilfeplänen (vgl. Christian Zippel / Sibylle Kraus 2008:347ff). Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Adressierung von alten Menschen formal nicht geregelt. Zugleich konnte für die Soziale Altenarbeit bis heute kaum ein konkreter Rahmen abgesteckt und eine professionelle Identität definiert werden. Dennoch zeigen demografische Entwicklungen ein Älter-Werden der Gesellschaft auf und ein Bedarf an Sozialer Altenarbeit ist laut der bisherigen wissenschaftlichen Literatur und Erkenntnis unumstritten (vgl. Bleck / Rießen 2022).

Aufgrund einer Fokussierung in den Forschungsfragen auf die Methoden in der Sozialen Arbeit werden in den nächsten Erläuterungen die Handlungsweisen und Ansätze der Sozialarbeit zusammengefasst. Die Soziale Arbeit arbeitet unter einem ganzheitlichen Ansatz und orientiert sich entgegen eines Defizitbildes. Als Tätigkeitsformen, welche gleichermaßen als Prinzipien angesehen werden, definiert der Österreichische Berufsverband für Soziale Arbeit Arbeitsweisen wie psychosozial beratend, vernetzend, vorbeugend ansetzend, aufsuchend und begleitend konzentriert. Neben den Prinzipien der Sozialen Arbeit verfolgt diese, klassische Methoden und Kompetenzen. Methoden sind unter anderem Einzelfallhilfe/Case Work, Arbeit mit Gruppen und Familien, soziale Gemeinwesenarbeit und Sozialplanung. Des Weiteren können Mediation und Konfliktregelung zur Methodik der Sozialen Arbeit gezählt werden (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit 2004). Gleichermaßen zählen zu den Kompetenzbereichen der Sozialen Arbeit die Soziale Beratung und Netzwerkarbeit, die Beziehungs- und Biographiearbeit. Zusätzlich können die psychosoziale

Unterstützung und Krisenintervention sowie die Angehörigenarbeit als Aufgaben der Profession angeführt werden (vgl. Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ ogsa 2017:12ff). In den nachfolgenden Erläuterungen werden zwei zentrale Arbeitsweisen, der personenzentrierte Ansatz sowie die Ressourcenorientierung in der Sozialen (Alten-)Arbeit angeführt.

4.1 Der personenzentrierte Ansatz (PZA)

Eine Arbeitsweise, welche auch in der Sozialen Altenarbeit Platz findet, ist der personenzentrierte Ansatz. Die Begrifflichkeit „Personenzentrierung“ kommt ursprünglich aus der Psychotherapie und wurde von Carl Rogers, einem amerikanischen Psychologen, geprägt. Sein leitender Gedanke war, dass Berater*innen nicht wissen können, was für das Gegenüber gut ist. Er vertrat die Überzeugung, dass dies in einer Interaktion zwischen beiden Parteien und der fachlichen Kompetenz der Berater*innen herausgefunden werden muss. Eine personenzentrierte Arbeitsweise bedeutet demnach, mit dem Gegenüber Probleme zu lösen, anstatt dies für ihn oder sie zu tun. Die Selbstverantwortung, welche dadurch gestärkt werden soll, spielt hierbei eine große Rolle. Personenzentriertes Arbeiten bedeutet außerdem den Rahmen, also das Umfeld, um die Person zu erkennen, beziehungsweise einen bestimmten Rahmen zu setzen, um die versteckten Ressourcen und Fähigkeiten aufleben zu lassen (vgl. Pörtner 2019:23-24).

Personenzentrierung setzt eine gewisse Haltung und ein ständiges Hinterfragen der eigenen Arbeitsweise und dem Handeln der Berater*innen voraus. Kurz zusammengefasst definiert sich der personenzentrierte Ansatz durch:

- Die Stellung der Person im Mittelpunkt,
- das Augenmerk auf Stärken und Fähigkeiten, weg von Defiziten und Krankheit sowie
- die Miteinbeziehung des sozialen Netzwerkes der Personen (vgl. Lebenshilfe Soziale Dienste GmbH o.A.).

Carl Rogers nimmt an, dass alle Menschen eine Neigung zu Wachstum, Reifung und Entwicklung hätten und dabei Schöpfer der eigenen Entfaltung seien (vgl. Croy 2003:323). Die Klient*innen werden in diesem Prozess der Entwicklung von den Berater*innen mit positiver Wertschätzung und Wissen begleitet. Gleichzeitig sollen sie befähigt werden, durch Selbstverantwortung, selbstständig Lösungen zu finden. In der rehabilitativen Übergangspflege und in der Pflege allgemein kann die personenzentrierte Arbeitsweise auf allen Ebenen der Begleitung und des Prozesses unterstützend wirken: Pflegepersonen bauen durch die positive Wertschätzung und emotionaler Wärme, eine Beziehung zu den Klient*innen auf und verhelfen ihnen zur Bewusstwerdung ihrer persönlichen Bedürfnisse und dem Treffen von eigenen Entscheidungen (vgl. Stefanoni / Alig 2009:30-31).

Ein weiterer erwähnenswerter Ansatz von Tom Kitwoods beschreibt die personenzentrierte Pflege von PERSONEN-mit-Demenz. Er stellt die Person in den Vordergrund und nicht die Krankheit selbst. Laut ihm ist die Bewahrung des „Personseins“ vor allem in der Demenzpflege

unentbehrlich, da das Fortschreiten der Erkrankung den Klient*innen selbst die Fähigkeit nimmt, dieses zu erhalten (vgl. Kitwood 2008:94ff). Da diese Bachelorarbeit den Fokus auf die Übergangspflege legt, würden genauere Ausführungen den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

4.1.1 Eigenständigkeit und Motivation von zukünftigen Bewohner*innen

Verknüpft man nun die Anforderungen an die Bewohner*innen für eine Aufnahme in die rehabilitative Übergangspflege mit dem personenzentrierten Ansatz von Rogers, kann festgestellt werden, dass ein Großteil der zu leistenden „Arbeit“ an den Klient*innen selbst liegt und die Pflegepersonen und Therapeut*innen nur als unterstützende und motivierende Faktoren in dem Prozess zu sehen sind.

Hinter dem Begriff der Selbstständigkeit verbirgt sich die Gefahr der Zuschreibung von genauen Vorstellungen, was die Person tun sollte. Demnach wird dieser Begriff, mit dem der Eigenständigkeit ersetzt, um nicht das Gegenteil zu bewirken – die Bevormundung. Eine Handlung, die eigenständig geschieht, bedeutet nicht unbedingt, ein Verhalten zu zeigen, wie es sich das Gegenüber wünschen würde. Eigenständigkeit schließt demnach auch die Übernahme der Verantwortung für sich selbst mit ein. Die Selbstverantwortung soll demnach auch Personen im höheren Alter zugestanden werden, auch wenn sie sich manchmal nicht so verhalten, wie es die Mitmenschen gerne hätten (vgl. Pörtner 2019:25-26.) Die Aufnahme in eine rehabilitative Übergangspflege beinhaltet den eigenen Wunsch der zukünftigen Bewohner*innen diese in Anspruch zu nehmen. Da es unter eine der Aufnahmeveraussetzungen fällt, den Aufenthalt und die Therapien aktiv mitzugestalten, wird hier die Selbstverantwortung großgeschrieben. Zudem wird die Therapiewilligkeit und Eigenständigkeit, den eigenen Gesundheitszustand zu verbessern, als primäres Ziel in der rehabilitativen Übergangspflege definiert (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2023).

Eine weitere Methode, welche seitens der Sozialen Arbeit positiv zum Verlauf der rehabilitativen Übergangspflege beitragen kann, ist die motivierende Gesprächsführung. Der Hintergedanke dieser Art von Gesprächsführung liegt dabei, mit einer Person so zu kommunizieren, dass eine Veränderung in eine positive Richtung bewirkt wird und gleicherweise aber die Entscheidungsfreiheit des Individuums respektiert wird. Hier wird ebenso der personenzentrierte Ansatz miteinbezogen. Demnach bauen beide Methoden der Sozialen Arbeit aufeinander auf und können kombiniert miteinander verwendet werden. Die motivierende Gesprächsführung geht davon aus, dass die Motivation zur Veränderung des Verhaltens, oder zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Person selbst vorliegt. Hier wird die Nähe zum personenzentrierten Ansatz besonders deutlich. Diese intrinsische Motivation kann durch die Gesprächsführung hervorgebracht werden. Rogers vertritt die These, dass jede Person von sich aus Fähigkeiten besitzt, sich konstruktiv zu entwickeln und Veränderungen erzielen zu können. Eine motivierende Gesprächsführung neben der Bildung einer tragfähigen Beziehung zwischen Klient*innen und Berater*innen kann dazu beitragen, positive Schritte in Richtung einer Veränderung zu machen (vgl. Miller / Rollnick 2004:21ff).

4.2 Ressourcenorientierung

Die Soziale Arbeit zeigt sich nahezu in allen Handlungsfeldern eng verbunden mit den ressourcenorientierten Handlungsweisen. Schubert und Knecht (2015) definieren den Begriff in Hinblick auf eine Ressourcenorientierung wie folgt:

„Ressourcen sind alle Gegebenheiten, Mittel, Eigenschaften und Verhaltensweisen, die zu einer zufriedenstellenden Lebensgestaltung, zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität verhelfen und diese erhalten“ (Schubert / Knecht 2015 zit. in Bleck / Rießen 2022:513).

Ressourcen können in unterschiedliche Arten eingeteilt werden. Darunter können unter anderem persönliche, soziale, gesellschaftliche, kulturelle sowie ökologische und ökonomische Ressourcen gezählt werden. Besonders wichtig erscheinen die finanziellen Ressourcen. Der ressourcenorientierte Ansatz bezieht sich auf die Stärken und Kompetenzen. Gleichmaßen benötigt die Arbeitsweise eine Grundhaltung, die die Wahrung und Berücksichtigung der Lebenserfahrungen von Klient*innen sichert, um eine gelingende Lebens- und Alltagsgestaltung herzustellen. Mit zunehmendem Alter ergeben sich verstärkt Lebensveränderungen und Risiken, die in der Arbeit mit alten Menschen zu berücksichtigen sind. Risikofaktoren können zum Beispiel finanzielle Sorgen, der Verlust von nahestehenden Personen und die verringerte körperliche und geistige Gesundheit sein (vgl. Bleck / Rießen 2022:513ff).

Schubert definiert im Sinne der ressourcenorientierten Lebensgestaltung im Alter vier Schlüsselressourcen. Zu diesen zählen die materielle und finanzielle Versorgung, das förderliche soziale Umfeld, die soziale Partizipation sowie eine ausreichende Gesundheit. Die persönlichen Ressourcen von alten Menschen werden in physische und psychische Ressourcen unterteilt. Die physischen Ressourcen beinhalten die Funktionalität des Körpers sowie die körperlichen Aktivitäten. Unter den psychischen Ressourcen werden persönliche, kreative und kognitive Fähigkeiten sowie religiös, philosophische Merkmale verstanden. Zudem wird der Selbstbestimmung und -verantwortung im Alter ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Soziale Ressourcen meinen ein unterstützendes soziales Umfeld aufweisen zu können. Insbesondere bei einer vermehrten Hilfsbedürftigkeit werden Sozialkontakte verstärkt als Ressource angesehen. Zur Unterstützung einer gelingenden Lebensgestaltung sind ökonomische Ressourcen von Bedeutung. Finanzielle Ressourcen können einerseits in die eigenen materiellen Mittel und andererseits in staatliche Unterstützungen unterteilt werden (vgl. ebd.:519ff).

