

Rollenverteilung in der Betreuung und Versorgung von älteren Menschen

Verena Röska, Matr.Nr.: 52106051

Bachelorarbeit

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

Datum: 22.04.2024

Version: 1

Begutachter*in:

BA Veronika Böhmer

Kurzfassung

Diese Bachelorarbeit analysiert die Rollenverteilung im Betreuungs- und Versorgungssystem für ältere Menschen in Niederösterreich anhand von sieben empirischen Expert:inneninterviews aus verschiedenen Organisationen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Vielzahl von Dienstleistungen angeboten wird, die in ihrer Ausrichtung überschneidend, aber oft ergänzend wirken. Vernetzung und Kooperation sind entscheidende Instrumente um Hindernisse wie Kapazitätsengpässe zu überwinden. Expert:innen sehen eine Notwendigkeit darin regionale Anlaufstellen für Gesundheits- und Sozialthematiken flächendeckend und unter einem interdisziplinären Ansatz zu etablieren. Diese Erkenntnisse können dazu beitragen Innovationen in diesem Bereich zu fördern, Hindernisse aufzudecken und Lösungsansätze aus Sicht von Expert:innen sichtbar zu machen.

Abstract

This bachelor thesis analyzes the distribution of roles within the care and support system for elderly individuals in Lower Austria based on seven empirical expert interviews from various organizations. The results indicate a variety of services offered, differing in their focus but often complementary. Networking and cooperation are crucial tools to overcome obstacles such as capacity constraints. Experts see the need to establish regional centers for health and social issues comprehensively and under an interdisciplinary approach. These findings can contribute to fostering innovations in this field, uncovering obstacles, and making solution approaches visible from the perspective of experts.

Inhalt

1	Einleitung	5
1.1	Stand der Forschung	6
2	Forschungsprozess	8
2.1	Hauptforschungsfrage	8
2.2	Subforschungsfragen	8
2.3	Erhebungsmethoden	8
2.4	Auswertungsmethode.....	8
3	Forschungsergebnisse	10
3.1	Zusammensetzung des Betreuungs- und Versorgungsystems.....	10
3.2	Vernetzung und Kooperation im Gesundheits- und Sozialsystem	19
3.3	Herausforderungen und Lösungsansätze in der Versorgung	25
4	Fazit	33
4.1	Ausblick und Limitationen	35
	Literatur	36
	Daten	39
	Abkürzungen	40
	Abbildungen	40
	Anhang	40
	Eidesstattliche Erklärung	46

1 Einleitung

„Findet Gemeinwesenarbeit als Gemeinwesenarbeit überhaupt noch statt, braucht man diesen Begriff? Heißt es nicht heute Sozialraumorientierung? Oder Sozialraumarbeit? Oder Quartierentwicklung bzw. Stadtteilmanagement?“ (Stövesand / Stoik, 2022:14) Der Begriff Gemeinwesenarbeit findet sich in vielen verschiedenen Begrifflichkeiten sowie auch in „Community Care“ wieder. Nun ist es so, dass Gemeinwesenarbeit des Öfteren bei den historischen Bezeichnungen einsortiert wird, es wird vermutet, dass sie ein bereits abgeschlossenes Kapitel der Gesellschaft repräsentiert, dabei ist ihre Entwicklung noch nicht abgeschlossen (vgl. Stövesand / Stoik, 2022:14).

Nicht überall, wo Gemeinwesenarbeit geschieht, scheint sie auch als solche auf (vgl. ebd.) Die Soziale Arbeit wird in diesem Themengebiet oft außer Acht gelassen, obwohl sie viel zu bieten hat. Unter anderem fördert sie die soziale Teilhabe durch Koordination und Vernetzung innerhalb einer Community (vgl. Uphoff / Zängl, 2023:164). Die Grundorientierung der Sozialen Arbeit setzt am Individuum an und unterstützt bei der Bewältigung von Problemlagen und fördert das Empowerment. Die Gemeinwesenarbeit umfasst die Entwicklung von gemeinsamen Handlungsfähigkeiten und kollektiver Selbstbestimmung innerhalb einer Community. Dies kann bei der Gestaltung bzw. Veränderung von infrastrukturellen, politischen und sozialen Lebensbedingungen eingesetzt werden (vgl. Drochter 2020:153). Somit schreibt man der Sozialen Arbeit eine vermittelnde Rolle zu, die auf mehreren Ebenen und in erster Linie zwischen den Interessen der Bürger:innen und den Entscheidungsträger:innen stattfindet. Dabei kommt es noch zu vielen anderen Kommunikationen zwischen Träger:innen, Einrichtungen und Organisationen sowie natürlich zu Individuen (vgl. Drochter 2020:154).

Jedoch gibt es bis heute wenige Möglichkeiten für die Soziale Arbeit in der gemeindenahen Versorgung Fuß zu fassen. In Österreich wurde bereits begonnen, einen möglichst niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu schaffen, unter anderem durch das Bauen von Primärversorgungszentren. Doch steht Österreich weiterhin vor großen Herausforderungen in Hinblick auch auf die psychosoziale Gesundheit aufgrund von gegenwärtigen demografischen und soziostrukturellen Veränderungen (vgl. Pflegerl / Redelsteiner 2015:243). Mit der Fokussierung auf eine gemeindenahere Versorgung soll diese Arbeit versuchen, die vorherrschenden Einrichtungen, Organisationen und Dienstleistungen im Bundesland Niederösterreich einzufangen und ihre Rollenverteilung in der Versorgung und Betreuung von älteren Menschen mithilfe von empirischen Erhebungen niederzuschreiben. Ein Augenmerk wird hier ebenfalls auf das Potenzial der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf in Hinblick auf das bestehende Versorgungssystem gerichtet.

1.1 Stand der Forschung

Das Pilotprojekt „Community Nursing“ startete in Österreich im Jahr 2022. Von 145 Anträgen wurden etwa 120 Projekte (vgl. Community Nursing 2023), davon 27 in Niederösterreich (vgl. Gesundheit Österreich, 2023), durch das Förderprogramm in den Gemeinden etabliert. Aus dem derzeitigen Stand heraus sind ca. 270 Personen als Community Nurse in den Gemeinden aus ganz Österreich eingestellt, das entspricht 180 Vollzeitäquivalente (vgl. Community Nursing 2023). Die Etablierung von Community Nurses soll laut offizieller Homepage des Projektes einen wesentlichen Beitrag zur Umsetzung der Gesundheitsziele Österreichs sowie der „Sustainable Development Goals“ der Agenda 2030 leisten (vgl. ebd.). Um festzustellen, ob und wie diese Ziele erreicht wurden, ist in der Aufbauphase eine Evaluation, Datenanalyse und Ergebnispräsentation geplant, die von Dezember 2023 – Dezember 2024 durchgeführt werden soll (vgl. ebd.).

Doch schon vor der Entstehung des Pilotprojektes „Community Nursing“ wurde im Jahr 2018 – 2022 der Ausbau von Primärversorgungszentren (PVZ) vonseiten des Bundesministeriums für Soziales und Gesundheit gefördert (vgl. Bundesministerium, 2023). Seither sind bereits 50 PVZs in Österreich erbaut worden (vgl. Primärversorgung, 2023) und um den stetigen Ausbau von PVZs zu unterstützen, wurde im Jahr 2023 das Primärversorgungsgesetz angepasst und so verändert, dass eine raschere Errichtung eines PVZs möglich ist. Primärversorgungszentren sollen eine leistungsfähige, nachhaltige und effiziente Gesundheits- und Krankenversorgung in Österreich gewährleisten und eine Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheits- und sozialbezogenen Anliegen darstellen. Vorteile ergeben sich hier sowohl für Patient:innen als auch für Mitarbeiter:innen. Patient:innen profitieren von einem multiprofessionellen Team, die gemeinsam und aufeinander abgestimmt arbeiten, so können Anliegen aus einer multidisziplinären Sicht heraus bearbeitet werden. Die längeren und flexiblen Öffnungszeiten sind neben der Tatsache, alle benötigten Professionen unter einem Dach zu finden, ebenfalls von großem Vorteil für Patient:innen. Für die Mitarbeiter bietet das multiprofessionelle Team ebenfalls eine Bereicherung und erlaubt es innerhalb des Teams einzelne Professionen zu Fallbesprechungen heranzuziehen, zu vermitteln und sich auszutauschen. Im Kernteam befinden sich Allgemeinmediziner:innen, Ordinationsassistent:innen und Pflegepersonal. Im erweiterten Team lassen sich Professionen wie Ergotherapie, Physiotherapie, Soziale Arbeit und Case and Care Management wieder finden. Allein in Niederösterreich gibt es derzeit sieben PVZs, die wesentlich zum Versorgungssystem beitragen (vgl. Bundesministerium, 2023).

Aber nicht nur Community Nurses und PVZs tragen einen wesentlichen Beitrag zum Betreuungs- und Versorgungssystem bei, es sind auch verschiedene andere Einrichtungen und Organisationen, die als Ansprechpartner:innen für diverse gesundheitliche oder soziale Problemstellungen dienen. Dazu zählen die Hauskrankenpflege, 24h-Pflege, Demenzservice, Tagesbetreuungscentren, Mobile Palliativteams, Hospize, Suchtberatungen, Psychosoziale Dienste und das AKUT-Team NÖ. Wichtig zu erwähnen ist, dass eine vollständige Aufzählung aller Betreuungs- und Versorgungseinrichtungen in diesem Kontext nicht möglich wäre. Nun ist es so, dass viele dieser Einrichtungen und Organisationen Ansprechpartner:innen für

spezielle Gruppen bilden und nur gemeinsam in Vernetzung miteinander eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten können.

Die Community Nurse ist hingegen direkt in Gemeinden angesiedelt und aufsuchend tätig, sie bietet ein niederschwelliges Angebot zur Unterstützung und Entlastung für Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften. Ihr Ziel ist die Förderung von Gesundheit, Lebensqualität, Wohlbefinden und Selbsthilfefähigkeit, um Menschen den längeren Verbleib im eigenen zuhause zu ermöglichen (vgl. Community Nursing, 2023). Im ursprünglichen Auftrag sollte ein zentrales Element der Community Nurse die präventiven Hausbesuche für Menschen ab 75+ darstellen.

Die Soziale Arbeit wird bis heute noch nicht gesetzlich als Gesundheitsberuf anerkannt und somit vom Gesetzgeber nicht durch einen Berufsvorbehalt geschützt (vgl. Redelsteiner, 2023:11). Nach dem OBDS (Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit) 2023 ist Soziale Arbeit jedoch:

„... eine praxisorientierte Profession und akademische Disziplin, die sozialen Wandel, soziale Entwicklung, sozialen Zusammenhalt, das Empowerment und die Befreiung von Menschen fördert. Zentrale Prinzipien der Sozialen Arbeit sind soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, kollektive Verantwortung und die Achtung von Diversität. Gestützt auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Sozial- und Geisteswissenschaften und auf traditionelles bzw. indigenes Wissen, bindet die Soziale Arbeit Menschen und Strukturen in Veränderungsprozesse ein, um den Herausforderungen des Lebens aktiv zu begegnen und das Wohlbefinden zu fördern. Die genannte Definition kann auf nationaler und regionaler Ebene noch näher erläutert werden.“ (OBDS, 2023)

Auch in der WHO-Definition 1948 wurde die Bedeutung des sozialen Aspektes in der Gesundheitsmaterie festgehalten: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen.“ (Hurrelmann / Franzkowiak, 2022:9)

Präsent gibt es jedoch in der Sozialen Arbeit wenig Tätigkeitsfelder, die nach dem biopsychosozialen Modell sowie nach den Gesundheitsdeterminanten nach Whitehead deutlich als Gesundheitsberuf erkennbar sein sollten wie zum Beispiel: Suchtberatung, Rehabilitation, Entlassungsmanagement, Krankenhäuser, PVZs und so weiter (vgl. Redelsteiner, 2023:8-11). Soziale Arbeit wird auch nicht in der klassischen Gemeinwesenarbeit mitbedacht, weshalb auch Community Nurses allein und nicht multiprofessionell arbeiten. Dabei sind gesundheitliche Problemlagen oft eng mit sozialen Problemstellungen verknüpft (vgl. Van Rießen 2022:502) und der Mehrwert einer Multiprofessionalität liegt hier auf der Hand.

Wie sich die einzelnen Player im Betreuungs- und Versorgungssystem von älteren Menschen nun mit ihren Rollen zurechtfinden, ob es Überschneidungen oder Unterschiede in Bezug auf Zielgruppe oder Angebote gibt, soll diese Arbeit näher erläutern. Darüber hinaus wird das Augenmerk auf die Soziale Arbeit und dessen Potenzial als anerkannter Gesundheitsberuf gelegt, der durchaus ein fixer Bestandteil im Betreuungs- und Versorgungssystem von älteren Menschen sein sollte. Wo gibt es noch Lücken? Wie können diese geschlossen werden?

2 Forschungsprozess

Im folgenden Abschnitt werden sowohl die leitenden Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit sowie die Erhebungs- und Auswertungsmethoden aufgezeigt und erläutert.

2.1 Hauptforschungsfrage

- Wie gestaltet sich die aktuelle Rollenverteilung in der Betreuung und Versorgung von älteren Menschen?

2.2 Subforschungsfragen

- Wie nehmen Einrichtungen oder Organisationen ihre eigene Rolle wahr?
- Gibt es Lücken im Versorgungsnetzwerk?
- Gibt es Überschneidungen oder Unterschiede in der Zielgruppe oder im Auftrag?
- Warum wurde in einigen Gemeinden noch keine Community Nurse etabliert?

2.3 Erhebungsmethoden

Es wurden insgesamt sieben qualitativen Interviews für diese Bachelorarbeit herangezogen, wobei sechs davon anhand des episodischen Leitfadeninterviews nach Flick (2011) und eines anhand des Leitfadeninterviews nach Helfferich (2004) durchgeführt wurde. Das episodische Leitfadeninterview wurde gewählt, um zwei methodische Zugänge zu kombinieren, um auch die subjektiven Sichtweisen, Meinungen und Erfahrungen von Fachleuten einzubeziehen. (vgl. Flick 2011:273). Das Leitfadeninterview nach Helfferich (2004) zielt darauf ab, einerseits durch Vorstrukturierung und andererseits durch individuelle Erzählaufforderungen eine offene und flexible Interviewmethode anzustreben, in der es der interviewten Person möglich ist, möglichst frei zu berichten (vgl. Helfferich 2004:161). Beide Interviewleitfäden werden im Anhang zur Verfügung gestellt.

2.4 Auswertungsmethode

Zur Auswertung der durch Interviews erhobenen Daten wurde die „Strukturgeleitete Textanalyse“ nach Auer-Voigtländer und Schmid (2017) verwendet. Diese Auswertungsmethode soll dazu dienen, strukturiertes qualitatives Datenmaterial zu reduzieren und Hypothesen abzuarbeiten (vgl. Auer-Voigtländer/ Schmid, 2017:130f). Hierfür wird ein Auswertungstool herangezogen, dass im ersten Auswertungsschritt Kategorien definiert und Zeilen aus den Interviews den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Im zweiten Schritt wird anhand der Forschungsfrage die einzelnen Kategorien genauer beleuchtet und

Auffälligkeiten aufgedeckt (vgl. Auer-Voihtländer/ Schmid, 2017:134). Anschließend wurde aufgrund der Übersichtlichkeit die grafische Darstellung des Kodierparadigmas nach Strauss und Corbin (1996) verwendet, um die herausgearbeiteten Ergebnisse aus den empirischen Daten visuell darzustellen. Dieses Modell ermöglicht, die erhobenen Daten systematisch und in einer komplexen Form miteinander in Beziehung zu setzen (vgl. Strauss/ Corbin 1996:78).

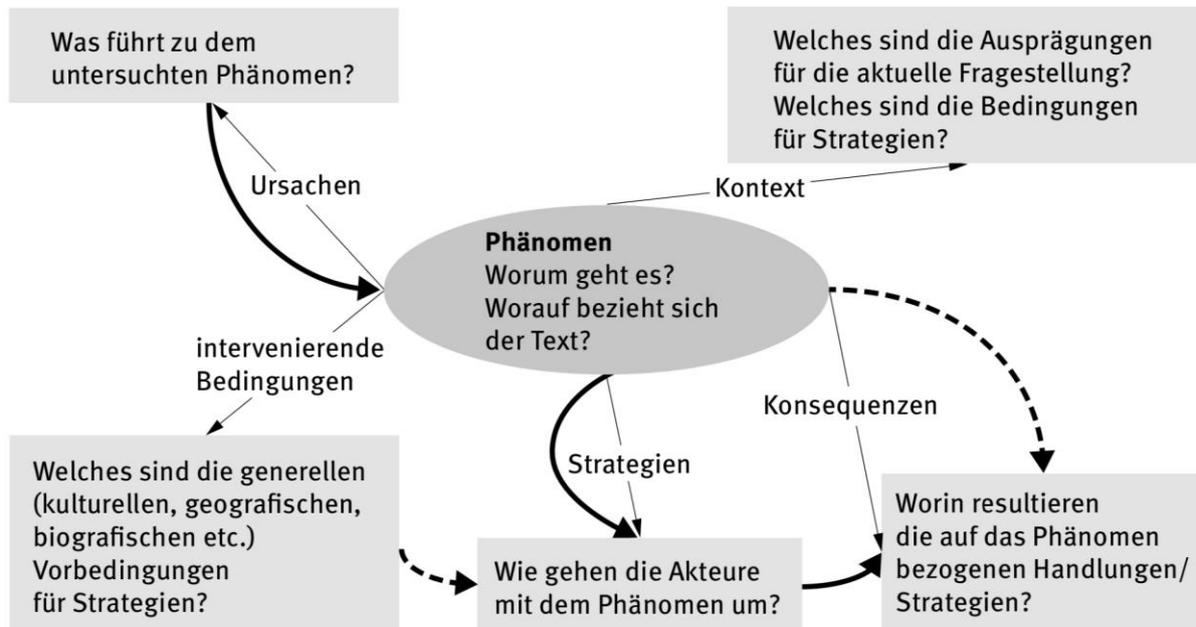


Abbildung 1: Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996)

Das zentrale Phänomen, um das Handlungen und Interaktionen kreisen, wird in „Abbildung 1“ hervorgehoben (vgl. Strauss/Corbin 1996:79). Weiters werden Ursachen, Kontext, intervenierende Bedingungen, Strategien und Konsequenzen identifiziert (vgl. ebd.: 1996:79-85). Die Verbindungen zwischen diesen Kategorien werden durch Pfeile dargestellt, um ihre wechselseitigen Beziehungen zu verdeutlichen, wobei jede Kategorie auf die andere einwirkt und voneinander abhängt (vgl. Gersdorff 2021).

3 Forschungsergebnisse

In den folgenden Ergebniskapiteln werden die Grafiken einen groben Überblick über Phänomene bieten und im Zuge dessen auch genauer ausgeführt und erklärt. Zum Großteil werden die Ergebnisse aus den ausgearbeiteten empirischen Daten gebildet, wobei auch theoretische Aspekte einfließen werden, welche die Praxisaussagen der interviewten Personen stützen sollen.

3.1 Zusammensetzung des Betreuungs- und Versorgungssystems

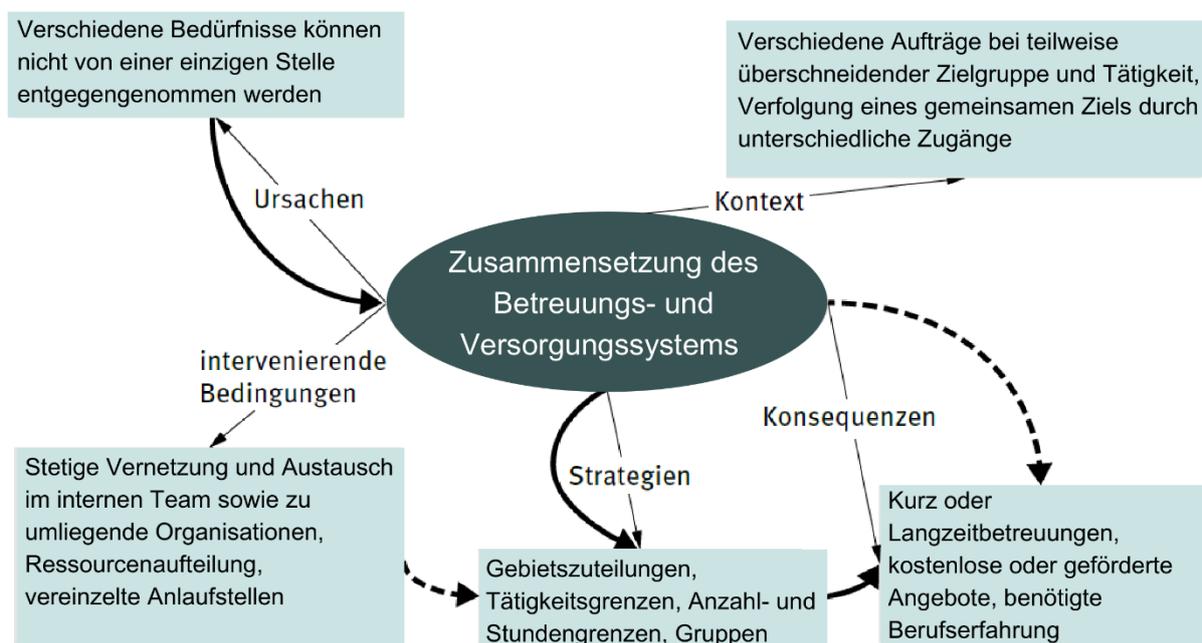


Abbildung 2: Zusammensetzung des Betreuungs- und Versorgungssystems

Phänomen

Bei diesem Phänomen handelt es sich tatsächlich um eine „Zusammensetzung“. Verschiedene Organisationen, die ihre jeweils eigenen Fachgebiete haben und trotz allem wie Zahnräder ineinandergreifen müssen, um das Betreuungs- und Versorgungssystem besonders für ältere Menschen zu sichern. Unterschiede findet man nicht nur in den einzelnen Tätigkeiten, sondern auch in der Zielgruppenbeschreibung. Die Rede ist von Klient:innen (vgl. TI5 Z:232), von Gästen (vgl. TI4 Z:11), von Patient:innen (vgl. TI2 Z:131) und von Kund:innen (vgl. TI6 Z:47), doch allen voran geht es um das Wohl der Personen hinter den Bezeichnungen. Durch die Institutionalisierung im 19. Jahrhundert wurden personenbezogene Dienstleistungen in der Form wohlfahrtsstaatlicher Dienstleistungsorganisationen neu etabliert (vgl. Kessl/Otto 2011:389) um spezialisierte Angebote zur Verfügung zu stellen. Wie aus den vorhandenen Interviewdaten entnommen wurde, können sich professionelle Dienstleistungen an gewisse Bedingungen knüpfen wie zum Beispiel an den Bezug von Pflegegeld (vgl. TI6

Z:293f) oder an eine hausärztliche Anbindung (vgl. TI3 Z:38-40). Demnach ergeben sich oft gewisse bürokratische Hindernisse, die ebenfalls einer Begleitung bedürfen, diese wird entweder von den Organisationen direkt geleistet (vgl. TI6 Z:468-476) oder zum Beispiel auch von den Community Nurses (CN) (vgl. TI1 Z:63f).

Ursachen

Die Palette an Bedürfnissen älterer Menschen ist groß und bunt, je nachdem wie der physische und psychische Zustand sich mit den Jahren entwickelt hat. Viele ältere Menschen suchen Unterstützung bei der Familie oder etwaigen Angehörigen (vgl. TI3 Z:256-532), doch braucht es oft spezialisierte Angebote wie zum Beispiel Beratungen einer spezialisierten Fachkraft für Demenz (vgl. TI1:34-37) oder eine Alltagsbetreuung in einem Tagesbetreuungszentrum (TBZ) (vgl. TI4 Z:32-35) um sich den Herausforderungen des Alters stellen zu können. So vielfältig wie die Bedürfnisse gestaltet sich auch das Angebot. Aus den Interviewmaterialien geht hervor, dass je offener die Zielgruppe und somit auch der Tätigkeitsbereich ausgelegt ist, desto mehr Berufsgruppen sind in einem Team erforderlich, um das breite Spektrum an Kompetenzen abzudecken. Sowohl die Mobilen Palliativteams (MPT) (vgl. TI2 Z:48-49), die Primärversorgungszentren (vgl. TI3 Z:72f), die Psychosoziale Hotline (vgl. TI Z:58f) als auch die Hauskrankenpflege (vgl. TI6 Z:117-138) arbeitet in einem interprofessionellen Team zusammen. Je nach Thema oder Fall sind verschiedene Berufsgruppen zuständig oder auch gemeinsam tätig (vgl. TI5 Z:68ff). Vor allem in der Hauskrankenpflege (HKP) treffen bis zu fünf verschiedene Berufsgruppen aufeinander, darunter Alltagsbegleiter:innen, Heimhilfen, Pflegeassistent:innen, Fachsozialbetreuer:innen Altenarbeit und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) (vgl. T6 Z:118-137). Dabei wird jeder Berufsgruppe ein gesetzlich festgelegtes Aufgabengebiet zuteil, darüber hinaus können zusätzliche Ausbildungen wie beispielsweise das Wundmanagement absolviert werden (vgl. TI6 Z:224-226).

Die CNs verfolgen laut Expert:innen einen aufsuchenden Auftrag und sind als Vermittler:in tätig (vgl. TI1 Z:212-215 / TI6 Z:499f). So wurde es auch im Aufgabenprofil bei der Entstehung des Projektes 2021 festgehalten: „Einerseits arbeiten sie niedergelassen in einem Büro [...] andererseits aufsuchend im Rahmen präventiver Hausbesuche.“ (Hussak 2021). Jedoch zeigte sich anhand eines Interviews mit zwei CN, dass sich die damalige Aufgabenbeschreibung geändert hat bzw. je nach Gemeinde sehr unterschiedlich ausgeführt wird (vgl. TI1 Z:186 / TI7 Z:474-479). So berichtet eine CN davon, dass ein aktives aufsuchen von Personen in der Gemeinde nicht gewünscht ist und eine Art passive Kontaktaufnahme zu Klient:innen angestrebt wird (vgl. TI7 Z:474-479). Anhand von Flyer, Mundpropaganda und Visitenkarten wird die Zielgruppe erreicht und durch den niederschweligen Sitz in den Gemeinden sei die Hemmschwelle für die Personen selbst niedriger einmal „anzuklopfen“ und sich zu erkundigen. Ein aktives Auftreten im Markt und die Teilnahme am Gemeindegeschehen trägt passiv, aber dafür sehr effektiv dazu bei, das Vertrauen der Bürger:innen zu erlangen (vgl. TI7 Z:474-530). Wenn Personen an die CNs der interviewten Gemeinde herantreten und ein Termin entsteht, versuchen auch beide CNs an dem Erstgespräch teilzunehmen, um sich gegenseitig kennenzulernen und eine unkomplizierte Fallübernahme zu ermöglichen (vgl. TI7 Z:641-661). Bei dem immer größer werdenden Zulauf

ist dies aber nicht immer durchführbar, vor allem gibt es nicht in allen Gemeinden zwei CNs (vgl. TI7 Z:660). Wenn eine Kooperation oder eine Anfrage in einem interprofessionellen Team stattfindet, erfolgt eine interne Fallbesprechung zur Bedarfsermittlung, um die nächsten Schritte gemeinsam zu besprechen (vgl. TI3 Z:74-77 / TI5 Z:113-125 / TI6 Z:149-168). Einige Tätigkeiten erfordern die vorherige Bestätigung durch Hausärzt:innen, wie etwa das Wundmanagement und die Medikamentendispensation in der Hauskrankenpflege (vgl. TI6 Z:197-228). Es wird deutlich, dass weder eine einzige Stelle noch eine Berufsgruppe allein das breite Spektrum an Bedürfnissen älterer Menschen und deren Angehörigen abdecken kann oder sollte.

Kontext

Aus der Analyse der verschiedenen Expert:inneninterviews lässt sich schlussfolgern, dass eine professionelle Abgrenzung zu Themen und Tätigkeiten leichter erfolgen kann, wenn sowohl die Zielgruppe als auch die Aufgaben spezifischer sind. So ist es zum Beispiel so, dass in einer Beratung von der Fachkraft für Demenz drei Stunden pro Klient:in eingeplant sind und darüber hinaus an andere Organisationen vermittelt werden muss (vgl. TI1 Z:132-138). Tätigkeiten wie ein Pflegegeldantrag werden an die CNs abgegeben, um Zeit für die spezifische Betreuung zu „sparen“. Die CN übernimmt auch sehr selbstständig Aufgaben, die nicht zur Gänze in ihrem Aufgabenbereich fallen (vgl. TI7 Z:32-36). Eine Expertin erklärt sich dieses Verhalten so, dass durch die Neuetablierung des Projekts ein großer Druck auf den CNs lag und es in erster Linie darum ging, sich einen Kundenstock aufzubauen und im Zuge dessen sich vieler Themen anzunehmen (vgl. TI1 Z:341-351).