Da in der Literatur und besonders in der Ressourcenorientierung die finanziellen Ressourcen vordergründig erscheinen, sollen staatliche Unterstützungsleistungen für ältere Menschen überblicksartig skizziert werden. Neben der Alterspension, auf die Frauen ab einem Alter von 60 Jahren und Männer ab dem 65. Lebensalter Anspruch haben, stehen Personen für die Finanzierung der Pflege und Betreuung unterschiedliche Geld- und Förderleistungen des Staates zur Verfügung (vgl. Sozialministerium Österreich o.A.). Für pflegebedürftige Personen soll die Pflege möglichst nach deren Bedürfnissen selbstständig organisiert werden können.

Das Pflegegeld soll dahingehend als Unterstützung dienen und Kosten, die aufgrund der Pflege und Betreuung entstehen zum Teil abdecken. Bezuglich eines Erhalts des Pflegegeldes müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Einerseits muss ein durchgehender Pflegebedarf begründet durch eine körperliche, geistige, psychische Beeinträchtigung oder Sinnesbehinderung bestehen. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass dieser Zustand mindestens sechs Monate andauern wird und ein Bedarf an Pflege monatlich für mehr als 65 Stunden notwendig ist. Insgesamt umfasst das Pflegegeld sieben Pflegestufen. Nach einer ärztlichen Begutachtung wird die zu betreuende Person anhand des monatlichen Pflegebedarfs in eine der sieben Stufen eingeteilt. Neben den bisher genannten Unterstützungsleistungen werden einzelne Pflegeformen staatlich gefördert. Im Falle, dass eine 24-Stunden-Betreuung notwendig ist und die zu pflegende Person die Voraussetzungen erfüllt, wird die Pflegeform durch eine Förderung unterstützt. Die Förderung wird ab der Pflegestufe drei und einem Einkommen, dass die Höhe von 2.500 Euro nicht überschreitet, gewährt. Zudem gibt es Anforderungen an die Pflegekraft, die zu erfüllen sind, um eine Förderung zu erhalten. Werden Personen mit einem Pflegebedarf zu Hause von Angehörigen gepflegt stehen pflegenden Angehörigen unterschiedliche Unterstützungen wie die Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit zur Verfügung (vgl. Sozialministerium Österreich o.A.).

Zugehörig zur Ressourcenorientierung kann die Lebensweltorientierung als verbindenden Ansatz dienen. Die Lebensweltorientierung in der Sozialen Altenarbeit fordert eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen, also in ihrer Gesamtheit der Biografie, Ressourcen und Perspektiven. Das Handlungskonzept der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit definiert Thiersch folglich:

*„Lebenswelt als Ausgangspunkt Sozialer Arbeit verweist so auf die Notwendigkeit einer konsequenten Orientierung an den Adressat*innen mit ihren spezifischen Selbstdeutungen und Handlungsmustern in den gesellschaftlichen und individuellen Bedingungen und den sich für sie daraus ergebenden Schwierigkeiten und Optionen“ (Kleiner 2005:129 zit. in Kleiner 2012:255).*

Der lebensweltorientierte Ansatz in der Sozialen Arbeit verfolgt bestimmte Handlungsmaxime, die auf die Soziale Altenarbeit abgewandelt und erweitert werden können. Mithilfe des Grundprinzips der Prävention sollen Angebote präventiv gestaltet werden und eine ganzheitliche Betrachtung beinhalten. Weiters ist für die Lebensweltorientierung die Alltagsnähe entscheidend. Dabei sollen barrierefreie Zugänge zu Angeboten geschaffen werden, die zudem an den bisherigen Alltag des Klientel knüpfen. Darüber hinaus soll die Integration und Partizipation von alten Menschen gefördert werden. Anhand von Gegenseitigkeit und einem Gefühl des Miteinanders soll ein gelingendes Zusammenleben geschaffen werden. Älteren Menschen wird darüber hinaus die Möglichkeit geboten mit- und selbstbestimmen zu können. Unter den Begriffen der Dezentralisierung, Regionalisierung und Vernetzung wird verstanden, dass ambulante gegenüber stationären Diensten bevorzugt werden und die Gemeinwesenarbeit zunehmend an Bedeutung gewinnt. Letztere Handlungsmaxime appelliert an die Miteinbeziehung der Sozialen Altenarbeit in den Diskurs der Sozialpolitik und hat das Ziel mithilfe von vernetzenden Treffen strukturelle Veränderungen zu bedingen (vgl. Gabriele Kleiner 2012:255-256).

5 Darstellung der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden gewonnene Erkenntnisse durch das Verfahren der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger präsentiert. Mit dieser Auswertungsmethode wurden die vier durchgeführten Interviews analysiert. Die Ergebnisdarstellung erfolgt hierbei entlang der zentralen Hauptforschungsfrage: „Was kann die Sicht der Sozialen Arbeit bei der Aufnahme in die Übergangspflege beitragen, um sowohl ressourcen- als auch klient*innenorientiert zu handeln?“ Im Fokus der Ergebnisdarstellung wird zuerst die Informationsweitergabe und -aufnahme von zukünftigen Bewohner*innen diskutiert. Darüber hinaus folgen Begründungen, die dazu führen, die Übergangspflege in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren wird die Thematik der Unterstützung des sozialen Umfeldes und die damit verbundenen Herausforderungen, wenn dieses wegfällt dargelegt. Außerdem werden Ziele der rehabilitativen Übergangspflege aufgezeigt, welche in den Interviews erhoben werden konnten. Schlussendlich werden Strategien dargelegt, wie durch die Methoden der Sozialen Arbeit im Pflege- und Betreuungszentrum, der Prozess der Aufnahme in die Übergangspflege und die weitere Vorgehensweise optimiert werden kann. Der letzte Punkt rundet die Ergebnisdarstellung ab und versucht die Hauptforschungsfrage in den Blick zu nehmen und diese interpretativ zu beantworten.

5.1 Informationsweitergabe und -aufnahme der rehabilitativen Übergangspflege

Die bereits in den Methoden der Sozialen Arbeit (Kapitel 4) angeführte Beratung und Informationsweitergabe zu Angeboten in der Region wird durch den Berufsverband der Sozialen Arbeit als ein Aufgabenbereich der Sozialen Altenarbeit genannt (vgl. Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ ogsa 2017:6ff). In der vorliegenden Bachelorarbeit liegt das Forschungsinteresse ab der Aufnahme und dem Einzug in die rehabilitative Übergangspflege in das Pflege- und Betreuungszentrum in Mödling. Dabei stellt sich zuallererst die Frage, wie zukünftige Bewohner*innen auf das Angebot aufmerksam werden. Aus dem Datenmaterial lassen sich verschiedene Quellen nachweisen, wie die Personen auf die rehabilitative Übergangspflege aufmerksam wurden. Eine Befragte gibt an, sie habe von einer Freundin und von Bekannten gehört, dass es dieses Angebot nach einem Krankenhausaufenthalt gibt. Zudem sei die befragte Person von dieser Freundin über die rehabilitative Übergangspflege aufgeklärt worden (vgl. T3, Z 33ff).

„Ich habs natürlich auch von [...] meine Freundinnen gwusst, denn i hob a Freundin de kumt do einmal olle zwa Wochn von da Pforr auf Besuch her de hod gwusst, dass des gibt de hods a gsogt jo oiso i woa wirklich informiert [...]“ (T3, Z 33ff).

Weiters geht aus beiden Interviews der befragten Bewohnerinnen hervor, dass die Information zwar auch durch Mundpropaganda in den Krankenzimmern weitergetragen wird, aber die Hauptinformationen von Sozialarbeiter*innen des Entlassungsmanagements im Krankenhaus erfolgen (vgl. T2, Z 170ff/T1, Z 80ff).

„Also da hab ich wohl im Krankenzimmer öfter auch was gehört – Übergangspflege“ (T1, Z 81).

Daraus lässt sich ableiten, dass bereits ehemalige Bewohner*innen wieder aus unterschiedlichsten Gründen im Krankenhaus stationär aufgenommen werden. Dies kann dadurch begründet werden, dass beide Befragten angeben es würde im Krankenzimmer des Öfteren über die rehabilitative Übergangspflege und die Erfahrungen dort gesprochen werden. In weiterer Folge kann interpretiert werden, dass die Informationsweitergabe durch die Sozialarbeiter*innen des Entlassungsmanagements regelmäßig stattfindet und diese erworbenen Erkenntnisse der Krankenhausbesucher*innen an die Zimmernachbar*innen weitergetragen werden.

„Das drei Monat dauert, das ma de Chance hod, dass ma wieder auf de Fuß kummt oder dass ma hinterher weiß es geht nicht mehr [...]“ (T3, Z 108-109).

Informationen, die durch die Sozialarbeiter*innen weitergegeben werden, sind unter anderem die mögliche maximale Dauer der rehabilitativen Übergangspflege von zwölf Wochen sowie das Ziel, die Einrichtung nach dieser Zeit wieder zu verlassen und zuhause allein oder mit Unterstützung leben zu können (vgl. T3, Z 108-109). Des Weiteren wird von einer Bewohnerin der rehabilitativen Übergangspflege erwähnt, dass auch die anstehenden Kosten und die mögliche Kostenübernahme seitens der Sozialarbeiter*innen kommuniziert wird (vgl. T1, Z 16ff). Es scheint, als würde die Aufklärung über die rehabilitative Übergangspflege bereits im Krankenhaus geschehen. Daraus lässt sich ableiten, dass Personen, die in das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling einziehen, bereits darüber aufgeklärt sind und das Pflegepersonal von einer erneuten Klärung der Rahmenbedingungen absehen könnte.

Zudem geht aus dem Interviewmaterial hervor, dass das Krankenhaus bemüht ist, einen Platz in der rehabilitativen Übergangspflege für die Patient*innen zu erhalten. Trotz dessen gibt es laut des erhobenen Datenmaterials aufgrund von fehlenden Plätzen im Pflege- und Betreuungszentrum, oft nicht die Möglichkeit direkt vom Krankenhaus in die rehabilitative Übergangspflege zu wechseln (vgl. T3, Z 86ff). Daraus lässt sich ableiten, dass nicht alle Patient*innen, die Wahlmöglichkeit besitzen, sich für eine Pflegeform nach einem Krankenhausaufenthalt entscheiden zu können. In weiterer Folge kann interpretiert werden, dass diese Personen demnach auf andere, wie bereits im Kapitel 3.3 angeführte, weitere Pflegeangebote zurückgreifen werden müssen. Demnach ist es möglich, dass Personen ein Pflegeangebot in Anspruch nehmen, welches nicht bedarfsgerecht sein könnte, aufgrund von fehlenden Plätzen in einem anderen Angebot.

Aus dem Interview mit einer befragten Therapeutin der rehabilitativen Überhangspflege geht hervor, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und dem Pflege- und Betreuungszentrum Mödling gut funktioniert. Begründet wird dies durch eine langjährige Zusammenarbeit, die als durchwegs positiv beschrieben wird (vgl. T2, Z 78ff).

„[...] aber auch mit den anderen Landeskliniken is auch immer sehr gute Zusammenarbeit“ (T2, Z 84-85).

Demnach werden im Krankenhaus bereits Personen herausgefiltert, die passend für die rehabilitative Übergangspflege erscheinen. Hierbei wird im Interview erwähnt, dass es vor allem die Personen sind, die auch noch die Möglichkeit haben, sich selbstständig zuhause zurecht zu finden (vgl. T4, Z 230ff).

„Ja so wird das ja meisten schon im Krankenhaus ein bissl rausgefiltert, ja. Dass ma da wirklich ahm nur solche Leute schickt hauptsächlich, die dann wirklich auch wieder ahm die Chance haben wo ma annimmt, dass sie es zuhause schaffen“ (T4, Z 230ff).

In weiterer Folge kann interpretiert werden, dass durch eine gute Zusammenarbeit zwischen den beiden Einrichtungen, der Übergang beziehungsweise der Umzug in das Pflege- und Betreuungszentrum für die Bewohner*innen unkompliziert gestaltet werden kann. Dabei wird nicht nur der Umzug in eine neue Umgebung gemeint, sondern ebenso der weitere Fortschritt der Gesundheit, um schnellstmöglich wieder nach Hause zu kommen. Hierfür können die im Interview genannten übermittelten Therapiepläne und Diagnosen angeführt werden (vgl. T2, 85ff). Dies könnte wiederum dazu führen, in den zur Verfügung stehenden zwölf Wochen, eine präzise und passgenaue Unterstützung der Heilung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erzielen, ohne zuvor die Zeit mit erneuten Untersuchungen und Anamnesen zu verlängern.

Im Folgenden werden Beweggründe angeführt, die einen Umzug in die rehabilitative Übergangspflege erforderlich machen. Dabei wird sowohl die Sicht von Bewohner*innen als auch die der Leitung der rehabilitativen Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling sowie die einer Therapeutin miteinbezogen.

5.2 Beweggründe für eine Inanspruchnahme

„Sprich ahm die Leute, die vom Krankenhaus her zu uns kommen direkt, sind meisten operiert äh oder auf einer Internen irgendein Geschehen. Äh und dadurch immobiler und wir versuchen sie äh so quasi wieder auf die Beine zu bringen, zum Gehen zu bringen, sodass sie möglichst fit werden für zuhause um ihre Selbstständigkeit wieder zu erlangen“ (T4, Z 6ff).

Bezugnehmend auf die Literatur in dieser Bachelorarbeit, wurde bereits im Kapitel 3.2 die rehabilitative Übergangspflege erläutert. Auch im Interview mit der Therapeutin geht hervor, dass Personen meist nach einem Unfall oder einem Geschehen, das die Mobilität hochgradig einschränkt, nach einem Krankenhausaufenthalt in die rehabilitative Übergangspflege wechseln (vgl. T4, Z 6ff). Übereinstimmend damit, erwähnen die befragten Bewohnerinnen, dass diese nach einem Unfall und mit offenen Wunden, die noch versorgt werden müssen in die Station des Pflege- und Betreuungszentrum gegangen sind (vgl. T3, Z 6ff/T1, Z 8ff).

„[...] weil ich hab einen Unfall gehabt und hier oben (B1 zeigt auf die rechte Augenbraue) am Auge das hat geblutet wie verrückt“ (T1, Z 14-15).

Dahinter könnte das Bedürfnis stehen, nicht allein mit den bevorstehenden Herausforderungen im eigenen Umfeld zurechtzukommen. Es scheint, als wären die Personen nach einem Krankenhausaufenthalt noch nicht mobil und fit genug, um den Zustand vor dem Unfall in dieser Zeit zu erlangen. Es ist medizinisch belegt, dass Wundheilungen sowie die Erreichung der Mobilität, beispielweise nach einem Knochenbruch, im Alter länger andauert (vgl. Sozialministerium Österreich o.A.). Bezugnehmend auf die Annahme, dass die Kapazitäten im Krankenhaus nicht für die gesamte Zeit des Heilungsprozesses ausreichen könnten, würde die rehabilitative Übergangspflege ein gutes Mittel sein, in diesem Zeitraum der Heilung noch begleitet und professionell behandelt zu werden.

Übereinstimmend damit geht aus dem Datenmaterial hervor, dass ein Vorteil der rehabilitativen Übergangspflege die beinhaltete Therapie ist. Laut der befragten Stationsleiterin sind in anderen Pflegeangeboten wie beispielsweise in der Kurzzeitpflege die Therapien extern abzuwickeln und eigenständig zu besorgen (vgl. T2, Z 249ff). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Personen, die einen Bedarf an Therapien aufweisen zugunsten der eigenen Bedürfnisse die Übergangspflege wählen sollten. Die genaue Beschreibung der Kurzzeitpflege und deren Vorteile kann im bereits beschriebenen Kapitel der Teilstationären Betreuungsformen nachgelesen werden (Kapitel 3.3.2).

Als weiteren Beweggrund, in die rehabilitative Übergangspflege zu gehen wird die Wohnsituation zuhause genannt. Aus dem Interviewmaterial geht hervor, dass bei schwereren Einschränkungen der Gesundheit nach einem Unfall oder Ähnlichem nicht selten eine Adaptierung der wohnlichen Verhältnisse stattfinden muss (vgl. T4, Z 150ff).

„[...] wo hald auch zum Beispiel zuhause was adaptiert werden muss, wohnungstechnisch. Weil hald ja äh was umgebaut werden muss. Badewanne zu Dusche oder so. Und dass das auch manchmal ein Grund ist, warum hald die Leut zur Übergangspflege kommen [...]“ (T4, Z 151ff).

In diesem Fall könnte der Aufenthalt von maximal 12 Wochen im Pflege- und Betreuungszentrum von Vorteil sein, wenn sich die Mobilität derart verändert hat. Dies könnte wiederum zu einer Entlastung der Angehörigen führen, die sich während dieser Zeit lediglich um die Umgestaltung der Wohnung der Betroffenen zu kümmern haben. Es scheint, dass die rehabilitative Übergangspflege nicht nur für die Betroffenen selbst als Profit gesehen werden kann, sondern gleichermaßen auch eine Entlastung für das Umfeld darstellen könnte. Im Interview mit einer Bewohnerin wird beschrieben, dass diese Möglichkeit der 12 Wochen nach dem Krankenhaus aber auch von Vorteil sind, wenn man alleine lebt und keine Unterstützung von außen erhält (vgl. T1, Z175ff). Es scheint, als würde die rehabilitative Übergangspflege als Ausgleich zur fehlenden Unterstützung zuhause gesehen werden. Dies zeigt wiederum, dass Personen nach dem Krankenhaus noch nicht mobil genug sind, um wieder vollends allein in der Wohnung leben zu können.

„[...] für jede Person, die es eben benötigt“ (T2, Z 139).

Generell lässt sich aus dem Datenmaterial herauslesen, dass sich nicht die eine bestimmte Personengruppe definieren lässt, die die rehabilitative Übergangspflege in Anspruch nehmen soll. Die Leiterin der Station beschreibt, dass besonders in Akutphasen sich das Angebot als besonders geeignet zeigt (vgl. T2, Z 139ff).

„[...] ja um auch in da Akutphase, wenn der Mann arbeiten geht und i geh arbeiten i versteh auch die Angehörigen, die ham des selbe Problem wohin mit den Eltern wenn was passiert is“ (T2, Z 143ff).

Einerseits kann durch diese Aussage der Anschein entstehen, dass regelmäßig Plätze in der rehabilitativen Übergangspflege bestehen und diese auch bei akuten Fällen sofort reagieren kann und Bewohner*innen aufnimmt. Andererseits wurde bereits beim Punkt der Informationsweitergabe sichtbar, dass die Anzahl der Personen im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling nicht nur begrenzt verfügbar sind (Kapitel 3.1.4), sondern eben auch zumeist voll besetzt. Im Interview mit der Leiterin der rehabilitativen Übergangspflege wird zudem erwähnt, dass sobald bekannt wird, dass ein Zimmer in naher Zukunft frei werden wird, dieses so schnell als möglich wieder nachbesetzt wird. Dies würde vorwiegend aus finanziellen Gründen geschehen (vgl. T2, Z 148ff).

Aufgrund der Forschungseinsicht kann die These aufgestellt werden, dass Bewohner*innen der rehabilitativen Übergangspflege schneller genesen und mobil werden, als Personen, die dieses Angebot nicht wahrnehmen. Begründet werden kann dies einerseits durch die Beobachtungen der Therapeutin im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling. Sie beschreibt im Interview, dass die Motivation unter den Bewohner*innen an andere übertragen wird. Jede Person hat an einem anderen Geschehen zu arbeiten, wo vorangekommen werden muss (vgl. T4, Z 24ff). Es scheint demnach eine übertragbare Motivation unter den Bewohner*innen zu geben. Dahinter könnte das Bedürfnis stehen die eigene Gesundheit, so wie die der Mitgesinnten wieder schneller in einen positiveren Zustand zu verändern, da dies auch bei anderen so gesehen wird. Im Interview wird beschrieben, dass dies als Profit gesehen werden kann, da sie unter Gleichen sind und mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben (vgl. T4, Z 27ff).

„Und da wirklich ahm Situationen oft entstehen, die ahm sehr positiv sind und ah die Motivation heben. Und das brauchen die Leut hald. Dass sie auch teilweise mitgerissen werden. Motiviert sind. Und wenn ma des jetzt irgendwie zuhause macht, glaub ich ist das einfach manchmal bissl fad“ (T4, Z 29ff).

Übereinstimmend damit geht aus dem Interviewmaterial hervor, dass die Situation zuhause ganz anders ablaufen würde als mit dem Umfeld und in Gesellschaft in der rehabilitativen Übergangspflege (vgl. T1, Z 29ff).

5.3 Die Übersiedelung in das Pflege- und Betreuungszentrum

In diesem Kapitel liegt der Fokus beim Ablauf der Übersiedelung und dem Erstkontakt zwischen den neuen Bewohner*innen der rehabilitativen Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling und den Angestellten. Es soll dargestellt werden, wie sich dieser Prozess gestaltet. In einem weiteren Schritt (Kapitel 5.7) wird die Soziale Arbeit miteinbezogen und deren Stellenwert in dieser Vorgehensweise diskutiert.

Nach dem Eintreffen in das Pflege- und Betreuungszentrum in Mödling nimmt eine Pflegeperson die neuen Bewohner*innen in Empfang. Die erste gemeinsame Unterhaltung findet bereits im Zimmer der rehabilitativen Übergangspflege statt. Erst danach, meist am nächsten Tag, klinken sich die Ergotherapeuten und Physiotherapeuten ein, um sich vorzustellen. Als Grund für diese verzögerte Bekanntmachung wird die neue Situation für die Bewohner*innen genannt. Man möchte sie nicht „überrumpeln“ (vgl. T4, Z 51ff).

„Dass einmal die Pflege sie in Empfang nimmt und das ist hald so quasi der erste Kontakt. Und ahm wenn da mal so quasi im Zimmer so einiges hald stattgefunden hat von diesem, diesem Aufnahmeprozess, dann klink ich mich erst ein. Oder die Ergotherapeutin, damit hald auch nicht jetzt 15 Leute auf einmal dastehen und den Patienten da überfordern [...]“ (T4, 52ff).