Mittlerweile sei es so, dass vermehrt Verweisungen stattfinden (vgl. TI1 Z:351-354) und auch die CNs selbst sprechen davon, dass sich die Vernetzung zu anderen Organisationen verbessert habe (vgl. TI7 Z:261-271). Sowie bei den CNs ist auch das Tätigkeitsfeld und die Zielgruppe der Sozialen Arbeit im PVZ breit gefächert und es können viele Themen und Anliegen in die Beratung hineinfallen. Je nach Kompetenzen und Ressourcen wird so weit betreut und unterstützt wie möglich. Natürlich finden gehäuft Weiterverweisungen oder Kooperationen statt, jedoch ist es hier schwieriger, eine klare Grenze zu ziehen, so die Sozialarbeiterin aus dem PVZ (vgl. TI3 Z:125-129). Folgend wird ein Zitat angeführt von der Expertin aus dem PVZ, dass die Vielseitigkeit der Arbeit veranschaulichen soll:

„[...] und das ist das Schöne an der Sozialen Arbeit im Primärversorgungszentrum, theoretisch kann bei mir alles hineinfallen. Also das ist ein bisschen so eine Auslegungssache, finde ich, und ich finde das auch super, weil ich werde umfangreicher tätig.“ (TI3 Z:125-129)

Betont wurde auch von mehreren Expert:innen der Fokus auf die Eigeninitiative von Klient:innen. Hierbei handelt es sich darum, Menschen zu unterstützen, aber ihnen gleichzeitig den Raum zu geben, selber aktiv zu werden (vgl. TI3 Z:560-565). Eine spezialisierte Fachkraft für Demenz handhabt die Unterstützung beispielsweise so, dass die Einrichtung alle benötigten Informationen und Ansprechpartner:innen zur Verfügung stellt, der Anruf für eine HKP würde jedoch von Klient:innen selbst getätigt werden, im folgenden Zitat wird diese Methodik genauer erläutert:

„Genau weil ich glaube, sie müssen sich überlegen, will ich es wirklich und wenn ich es wirklich will, dann rufe ich an. Und wenn ich noch nicht so weit bin, wenn mein Leidensdruck noch größer werden muss, das habe ich auch manchmal, das muss dann einfach noch so sein, dann bin ich halt im Entlastungsgespräch und prinzipiell im Hintergrund da [...]“ (T11 Z:322-326)

Aus diesem Zitat lässt sich dieser schmale Grad zwischen Hilfe und „Hilfe zur Selbsthilfe“ gut erkennen. Dieser Begriff ist gerade in der Sozialen Arbeit sehr geläufig und beschreibt die Befähigung der Klient:innen zur eigenen Problembewältigung durch professionelle Hilfe (vgl. Hill/ Kreling/ Hönigschmid 2012:14). Natürlich sind vorrangig die Situation und die Bedürfnisse der Klient:innen selbst zu berücksichtigen und das Hinzuziehen vorhandener Ressourcen, um die entsprechende Unterstützung bieten zu können. Gerade bei älteren Menschen ist eine Begleitung beim Ausfüllen von umfangreichen Anträgen wichtig, beispielsweise führen Menschen nur einmal in ihrem Leben einen Berufsunfähigkeitsantrag aus und dies ohne fachgerechte Unterstützung zu verlangen „ist [...] utopisch“ (T13 Z:563-564). Oft werden Betroffene oder Angehörige im Zuge einer Dienstleistungsaufnahme wie zum Beispiel der HKP oder der Tagesbetreuung dabei unterstützt, Pflegegeldanträge abzuschicken, da dies im weiteren Sinne auch Bedingungen sind, um einen Betreuungsvertrag bzw. einen Heimvertrag aufzusetzen (vgl. T15 Z:36-41 / T16 Z: 468ff).

Auch in den Aufgabenbereichen der Psychosozialen Hotline (PSH), des PVZs, der CNs und der MPTs werden Behinderten- und Parkausweise sowie Pensions-, Reha-, Heim-, und Unterstützungsanträge begleitend beantragt (vgl. T14 Z:77-85 / T13 Z:125-129 / T17 Z:32-36 / T12 Z:53-59). Selbst wenn eine direkte Hilfestellung aufgrund geringer Ressourcen der Einrichtung nicht möglich ist, wird an andere Expert:innen wie zum Beispiel an CNs verwiesen, insofern diese in den Gemeinden vertreten sind (vgl. T11 Z:130ff). Die CN soll laut dem „Österreichischen Aufbau- und Resilienzplan 2020-2026“ einen wesentlichen Beitrag zur niederschweligen und bedarfsorientierten Versorgung leisten in der Zielgruppe ältere, zu Hause lebende Menschen ab dem 75. Lebensjahr (vgl. Bundeskanzleramt o.A.). Doch laut der Datenanalyse scheint es so, dass sich die Zielgruppe durch den großen Andrang und das Fehlen von anderen niederschweligen Anlaufstellen oder Alternativen in den Gemeinden, erweitert hat. Die CNs sprechen im Interview von ihrer jüngsten Klientin, die 18 Jahre alt ist (vgl. T17 Z:311f), es komme natürlich immer auf die genauen Umstände und Rahmenbedingungen an, doch werden ungern Person weggeschickt, die um Unterstützung beten und nirgends anders andocken konnten (vgl. T17 Z: 315-328). Die CNs haben „freie Hand“ bei der Verteilung und Einteilung von verfügbaren Ressourcen und wollen „[...] dieses Community Nursing schon unter die Leute bringen, dass sie verstehen, das ist von der Geburt bis zum Tod eigentlich [...]“ (T17 Z:333f). Dies ist natürlich keine offizielle Handhabung und um die wenigen Stunden auszugleichen „[...] passiert dann ein bisschen was in der Freizeit natürlich auch.“ (T17 Z:352), hierbei ist es wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass Community Nursing nicht ganz einheitlich stattfindet (vgl. T11 Z:186) und es oft auch von den Personen selbst abhängt und deren persönliches Engagement (vgl. T11 Z:411ff) wie mit Spezialfällen umgegangen wird. Doch auch wenn das Zielgruppenalter den Interviews entnehmend sich von 55 bis 80+ Jahren streckt, kam es auch bei anderen Expert:innen zu Fällen mit einer jüngeren Zielgruppe. Die Sozialarbeiterin des PVZs sah sich mit der Situation konfrontiert, dass eine junge Patientin im Alter von nur 27 Jahren an einem Karzinom erkrankte und im Zuge der Beratung ein Rehabilitationsgeldantrag gemeinsam bearbeitet und anschließend eingereicht

wurde. Folgendes Zitat soll eben diese Situation genauer schildern und verdeutlichen, dass gerade das Antragswesen in unserer Gesellschaft für alle Altersgruppen und Lebenssituationen schwierig zu fassen ist:

„[...] und die ist jetzt aber eben eine Studentin an der JKU [Johannes Kepler Universität], die noch nicht so alt ist, ja. Also die also rein kognitiv sicher fähig, ja, aber die sind einfach auch überfordert mit diesen ganzen Zetteln und mit diesen Anträgen und mit dem, was da gefordert [...] oder wo schicke ich das dann hin [...] das steht ja meistens, das steht oft gar nicht oben, wohin das muss [...]“ (TI3 Z:554-558)

Demnach sind Schwierigkeiten in der Inanspruchnahme von Sozialleistungen keinesfalls ein Phänomen, das nur älteren Menschen zuzuschreiben ist. Gerade in einem breiten Zuständigkeitsbereich scheint das Zielgruppenalter sehr schwankend. Doch nicht nur die Betroffenen selbst gehören zu der Zielgruppe der interviewten Expert:innen, denn aus allen Interviews lässt sich herauslesen, dass Angehörige nicht nur selbst zu Klient:innen werden, sondern auch wichtige Kooperationspartner:innen darstellen. Bei der HKP ist ein Zusammenspiel der professionellen Betreuung und die der pflegenden Angehörigen von großem Wert und funktioniert laut Expert:innen zum Großteil sehr gut (vgl. TI6 Z:866-869). Es kann natürlich auch passieren, dass Angehörige überlastet sind und beispielsweise die benötigten Hilfsmittel für die bestmögliche Versorgung durch die HKP nicht bereitstellen können, hierbei ist viel Geduld und Aufklärungsarbeit gefragt (vgl. TI6 Z:874-883). Die DGKP aus dem TBZ ist ebenfalls in engen Kontakt mit den Angehörigen und informiert diese über etwaige Auffälligkeiten, die bei der Betreuung zuhause wichtig zu beachten sind (vgl. TI5 Z:57-60 / Z:239-242). Angehörige dienen oft auch als Ansprechpersonen bzw. werden sie als die eigentlichen Klient:innen angesehen und ihnen, laut Expert:innen, Entlastungsgespräche angeboten. Stammtische für pflegende Angehörige sollen als Mittel für Information und Peer-Austausch dienen (vgl. TI1 Z:46-50), ebenso wie Workshops und Vorträge von CNs (vgl. TI7 Z:87f).

Demnach ist die Arbeit mit älteren Menschen oft eine Arbeit mit Angehörigen und vielen spezialisierten Kooperationspartner:innen, dabei kommt es auch oft zu Überschneidungen des Aufgabenbereichs. Unterstützung bei den Pflegegeldanträgen wird sowohl von CNs (vgl. TI7 Z:21), Sozialarbeiter:innen aus PVZs und MPTs (vgl. TI3 Z:125 / TI2 Z:53-59) als auch von DGKP der HKP (vgl. 468-470) geleistet. Hierbei geht es hauptsächlich um den jeweiligen Zuständigkeitsbereich und die erste Kontaktaufnahme. Oft ist es so, dass die CNs viel Vorarbeit leisten in Sachen Hilfsmittelbesorgung und Umbauförderungen, um überhaupt eine Pflegebetreuung der HKP gewährleisten zu können. Im Anschluss wird dann an die HKP verwiesen, so werden die verschiedenen Ressourcen effizient eingesetzt (vgl. TI6 Z:464-494). Ebenso sind Hausbesuche ein wichtiges Interventionsmittel, dass von sechs der sieben Interviewpartner:innen genutzt wird. Um unter anderem Gutachten zu erstellen (vgl. TI1 Z:63-66) oder sich einen Überblick über die häusliche Situation zu verschaffen, um demensprechen die Unterstützung gestalten zu können (vgl. TI3 Z:115f / TI2 Z:75f / TI5 Z:51f / TI6 Z:50f / TI7 Z:21f). Denn auch wenn die verschiedenen Einrichtungen aus verschiedenen Zugängen heraus handeln, gibt es ein übergeordnetes Ziel: Die Versorgung und Betreuung für ältere Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen zuhause zu sichern (vgl. TI6 Z:353-356). Dabei scheint vor allem die Abwägung zwischen Effizienz, Ressourcen und Kompetenzen im

Vordergrund zu stehen, wodurch eine klare Abgrenzung zu bestimmten Tätigkeiten nicht immer möglich oder sinnvoll ist.

Intervenierende Bedingungen

Im PVZ ist der Zugang zum erweiterten Team an eine hausärztliche Anbindung gebunden. Dennoch kommt es in manchen Fällen dazu, dass alleinstehende Hausärzt:innen direkt an die Soziale Arbeit eines PVZs verweisen (vgl. TI3 Z:48-51). Oftmals entwickelt es sich so, dass Patient:innen ihren Hausarzt (HA), ihre Hausärztin (HA) wechseln, um das Angebot der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen zu können (vgl. TI3 Z:45-48). Es kann jedoch auch dazu kommen, dass der:die HA nicht gewechselt wird, hierbei entscheidet die interviewte Sozialarbeiterin selbst, ob sie sich unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen dem Fall vorübergehend widmet (vgl. TI3 Z:52f). Wenn der Fall nicht übernommen werden kann, ist es möglich die Personen an andere Stelle mitsamt fachlicher Expertise weiter zu verweisen. Besonders bei komplexen Situationen ist eine Fallübernahme nicht möglich, aber es ist wichtig, die Personen bei anderen Einrichtungen anzudocken, um die Versorgung zu gewährleisten (vgl. TI3 Z:53-59).

Die CNs, welche aus einem urbanisierten Bereich kommen, sprechen ebenfalls von einem großen Zulauf auch außerhalb der Gemeinde- und fallweise auch Landesgrenze hinaus (vgl. TI7 Z:289-293). Laut Projektplan war pro 5.000 Einwohner:innen ein Vollzeitäquivalent vorgesehen, „[...] wobei wir haben jetzt schon über 10.000 Einwohner:innen.“ (TI7 Z:286). Mit der wachsenden Bekanntheit vermehrten sich auch die Anfragen von „außerhalb“, die CNs helfen in diesen Fällen, soweit es möglich ist, telefonisch oder über E-Mail-Verkehr weiter, jedoch können keine Hausbesuche angeboten werden. Sollte es dazu kommen, dass eine Person direkten Kontakt aufnimmt und von einem Nachbarort anreist, so werden sie laut den CNs auch nicht weggeschickt und je nach Bedarf und vorhandenen Ressourcen beraten (vgl. TI7 Z: 297-300). Die Expertin des TBZ unterstützt Angehörige ebenso bei der Organisation von Fahrtendiensten, auch wenn dies kein direktes Aufgabengebiet darstellt (vgl. TI4 Z:152ff). Anhand dieser vermeidlichen „Ausnahmen“ lässt sich feststellen, dass Zielgruppen oft über den Tätigkeits- bzw. Versorgungsbereich hinaus beraten und betreut werden. Hierbei ist es wichtig, die eigenen Kompetenzgrenzen zu kennen und darüber hinaus weiter zu verweisen (vgl. TI1 Z:342f / TI3: Z:761-765).

Die Sozialarbeiterin der PSH greift in diesem Zusammenhang das Thema „Pflegerotstände“ auf, so ist es ihrer Wahrnehmung zufolge so, „[...] dass die Fälle mit Pflegerotstand einfach mehr geworden sind [...]“ (TI5 Z:11). Die Etablierung der CNs sei optimal gewesen und fungiere jetzt als wichtige Ressource, um eine pflegerische Expertise einzuholen. Die PSH ist ein interprofessionelles Team von Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen, da hier keine DGKP vorhanden ist, werden die pflegerischen Kompetenzen durch Kooperationen hinzugezogen (vgl. TI5 Z:152-158). Somit kommt aus den empirischen Daten aller Interviews klar hervor, dass Informationsweitergabe, Gatekeeping sowie Kooperation und Vernetzung eine zentrale Aufgabe darstellen (vgl. TI5 Z:410-414 / TI1 Z:96-110 / TI2 Z:204-209 / TI4 Z:237 / TI3 Z:61-65 / TI6 Z:49-51 / TI7 Z:32-36). Nicht jede Kompetenz- oder Gebietsgrenze lässt sich mit einer Kooperation lösen, oft bedarf es einen

großen Zeitaufwand, Alternativen zu generieren, insbesondere wenn keine vergleichbaren Anlaufstellen in der Nähe vorhanden sind (vgl. TI4 Z:294-303). So ist es zum Beispiel bei dem TBZ so, dass viele Menschen, die das Angebot gerne nutzen würden, zu weit entfernt wohnen und die Mobilität am Land ein großes Hindernis darstellt (vgl. ebd.). Manchen Gästen ist es den finanziellen Mehraufwand wert und bezahlen Taxipreise, um gemeindeübergreifend anreisen zu können, doch dies ist eine Preisfrage (vgl. 169-173) und führt zu Exklusionen. Oft ist die einzige Alternative zu einem TBZ ein Bett in einem Pflegeheim, bei dem keine Beschäftigung oder Betreuung angeboten wird. Laut der Expertin existieren mehr Betreuungsmöglichkeiten, die auf komplexere Pflegefälle eingestellt sind als aktivierende Beschäftigungsprogramme. Die wenigsten fokussieren sich auf die Zielgruppe der älteren Menschen, die noch fit sind und in einem sicheren Rahmen wie dem TBZ auch noch im Alter sozial aktiv bleiben möchten (vgl. TI4 Z:294-303). Hier finden Menschen, die unter die Pflegestufe vier fallen, einen Platz, um gemeinsam mit anderen Menschen ihren Alltag zu verbringen. Dieser besteht aus einem gemeinsam Kochen, Essen, Basteln, Ausruhen und Gehirntaining in steter Begleitung von Professionist:innen (vgl. TI4 Z:43-94). Dies bietet nicht nur den Gästen einen abwechslungsreichen Alltag, sondern auch den berufstätigen pflegenden Angehörigen eine enorme Entlastung. Ein flächendeckender Ausbau dieser präventiven Tagesbetreuung erscheint vor allem am Land wünschenswert und als ein gutes Mittel gegen Vereinsamung im Alter.