Generell lässt sich aus dem Datenmaterial ablesen, dass der überwiegende Kontakt vor und während einer Aufnahme in die Station des Pflege- und Betreuungszentrums Mödling mit der Sachbearbeiterin und der Leitung der rehabilitativen Übergangspflege besteht. Einerseits kann durch das Fehlen der Sozialen Arbeit in diesem Prozess der Anschein entstehen, dass durch die bereits im Vorhinein getätigte Aufklärungsarbeit seitens des Entlassungsmanagements im Krankenhaus, nicht mehr der Bedarf an weiteren Informationen besteht. Diese wenigen Informationen, die es noch benötigen könnte, würden ausreichend von Seiten des Pflegepersonals und den Sachbearbeitern erfüllt werden. Andererseits könnte durch den Einsatz von Personal mit sozialarbeiterischer Ausbildung die Pflege in diesem Aufgabengebiet entlastet werden. Durch die Methode des personenzentrierten Ansatzes (Kapitel 4.1) wäre es möglich, die Bewohner*innen vom ersten Tag an, in der rehabilitativen Übergangspflege zu begleiten und aufkommende Problemlagen, wie beispielsweise die bereits erwähnte Adaptierungen in der Wohnung oder die Kommunikation mit dem sozialen Umfeld durch die Soziale Arbeit geschehen. Hieraus könnte der Schluss gezogen werden, dass nicht nur ein Mehrwert für die Pflegepersonen, aufgrund einer Entlastung entstehen würde, sondern gleichermaßen für die Bewohner*innen durch eine ganzheitlichere Begleitung während ihres Aufenthaltes.

Nach der Übersiedlung und dem Ankommen sowie ersten Kennenlernen des Personals und der Umgebung findet eine vierzehntägige Eingewöhnungsphase statt. Diese soll den Bewohner*innen ermöglichen die Tages- und Nachtstrukturen, die Therapien sowie das Personal kennenzulernen (vgl. T2, Z 115-116). Im Interview wird beschrieben, dass die Informationsübermittlung häufiger in einem Prozess erfolgen muss (vgl. T2, Z 255ff).

„Auf alle Fälle. Auf alle Fälle. Ja so nach einer Woche circa muss ma sie schon immer wieder aufklären, dass des nicht für immer is, ja“ (T2, Z 255-256).

Es scheint demnach den Bedarf einer Informationsschleife zu geben, bei welcher Bewohner*innen immer wieder aufs Neue Informationen von dem Pflegepersonal erhalten. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ein erhöhter Aufwand durch die Aufklärungsarbeit der Bewohner*innen für diese Berufsgruppe bestehen könnte. Ein Einsatz der Sozialen Arbeit kann wie im vorigen Absatz beschrieben, Ressourcen nutzen und die Pflege entlasten.

5.4 Die Unterstützung durch das soziale Umfeld

Das soziale Umfeld kann wie bereits im Kapitel 4.2 als Ressource betrachtet werden. Schubert und Knecht definieren den Begriff der Ressource als Hilfsmittel beziehungsweise Gegebenheit, die zum Wohlbefinden und einer höheren Lebensqualität verhilft (vgl. Schubert / Knecht 2015 zit. in Bleck / Rießen 2022:513).

„Ich würde sogn, wenn ma gscheit is fongt ma ois Junger damit an sein Umfeld zu planen“ (T3, Z 259).

Aus dem Interviewmaterial geht besonders im Gespräch mit den Bewohner*innen hervor, dass das soziale Umfeld im Prozess der Aufnahme und auch während und nach dem Aufenthalt im Pflege- und Betreuungszentrum eine essenzielle Rolle spielt (vgl. T3, Z 60-61). Das soziale Umfeld wird in beiden Interviews mit sehr guten Freund*innen definiert. Dies ergibt sich aufgrund von bereits verstorbener oder im Inland fehlender Verwandtschaft (vgl. T1, Z 120ff). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Personen im höheren Alter Unterstützung im Prozess von der Aufnahme über die Abwicklung des Einzuges bis hin zur weiteren Planung nach dem Aufenthalt in der rehabilitativen Übergangspflege benötigen. Es scheint demnach ein Bedarf der längerfristigen Begleitung und Betreuung zusätzlich zur Pflege und Rehabilitation zu benötigen, da dies bei einem fehlenden Umfeld zur Überforderung führen könnte.

„I bin ned ihr Mama i bin a guade Bekannte. I bin a Freindin in da Zwischenzeit hat mich die Familie adoptiert, weil mei Schwester, mei Tochter is gstoam“ (T3, Z 267-268).

Unterscheidungen gab es laut den Interviewpartner*innen in der Art der Unterstützung, die sie vom sozialen Umfeld bekommen. Einerseits wurde durch das Ausfüllen von Anträgen und die Erstellung von Kopien sowie durch Bankbesuche und die Besorgung von Kontoauszügen unterstützt (vgl. T1, Z 124ff). Andererseits wird die Erwachsenenvertretung durch eine nahestehende Freundin einer Bewohnerin übernommen und gleichermaßen die Erledigung des bürokratischen Aufwandes sowie der finanziellen Abwicklung (vgl. T3, Z 125ff). Zudem wird die Unterstützung bei der Übersiedelung in die rehabilitative Übergangspflege und die Betreuung der leerstehenden Wohnung als Hilfeleistungen genannt (vgl. T3, Z 250ff).

„[...] jo na da Auszug is so geplant meine Freundin is praktisch übersiedelt und schlöft in mein Bett damit da Hund sei Ordnung hod weil der liegt a im Bett oiso do hob i kane Sorgen [...]“ (T3, Z 250ff).

Es scheint, als wären die Bedarfe der Unterstützung von Bewohner*in zu Bewohner*in unterschiedlich. Auffällig ist, dass bei allen Befragten die Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge sowie bei der Abwicklung der finanziellen Belange überwiegt. Aufgrund dieser Forschungseinsicht durch die durchgeführten Interviews kann die These aufgestellt werden, dass vor und während der Aufnahme in die rehabilitative Übergangspflege der Bedarf einer Unterstützung besteht, wenn das soziale Umfeld wegfallen würde. Eine Übernahme der Aufgaben seitens der Sozialen Arbeit kann an dieser Stelle angedacht werden.

Laut des befragten Personals in der rehabilitativen Übergangspflege wird das soziale Umfeld nur aktiv mit in die Therapie und Pflege einbezogen, wenn die Bewohner*innen dazu nicht mehr kognitiv fit genug seien (vgl. T4, Z 86ff).

„Also wenn ich irgendwie hald merke, dass da kognitive Defizite sind, dann versuch ich natürlich schon, wenn Angehörige kommen, meistens am Nachmittag irgendwie zu Besuch. Die dann hald einzubeziehen und zu fragen, ist das jetzt wirklich jetzt so“ (T4, Z 92ff).

Da in den Voraussetzungen für die Aufnahme in eine rehabilitative Übergangspflege festgeschrieben steht, dass Personen mit Anzeichen und Nachweis einer Demenz nicht an dieser Form der Rehabilitation teilnehmen können, bleibt die Frage offen, wie oft das soziale Umfeld wirklich in den Prozess miteinbezogen wird (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2023a).

Zudem lässt sich aus den geführten Interviews ablesen, dass vor allem der Bedarf des sozialen Umfeldes mit dem Auslaufen des Zeitraumes in der rehabilitativen Übergangspflege steigt (vgl. T2, 204-211). Übereinstimmend damit lässt sich aus dem vorherigen Abschnitt der Ergebnisse erkennen, dass der Aufenthalt im Pflege- und Betreuungszentrum begrenzt ist und oftmals als Übergangslösung gesehen wird, um neben der Genesung und der Rehabilitation auch wohnungstechnische Veränderungen vornehmen zu können. In diesem Prozess könnte die Unterstützung durch Dritte einen essenziellen Beitrag leisten.

5.5 Erwartungen und Assoziationen an die rehabilitative Übergangspflege

„Mein Gott hoffentlich, wird sowsas äh eben immer weiter ausgebaut. Als Hilfe für die Menschen, weil heute sind ja viele allein. Das merk ich ja hier auch“ (T1, Z181-182).

Aus dem Interview mit einer Bewohnerin der rehabilitativen Übergangspflege geht hervor, dass die Möglichkeit dieses Angebot in Anspruch nehmen zu können weiter ausgebaut werden soll, um viele Betroffene zu unterstützen. Es scheint, dass die eigenen Erfahrungen im Pflege- und Betreuungszentrum in dieser Form der Betreuung und Rehabilitation von positiven Erlebnissen

geprägt wurde, sodass der Wunsch einer Erweiterung des Angebotes für Gleichgesinnte entsteht (vgl. T1, Z 180ff).

Nach der Frage der Erwartungen in der rehabilitativen Übergangspflege vor Beginn des Einzuges, wurde die Wiedererlangung der Selbstständigkeit in den eigenen vier Wänden genannt (vgl. T3, Z 36-38). Die Haltung der aktiven Beteiligung am Rehabilitationsprozess wird zudem von der Therapie vorausgesetzt, um in die rehabilitative Übergangspflege zu kommen. Wenn dieses aktive Mitgestalten und die Motivation den eigenen Gesundheitszustand zu verbessern nicht vorhanden ist, so werden bereits vor dem Einzug alternative Pflegeformen gesucht (vgl. T4, Z 131ff).

„[...] jemand der gar nicht mehr will oder so, kommt ja gar nicht mehr auf die Übergangspflege, weil der wird hald dann in eine Langzeitpflege untergebracht. Oder hald zuhause mit einer 24-Stunden-Hilfe gleich oder so“ (T4, Z 132ff).

Unter alternativen Pflegeformen wird die 24-Stunden-Pflege oder auch die Langzeitpflege verstanden (Kapitel 3.3). Aus dem Interview mit einer Bewohnerin geht hervor, dass die Erwartung an die rehabilitative Übergangspflege mit in der Vergangenheit in Anspruch genommenen Angeboten verglichen wurden (vgl. T3, Z 131-135). Es scheint, als würden sich die zukünftigen Bewohner*innen bereits vor Einzug in die rehabilitative Übergangspflege ein Bild von diesem machen. Im Falle der Interviews waren außerdem schon einige Zielsetzungen in der Zeit im Pflege- und Betreuungszentrum bekannt. Hier kann man wieder auf die Informationsweitergabe des Krankenhauses schließen, sowie die explizite Aufklärung durch die Soziale Arbeit im Entlassungsmanagement.

„[...] weil manche haben dann auch zeitlich nicht so dieses, nicht die richtige Einschätzungen und sagen so vor fünf Jahren erzählens ma was, was alles gemacht haben. Aber nicht nur kurz vorm Spital [...]“ (T4, Z 90-93).

Seitens der Therapie und der Pflege werden trotzdem Erwartungshaltungen beschrieben, die nicht realistisch mit dem Gesundheitszustand vor dem Krankenhausaufenthalt übereinstimmen. Laut den Befragten sind die Ziele teilweise utopisch definiert und der Wunsch nach zwölf Wochen wieder alles so zu können wie noch vor vielen Jahren ist groß (vgl. T4, Z 67ff). Dahinter könnte das Bedürfnis der Wiedererlangung der Mobilität stehen. Es scheint, dass der Unfall und die Einschränkungen der Gesundheit einen Einschnitt in das Leben der älteren Personen machen würde. Gründe können, wie bereits in den Ergebnissen dargestellt wurde einerseits in der noch zu veränderten Wohnsituation oder dem „Alleine-Hilflos-sein“ liegen. Andererseits spielt das soziale Umfeld einen wesentlichen Faktor.

Die hohen Erwartungen, den Gesundheitszustand von der Vergangenheit, weit vor dem Krankenausaufenthalt wiederzuerlangen liegt nicht selten bei den Angehörigen. Während die Haltung der Bewohner*innen realistisch zu sein scheint, ist es das soziale Umfeld, das Druck von außen erzeugt (vgl. T2, Z109 ff).

„Manche kommen mit gar keiner Erwartung überhaupt diejenigen die noch von einer Übergangspflege noch nie was gehört haben und nichts wissen wie wies da abläuft auch die Angehörigen, da is manchmal von den Angehörigen eher die hohe Erwartung“ (T2, Z 111ff).

Es kann der Anschein entstehen, dass Sorge um die weitere Zukunft der Betroffenen Angehörigen im Pflege- und Betreuungszentrum besteht. Sorgen könnten verbunden mit der eigenen Freiheit und den folgenden Einschränkungen bei erhöhtem Pflegebedarf der Angehörigen sein. Es scheint, als wäre auch hier die Aufklärungsarbeit der Sozialen Arbeit von Vorteil. In diesem Fall könnte nicht nur über alternative Pflegeformen aufgeklärt werden, sondern gleichermaßen auf die Bedürfnisse beider Parteien eingegangen werden. Dies könnte wiederum dazu führen, dass kein Druck bei Bewohner*innen der rehabilitativen Übergangspflege aufkommt, nach zwölf Wochen wieder fit sein zu müssen, da dies vom sozialen Umfeld erwartet wird. Die Schnittstelle und der daraus entstehende Mehrwert der Sozialen Arbeit wird hier deutlich.

Im folgenden Abschnitt wird das Ziel der rehabilitativen Übergangspflege, das als Ergebnis der Interviews eruiert wurde genannt und mit den bisherigen Ergebnissen verglichen und interpretiert.

5.6 Ziel der rehabilitativen Übergangspflege

Sowohl bei der Literaturrecherche als auch bei der Erhebung und Auswertung der Interviews ist das Ziel der rehabilitativen Übergangspflege als das „Nachhause gehen“ definiert. Wie dies funktionieren kann und welche Maßnahmen und Unterstützungen es während des Aufenthaltes im Pflege- und Betreuungszentrum benötigt soll anhand der folgenden Ergebnisse dargestellt werden.

Um das Ziel des entlassen werden nach Hause zu erreichen, ist es laut dem Interview mit der Pflegeleitung wichtig, die Betroffenen wieder auf die Beine zu bringen, um möglichst fit für die eigenen vier Wände zu werden und vor allem die Selbstständigkeit wieder zu erlangen (vgl. T4, Z 8ff). Betroffene selbst berichten, dass sie in der rehabilitativen Übergangspflege Zeit haben, sich allmählich nach einem Unfall und den einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen wieder auf zu Hause vorbereiten zu können (vgl. T1, Z 61-62).

„Dass sie dann eine allmähliche Zeit haben um wieder nachhause zu kommen“ (T1, Z 61).

Übereinstimmend geht aus dem Interviewmaterial hervor, dass als persönliches Ziel die möglichst lange Selbstständigkeit in der Wohnung zu bleiben anvisiert wird (vgl. T1, Z 38-39). Seitens der Therapie werden alltägliche Aufgaben, wie das Klo gehen, Stiegen steigen oder Tätigkeiten in der Küche als Meilensteine angesehen, welche bis zur Entlassung erlangt und mit oder ohne Hilfsmittel erlernt werden sollen (vgl. T3, Z 48ff). Als weitere Zielsetzung während des Aufenthaltes wird seitens der Therapie und Pflege die Schmerzreduktion

genannt. Diese erfolgt meist über das Legen von Drainagen nach einem Unfall und schmerzenden Gliedmaßen (vgl. T4, Z 284ff). Auch im Interview mit einer Bewohnerin wird beschrieben, dass in der rehabilitativen Übergangspflege sehr viel gelernt werden und die aktive Mitgestaltung der Therapie erfolgen muss, um das Ziel erreichen zu können (vgl. T3, Z 82ff). Bestätigt wird diese Aussage auch durch das Personal der Therapie, dass die Bewohner*innen zwar durch den Prozess der Rehabilitation begleitet, aber ohne Eigeninitiative dieser das definierte Ziel innerhalb von 12 Wochen nicht erreichen kann (vgl. T4, Z 125-126).

„Im Grunde steckt die Therapie die Ziele während des Aufenthaltes ab. Ja oiso jetzt ham ma wieder a Ergotherapeutin oiso und Physiotherapeuten, die . . ah machen die Therapien und auch die Ziele. Ja manche sind am Anfang noch Rollstuhlbedürftig, die üben dann mit ihnen mitn Rollator zu gehen [...]“ (T2, Z 130ff).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass neben dem Hauptziel in der rehabilitativen Übergangspflege, dem „Nachhause kommen“ zudem die individuellen Zielsetzungen in der Therapie von Bedeutung sind. Es scheint demnach im Laufe des Aufenthaltes sowohl in der Physiotherapie als auch in der Ergotherapie Eruierungen zur anfangs definierten Zielerreichung zu geben. Dies scheint besonders sinnvoll, da der Aufenthalt von zwölf Wochen in der rehabilitativen Übergangspflege eine kurze Zeitspanne für einen Genesungsprozess darstellen kann. Während der Betreuung in der rehabilitativen Übergangspflege kann durch die Therapeut*innen festgestellt werden, wenn sich Fortschritte zeigen (vgl. T2, Z 273ff). Zudem sieht es das Personal als Zielsetzung, dass sie den Bewohner*innen wieder so weit dazu verhelfen können, sodass diese mit oder ohne Hilfsmittel nach Hause gehen können (vgl. T2, Z 317ff).

„[...] und dann im Laufe der Zeit die sie bei uns verbleiben, wo ma sieht da Fortschritt wird immer besser und besser und man kann sie wirklich ruhigen Gewissens nach Hause schicken oder nach Hause entlassen, ja. Sie kommen zu Hause zu recht, ja. Und des is direkt vom Krankenhaus nach Hause is es nicht“ (T2, Z 272ff).

Generell lässt sich aus dem Interviewmaterial ableSEN, dass durch die rehabilitative Übergangspflege der Daueraufenthalt in einer Langzeitpflege vermieden beziehungsweise hinausgezögert werden soll, um so lange als möglich zu Hause bleiben zu können (vgl. T3, Z 44ff). Solange sich der Gesundheitszustand nach der rehabilitativen Übergangspflege nicht wieder akut verschlechtert, kann dieses Ziel des „Zuhause bleibens“ erreicht werden. Laut der befragten Therapeutin geht hervor, dass es trotz allem vorkommt, dass Bewohner*innen nach ihrem Aufenthalt eine andere langfristige Pflegeform in Anspruch nehmen müssen (vgl. T2, Z 280ff).

5.7 Bedarfserhebung der Sozialen Arbeit in der rehabilitativen Übergangspflege

Auf die Frage, ob in der Pflege des Pflege- und Betreuungszentrums in Mödling Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen gewünscht wäre, wurde wie folgt geantwortet:

„Ja, manchmal schon. (B2 seufzt) Jo manchmal schon. Ja es is schon ein full time Job die Aufnahmen und Entlassungen, ja“ (T2, Z 244-245).

Laut der befragten Leitung der rehabilitativen Übergangspflege wird die Arbeit im Aufnahme- und Entlassungsmanagement als zeitintensiv wahrgenommen. Neben diesen Tätigkeiten fordern die täglichen Aufgaben der Pflege das Personal zusätzlich (vgl. T2, Z 244ff). Es scheint demnach, vor allem für die Leitungsposition einen erhöhten Aufwand durch die bürokratischen Angelegenheiten rund um die Aufnahme und Entlassung zu geben. Dies könnte wiederum einen Schnittpunkt für die Soziale Arbeit darstellen, in dem sie entlasten wirken könnte und die Funktion des Aufnahme- und Entlassungsmanagements übernimmt.

„[...] wo hald auch zum Beispiel zuhause was adaptiert werden muss, wohnungstechnisch, weil hald ja äh was umgebaut werden muss. Badewanne zu Dusche oder so“ (T4, Z 149ff).

Für etwaige Umbauarbeiten, die in der eigenen Wohnung zu organisieren sind, kümmern sich Freund*innen oder Verwandte (vgl. T2, Z 244ff). Es scheint, dass es seitens des Pflege- und Betreuungszentrums während des Aufenthaltes in der rehabilitativen Übergangspflege nicht die Möglichkeit der Unterstützung gibt, das Eigenheim bedarfsgerecht umzugestalten. Die Soziale Arbeit könnte an dieser Stelle mitwirken. Einerseits durch fachliches Wissen bezüglich Kostenzuschüssen und Fördermöglichkeiten. Andererseits kann die Soziale Arbeit als Ressource betrachtet werden, wenn das soziale Umfeld fehlt, oder selbst nicht (mehr) in der Lage ist, sich um die betroffene Bewohner*innen und deren Wohnumbau zu kümmern.

„Oder es gibt Freunde die ah vielleicht das zu gut meinen oder ah zu dominant sind und demjenigen das gleich alles aus den Händen reißen, obwohl ers vielleicht eh noch könnte oder“ (T4, Z 345ff).

Die Soziale Arbeit betrachtet die Situation aus der Metaebene und kann durch unterschiedliche Methoden, Techniken und dem Fachwissen für die Betroffenen selbst aber auch für das Umfeld als Unterstützung wirken.

„[...] und wenn da jemand wäre, der das also eine dritte Person sozusagen, die das hald von Außen einschätzt einmal und sagt ok, die Lage ist so und so und nicht, dass dann irgendwelche, weil ja bei den Angehörigen und so spielen ja auch immer viele Emotionen mit, ja“ (T4, Z 347ff).

Trotz dessen, dass der Forschungsfokus auf den Bedarf der Sozialen Arbeit bei der Aufnahme in die rehabilitative Übergangspflege gelegt wurde, konnte im gesamten Verlauf des Aufenthaltes im Pflege- und Betreuungszentrums Mödling auf einen sinnvollen Einsatz der Sozialen Arbeit geschlossen werden. Sowohl bei den Interviews mit den Bewohner*innen als auch durch die Auswertung der Interviews des Personals wird ersichtlich, dass die Soziale Arbeit an einigen Schnittstellen positiv zum Verlauf der Übergangspflege beitragen kann. Anhand der Beispiele, die im Ergebnisteil genannt wurden, werden unterschiedlichste

Schnittpunkte sichtbar, bei denen der Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit bestehen würde. Alles in allem kann durch die Soziale Arbeit eine ganzheitliche Beratung und Betrachtung der Bewohner*innen sowohl im Aufnahmemanagement als auch im Verlauf der rehabilitativen Übergangspflege erfolgen.

5.8 Ausschnitte der Ergebnisse des Kurzfilmes

Im folgenden Abschnitt werden in einer Collage Ausschnitte aus dem Kurzfilm zur rehabilitativen Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling dargestellt. Diese werden im Film als bewegte Bilder präsentiert und mit Erkenntnissen aus dem ausgewerteten Datenmaterial in schriftlicher Form ergänzt. Einerseits wurden die Ergebnisse als Informationstext hinzugefügt, andererseits sollen Zitate von Bewohner*innen sowie einer Therapeutin den Aufenthalt in der Übergangspflege verdeutlichen. Der Kurzfilm kann unter dem nachfolgenden Link abgerufen werden:

<https://www.youtube.com/watch?v=Xci4ajyV9bo>

Derzeit ist das Video nur für Personen zugänglich, die den Link erhalten haben. Von einer Veröffentlichung wurde bisher abgesehen.