Strategien

Anhand der analysierten Interviewdaten lassen sich vorliegende Strategien ableiten, die dazu beitragen können, eine gute Zusammensetzung und Kooperation im Gesundheits- und Sozialsystem zu ermöglichen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen einzelner Organisationen aufgezeigt, die dazu beitragen Aufgabengebiete bzw. Zielgruppen einzugrenzen, um vorhandene Ressourcen gut nutzen zu können.

■ Einteilung in Versorgungsgebiete

Diese Form der Unterteilung findet in unterschiedlichen Ausführungen statt, je nach Organisation und Struktur. Vor allem in der HKP zeigt sich die Wichtigkeit einer fixen Einteilung besonders stark, da die Tourplanung von vielen einzelnen Faktoren abhängt: der Betreuungsbedarf der Kund:innen, die benötigten Berufsgruppen, die freien Kapazitäten und auch der geografischen Lage (vgl. TI6 Z:173-181). Dabei ist eine gewisse Flexibilität und Kommunikation unter den verschiedenen Hauskrankenpflegeeinrichtungen gefragt, um auch Kund:innen abgeben oder übernehmen zu können, wenn bereits eine andere Tourenplanung gewisse Gebiete befährt (vgl. TI6 Z:842-856).

„Also wir haben eine Gebietszuteilung, die nicht gleich eine Bezirksbremse ist.“ (TI2 Z:33). So beschreibt die DGKP und Leitung des interviewten MPT ihr Versorgungsgebiet. Hierbei stehen die Kapazitäten sowie der Bedarf von anderen MPTs und deren Patient:innen im Vordergrund. Der Palliativkonsiliardienst, welcher im zugehörigen Krankenhaus (KH) stattfindet und dessen Betreuung und Versorgung auf sich auf Palliativpatient:innen im KH fokussiert (vgl. Nemeth/Rottenhofer 2004:26) nimmt zwar viel Platz ein, jedoch ist das MPT auch für Hausbesuche

zuständig und übernimmt Patient:innen von umliegenden Bezirken, wenn notwendig (vgl. TI2 Z:29-35). Auch die Fachkraft für Demenz ist bezirksübergreifend, jedoch auf ein Viertel beschränkt, in Niederösterreich tätig (vgl. TI1 Z:32f), hierbei fallen auch Vorträge in Gemeinde, Hausbesuche und Stammtische in die Beratung und Betreuung mit ein (vgl. TI1 Z:33-44).

Die CNs sind ein von der Europäischen Union gefördertes Projekt, dass im kommunalen Setting, demnach in Gemeinden oder einem eingegrenzten Stadtteil eine niederschwellige Beratungsstelle für Einwohner:innen darstellen soll (vgl. Bundesministerium 2021:7). Demnach fungiert hier die Gemeinde als Gebietsgrenze, doch die Auslegung in die Praxis ist je nach Gemeinde und CN unterschiedlich, so wie in dem vorherigen Unterkapitel „Kontext“ beschrieben.

■ Begrenzte Beratungszeit/ Plätze

Die Fachkraft für Demenz orientiert sich an einer begrenzten Beratungszeit von drei Stunden, Telefonate inklusive (vgl. TI1 Z:132-138). Die Psychosoziale Hotline benötigt keine bestimmten Voraussetzungen, um tätig werden zu können. Die Alarmierung erfolgt bei Unfällen, Suiziden, Elementarereignissen, Gewalttaten, Pflegenotständen und anderen akuten Geschehnissen, die sofortige Betreuung oder Unterstützung benötigen (vgl. TI5 Z:19-37). Die Unterstützung der Psychosozialen Hotline findet darüber hinaus gebietsübergreifend in ganz Niederösterreich statt und ist 24 Stunden, 365 Tage im Jahr erreichbar (vgl. TI5 Z:106-116 / 52f). Je nach Vorfall kann eine Beratung über das Telefon stattfinden oder durch eine direkte Kontaktaufnahme beim Unfallort bzw. bei den Klient:innen zuhause. Einzig und allein die Beratungszeit ist begrenzt, so dürfen pro Profession Psychologie/Psychotherapie und Soziale Arbeit lediglich sechs Stunden für eine Beratung aufgewendet werden, darüber hinaus wird versucht die Klient:innen bei anderen Expert:innen professionell anzubinden (vgl. TI5 Z:159-169).

Andere Professionist:innen bedienen sich zwar keinen begrenzten Zeiten, jedoch stehen hier die verfügbaren Plätze im Vordergrund. So hat zum Beispiel das TBZ Kapazitäten für insgesamt 25 Tagesgäste, davon maximal 15 pro Tag. Demnach können nur neue Gäste aufgenommen werden, wenn ein Platz frei wird (vgl. TI4: Z:129f). Auch bei der Hauskrankenpflege gibt es ein Aufnahmestopp, wenn alle Mitarbeiter:innen (insgesamt 34) ausgelastet sind, wobei in diesen Fällen natürlich eine weitere Vermittlung stattfindet (vgl. TI6 Z:258-263 / 141ff).

■ Voraussetzungen für Inanspruchnahme

Was sich jedoch bei allen Interviews widerspiegelt, ist die Abgrenzung von Zielgruppen durch bestimmte Voraussetzungen. Unter anderem wird bei den kostenpflichtigen Angeboten der HKP und des TBZ ein bereits beantragtes Pflegegeld für die Betreuung benötigt (vgl. TI6 Z:291-294 / TI4 Z:136-141) um den Kundentarif berechnen und Förderungen beantragen zu können (vgl. TI6 Z:277-291 / TI4 Z:140-146). Beim TBZ ist zusätzlich noch eine Pflegestufen-Grenze zu berücksichtigen (Pflegestufe vier), da sich das Angebot auf ältere Menschen beschränkt, die keinen hohen Pflegebedarf vorweisen (vgl. TI4 Z:31-37).

Für die Inanspruchnahme der Leistungen des MPTs und der Fachkraft für Demenz ist wiederum eine bestimmte Lebens- bzw. Gesundheitssituation erforderlich. Das MPT ist für Personen zuständig, die eine palliative Diagnose erhalten haben und in Zuge dessen an einer dementsprechenden Symptomlast leiden (vgl. TI2 Z:25f). Die Fachkraft für Demenz wird tätig, sobald Informations- bzw. Handlungsbedarf bezüglich Demenz entsteht und eine spezielle Beratung benötigt wird (vgl. TI1 Z:55-61).

Beim PVZ hingehen, läuft die Berechtigung der Leistungsbeziehung über die hausärztliche Anbindung. Demnach können die sozialarbeiterischen Beratungen oder andere Leistungen des erweiterten Teams nur in Anspruch genommen werden, wenn die Ärzt:innen des PVZ auch gleichzeitig HA der Person sind (vgl. TI3 Z:39ff). Diese Grenze ist für die meisten Patient:innen nicht leicht nachzuvollziehen sowie im folgenden Zitat von einer Expertin geschildert wird:

„[...] das habe ich nämlich auch von ein paar Patient:innen schon gehört: ‚Ja aber das ist eh ÖGK [Österreichische Gesundheitskasse]. Warum? Warum kann ich da nicht kommen? Das ist ja wurscht [egal], das zahlt eh die ÖGK.‘ Stimmt. Also grundsätzlich wird ja meine Leistung von der ÖGK bezahlt, ja, aber ich bin ja angestellt, das ist eine GmbH, ja, meine Chefs sind die Ärzt:innen ja, und das ist eine GmbH und die bekommen das Geld von der ÖGK, aber so unrecht haben die Patient:innen ja nicht, weil warum macht das jetzt einen Unterschied, weil wenn sie hinkommen, kostet das genauso viel wie wenn wer anderer kommt [...]“ (TI3 Z:652-658)

Bei einer Recherche bezüglich des HA-Prinzips wurde festgestellt, dass die ÖGK keine Informationen diesbezüglich auf ihrer Homepage bekannt gegeben hat. Generell war es eine Herausforderung, mehr über dieses spezielle Thema zu erfahren, warum ein HA Wechsel nur unter Einhaltung einer bestimmten Frist möglich ist. Am Beginn eines neuen Quartals kann jederzeit der:die HA gewechselt werden, insofern im betreffenden Quartal die E-Card noch nirgends gesteckt wurde (vgl. Ärztekammer Niederösterreich o.A.). Lediglich bei einer akuten Krankheit oder anderer belegbarer Gründe, sowie einer nicht Erreichbarkeit des:der HA darf ein HA Wechsel innerhalb des Quartals stattfinden (vgl. ebd.). Eine Erklärung des HA-Prinzips wäre, die Qualität der gemeindenahen ärztlichen Versorgung zu verbessern und „unnötige“ Kosten durch Doppeluntersuchungen zu vermeiden (vgl. Verivox o.A.).

Konsequenzen

Das Thema Berufserfahrung spielt in jedem Bereich eine wichtige Rolle, so berichten auch die CNs aus den geführten Interviews davon, dass bereits Kolleg:innen die Arbeit als CN aufgrund von fehlenden Handlungsstrategien im Feld und darauffolgender Überforderung aufgeben mussten (vgl. TI7 Z:221f). Gerade in einem sehr breiten Tätigkeitsfeld, wie das der CNs, ist es wichtig, ein gewisses Maß an Erfahrungen und Expertisen mitzubringen, um mit den vielen verschiedenen Problemlagen von Klient:innen umgehen zu können (vgl. TI7 Z.230-249). Denn gerade Community Nursing als neue Profession mit viel Spielraum in der Ausführung und Handhabung benötigt bereits vorhandene Erfahrungen, um selbst Strukturen bilden zu können. Es gibt folglich keine spezialisierte Ausbildung für CNs, ausgeführt wird dieser Beruf von DGKPs im besten Fall mit langjähriger Berufserfahrung (vgl. TI3 Z:329-333) doch ist der Kompetenzbereich einer Profession allein wirklich ausreichend, um auch multikomplexen

sozialen und psychischen Problemlagen zu begegnen? Nicht ohne Grund werden interprofessionelle Teams im Gesundheits- und Sozialbereich als sehr wertvoll empfunden (vgl. TI2 Z:262) und lassen sich oft in Tätigkeitsfelder wiederfinden, in denen der Gesundheits- und Sozialbereich überlappen, sowie in einem PVZ (vgl. TI3: Z:73) oder in einem MPT (vgl. TI2 Z:48-53). Interpretationen ergeben, dass ein interprofessionelles Team in den Gemeinden unter anderem durch die Zurverfügungstellung von mehr Stunden ein größeres Gebiet abdecken und umfangreichere Arbeit leisten könnte.

3.2 Vernetzung und Kooperation im Gesundheits- und Sozialsystem

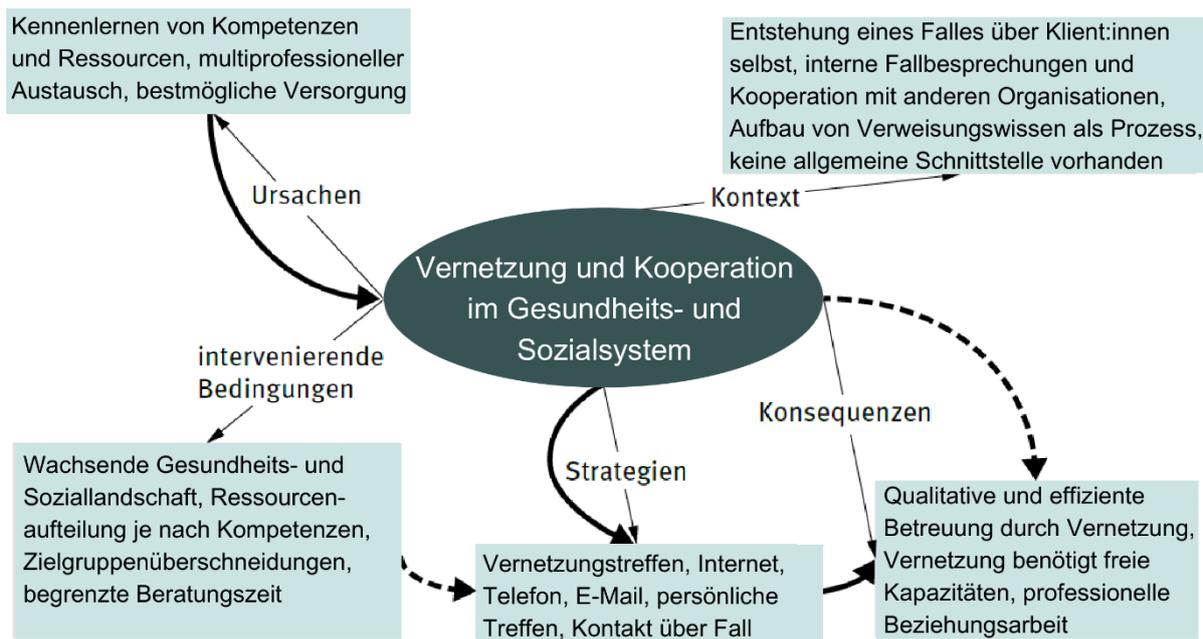


Abbildung 3: Vernetzung und Kooperation im Gesundheits- und Sozialsystem

Phänomen

Kooperation und Vernetzung ist ein zentrales Mittel, um eine optimale Versorgung für Klient:innen gewährleisten zu können. In diesem Zusammenhang wird von der Vernetzung innerhalb eines interprofessionellen Teams (vgl. TI3 Z:71-77 / TI6 Z:62-68 / TI2 Z:45-49 / TI5 Z:8f) oder übergeordneter Institutionen (vgl. TI1 Z:72-81), sowie der Kooperation zu anderen Organisationen bzw. Professionist:innen (vgl. TI4 Z:237f / TI5 Z:183-186 / TI1 Z:285-303 / TI7 Z:1636-1649) die Rede sein. Doch soll diese Art der Zusammenarbeit nicht nur für das aktuelle und individuelle Wohl der Klient:innen sorgen, sondern auch dabei helfen, Prozesse zu optimieren und in der Entwicklung des Gesundheits- und Sozialsystems auch über Gemeindegrenzen hinweg etwas beizutragen (vgl. TI6 Z:37-42).

Von den sieben Interviews, die für diese Bachelorarbeit herangezogen wurden, gaben sechs Expert:innen explizit bekannt, dass sie die Vernetzungsqualität in ihrem Verantwortungsgebiet für sehr hoch empfinden (vgl. TI1 Z:404 / TI2 Z:204f / TI3 Z:465ff / TI4 Z:286 / TI5 Z:273 / TI6 Z:734-739). Es gelinge immer, trotz Wartelisten und geringen

Kapazitäten eine Hauskrankenpflege zu organisieren oder Ärzt:innen für einen Hausbesuch zu angieren. Die Ressourcen, welche in den jeweiligen Regionen vorhanden sind, werden bis zur Gänze ausgeschöpft und in Akutsituationen Menschen auch unter Ausnahmebedingungen versorgt (vgl. T11 Z:284-305). Natürlich gibt es auch gewisse Herausforderungen bezüglich Kooperationen und der Zuständigkeitsfrage zwischen Organisationen (vgl. T17 Z:1959-1971), hierfür ist viel Geduld und Zeit gefragt, um andere Kompetenzen kennenzulernen und die eigenen klarzustellen (vgl. T17 Z:1689-1692). Gerade in jenen Bereichen, in denen sich der Gesundheits- und Sozialbereich überlappen, scheint nach Expert:innen das Einholen sowie der Austausch von Kompetenzen unvermeidlich für eine qualitative und effiziente Versorgung zu sein.

Ursachen

Zu Beginn der meisten professionellen Beratungen kommt es in irgendeiner Form zu einer Bedarfsanalyse. Bei der HKP geht es darum, den Pflege- und Betreuungsbedarf gemeinsam mit Klient:innen und Angehörige festzustellen, um im Anschluss diese mit den verfügbaren Kapazitäten und Berufsgruppen abklären zu können (vgl. T16 Z:149-167). Es kann aber auch zu einer Kooperation mit dem MPT kommen bei der es darum geht Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt zuhause zu unterstützen. Hier findet eine intensive Kooperation mit dem Entlassungsmanagement, dem MPT und der HKP statt um die breite Bedarfspalette der Klient:innen bestmöglich decken zu können. Dabei kann auch die Kooperation zur Medizintechnik gesucht werden bezüglich Einschulungen für spezielle Geräte (vgl. T16 Z:384-426).

Auch an die Sozialarbeiterin des PVZs wurde ein Fall aus der Wohnungssicherung herangetragen, indem die Kooperation vorerst mit der Klientin besprochen und ein anschließendes Treffen organisiert wurde. Die Bedürfnisse der Klientin wurden gemeinsam durchgesprochen und anhand dessen die Zuständigkeiten aufgeteilt und andere Ressourcen wie die der CN, der Bezirksverwaltungsbehörde, der Arbeiterkammer und einem Sozialpädagogischen Betreuungszentrum zugezogen (vgl. T13 Z:120-150). Hier lässt sich gut erkennen, dass keine Kooperation zu 100% ausgeschlossen werden kann, denn Problemlagen und Bedürfnisse sind vielfältig und speziell. Es ginge nicht darum, „[...] jede Beratung quasi bis zum Ende selber [zu] machen, aber zu wissen, an wen ich verweise, dass die Personen gut angedockt sind [...]“ (T13 Z:713f).

Viele verschiedene Kooperationen mit unterschiedlichen Einrichtungen können auch einen Mehraufwand für die Klient:innen bedeuten und zusätzlich Stress indizieren. Die interviewten CNs handhaben ihren Tätigkeitsbereich sehr offen und sprechen davon, oft auch „Sachen“ mitzumachen, die zwar nicht explizit in ihre Zuständigkeit fallen, aber „[...] wenn man schon dort ist, dann macht man das alles gleich mit. Da ist völlig klar.“ (T17 Z:36). Für die Klient:innen selbst kann es sehr entlastend sein, eine Anlaufstelle zu haben, zu denen bereits eine gewisse vertrauensvolle Beziehung besteht und nicht zu verschiedenen Organisationen geschickt zu werden. Unter diesem Aspekt betrachtet scheint vielleicht die wirkliche Frage nicht die der Zuständigkeit per se zu sein, sondern: „Sind genug Zeitressourcen vorhanden?“ und „Liegen die an mich herangetragen Themen innerhalb meines Kompetenzbereiches?“. Das Ziel in

der Zusammenarbeit sei also, seine eigenen Kompetenzgrenzen zu erkennen und dementsprechend zu handeln, indem Kompetenzen eingeholt oder Klient:innen weiter verwiesen werden (vgl. TI3 Z:761-765). Ein interessanter Aspekt, den es hier zu beachten gilt, ist, dass eine Vernetzung innerhalb eines interprofessionellen Teams nicht nur eine Aufwertung der Beratung und Betreuung der Klient:innen darstellt, sondern auch die Möglichkeit bietet, innerhalb eines Teams umfassend tätig werden zu können, ohne Klient:innen an viele verschiedene Einrichtungen anbinden zu müssen.

Kontext

Aus den Interviews geht hervor, dass, wenn Klient:innen vorab Informationen zu gewissen Leistungen erhalten, ihnen daraufhin die Kontaktaufnahme leichter zu fallen scheint (vgl. TI7 Z705-712/56f/481f / TI3 Z:507-509 / TI1 Z:111-121). Die Anbindung an andere Organisationen beinhaltet schon ein gewisses Maß an bereits gewonnenen Vertrauen der Klient:innen, da eine Zustimmung der betroffenen Person unbedingt vorab einzuholen ist, bevor eine Vernetzung oder Kooperation stattfinden kann (vgl. TI3 Z:113-115).

Ebenso spielt die Zielgruppenüberschneidung eine zentrale Rolle in der Kooperation, dabei wird oft klar, dass obwohl die Zielgruppe von verschiedenen Organisationen augenscheinlich eine andere ist, es doch regelmäßig zu Überschneidungen kommt und es im Gesundheits- und Sozialbereich demnach oft zu einer Zielgruppenvermischung kommt. Eine fallspezifische Kooperationsanfrage vom Mobilien Palliativteam an die zuständigen CNs kann beispielsweise aufgrund einer Krankenhausentlassung erfolgen indem die CNs den Ist-Status der Wohnsituation vorab klären und benötigte Lebensraumanpassungen vornehmen damit Klient:innen überhaupt nachhause entlassen werden können (vgl. TI2 Z:70-85) Obwohl sich auch Bedenken seitens der Professionist:innen des MPTs bezüglich einer Kooperation mit CNs, aufgrund der augenscheinlich grundlegend unterschiedlichen Aufgabenstellungen, ergaben. Die CNs seien „[...] ja mehr in der Gesundheitsprävention und Gesundheitsvorsorge [...]“ (TI2 Z:128f) tätig und das MPT für Palliativpatient:innen zuständig (vgl. TI2 Z:127ff). Die Zusammenarbeit funktioniert abseits dessen jedoch sehr gut (vgl. TI7 Z:1650-1654) und die CNs vermitteln etwaige Palliativpatient:innen an das MPT (vgl. TI2 Z:139-141).

Der Aufbau von Verweisungswissen kann jedoch auch Schwierigkeiten aufweisen und durch noch nie vorhandene Beratungs- und Betreuungssituationen gefordert werden. Die Leiterin des TBZ schildert einen Fall, indem es dazu kam, dass ein Gast die Tageskosten nicht bezahlen konnte und es keine direkte Stelle gab, die sich zuständig fühlte. Hierbei wandte man sich an die Gemeinde, welche die Verantwortung im ersten Moment von sich wies, jedoch anschließend an den Verein X weiterleitete. Dieser konnte dann tatsächlich in dieser speziellen Situation finanzielle Unterstützung anbieten (vgl. TI4 Z:382-394). Die DGKP beschreibt diesen Prozess der Kooperation als sehr kompliziert und spricht von einer Hilfe „über zwei Ecken“ (TI4 Z:397), bei der es eindeutig an einer passenden Schnittstelle mangelt (vgl. TI4 Z:397f) die sich zuständig fühlt und als eine Anlaufstelle für Verweisungswissen dient. Eine Sozialarbeiterin der PSH spricht in einem Interview davon, wie sie dieses Verweisungswissen auch in den CNs sieht. Aufgrund dessen, dass CNs direkt in den Gemeinden tätig sind, sind ihnen lokale Rahmenbedingungen und Strukturen sehr bekannt und bieten Zugriff auf internes

Wissen, welches auf den ersten Blick für Außenstehende nicht ersichtlich ist (vgl. TI5 Z:417-423). Vor allem Organisationen, die ähnlich wie die PSH, für ein großes Verantwortungsgebiet zuständig sind, gestaltet es sich als unmögliche Aufgabe, die unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten und Ressourcen einer jeden Gemeinde zu kennen und direkten Zugriff auf Informationen zu haben (vgl. TI5 Z:415ff). Unter Berücksichtigung der ausgewerteten und interpretierten Interviews könnten die CNs eine gute Schnittstelle darstellen, da sie lokal tätig sind und es Personen aus den Gemeinden so leichter fällt, Vertrauen zu fassen und sich frühzeitiger Hilfe zu holen (vgl. TI7 Z:484-534). Jedoch können CNs unter derzeitigen Bedingungen ohne interprofessionellen Team, mit zu wenigen Stunden (vgl. TI7 Z:205-207) und nicht flächendeckender Auslegung (vgl. TI3 Z:364-368) nur bedingt als Schnittstelle dienen und sind mehr eine Zufallsressource als ein fixer Bestandteil des derzeitigen Betreuungs- und Versorgungssystems (vgl. TI3 Z:497-500 / TI2 Z:127). Wobei in jenen Gemeinde, wo CNs bereits etabliert wurden, diese als wichtige Vermittlungs- und Informationsressource dienen und eine Weiterführung bzw. ein Ausbau des Projektes von allen Interviewteilnehmer:innen als überaus wichtig eingestuft wurde, wie folgende Zitate verdeutlichen sollen: „Es ist jetzt sicher ein ganz tolles Angebot, tolle Zusammenarbeit. Gut, dass sie da sind [CNs]. Ich würde es auch schade finden, wenn sie nicht mehr da wären.“ (TI1 Z:439ff). „Weil würde das wieder abgebrochen, dann fehlt wieder etwas, was jetzt doch relativ mühsam aufgebaut wurde.“ (TI1 Z.449ff)

Dem Experten der HKP ist bei der Etablierung von neuen Projekten und Dienstleistungen jedoch wichtig, dass keine Nachteile in irgendeiner Form für Organisationen entstehen, weder für die Mitarbeiter:innen noch für die wirtschaftliche Stellung durch womöglich Bevorzugung bestimmter Organisationen (vgl. TI6 Z:807-862).

Intervenierende Bedingungen

Die Vernetzung über einen gemeinsamen Fall ist nicht nur in den Bereichen Ressourcenaufteilung und multiprofessionelle Herangehensweise von Vorteil, darüber hinaus ist es möglich, das gegenseitige Verweisungswissen zu nutzen und weitere Kooperationen einzugehen (vgl. TI3 Z:129ff / TI5 Z:410-422). Die Sozialarbeiterin aus der PSH, berichtet von einer sehr positiven Kooperation mit einer zuständigen CN bezüglich eines Pflegenotstandes:

„[...] da haben wir auch die CN um Hilfe gebeten. Und die hat dann halt auch mehr Überzeugungskraft gehabt, weil sie die Leute schon gekannt hat, vorher, so vom Umfeld her, dass das wirklich nötig ist, dass eine Hauskrankenpflege da zweimal in der Woche kommt [...]“ (TI5 Z:434-439)

Anhand dieses Beispiels lässt sich sehr gut ablesen, dass ein gewisses Vertrauen in die Professionist:innen vorab vorhanden sein muss, um vor allem bei großen Veränderungen, die für Klient:innen unter anderem schambehaftet sein können, unterstützen zu können. Demnach sind der Interprofessionalität sowie der gemeindenahen Betreuung wiederum Pluspunkte zuzusprechen, die Interpretation der Daten haben ergeben, dass indem verschiedene Menschen unterschiedlich auf Klient:innen wirken eine größere Chance besteht gerade in Krisensituationen zu den Leuten durchzudringen. Weiters scheint eine ortsnahe Unterstützung für Klient:innen attraktiver und „heimeliger“ zu wirken, wodurch der Beziehungsaufbau in vielen

Fällen beschleunigt werden könnte (vgl. T1 5 Z:434ff / T17 Z:508-510). Vernetzung wird darüber hinaus auch als Mittel eingesetzt, um die eigene begrenzte Betreuungszeit durch das Andocken an eine andere Organisation oder Einrichtung auszuweiten. So handhaben es die Fachkräfte für Demenz und die Professionist:innen der PSH (vgl. T1 Z:186-193 / T15 Z:164-167).

Die Vernetzungsqualität verbessert sich auch stetig, vor allem bei neu etablierten Projekten oder Organisationen benötigt die Etablierung Zeit, sowie es die Sozialarbeiterin vom PVZ, die CNs und die DGKP des Tagesbetreuungszenrum schilderten. „Das wird immer besser, weil diese Primärversorgungszentren halt auch immer bekannter werden, medial [...]“ (T13 Z:93f). Der Anfang einer neuen Profession oder Organisation ist oft schwierig, weil die „neuen“ Rahmenbedingungen sowie Kompetenzprofile in der bereits bestehenden Betreuungs- und Versorgungslandschaft Fuß fassen müssen. CNs berichten davon, dass zu Anfang viele potenzielle Kooperationspartner:innen unsicher waren, ob die CNs eine fixe Ressource für sie darstellen könnte, da die Fortsetzung des Projekts nicht gesichert war (vgl. T17 Z:1639ff). Diese Unsicherheiten konnten mit der Zeit abgelegt werden, vor allem durch hartnäckiges Dranbleiben aufseiten der CNs und stetiges Aufweisen von Ressourcen und Kompetenzen (vgl. T17 Z:1645-1649). Die Bekanntheit in der Umgebung spielt auch eine große Rolle, so meinte die DGKP aus dem Tagesbetreuungszenrum, dass es öfter zu der Situation kommen würde, dass Leute das Tagesbetreuungszenrum nicht kennen „[...] und wenn sie dann da sind, sind alle ganz begeistert und finden das voll super, aber keiner weiß, dass es uns gibt.“ (T14 Z:425f). Hier liegt der Fokus nicht nur auf eigener Lobbyarbeit, sondern auch auf Kooperation mit naheliegenden Partner:innen sowie in diesem Fall mit der HKP (vgl. T14 Z:268-273). Demnach sind gute Vernetzungen sowie enge Kooperationen ein fruchtbarer Beitrag dazu, verschiedene Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems sichtbarer zu machen, vor allem wenn Angebote neu etabliert werden oder die Zielgruppe schwer von selbst zu erreichen ist.

Strategien

Wie bereits in dem vorherigen Unterkapitel „Intervenierende Bedingungen“ genauer erläutert, gibt es viele Wege der Vernetzung oder offiziellen Kooperation. Ein schneller Blick in das Internet scheint einer der effizienteren Wege zu sein, um sich einen Überblick über die Betreuungs- und Versorgungsangebote im Umkreis der betroffenen Person zu verschaffen (vgl. T13 Z:759ff / T14 Z:338f / T15 Z:152-154). Eine andere Möglichkeit Angebote in der Lebenswelt der Klient:innen ausfindig zu machen, wäre die explizite Nachfrage bei bereits bekannten Organisationen (vgl. T13 Z:130f / T14 Z:384-387 / T15 Z:417-422). Im nächsten Schritt, nachdem passende Angebote ausfindig gemacht wurden, geht es um die direkte Kontaktaufnahme, diese kann unterschiedlich erfolgen, in Form eines persönlichen Treffens, über das Telefon oder E-Mail (vgl. T11 Z:305 / T13 Z:109f / T16 Z:441-445 / T17 Z:259-273). Ein klarer Vorteil ergibt sich hierbei aus bereits verfügbarem Vernetzungswissen über das jeweilige Versorgungsgebiet. Die Sozialarbeiterin aus dem PVZ spricht davon, dass „[...] dadurch ich vorher so lange in X gearbeitet habe, [...] dass da einfach sehr viel Regionalwissen vorhanden ist.“ (T13 Z:156ff). Demnach lässt sich schlussfolgern, dass gerade bei einem Neueinstieg in einem Bereich es von großem Vorteil sein kann, die Region bereits durch die Arbeit in einer

anderen Organisation kennengelernt zu haben. Ein anderer Weg, Bekanntheit unter den vielen Leistungsanbietern zu erlangen, kann durch ein persönliches Vorstellen geschehen (vgl. TI7 Z:144-148) oder durch die Teilnahme an regionalen Vernetzungstreffen und das Verfolgen regionaler Medien (vgl. TI3 Z:282-285).