Abbildung 4: Ausschnitte Endprodukt; eigene Darstellung

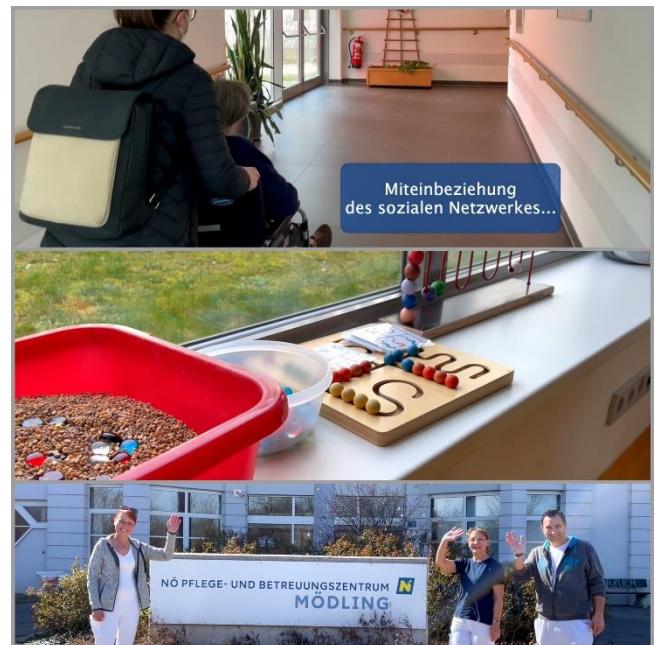


Abbildung 5: Ausschnitte Endprodukt; eigene Darstellung

6 Resümee

Im letzten Abschnitt der Bachelorarbeit werden die Ergebnisse zusammengefasst und anschließend diskutiert. Weiters wird ein zukünftiger Forschungsausblick gegeben sowie der Forschungsprozess reflektiert.

6.1 Zusammenhang und Diskussion der Ergebnisse

In den Ergebnissen konnte festgehalten werden, dass verschiedene Kanäle bei der Informationsübermittlung vor dem Einzug in die Übergangspflege genutzt werden. Vordergründig sind dabei Informationen von ehemaligen Bewohner*innen, die im Krankenhaus kommuniziert werden sowie die Informationsweitergabe der Sozialarbeiter*innen im Entlassungsmanagement des jeweiligen Krankenhauses. Darüber hinaus zeigt sich, dass Bewohner*innen, welche vom Krankenhaus in die rehabilitative Übergangspflege übersiedeln bereits eine grundlegende Aufklärung erhalten haben. Dennoch kann die Übermittlung der Informationen als Prozess verstanden werden, der einer Informationsschleife mit verschiedenen Auskünften zu unterschiedlichen Zeiten ähnelt. Hinsichtlich der Forschungsfrage nach der Sichtweise der Sozialen Arbeit spiegeln sich hierbei Unterstützungsmöglichkeiten wider. Zusammenfassend kann dahingehend die Entlastung des Pflegepersonals sowie die ganzheitliche Begleitung der Bewohner*innen genannt werden. Insbesondere der personenzentrierte Ansatz stellt eine Methode dar, die es ermöglicht Bewohner*innen bereits ab dem ersten Tag in der Übergangspflege umfassend zu begleiten. Wird konkret die Frage nach der erfolgreichen Übersiedelung in das Pflege- und Betreuungszentrum beleuchtet kann zusammengefasst aus den Ergebnissen herausgelesen werden, dass die Aufklärung über das Angebot eine entscheidende Rolle spielt und ein schrittweises Ankommen im neuen Umfeld förderlich ist.

Die Frage, inwieweit eine Miteinbeziehung von Angehörigen im Aufnahmeprozess von Relevanz ist, konnte dahingehend beantwortet werden, dass die Ausgangslagen individuell zu betrachten sind. Die Bewohner*innen weisen ein unterschiedliches Verständnis vom sozialen Umfeld auf und werden auch in individueller Weise und Ausmaß unterstützt. Darüber hinaus geht aus den Erkenntnissen hervor, dass das soziale Umfeld oftmals erst nach einem Aufenthalt, sprich einem Wiedereinzug zuhause gefordert ist. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit neben der ganzheitlichen Betrachtung auch eine Metaebene einnehmen kann. Insbesondere, wenn Bewohner*innen keine Angehörige haben könnten Sozialarbeiter*innen im Prozess der 12 Wochen unterstützend wirken und als außenstehende Personen fungieren. Ebenso kann die Emotionalität der Angehörigen durch die Sozialarbeit in Gesprächen aufgefangen werden. Da sich das Aufnahme- und Entlassungsmanagement in den Ergebnissen als zeitintensiv beschreiben lässt, wäre dahingehend eine Unterstützungsleistung durch die Soziale Altenarbeit denkbar.

In der rehabilitativen Übergangspflege haben die individuelle Zieldefinierung der Bewohner*innen und deren Erreichung einen hohen Stellenwert. Als zentrales Ziel des Angebots kann das nachfolgende selbstständige Leben zuhause genannt werden. Zudem wird ein längerfristiger Verbleib im eigenen Wohnumfeld nach einer Inanspruchnahme angestrebt. Hauptverantwortliche in der Zielsetzung und -ausführung sind die beinhaltete Therapie sowie die Bewohner*innen selbst. Die Ergebnisse zeigen, dass die Ziele und Erwartungen meist aus einem Vergleich zum vorherigen Zustand entstammen. Weitere Ziele, die aus den Ergebnissen hervorgehen sind die Erlangung der Selbstständigkeit sowie eine Verbesserung der Mobilität.

In den gesamten Ergebnissen der Forschung kann die Betonung einer gut funktionierenden Zusammenarbeit zwischen dem Entlassungsmanagement im Krankenhaus und dem Pflege- und Betreuungszentrum Mödling herausgelesen werden. Eine kooperative Arbeitsweise zwischen den Einrichtungen kann einerseits im Aufnahmemanagement, aber auch in Bezug auf das Klientel förderlich sein. Darüber hinaus wird durch die Zusammenarbeit die Übersiedelung erleichtert. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wie eine höhere Bekanntheit der rehabilitativen Übergangspflege für Bewohner*innen und deren Angehörige erreicht werden kann, wurde die Möglichkeit eines Endprodukts in Form eines Kurzfilmes genutzt. Dieser repräsentiert den Ablauf der Aufnahme in die rehabilitative Übergangspflege in das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling und zeigt zudem auf wie die Soziale Arbeit mit ihren Handlungsprinzipien ansetzen und unterstützen kann. Das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege bringt einen vielschichtigen Nutzen in vielerlei Hinsicht. Das Pflege- und Betreuungsangebot bietet die Möglichkeit einer professionellen Genesung mit beinhaltender Therapie, steigert die Motivation der Bewohner*innen und kann gesamtgesellschaftlich als Entlastung der Pflege- und Betreuungssituation angesehen werden.

6.2 Forschungsausblick

Im Forschungsprozess sowie auch in den Ergebnissen konnte ein zukünftiger Anstieg am Bedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten aufgrund einer Zunahme von alten Menschen in der Gesamtbevölkerung festgestellt werden. Damit einhergehend kann eine Notwendigkeit an Sozialer Arbeit in Hinblick auf das Handlungsfeld alte Menschen interpretiert werden. Die Soziale Altenarbeit fördert einen ganzheitlichen Blick und ermöglicht Pflegekräften eine zusätzliche Unterstützung. Besonders dahingehend könnte ein weiteres Forschungsfeld eröffnet werden, das die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und Pflegekräften näher beleuchtet und fokussiert. Zudem wurde im Forschungsprozess festgestellt, dass dem Entlassungsmanagement im Krankenhaus in Hinblick auf das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege ein hoher Stellenwert zugetragen wird. Folglich könnte die Sichtweise der Mitarbeiter*innen im Case- und Caremanagement die Erkenntnisse ausweiten und weitere Gegenüberstellungen zu bisherigen Sichtweisen ermöglichen.

Da in dieser Bachelorarbeit das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege fokussiert wurde könnte eine Parallele zu anderen Pflege- und Betreuungsnageboten hergestellt werden. Insbesondere jene Angebote, die eine teilstationäre Betreuung ermöglichen konnten im

Erkenntnisinteresse und in den durchgeföhrten Interviews vorgefunden werden. Da die rehabilitative Übergangspflege direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in Anspruch genommen werden kann, würde sich für den Fall, dass nach einer Ablehnung dieses Angebots zuhause anschließend doch eine Betreuung benötigt wird ein neues Forschungsfeld eröffnen. Dahingehend wurde in den durchgeföhrten Interviews lediglich die Möglichkeit andere Angebote nutzen zu können aufgezeigt.

In der Arbeit wurde der Fokus auf die Übersiedelung und erste Zeit im Pflege- und Betreuungszentrum gerichtet. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass das nach Hause gehen ein zentrales Ziel der rehabilitativen Übergangspflege darstellt und dies ebenfalls einen (Entlassungs-)Prozess beinhaltet. Zumal die Bezugnahme auf die Entlassung den Forschungsrahmen für die vorliegende Bachelorarbeit zu sehr geweitet hätte, wäre der Entlassungsprozess ein anknüpfendes Forschungsinteresse. Unseres Erachtens können die Ergebnisse für das Pflege- und Betreuungszentrum Mödling als Anregung dienen und weitere Projekte sowie Umsetzungen ermöglichen. Zudem kann durch ein für die Personen zugängliches Endprodukt die Zielgruppe ausgeweitet werden und die rehabilitative Übergangspflege an Aufmerksamkeit gewinnen.

6.3 Reflexion des Forschungsprozesses

Durch die Unterstützung von Direktor Gerhard Reisner gestaltete sich die Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner*innen als einfach. Zudem wurden wir im Pflege- und Betreuungszentrum durch die Leitung der Übergangspflege bei der weiteren Kontaktherstellung zu den Bewohner*innen und der Therapeutin sowie in der anschließenden Interviewdurchführung unterstützt. In der Planung der Interviewdurchführung wurden Überlegungen aufgestellt, ob die Interviews jeweils einzeln gefördert oder von beiden Autorinnen begleitet werden. Es wurde anschließend festgelegt, dass die Interviews im Beisein von beiden Autorinnen gefördert werden und eine Autorin bei den jeweiligen Interviews die Fragen des Leitfadens stellt. Zudem war es möglich im Interview als zuhörende Person aufmerksamer zu sein und gezielte Nachfragen zu stellen. Weiters konnten bei der anschließenden Auswertung Vorteile aus der Vorgehensweise gezogen werden. In der Auswertung ging durch die Interviewdurchführung zu zweit eine breite Interpretation hervor und ein Verständnis vom Inhalt aller Interviews konnte bereits vorausgesetzt werden. Die Auswertung mittels der Systemanalyse wurde von uns für das erhobene Datenmaterial als sehr passend empfunden. Beim anschließenden Formulieren der Ergebnisse war die gegenseitige Unterstützung mithilfe von laufenden Reviews eine effektive Arbeitsweise, da somit neue Blickwinkel geöffnet wurden und auf diese Weise eine weitere Auseinandersetzung förderte.