Doch vor allem sind es die regionalen Vernetzungstreffen, die in Sachen „Kooperation und Vernetzung“ einen großen Platz einnehmen. Diese Treffen bieten nicht nur die Möglichkeit, einen Überblick über die Soziallandschaft zu erhalten (vgl. TI5 Z:273-276) sondern auch fachliche Kompetenzen auszutauschen bzw. kennenzulernen (vgl. TI1 Z:381-386). Für eine regelmäßige Zusammenarbeit ist der Aufbau einer guten zwischenmenschlichen Basis essenziell (vgl. TI6 Z:582-588). Darüber hinaus werden auch Visitenkarten und Flyer vertauscht, welche anschließend an potenzielle Klient:innen oder Interessent:innen weitergereicht werden, um auch den Bekanntheitsgrad von Organisationen innerhalb der Zielgruppe zu steigern (vgl. TI4 Z:318-324). Durch das Halten von Vorträgen werden neue Projekte vorgestellt bzw. die derzeitigen Tätigkeiten geschildert (vgl. TI4 Z:179-182 / TI3 Z:248-255). Weiters wird Feedback eingeholt, um die Zusammenarbeit zu verbessern und zu evaluieren (vgl. TI7 Z:2398f). Es gibt verschiedene Arten von Vernetzungstreffen wie die Bezirksarbeitskreise, welche zweimal im Jahr stattfinden und bei denen auch Protokolle von nicht-teilnehmenden Personen angefordert werden können (vgl. TI1 Z:390-393 / TI2 Z:141ff). Vernetzungstreffen von Organisation wie zum Beispiel der PVZs (vgl. TI3 Z:423), interne Praxisteamgespräche (vgl. TI6 Z:64ff) und Vernetzungstreffen bezüglich des „Social Prescribing“ Projektes stellen ebenfalls wichtige Austauschtermine dar (vgl. TI3 Z:248-250).

Nach der Analyse der Interviews zufolge sind es schlussendlich jedoch die Angehörigen, welche die größte und wichtigste Kooperationsressource für Organisationen bilden und vor allem bei geringen Kapazitäten als die letzte Möglichkeit aufscheinen, um die Pflegebetreuung von Betroffenen zu sichern (vgl. TI1 Z:241-270 / TI2 Z:179-183 / TI3 Z:260-263 / TI5 Z:210-230 / TI6 Z:250ff).

Konsequenzen

Bei den Interviewanalysen stellte sich heraus, dass Expert:innen einen großen Wert auf ein persönliches Kennenlernen und Kontakt halten legen (vgl. TI1 Z:385f / TI6 Z:387-425). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Vernetzung auch freie Kapazitäten und Zeit benötigt, die es mit dem derzeitigen Workload abzugleichen gilt (vgl. TI1 Z:461-464 / TI3 Z:467-471). Vor allem wenn die Zielgruppe und der Tätigkeitsbereich sehr offen ist, braucht es mehr Zeitressourcen, sich zu vernetzen oder Recherchen anzustellen (vgl. TI3 Z:469-473) wie folgendes Zitat von der Sozialarbeiterin des PVZ genauer erläutern soll:

„[...] wie wichtig diese Arbeit ist, halt einfach dieses Vernetzen genau und dieses Wissen um die regionalen Angebote, [...] dass es auch sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, finde ich gerade als Sozialarbeiterin, weil wir so breit gestreute Themen haben und weil es so ein riesen Gebiet zum Abdecken hat und jede Gemeinde wieder etwas anderes hat, das heißt, ich arbeite mich von Gemeinde zu Gemeinde in bisschen vor.“ (TI3 Z:468-473)

Vernetzungen und Kooperationen zu organisieren ist also eine Arbeit, die ebenfalls freie Ressourcen benötigt und nicht mit der ersten Kontaktaufnahme endet, sondern darauf abzielt, eine gute professionelle Beziehung aufrechtzuerhalten. Dies führt in Umkehrschluss dazu, dass bevor eine Vernetzung nach außen stattfindet, die vorhandenen Kompetenzen in einem interprofessionellen Team vorab abgerufen werden. Das Case- and Caremanagement im PVZ zum Beispiel fängt viele pflegerische Themen ab, weshalb demnach die Vernetzung zu CNS geringer ist, da die benötigten Kompetenzen auch innerhalb des Teams zugänglich sind (vgl. TI3 356-362). Eine gute Vernetzung fällt leichter und benötigt weniger Aufwand, wenn die persönliche/professionelle Beziehung regelmäßig gepflegt und auf gegenseitigem Interesse beruht (vgl. TI1 Z:411-416 / TI6 Z:579-585), laut Expert:innen kann ein kleineres Versorgungsgebiet sowie eine offene und positive Einstellung von Professionist:innen dafür dienlich sein (vgl. TI1 Z:206-209 / TI6 Z:587ff). Festzustellen ist, dass eine gute Vernetzung und Kooperation innerhalb des Versorgungsgebietes die qualitative Betreuung- und Versorgung für Klient:innen gewährleistet, besonders wichtig ist hierbei die Einteilung von Zeitressourcen und das persönliche Engagement von Professionist:innen (vgl. TI1 Z:411-414 / TI3 Z:765-770).

3.3 Herausforderungen und Lösungsansätze in der Versorgung

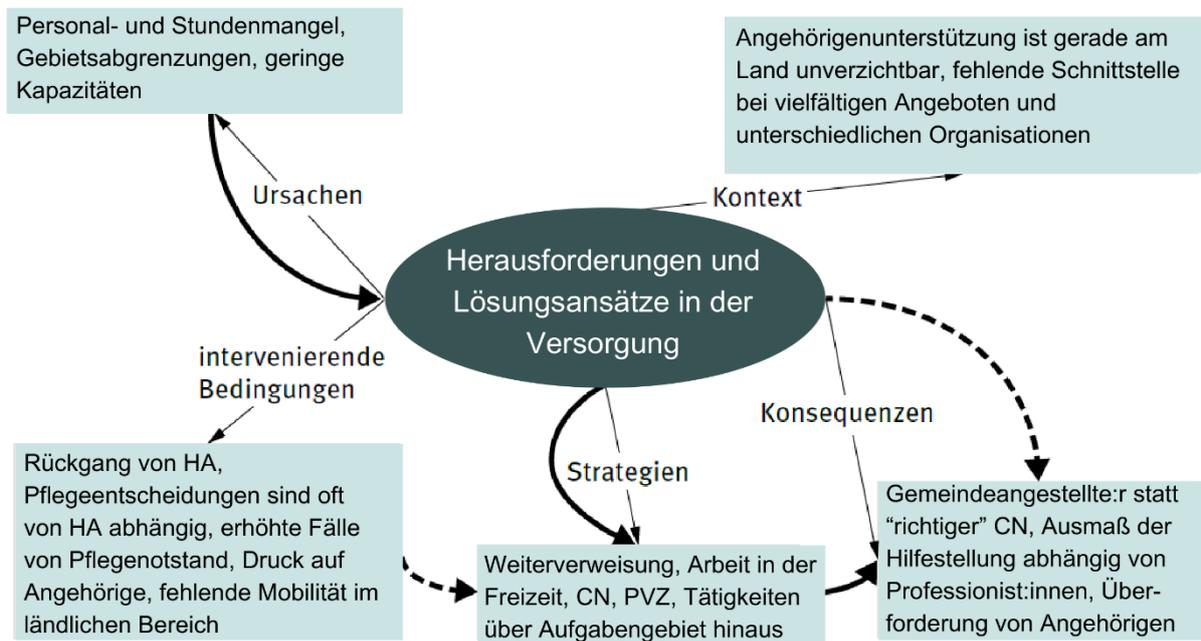


Abbildung 4: Herausforderungen und Lösungsansätze in der Versorgung

Phänomen

Der Ärzt:innenmangel stellt eine in den letzten Jahren kontinuierlich wachsende Thematik dar, die auch eine maßgebliche Rolle in der zukünftigen Gesundheitspolitik einnimmt (vgl. Rehberger 2015:223). Dabei handelt es sich hierbei um kein schlichtes „Mengenproblem“, da Österreich statistisch gesehen eine der höchsten Ärzt:innendichten weltweit hat. Hier handelt

es sich hauptsächlich um ein Strukturproblem, begleitet von limitierten Studienplätzen an österreichischen Universitäten und zunehmend schlechteren Arbeitsverhältnissen, geprägt von zu vielen Stunden und der Abdeckung großer Versorgungsgebiete gerade im ländlichen Bereich (vgl. Rehberger 2015:222). Doch nicht nur die Ärzt:innen weisen geringe Kapazitäten auf, auch die Hauskrankenpflegeeinrichtungen kommen phasenweise an ihr Limit (vgl. TI6 Z:256-258) ebenso wie Bettenstationen in Krankenhäusern (vgl. TI5 Z:232-237) und die Kurzzeitpflege (vgl. TI1 Z:291). Jene Herausforderungen ergeben sich nicht nur aus geringen Kapazitäten, sondern aus unzureichenden öffentlichen Verkehrsmitteln in ländlichen Bereichen (vgl. TI3 Z:455-460), fehlenden allgemeinen Anlaufstellen (vgl. TI4 Z:396-398) und dem Mangel an spezialisierten Angeboten für psychisch kranke Erwachsene (vgl. TI7 Z:1114-1117).

Ursachen

Die DGKP spricht in dem Interview davon, dass die Hauskrankenpflegeeinrichtung X für einen ganzen niederösterreichischen Bezirk mit über 40.000 Einwohner:innen zuständig ist, teilweise auch über Bezirksgrenzen hinaus, mit einem Team derzeitig bestehend aus 34 Mitarbeiter:innen (vgl. TI6 Z:70-95). Der Personalbestand sei grundsätzlich gut, dennoch sind die Kapazitäten von der HKP ambivalenter Natur. Es gäbe Phasen, in denen viele schwere Pflegebetreuungen organisiert werden müssen und andere, wo es auch dazu kommen kann, dass Kund:innen leider versterben oder die Betreuung zuhause nicht mehr ausreichend ist. Demnach können Stunden rasch wegfallen oder auch wieder vergeben sein (vgl. TI6 Z:254-263). Krankenstände bedienen ebenfalls eine Art der Herausforderung, indem die Pflegebetreuung stets nach ausgearbeiteten Routenplan stattzufinden hat (vgl. TI6 Z:244f). In diesem speziellen Fall wurde eine Rufbereitschaft innerhalb des Teams einberufen, um in Fällen eines Krankenstandes die ausfallende Person rasch vertreten zu können (vgl. TI6 Z:243-247).

Auch werden gewisse Angebote nur eingeschränkt angeboten, um die geringen Kapazitäten auszugleichen. Demnach finden Hausbesuche von HA nur innerhalb des direkten Gemeindegebietes statt, obwohl in einem PVZ zum Beispiel auch Menschen außerhalb der Gemeindegrenzen hausärztlich angebunden sein können (vgl. TI3 Z:461f). Dies stellt wiederum auch für andere Professionen eine Herausforderung dar, CNs berichten, dass immer weniger Ärzt:innen Hausbesuche anbieten würden und auch das Entlassungsmanagement bei Entlassungen nachhause wenig Kapazitäten habe Klient:innen umfassend zu betreuen (TI7 Z:1696-1698). Die Klient:innen bekommen demnach ein unterschiedliches Ausmaß an Unterstützungen je nach Wohnort und sind oft auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen. Auch die CNs können nur innerhalb ihres Verantwortungsgebietes Hausbesuche anbieten (vgl. TI7 Z:297-300).

Kontext

Bereits in den Gemeinden lässt sich erkennen, dass eine Vielzahl an unterschiedlichen Betreuungs- und Versorgungsangeboten vorhanden sind (vgl. TI5 Z:415-418 / TI3 Z:472-475), demnach fällt es nicht nur den Klient:innen und Angehörigen schwer, den Überblick zu

behalten, sondern auch den Organisationen selbst, die besonders bei aus der Routine fallenden Fällen Schwierigkeiten damit haben, sich zuständig fühlende Stellen zu finden (vgl. TI4 Z:377-386). Insbesondere dessen fällt die Suche nach Zuständigkeiten so schwer, da es keine allgemeine Schnittstelle zu geben scheint, die innerhalb von Gemeinden vermittelt (vgl. TI4 Z:396-398). Gelegentlich gibt es zwar in Gemeinden jemanden, der für „Soziales“ zuständig ist, aber dann auch wieder nicht für komplexe Fälle und Fragen. Obwohl es gerade jene Fälle sind, die besonderer Aufmerksamkeit und Vernetzung bedürfen (vgl. TI4 Z:384-386). Die Soziale Einzelfallhilfe von Mary Richmond (1917, USA) und Alice Salomon (1926, Deutschland) beschreibt eben diese individuelle Hilfe in der Interventionensetzung und Anpassung zwischen Person und Umwelt. Sie sind Pionierinnen der Sozialen Arbeit und haben mit ihrem Zugang der sozialen Einzelfallhilfe die ersten Bausteine für das moderne Case Management gelegt (vgl. Goger 2022:32). Case Management ist demnach ein aus der Sozialen Arbeit stammender Handlungsansatz, der darauf abzielt anhand von den Bedürfnissen und Zielen der Klient:innen ein ausgerichtetes Verfahren zu erstellen und einrichtungsübergreifend eine passgenaue Koordination zwischen den vielen Unterstützungsmöglichkeiten herzustellen. Case Manager:innen dienen als Vermittler:innen und Koordinator:innen, um in multikomplexen Problemlagen Klient:innen dabei zu unterstützen, die benötigten Hilfsangebote zu erhalten und bei deren Organisation und Koordination zu entlasten. (vgl. Goger 2022:63-65). Dieser Lebenswelt- und Sozialraumorientierte Ansatz findet sich historisch gesehen in der Sozialen Arbeit wieder, wird aber mittlerweile auch von anderen Professionen wie der Gesundheits- und Krankenpflege (GUK) unter dem Fokus der Pflege praktiziert (vgl. Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit o.A.). Eine solche Anlaufstelle nach dem sozialarbeiterischen Case-Management-Ansatz könnte als eben solche Schnittstelle dienen und gerade bei komplexen Situationen Hilfestellungen anbieten. Die CNs arbeiten nach dem Begriff des „Community Health Nursing“ welcher den Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung in Gemeinschaften legt (vgl. Community Nursing o.A. b). Auch wenn Vernetzung einen Teil der Arbeit darstellt (vgl. TI7 Z:258), können CNs nach Interviewanalysen zufolge keinen Ersatz für ein sozialarbeiterisches Case Management darstellen, vor allem da das Projekt weder Stunden- noch gebietsmäßig flächendeckend aufgestellt ist (vgl. TI5 Z:370-375) um diese ressourcenfordernde Arbeit neben ihren eigentlichen Fokus noch leisten zu können.

Ganz oft ist es so, dass gerade im ländlichen Bereich sich die Angehörigen der Organisation und der Pflege einer nahestehenden Person annehmen „[...] fast bis zur Selbstaufgabe [...]“ (TI3 Z:531-533). Gerade in Sachen wie Mobilität werden Angehörige am Land besonders gefordert, da sie meist für jedwede Fahrtendienste „zuständig“ sind (vgl. TI4 Z:240-242 / TI3 Z:259-262). Folgendes Zitat soll die Situation am Land bezüglich der Mobilität von Klient:innen schildern:

„[...] weil genau das ist ja das, was für uns im ländlichen Raum das Thema ist. Es geht nicht um vielleicht so eben Dinge, die man adressieren kann mit [...] einer bestimmten Institution oder mit einem bestimmten Angebot, das es eh gibt. Sondern wir brauchen sehr oft Speziallösungen oder eben ungewöhnlich oder Ideen oder genau kreative Ansätze [...]. Da geht es um Mobilität und da gibt es aber nicht so viel. Also man kann das total schwierig, wenn es keinen gibt. Also wir sind noch immer in diesem ländlichen Gebiet so aufgebaut auf Familie und wenn da keine da ist oder wenn da keine Ressourcen da sind, wer macht das dann? Und dann gibt es halt nicht für jedes Problem oder für jedes Bedürfnis ein professionelles Angebot.“ (TI3 Z:255-263)

Es gibt also bestehende Angebote bezüglich Mobilität am Land aber zu wenig ausgeweitet und nicht über Regionsgrenzen hinaus. Dies kann zwar ein gutes Angebot für einige Personen darstellen, aber sicher nicht für alle (vgl. T13 Z:440-447), darüber hinaus können die Distanzen am Land sehr weitreichend sein, vor allem wenn man an verschiedene Institutionen in verschiedenen Gemeinden angebunden ist (vgl. T13 Z:452-456).

Intervenierende Bedingungen

Das zu Beginn beschriebene Problem des Ärzt:innenmangels zieht sich auch bis in die Strukturen des interviewten TBZs, eine Expertin spricht davon, dass es keine direkte Zuständigkeit von HA im TBZs gäbe, jedoch wäre dies sehr gewünscht, um in medizinischen Belangen einen zugeteilte:n Ansprechpartner:in zu haben, ähnlich wie in einem Pflege- und Betreuungszentrum (PBZ) (vgl. T14 Z:357-361). Dies würde die Suche nach einem:einer Arzt:Ärztin zunehmend erleichtern wenn Gäste des TBZs beispielsweise an einer Impfung in der Einrichtung interessiert wären (vgl. T14 Z:368-371). Ärzt:innen übernehmen auch bei gewissen Tätigkeiten der HKP die letztendliche Verantwortung zum Beispiel bei der Medikamentendispensation (vgl. T16 Z:202-207), bei der Setzung eines Katheters (vgl. T16 Z:219-221) und bei der Versorgung von Wunden durch das Wundmanagement (vgl. T16 Z:232-237). Darüber hinaus kommt es immer wieder zu einer Kooperation mit HA und ein Experte schilderte die hausärztliche Situation in seiner Gemeinde so, dass die Zusammenarbeit sehr gut funktioniere, es jedoch nur einen Gemeindevorstand geben würde, der aufgrund des großen Zulaufes sehr ausgelastet sei (vgl. T16 Z:632-635).

„[...] vielleicht das man sagt, okay er hat da noch mal Unterstützung von zwei, drei Ärzt:innen [...] einfach auch in Zukunft gesehen, dass man sagt, es würde vielleicht die Wartezeiten reduzieren oder ich habe einfach das Gefühl, okay es ist jetzt nicht nur ein HA in der Gemeinde, sondern mehrere [...]“ (T16 Z:636-641)

Dadurch, dass trotz Spezialisierungen der Professionist:innen eine HA Abgleichung notwendig ist, scheint die hausärztliche Belastung trotz gehobener Ausbildung für GUK gleichbleibend hoch zu sein. Aus diesem Grund wäre es erstrebenswert, dass akademische Pflegekräfte ärztliche-medizinische Tätigkeiten selbständig und mittels ärztlicher Weisung durchführen. Hier könnten Ärzt:innen durch die Abgabe von routinemäßigen diagnostischen Verfahren, wie zum Beispiel Blutabnahmen, EKGs (Elektrokardiogramm) oder Ultraschalle entlastet werden (vgl. Marschon 2015:34).

Die Pflegenotstände werden immer mehr (vgl. T15 Z:311f) und Krankenhausaufenthalte können gerade bei Palliativpatient:innen zu so einer Totalisierung führen, dass es schwer ist, jene Patient:innen wieder nachhause zu entlassen, sodass auf einen Heimplatz gewartet werden muss. (vgl. T12 Z:191-195). Expertinnen des interviewten MPTs sprechen hier von dem Mangel einer Übergangsstation für Palliativpatient:innen, in denen sie immer noch im KH versorgt, aber bereits für die Entlassung vorbereitet werden können (vgl. T12 Z:187-195). CNs vermissen auch eine spezialisierte Stelle für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich für die Beratung pathologisch hortender Menschen zuständig fühlen (vgl. T17 Z:1116f). Eine Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Dienst wäre grundsätzlich vorhanden, nur „[...]

die haben sich dann auch wieder auf Jugendliche eigentlich spezialisiert und nicht wirklich auf ältere Leute ja oder Messi-Haushalte oder sonst was.“ (T17 Z:1116f). Die Interpretation der Daten ergeben, dass es an spezialisierten sozialarbeiterischen Anlaufstellen für psychische Erkrankungen im Alter fehlt und eine engere Zusammenarbeit mit CNs wünschenswert wäre.

Strategien

Um diesen Herausforderungen im Alltag zu begegnen, gibt es verschiedene Ansätze. Die interviewten CNs gehen mit den geringen Stundenkapazitäten so um, dass aufgrund des vielen Zulaufes auch Gespräche mit Klient:innen in der Freizeit stattfinden (vgl. T17 Z:352f). Folgendes Zitat soll eben diese Herangehensweise verdeutlichen:

„Aber wir haben ein bisschen Überstunden auch natürlich und es geht einem auch natürlich ein bisschen Freizeit drauf. Ist auch klar, weil wenn man das mit Herz macht, dann geht das nicht ohne. Weil, wenn ich einkaufen gehe, reden mich auch fünf Leute an und das [...] außerhalb der Dienstzeit, dann hebt man halt ab und fragt, was die Leute leicht brauchen, weil viel kann man ja schon am Telefon lösen.“ (T17 Z:205-214)

Hierbei ergeben sich Schwierigkeiten im Bereich der privaten und beruflichen Abgrenzung. Jedoch ist diese Art der Handhabung über die eigenen Institutionsgrenzen hinaus Aufgaben zu erledigen (vgl. T13 Z:120-125) oder Freizeit zu investieren (vgl. T17 Z:205-214) keine nachhaltige. Angestellte Überlegungen anhand der zur Verfügung gestellten Daten lassen vermuten, dass diese „Gut-Will“-Betreuung keine dauerhafte Lösung für das geringe Vorhandensein von Kapazitäten sein kann. Zum einen scheint die willkürliche Betreuung über den eigenen Bereich hinaus als nicht nachhaltig, da nachfolgende Kolleg:innen möglicherweise nicht dieselbe Arbeitsweise an den Tag legen. Zum anderen könnten die Klient:innen die gewohnte „Ausnahme“ als fixe Ressource ansehen und unter möglichen Veränderungen leiden. Die richtige Herangehensweise wäre das Projekt „Community Nursing“ flächendeckender auszurollen, mit mehr Stunden und einem interprofessionellen Team als niederschwellige Unterstützung (vgl. T16 Z:803-806 / T15 Z:370-375).

Die Sozialarbeiterin vom PVZ berichtet, dass es bereits eine PVN (Primärversorgungsnetzwerk) gäbe, in denen mehrere HA sich zusammengeschlossen haben und sich gemeinsam ein erweitertes Team mit Sozialarbeiter:innen, Psychotherapeut:inne, Psycholog:innen, Ergotherapeut:innen und Physiotherapeut:innen teilen. Dies bedeutet, die Ärzt:innen praktizieren weiterhin in getrennten Praxen, können aber an das gemeinsame erweiterte Team verweisen und für die Patient:innen wird die Behandlung dann auch kostenlos über die E-Card abgerechnet, insofern er:sie hausärztlich bei einen:einer der zusammengeschlossenen HA angebunden ist (vgl. T13 Z:628-638). Hierbei scheint jedoch der Kommunikationsaufwand ein sehr großer zu sein, da sich das interprofessionelle Team nicht im selben Gebäude befindet und demnach auf keine Patient:innen Akten zugreifen kann, was laut Expert:innen einen sehr großen Mehraufwand darstellt (vgl. T13 Z:638-643).

Professionalist:innen geben neben den bereits erwähnten Herausforderungen in der Betreuung- und Versorgung von älteren Menschen auch mögliche Lösungsansätze und Wünsche preis, die in folgendem kurz aufgelistet oder näher ausgeführt werden:

- E-Card Leistungen für das erweiterte Team des PVZs auch ohne hausärztliche Anbindung mittels einem ÖGK-Pauschalbetrag an Individuen oder an Gemeinden (vgl. TI3 Z:658-663).
 - Etablierung einer allgemeinen Anlaufstelle für komplexe Fallgeschehen (vgl. TI2 Z:308-326 / TI3 Z:569-575 / TI4 Z:396-398).
 - (Mehr) Tages- oder Stundenbetreuungen für Klient:innen mit berufstätigen Angehörigen (vgl. TI2 Z:173-178).
 - Entlassungsstation/ Übergangspflege und Akutgeriatrie für Palliativpatient:innen (vgl. TI2 Z:184-200).
 - Aufbau von organisierter Nachbarschaftshilfe (vgl. TI3 Z:263-266).
 - Projekt für Pensionist:innen, die sich aktiv gesellschaftlich beteiligen wollen (vgl. TI3 Z:425-427).
 - Organisierte, leistbare und gemeindeübergreifende Fahrtendienste oder eventuell die Anschaffung von Gemeindeautos (vgl. TI3 Z:433-456).
 - Ärzt:innen Team, das für umliegende Tagesbetreuungseinrichtungen zuständig ist (vgl. TI4 Z:353-361).
- Vereinheitlichung über den flächendeckenden Ausbau von PVZs und CNs

PVZs sind ebenso wie CN nicht flächendeckend am Land vorzufinden, es ist unrealistisch, sie in jeder Gemeinde zu etablieren, aber es sollte jedem möglich sein, die Angebote zu nutzen, unabhängig vom Wohnort (vgl. TI3 Z:628f/645-648). Folgendes Zitat verdeutlicht dies: „Ja, und ich finde, das ist jetzt gerade so ein bisschen ein Luxusding, genau bin ich im PVZ hausärztlich angebunden, habe ich eine Sozialarbeit, und [...] ja, bin ich das nicht, habe ich das nicht.“ (TI3 Z:497-500). Eine ähnliche Sichtweise äußert die Sozialarbeiterin der Psychosozialen Hotline wieder: „Aber es ist halt wirklich noch das Problem, dass das nicht flächendeckend ist. [...] und das ist für die Menschen halt auch nicht so toll, dass wenn sie Glück haben gibt es eine CN, wenn sie Pech haben gibt es keine.“ (TI5 Z:370-373). Um diese wertvollen Angebote für alle zugänglich zu machen, wäre ein gesetzlicher Ausbau von PVZs oder Community Nursing auf Bunds- oder Landesebene sinnvoll, statt diese Entscheidungen allein in die Hände von Gemeinden zu legen (vgl. TI4 Z:419-421 / TI5 Z:370-375 / TI6 Z:641-660)

- Aufklärungsarbeit bezüglich CN, HKP, Sozialer Arbeit und Psychotherapie

Sowohl die CNs als auch die HKP würden sich mehr gesellschaftliche Aufklärung bezüglich ihres Berufsfeldes wünschen. CNs betonen, dass sie beratend tätig sind und keinen Pflgetätigkeiten nachgehen, diesbezüglich würden sie sich mehr Bewerbung und Aufklärung seitens der Regierung wünschen (vgl. TI7 Z:2497-2504). Die HKP genießt im Vergleich zum gesamten Gesundheitswesen ein nicht so hohes Ansehen innerhalb der Profession laut dem interviewten Experten. Dabei verdient die HKP deutlich mehr Anerkennung, da sie ein eigenständiges und verantwortungsvolles Arbeitsfeld bedient und den Wunsch älterer Menschen nach häuslicher Pflege erfüllt (vgl. TI6 Z:352-365) denn die HKP ist „[...] grundsätzlich ja einfach das größte Pflegeheim in dem Sinne [...] einfach nur mobil [...]“ (TI6 Z:352f). Auch die Sozialarbeiterin im PVZ musste zu Beginn viel

Aufklärungsarbeit leisten. Vor allem auch unter dem Aspekt, dass Psychotherapeut:innen anfänglich ständig ausgebucht waren, bis es sich so etablierte, dass die Patient:innen vorerst zur Sozialen Arbeit für eine Abklärung kommen (vgl. TI3 Z:575-583) denn meistens braucht es im ersten Schritt keine Psychotherapie an sich, sondern Informationen bzw. ein Entlastungsgespräch (vgl. TI3 Z:581-583). Durch die gemeinsame Zusammenarbeit und gegenseitige Aufklärung der Kompetenzen scheinen die verfügbaren Ressourcen besser aufgeteilt werden zu können.

■ CN als interprofessionelles Team

Ein interprofessionelles Team in den Gemeinden, welche Vollzeit angestellt und flächenübergreifend tätig ist, wäre ein großer Mehrwert in der Gemeinwesenarbeit. Demnach wäre es möglich, auch intern auf verschiedene Kompetenzen zurückzugreifen, wie zum Beispiel auf die der Sozialen Arbeit oder auf die pflegerischen Expertisen der DGKPs. Auf diesem Wege wäre es möglich, viele Folgekosten zu ersparen und Klient:innen in verschiedenen Bereichen und Notlagen ganzheitlicher zu unterstützen und die verfügbaren Ressourcen effizienter aufzuteilen (vgl. TI3 Z:706-712 / TI5 Z:335-346 / TI6 Z:756-780).

■ PVZ als alternativer interprofessioneller Anlaufstelle anstelle einer CN

Die empirischen Daten zeigen auf, dass PVZs unter anderem mit ihrem interprofessionellen Ansatz eine gute Möglichkeit bieten, fehlende soziale Schnittstellen auszugleichen (vgl. TI3 Z:513-519 / TI1 Z:458-460 / TI5 Z:354-364). Das PVZ könnte beispielsweise Nachsorgeleistungen übernehmen, die sonst in bereits stark ausgelasteten Krankenhausambulanzen stattgefunden hätten. Einerseits um die Ambulanzen zu entlasten und andererseits um die Wartezeiten für Patient:innen zu verkürzen (vgl. TI6 Z:641-660). Jedoch wird für die Nutzung des erweiterten Teams und demnach auch für die Soziale Arbeit eine ärztliche Anbindung an das PVZs benötigt (vgl. TI3 Z:497f). Der große Unterschied zwischen der Versorgung durch CNs und der Versorgung über das PVZ besteht laut Datenanalyse darin, dass die CNs aufgrund von Aufträgen der Klient:innen agieren (vgl. TI7 Z:470-486), während die Soziale Arbeit hauptsächlich durch Weiterverweisungen des erweiterten Teams oder der Ärzt:innen aktiv wird (vgl. TI3 Z:71-77). Dieser indirekte Weg über Ärzt:innen entlastet die HA nur bedingt im Gegensatz zu der direkten Versorgung in den Gemeinden, die ohne ärztliche Anbindung geschehen kann. Somit muss ärztliche Unterstützung erst eingeholt werden, wenn diese auch wirklich benötigt wird. Dies stellt nach den Dateninterpretationen zu folge den größten Unterschied zwischen den beiden Versorgungsmodellen dar.