Dessen ungeachtet wurden im Forschungsprozess bereits Verbesserungen bei einer erneuten Beforschung gefunden. Wie bereits im Forschungsausblick erwähnt, wird in den Erläuterungen zur rehabilitativen Übergangspflege dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses ein hoher Stellenwert zugeschrieben und zeigt sich als Verbindungselement zwischen den Bewohner*innen und dem Angebot. Bei einer erneuten Forschung würde uns ein weiteres

Interview mit dem Entlassungsmanagement als erkenntnisreich erscheinen. Gleichermaßen könnte auch hierbei die Sicht der Sozialen Arbeit nochmals verstärkt thematisiert werden.

Rückblickend kann festgehalten werden, dass wir den gesamten Forschungsprozess als spannend empfunden haben und die Erkenntnisse auch Anwendung in unserer zukünftigen sozialarbeiterischen Tätigkeit finden können. Darüber hinaus beinhaltet das Forschungsthema im Bereich Pflege und Betreuung eine zukünftig hohe Relevanz. In den Recherchen konnte zudem die Aktualität der Sozialen Altenarbeit herausgelesen werden. Zusammenfassend blicken wir auf einen lehrreichen Forschungsprozess zurück und sehen die Erkenntnisse, insbesondere das Endprodukt als erste Erhöhung des Stellenwertes von Angeboten, wie der rehabilitativen Übergangspflege. Die Bachelorarbeit möchten wir mit einem Zitat einer Bewohnerin der Übergangspflege im Pflege- und Betreuungszentrum Mödling abschließen.

*„Ich kann nur immer wieder für meine Nachfolger*innen hoffen, dass sie die Übergangspflege auch so in Anspruch nehmen“ (T1, Z 138-139).*

Literatur

Amt der NÖ Landesregierung (2023a): Bezirksgruppe Mödling – Pensionistenverband NÖ. Bezirksgruppe Mödling - Pensionistenverband NÖ - Sozialinfo - der Sozialratgeber in Niederösterreich (noe.gv.at) [02.03.2023].

Amt der NÖ Landesregierung (2023b): Übergangspflege. Land Niederösterreich. Unveröffentlichtes Manuskript.

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.a): Kosten und Tarife in den Pflege- und Betreuungszentren - Land Niederösterreich.
https://www.noe.gv.at/noe/Pflege/Kosten_Tarife_Pfl.undBetr.zentren.html [27.02.2023].

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.b): Tagespflege für pflegebedürftige Menschen - Land Niederösterreich.
https://www.noe.gv.at/noe/Pflege/Tagespflege_fuer_pflegebeduerftige_Menschen.html [27.02.2023].

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.c): Kurzzeitpflege - Land Niederösterreich.
<https://www.noe.gv.at/noe/Pflege/Kurzzeitpflege.html> [27.02.2023].

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.d): Soziale Betreuungsdienste - Land Niederösterreich.
https://www.noe.gv.at/noe/SozialeDienste-Beratung/Soziale_Betreuungsdienste.html [27.02.2023].

Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ ogsa (2017): Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“: Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich. In: Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit. Jg. 18.

Bleck, Christian / Rießen, Anne (2022): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Wiesbaden: SpringerVS.

BMSGPK (2019): Pflegepersonal- Bedarfsprognose für Österreich. Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Pflegepersonal-Studie Kurzfassung (1).pdf [27.02.2023].

BMASK (2009): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. 2. Auflage. BMASK:Wien. <https://www.yumpu.com/de/document/read/20727962/hochaltrige-in-osterreich-bundesministerium-fur-arbeit-soziales-> [28.02.2023].

Croy A. (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit älteren Menschen. In: Gatterer G. (Hg.) Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer-Verlag:Wien.

DVHÖ – Dachverband HOSPIZ Österreich (2023): Die Idee von Hospiz und Palliative Care. <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/die-idee-von-hospiz-und-palliative-care/> [04.03.2023].

Flick, Uwe (2020): Sozialforschung Methoden und Anwendungen. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hausordnung PBZ Mödling (2017): Für ein Gutes Miteinander. https://www.pbz-moedling.at/fileadmin/PBZ/Moedling/Unser_Haus/Hausordnung_.pdf [04.03.2023].

ICF (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung. https://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [04.03.2023].

Infoplattform für Pflege und Betreuung (o.A.): Ersatzpflege, Kurzzeit- und Urlaubspflege, pflege.gv.at, <https://pflege.gv.at/ersatzpflege-kurzzeit-und-urlaubspflege> [27.02.2023].

Kitwood T. (2008) Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5., ergänzte Auflage, Verlag Hans Huber:Bern.

Kleiner, Gabriele (2012): Alter(n) bewegt - Perspektiven der Sozialen Arbeit auf lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: SpringerVS.

Kolland, Franz / Richter, Lukas / Bischof, Christian (2019): Altwerden in Niederösterreich - Altersalmanach 2018. Krems: Karl Landsteiner Universität, Universität Wien.

Lebenshilfe Soziale Dienste GmbH (o.A.): Personenzentriertes Arbeiten (PZA). https://lebenshilfen-sd.at/Ueber-uns/Unsere-Projekte-und-wichtige-Themen/Wichtige-Themen/personenzentriertes_arbeiten_pza [04.03.2023].

Miller, R. William / Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg im Breisgau.

Niederösterreichische Betreuungszentren (o.A.): Niederösterreichische Pflege- und Betreuungszentren | Niederösterreichische Betreuungszentren. <https://www.noebetreuungszentren.at/> [17.02.2023].

NÖ LGA – Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur (2023): NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Mödling. <https://www.pbz-moedling.at/> [04.03.2023].

ÖROK (2021): ÖROK-Regionalprognosen 2021 bis 2050. Bevölkerung. OEROK_212_OEROK-BevPrognose_2021-2050.pdf [27.02.2023].

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Berufsbild der Sozialarbeit.

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Handlungsfelder der Sozialen Arbeit.

Pörtner, Marlis (2019): Die Personenzentrierte Arbeitsweise.
<https://www.zeitschriftmenschen.at/var/storage/packages/files/Marlis-Poertner-Die-personenzentrierte-Arbeitsweise.pdf> [05.03.2023].

PV – Pensionsversicherungsanstalt (o. A.): Rehabilitation.
<https://www.pv.at/cdscontent/?portal=pvaportal&contentid=10007.756536> [04.03.2023].

SEWO (o.A): Servicewohnen. Betreutes Wohnen. Betreutes Wohnen ist eine beliebte alternative Wohnform für das Leben im Alter. <https://www.service-wohnen.at/betreutes-wohnen> [02.03.2023].

Sozialministerium Österreich (o.A.a): Betreuung zu Hause – „24-Stunden-Betreuung“. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/1.html> [27.02.2023].

Sozialministerium Österreich (o.A.b): Regelpensionsalter.
<https://www.oesterreich.gv.at/lexicon/R/Seite.991473.html> [02.03.2023].

Sozialministerium Österreich (o.A.c): Pflege.
<https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege.html> [02.03.2023].

Stadtgemeinde Mödling (o.A.): Seniorenbund Mödling.
https://www.moedling.at/Seniorenbund_Moedling [02.03.2023].

Statistik Austria (2020): Abgestimmte Erwerbsstatistik 2020 – Haushalte und Familien. Gemeinde: Mödling. HaushaltFamilie2019.xls (statistik.at) [02.03.2023].

Statistik Austria (2022): Bevölkerung am 1.1.2022 nach Katastralgemeinden (Gebietsstand 1.1.2022).
Bevoelkerung_am_1.1.2022_nach_Katastralgemeinden__Gebietsstand_1.1.2022_.ods (live.com) [02.03.2023].

Stefanoni, Susanne / Alig, Bernadette (2009), Pflegekommunikation. Gespräche im Pflegeprozess. Verlag Hans Huber:Bern.

Thomas Strauch / Carsten Engelke (2019): Filme machen. 2. Auflage. Leiden: Wilhelm Fink Verlag.

Video Bakers (o.A.): Die optimale Länge eines Erklärvideos | Videobakers, <https://videobakers.de/blog/optimale-laenge-erklaervideo/> [20.03.2023].

WHO - Weltgesundheitsorganisation (o.A.): Wann wird ein Mensch als „älter“ bezeichnet? <https://www.gesundheit.de/wissen/haetten-sie-es-gewusst/allgemeinwissen/wann-wird-ein-mensch-als-aelter-bezeichnet> [16.02.2023].

WHO - Weltgesundheitsorganisation (1981): Disability prevention and rehabilitation. Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40896/WHO_TRS_668.pdf;jsessionid=99E192741B8DD9EA6B71C35AD1C76B38?sequence=1 [04.03.2023].

Wienerwald Tourismus GmbH (2023): Mödling. Informationen für Ihren Ausflug und Urlaub in Mödling. [https://www.wienerwald.info/ort/a-moedling?category\[\]=%5B%5D=recreation](https://www.wienerwald.info/ort/a-moedling?category[]=%5B%5D=recreation) [02.03.2023].

WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2009): Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege. Hg:innen: Matthias, Firgo / Ulrike , Famira-Mühlberger. ÖIfW:Wien. s_2014_pflege_47447\$.pdf [28.02.2023].

Zippel, Christian / Kraus, Sibylle (2008): Soziale Arbeit für alte Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Daten

ITV1, Interview geführt von Julia Boyer und Sabrina Müller mit Bewohnerin der rehabilitativen Übergangspflege, 09.02.2023, Audiodatei.

ITV2, Interview geführt von Julia Boyer und Sabrina Müller mit Leiterin der rehabilitativen Übergangspflege, 09.02.2023, Audiodatei.

ITV3, Interview geführt von Julia Boyer und Sabrina Müller mit Bewohnerin der rehabilitativen Übergangspflege, 09.02.2023, Audiodatei.

ITV4, Interview geführt von Julia Boyer und Sabrina Müller mit Therapeutin der rehabilitativen Übergangspflege, 09.02.2023, Audiodatei.

T1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Julia Boyer, Februar 2023, durchgehend nummeriert.

T2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Julia Boyer, Februar 2023, durchgehend nummeriert.

T3, Transkript Interview ITV3, erstellt von Sabrina Müller, Februar 2023, durchgehend nummeriert.

T4, Transkript Interview IT4, erstellt von Sabrina Müller, Februar 2023, durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

NÖ	Niederösterreich
PBZ	Pflege- und Betreuungszentrum

Abbildungen

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung in Niederösterreich (vgl. Kolland et. al 2018:15)	14
Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Faktoren (vgl. ICF 2005:23)	19
Abbildung 3: Systemanalyse (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142-159)	10
Abbildung 4: Ausschnitt Endprodukt; eigene Darstellung 1	44
Abbildung 5: Ausschnitt Endprodukt; eigene Darstellung 2	44

Anhang

Interviewleitfäden

Leitfadeninterview Bewohner*innen

Vorab – Informationen:

Datenschutzerklärung besprechen und Unterschrift einholen

Anonymisierung erklären

Erlaubnis zu Audio-Aufnahme einholen

Einstieg:

- Aufgrund unseres Interesses an dem Angebot der rehabilitativen Übergangspflege freuen wir uns, dass es zum heutigen Gespräch gekommen ist, und wollen uns vorab über Ihren Aufenthalt im Pflege- und Betreuungszentrum erkundigen. Seit wann sind Sie im PBZ und wie ist es in bisher ergangen?

Hauptteil:

- Wie ist es dazu gekommen, dass sie das Angebot der Übergangspflege in Anspruch nehmen?
 - Wie sind sie auf das Angebot aufmerksam geworden?
 - Wer hat sie im Krankenhaus auf dieses Angebot aufmerksam gemacht?
 - Welche Stelle/Personen waren ausschlaggebend für die Entscheidung zur rehabilitativen Übergangspflege?
- Wenn Sie an die Zeit vor dem Aufenthalt im PBZ denken, wie sind Sie zum Angebot und dem PBZ gekommen?
 - Was waren Ihre ersten Assoziationen zur rehabilitativen Übergangspflege?
- Wie ist es Ihnen vom Zeitpunkt als sie noch zu Hause oder im Krankenhaus waren bis zum Einzug ins PBZ ergangen?
 - Was waren Dinge, die Ihnen geholfen haben?
 - Wer hat Ihnen beispielsweise bei der Antragsstellung und Übersiedelung unterstützt?
 - Gab es Momente, in denen Sie sich mehr Unterstützung gewünscht hätten?
- War es ihr eigener Wunsch in die Übergangspflege zu kommen oder kam die Motivation von jemand anderem?
 - Wie haben Sie sich bei dieser Entscheidung gefühlt?

Abschluss:

- Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas Wichtiges zu erwähnen, das in diesem Zusammenhang noch nicht gesagt wurde?

Danksagung

Leitfadeninterview Leiterin RÜP

Vorab – Informationen:

- Datenschutzerklärung besprechen und Unterschrift einholen
- Anonymisierung erklären
- Erlaubnis zu Audio-Aufnahme einholen

Einstieg:

- Aufgrund unseres Interesses an dem Angebot der rehabilitativen Übergangspflege freuen wir uns, dass es zum heutigen Gespräch gekommen ist, und wollen uns vorab über Ihr Tätigkeitsfeld im Pflege- und Betreuungszentrum erkundigen. Wie würden Sie Ihre Aufgabenbereiche beschreiben?

Hauptteil:

- Wie kommen Personen zur Information, dass es die rehabilitative Übergangspflege gibt?
 - Wo sehen Sie Schwierigkeiten bei der Informationsübermittlung?
 - Welche Verbesserungen würde es ihrer Meinung nach bedürfen?
 - Arbeiten Sie in puncto Informationsweitergabe mit öffentlichen Stellen zusammen?
 - Wenn ja, mit welchen?
 - Erfolgt eine Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, aus welchen die Bewohner*innen kommen?
- Was erwartet Klient*innen in der rehabilitativen Übergangspflege?
 - Wo liegen die konkreten Unterschiede zur Langzeitpflege?
 - Welchen Personen wird dieses Angebot empfohlen?
- Denken Sie, dass die meisten Menschen im Raum Mödling, für welche die RÜP eine gute befristete Lösung wäre, diese Möglichkeit auch in Anspruch nehmen? Wenn nein, woran liegt das Ihrer Meinung nach?
- Warum entscheiden sich Personen für das Angebot der rehabilitativen Übergangspflege?
 - Wo sehen Sie die Vorteile des Angebots?
 - Welcher Nutzen ergibt sich für Bewohner*innen?

- Welche wichtigen Schritte sind vor der Entscheidung für die Übergangspflege zu treffen?
 - Gibt es in diesem Prozess bereits Unterstützung seitens des PBZ?
 - Welche Rolle spielt dabei das soziale Umfeld?

Abschluss:

- Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas Wichtiges zu erwähnen, das in diesem Zusammenhang noch nicht gesagt wurde?

Danksagung

Leitfadeninterview Therapeut*in

Vorab – Informationen:

Datenschutzerklärung besprechen und Unterschrift einholen
 Anonymisierung erklären
 Erlaubnis zu Audio-Aufnahme einholen

Einstieg:

- Aufgrund unseres Interesses an dem Angebot der rehabilitativen Übergangspflege freuen wir uns, dass es zum heutigen Gespräch gekommen ist, und wollen uns vorab über Ihr Tätigkeitsfeld im Pflege- und Betreuungszentrum erkundigen. Wie würden Sie Ihre Aufgabenbereiche beschreiben?

Hauptteil:

- Wo sehen Sie den Mehrwert von der rehabilitativen Übergangspflege?
- Wie genau können wir uns das Szenario vorstellen, wenn sich eine Person für die Übergangspflege entschieden hat und nun der Einzug in das PBZ ansteht?
 - Welche Personen sind im Aufnahmeprozess miteinbezogen?
 - Braucht es bestimmte Informationen an die Bewohner*innen in den ersten Tagen nach der Übersiedelung?
 - Wenn ja, welche?
 - Welche bestimmten Informationen braucht es für die Angehörigen kurz nach Einzug der Angehörigen ins PBZ in der RÜP?
- Welche therapeutischen Angebote stehen den Klient*innen zur Verfügung?
 - In welchem Ausmaß finden die Einheiten statt?
 - Welche Informationen über das Therapieangebot in der Übergangspflege haben die Menschen, mit denen Sie die Therapien durchführen?
- Welche Ziele werden bei der Arbeit mit den Bewohner*innen verfolgt?
 - Was bedarf es zur Zielerreichung?

- Gibt es zeitliche Einschränkungen, wann die Ziele erreicht werden müssen?
- Auf welchen Informationskanälen könnte das therapeutische Angebot der RÜP aus Ihrer Sicht bekannter gemacht werden?
- Wo sehen Sie die Schwierigkeiten im Angebot?
 - Was würden Sie anders gestalten, wenn Sie die Möglichkeit dazu hätten?

Abschluss:

- Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas Wichtiges zu erwähnen, das in diesem Zusammenhang noch nicht gesagt wurde?

Danksagung

Beispiel Aufzeichnung Transkript

I2: So. Ich hab jetzt mal die Aufnahme gestartet. Und hopsy (I1 lacht) bedank mich mal, dass Sie sich Zeit für uns nehmen / B1: Bitte gerne / dass wir das Gespräch mit Ihnen führen. Äh sein wann sind Sie eigentlich da im PBZ und wie ist es Ihnen bisher ergangen?

B1: Seitdem ich hier drin jetzt bin?

I2: Genau.

B1: S e i t zweiten ersten.

I2: Mhm. Und Sie haben gesagt, Sie waren vorher auch schon mal hier?

B1: Vor ein paare Jahren aber ich war erst bevor ich hier jetzt zum letzten Mal hergekommen bin im Krankenhaus, weil ich hab einen Unfall gehabt und hier oben (B1 zeigt auf die rechte Augenbraue) am Auge das hat geblutet wie verrückt. Und dann hat man mich wieder gut aufgebaut. Und dann hab ich immer gesagt zum Herrn Doktor: Ich gehe (B1 klopft auf den Tisch während sie die Aussage macht) direkt von hier in die äh Übergangspflege. Na gut. Hat er den Kopf geschüttelt. Hat er gesagt na also Frau Maier jetzt is es aber bald soweit. Sozusagen, dass es gut geht und dass passte dann auch und dann bin ich eben hier hergekommen. / I2: okay / Und ich kenn schon einige Schwestern von früher und das macht das ja auch etwas familiärer. / I1: Mhm / Aber für mich ist natürlich immer wichtig ein Einzelzimmer zu haben. Äh es gibt auch welche, glaub ich, mit mehreren. Also das hätt ich nie gekonnt. Gut. (B1 klopft auf den Tisch mit beiden Händen)

Beispiel Auswertung

Zeile	Paraphrase	Textrahmen	Lebensweltlicher Kontext	Interaktionseffekte	Systemeffekte
1-5	Eine Person antwortet auf die Frage, seit wann sie sich im Pflege- und Betreuungszentrum befindet und wie es ihr bisher ergangen ist. Die Person antwortet mit dem genauen Datum und wird dahingehend befragt, ob sie das Angebot schon öfters in Anspruch genommen hat. Die Person beschreibt ihren ersten Aufenthalt und erzählt vom Zustandekommen und den Umständen des zweiten Aufenthalts, es sei ihr Wunsch gewesen.	<ul style="list-style-type: none"> Ich kenne die Vorteile einer Übergangspflege. Ich habe das Angebot bereits mehrmals genutzt. Ich sehe die Übergangspflege als Übergang zwischen Krankenhaus und meinem Zuhause. Die Stimmung in der Übergangspflege nehme ich als familiär war. Mir ist es wichtig meine Pflegekräfte bereits zu kennen. Im Betreuungsangebot kann ich Wünsche äußern. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Übergangspflege bietet Personen nach einem Unfall eine Rehabilitation und Genesung. Das Angebot der Übergangspflege ist geprägt durch eine familiäre Atmosphäre. Die Personen, welche eine Übergangspflege in Anspruch nehmen können Wünsche äußern. Das Entscheidung für das Angebot der Übergangspflege wird in ärztlicher Abklärung getroffen. Die Übergangspflege wird nach einem Krankenhausaufenthalt beansprucht. 	<ul style="list-style-type: none"> Die Person möchte in der Übergangspflege Regeneration, Gesundheit erfahren. Die Person möchte selbst entscheiden können. Die Person möchte Wünsche und Bedürfnisse äußern können. Die Person möchte eine Übergangslösung zwischen dem Krankenhaus und dem nach Hause gehen in Anspruch nehmen. 	<ul style="list-style-type: none"> Es entsteht eine Beschreibung des Angebots der Übergangspflege, welches durch die Schaffung einer Überbrückung zwischen dem Krankenaufenthalt und dem Zuhause bietet. Es entsteht eine Wichtigkeit für die Bewohner*innen Wünsche und Bedürfnisse äußern zu können und dass diese auch berücksichtigt werden. Es entsteht ein Angebot, das einerseits die pflegerischen Maßnahmen abdeckt, aber auch eine familiäre Atmosphäre bietet. Es entsteht die Annahme, dass bei einer Entscheidung für oder gegen eine Übergangspflege die Wünsche und Vorstellungen der Bewohner*innen ausschlaggebend sind.

Nutzungserklärung

Wir, Julia Boyer und Sabrina Müller, erklären, dass ich die Rechte an der Nutzung und Inanspruchnahme aller im Zuge des BAC-Projektes „Aufnahmemangement im NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Mödling. Potentiale und Handlungsfelder für die Soziale Arbeit“ erhobenen und recherchierten Inhalte sowie die im Zuge des Projektes entwickelten Tools, Handlungsempfehlungen, Checklisten, wissenschaftlichen Plakate, Bildstrecken bzw. alle anderen Materialien und Zusammenfassungen im Kontext dem Pflege- und Betreuungszentrum Mödling unbefristet zur hausinternen Nutzung abtrete. Dies umfasst auch das Recht zur hausinternen Weiterentwicklung und nicht-gewinnorientierten Vorführung bzw. Zur-Schau-Stellung der Materialien, nicht jedoch eine gewinnorientierte Weitergabe an Dritte oder eine Nutzung durch Dritte.

St. Pölten, am 23.04.2023



Julia Boyer



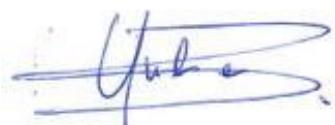
Sabrina Müller

Eidesstattliche Erklärung 1

Ich, **Julia Boyer**, geboren am **11.07.2000** in **Zwettl**, erkläre,

1. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 23.04.2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Julia Boyer".

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung 2

Ich, **Sabrina Müller**, geboren am **28.11.1998** in **St. Pölten**, erkläre,

3. dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
4. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 23.04.2023

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Sabrina Müller".

Unterschrift