Konsequenzen

Durch den wachsenden Bedarf von Bürger:innen an gemeindenaher Beratung scheinen sich einige Gemeinden zum schnellen Handeln verpflichtet zu fühlen, entscheiden sich dann jedoch gegen die Etablierung einer CNs und stellen stattdessen eine:inen „Pflegerberater:in“ für eine Stunde in der Woche an (vgl. TI3 Z:336-341). Möglicherweise aus dem Grund heraus, dass viele Menschen mit dem Begriff „Community Nurse“ nicht viel anfangen können, vor allem ältere Generationen können sich nichts darunter vorstellen und haben bereits bei der Aussprache Probleme. Weshalb es oft zu einem vorschnellen Entschluss kommt, unter dem Motto: „das ist ein Blödsinn, das brauche ich nicht“ (vgl. TI4 Z:335-344). Jedoch meint die Sozialarbeiterin des PVZs, dass die nicht Anstellung einer „richtigen“ CN anderen Faktoren zugrunde liegen könnte: „Ja, und da denke ich mir schon wieder, ach Gott, das ist jetzt leider gerade wieder so eine Richtung mit ‚Machen wir es günstig, aber nicht gescheit.‘ Irgendwie so.“ (TI3 Z:340f). Dabei bleibt durch die Einsparungen in den Gemeinden oder generell im Gesundheits- und Sozialsystem ein großer Teil der Verantwortung für die Pflegebetreuung älterer Menschen bei den Angehörigen hängen (vgl. TI1 Z:33-39 / TI3 Z:528-533). So kam es in einem Fall der Psychosozialen Hotline dazu, dass Klient:innen mit einer „sozialen Indikation“ ins KH geschickt wurden und nach ein paar Tagen wieder entlassen wurde unter der Begründung: „Ja, und wenn die Kinder da sind, dann sagen die vom Krankenhaus, ja, dann müssen sie sich darum kümmern.“ (TI5 Z:229f). Demnach lässt sich feststellen, dass Angehörige immer die „letzten“ Verantwortungsträger sind, sollten alle anderen Kapazitäten ausfallen, dies führt zu einem erhöhten Druck auf Angehörige, vor allem wenn diese noch dazu berufstätig sind (vgl. TI3 Z:260-263). Darüber hinaus stellt sich die Frage: Was, wenn keine Angehörigen vorhanden sind?

4 Fazit

Anhand der aus den empirischen Interviews generierten Daten lässt sich feststellen, dass das Betreuungs- und Versorgungssystem in Niederösterreich eine Vielzahl von Leistungen anbietet, die sich zum Teil überschneiden, aber auch ergänzen. Betreuungen finden sowohl in Form eines Hausbesuches, eines Beratungsgesprächs im Büro, als Spaziergang, einem Besuch im Kaffeehaus, direkt am Unfallort, telefonisch und über E-Mail statt. Dabei formen die jeweiligen Angebote, Leistungen und Kapazitäten die Art der Hilfestellung genauso sehr wie die individuellen Situationen und Bedürfnisse der Klient:innen. Wichtig ist vor allem ein gewisses Maß an Flexibilität und Kommunikation, um die Betreuung und Versorgung passgenau gewährleisten zu können. Hierbei ist es laut Expert:innen wichtig, seine eigenen Kompetenzen sowie Grenzen gut zu kennen, um Klient:innen bei Bedarf auch abzugeben. Es ginge in erster Linie darum, das Beste Ergebnis für die Nutzer:innen herauszuholen. Die Leistungen lassen sich grob aufteilen in kostenpflichtige und je nach Pflegestufe geförderte Leistungen wie die des TBZ und der HKP. Kurzzeitbetreuungen, die eine gewisse Stundenbegrenzung vorgeben, werden von der PSH und der spezialisierten Fachkraft für Demenz geleistet. Langzeitbetreuungen finden über PVZs, CNs, MPTs und TBZ statt und dienen auch als Anbindungs- und Vernetzungsmöglichkeit für Kurzzeitbetreuungen, um die Menschen an eine professionelle Anlaufstelle über die Stundengrenzen hinweg anbinden zu können. Die interviewten Expert:innen fühlen sich zu einem großen Teil für die Betreuung und Versorgung älterer Menschen verantwortlich, jedoch ist das Zielgruppenalter nicht genau zu definieren und demnach auch teilweise durchwachsen. Vor allem in Organisationen, in denen das Aufgabenfeld sehr breit gefächert ist wie in einem PVZ, bei CNs und auch teilweise bei der HKP und dem MPT. Hilfestellungen erfolgen nicht nur über persönlichen Kontakt, sondern auch durch Informationsweitergabe über Vorträge oder Workshops, anhand von Peeraustausch durch regelmäßige Stammtischtreffen, über das Telefon oder per E-Mail.

Auf Vernetzung und Kooperation legen Expert:innen besonderen Wert. Die Gesundheits- und Sozialschaft ist sehr groß und den Überblick zu behalten sei keine leichte Aufgabe. Vernetzungen und Kooperationen benötigen Zeit und auch zwischenmenschliche Beziehungsarbeit auf einer professionellen Ebene. Es gilt Vernetzungstreffen zu besuchen, seine eigenen Kompetenzen aufzuzeigen, andere Kompetenzen kennenzulernen und den Kontakt zu halten. Vernetzungstreffen geben ebenfalls die Möglichkeit, neue Projekte vorzustellen oder Zusammenarbeiten und Leistungen zu evaluieren. Ein multiprofessionelles Kennenlernen findet jedoch nicht nur über persönliche Treffen statt, sondern auch durch den Blick ins Internet und Kontaktaufnahmen über das Telefon oder per Mail. Dabei sind Vernetzungen nicht nur für die ganzheitliche Zusammenarbeit bezüglich eines Falles von großer Bedeutung, sondern auch um für Klient:innen sichtbar zu werden, indem Visitenkarten ausgetauscht und an potenzielle Zielgruppen weitergegeben werden.

Hindernisse in der Versorgung von älteren Menschen stellen die geringen Kapazitäten in den Organisationen und Einrichtungen dar, dabei sprechen Expert:innen nicht nur von dem

Rückgang der HA oder dem hohen Bettendruck im KH, sondern auch von einer fehlenden regionalen Anlaufstelle für etwaige soziale bzw. rechtliche Fragen und der mangelnden Mobilität am Land. Darüber hinaus fehlt es an spezialisierten Organisationen, die sich für psychisch kranke, erwachsene oder ältere Menschen verantwortlich fühlen, die wie zum Beispiel unter pathologischem Horten leiden. Nicht selten tendieren Professionist:innen dazu, über ihre Leistungsangebote bzw. verfügbaren Stunden hinaus zu beraten, um die fehlenden Kapazitäten auszugleichen. Dies kann für Klient:innen zwar entschleunigend wirken, da sie sich bezüglich vieler Anliegen an eine bereits bekannte Person wenden können, jedoch scheint diese Methode nicht nachhaltig zu sein. Wenn Angebote und Leistungen von dem Engagement der Professionist:innen abhängt, was bestimmt auch in der Beratungsqualität zu einem gewissen Teil ausschlaggebend ist, bilden diese Leistungen für Klient:innen keine fixe Ressource, weil sie je nach Professionist:in anders gehandhabt werden. Angehörigen werden oftmals in die letztmögliche Verantwortung gestellt, wenn beispielsweise die langfristige Versorgung im KH nicht möglich ist. Dabei stehen Angehörige unter großem Druck, vor allem wenn diese noch berufstätig sind. Besonders schwierig wird es, wenn keine nahen Angehörigen vorhanden sind, denn nicht für jedes Bedürfnis gibt es eine Organisation oder ein spezielles Angebot, hierfür müssen maßgefertigte Lösungen angestrebt werden.

Expert:innen haben verschiedene Vorstellungen von Lösungsansätzen für die Mängel in der Versorgung von älteren Menschen. Je nach Arbeitsbereich werden mehr Tages- oder Stundenbetreuungen als Entlastung für pflegende Angehörige benötigt, eine Übergangspflege bzw. Akutgeriatrie für Palliativpatient:innen, den Aufbau von organisierter Nachbarschaftshilfe, gemeindeübergreifende und leistbare Fahrdienste oder Gemeindeautos und Zuständigkeitsklärungen für Ärzt:innen bezüglich Hausbesuche und TBZs. Vermehrt äußerten sich Expert:innen dazu, dass ein flächendeckender Ausbau von PVZs oder CNs sehr sinnvoll wäre, um die Angebote für eine breitere Masse erreichbar zu machen, dabei soll die Etablierung dieser Organisationen/ Professionist:innen nicht nur in den Händen der Gemeinden liegen, sondern auf Bundes- oder Landesebene geregelt werden. Die CN als interprofessionelles Team mit mehr Stunden und einem größeren Zuständigkeitsbereich könnte umfassendere und ganzheitlichere Arbeit leisten mit weniger Verweisungsaufwand und Leistungen über Angebote bzw. Stundengrenzen hinaus. Das PVZ wurde von Expert:innen als eine Art alternative Anlaufstelle für soziale und rechtliche Fragen angesehen, jedoch liegt hier der große Unterschied in der Auftragsgebung. Die Soziale Arbeit vom PVZ wird durch Zuweisungen aus dem erweiterten oder Ärzt:innenteam tätig und die CNs durch direkte Aufträge von Klient:innen selbst.

Alles in allem lässt sich sagen, dass Expert:innen das Versorgungs- und Betreuungssystem in ihren Verantwortungsregionen als „gut aufgestellt“ empfinden und eine vorteilhafte multiprofessionelle Zusammenarbeit herrscht. Die Aufgabengebiete überschneiden sich in manchen Thematiken, aber ergänzen sich auch. Essenziell für eine qualitative Betreuung und Versorgung wird die Vernetzung und Kooperation angesehen. Mögliche Hindernisse werden durch Speziallösungen überwunden, die oftmals nicht nachhaltig sind und mehr Kapazitäten benötigen würde, dabei sind die Entwicklungen und Etablierung von neuen Projekten von großer Wichtigkeit.

4.1 Ausblick und Limitationen

Basierend auf den Ergebnissen könnte ein Ausblick darauf hindeuten, dass die Herausforderungen im Bereich der Betreuung und Versorgung älterer Menschen in Niederösterreich weiterhin bestehen und sich sogar verschärfen könnten. Der anhaltende Ärzt:innenmangel, begleitet von strukturellen Problemen und geringen Kapazitäten in der Hauskrankenpflege sowie anderen Einrichtungen, deutet darauf hin, dass innovative Lösungsansätze erforderlich sind. Eine mögliche Entwicklung könnte darin bestehen, verstärkt interprofessionelle Teams einzusetzen, die eine ganzheitliche Betreuung bieten und verschiedene Fachbereiche abdecken. Eine Stärkung der Unterstützung für Angehörige oder die Etablierung von unterstützenden Angeboten könnten ebenfalls wichtige Maßnahmen sein. Insgesamt dürfte ein zukünftiger Ansatz darauf abzielen, die Versorgung älterer Menschen in Niederösterreich effektiver und bedarfsgerechter zu gestalten, indem sowohl strukturelle als auch personelle Ressourcen optimiert werden.

Interessant wäre noch gewesen zu erörtern, warum in einigen Gemeinden keine CNs etabliert wurden, doch dies hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. In zukünftige Arbeiten würde es darüber hinaus lohnend sein, die Stichprobengröße der ausgewählten Interviews zu erweitern, eventuell auch durch die Nutzung quantitativer Methoden, um die Repräsentativität der Ergebnisse zu erhöhen.

Literatur

Ärztchamber für Niederösterreich (o.A.): Arztbesuch -Häufig gestellte Fragen (FAQ). <https://www.arztnoe.at/patienteninfo/faq-arztbesuch> [angerufen am 28.03.2024].

Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichem qualitativem Datenmaterial. Ein Beitrag zur qualitativen Auswertung vorstrukturierten Datenmaterials. In: Soziales Kapital, Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit, Rubrik „Sozialarbeitswissenschaften“, Nr. 18/2017. file:///C:/Users/PC/Downloads/martin_bentele,+18_SW_stp_AuerVoigtlaenderSchmid_PDF.pdf [abgerufen am 27.12.2023].

Bundeskanzleramt (o.A.): Bundeskanzleramt. EU-Aufbauplan. "Community Nursing": Zentrale Ansprechpersonen für Pflege und soziale Dienstleistungen. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/projekte/community-nursing.html> [abgerufen am 27.03.2024].

Bundesministerium (2021): Factsheet zu Community Nursing. file:///C:/Users/PC/Downloads/factsheet_CommunityNursing_final_barrrierefrei.pdf [abgerufen am 28.03.2024].

Bundesministerium (2023): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primarversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primarversorgung.html) [abgerufen am 11.12.2023].

Community Nursing (2023): Community Nursing. Nah für dich. Da für dich. Das Projekt. https://cn-oesterreich.at/das_Projekt [abgerufen am 09.12.2023].

Community Nursing (o.A. a): Community Nursing. Nah für dich. Da für dich. Community Nursing. Rolle einer Community Nurse. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/was-ist-eine-community-nurse> [abgerufen am 12.04.2024].

Community Nursing (o.A. b): Community Nursing. Nah für dich. Da für dich. Community Nursing. Ansätze und Grundlagen. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/ansaezte-und-grundlagen> [abgerufen am 11.04.2024].

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (o.A.): Fachgruppe: Case Management. Leitgedanke des Case Management. <https://www.dgsa.de/fachgruppen/case-management> [abgerufen am 11.04.2024].

Drochter, Rosanna / Fichtinger, Sophie / Gahleitner, Susanne / Kopp, Alexander / Kundrat, Elena / Minassians, Melina / Trestl, Michelle / Vettori, Hanna / Winkler, Alexandra (2020): Gemeinwesenarbeit. Neu gedacht und selbstorganisiert. Masterhese, Fachhochschule St. Pölten.

Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In G. Oelerich & H.-U. Otto (Eds.), Empirische Forschung und Soziale Arbeit (pp. 273–280). Wiesbaden:VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gersdorff, Anna Milena (2021): Grounded Theory Methodologie - mit Beispielen einfach erklärt! <https://gwriters.de/blog/grounded-theorie-methodologie> [abgerufen am 10.03.2024].

Gesundheit Österreich GmbH (2023): Hintergrundinformationen zu den Community Nursing Projekten im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans (ARP). https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/Factsheet_Landkarte_September_2023.pdf [abgerufen am 11.12.2023].

Goger, Karin (2022): Zum Begriff des Social Work Case Managements. In: Goger, Karin / Tordy, Christian / Meusburger, Manuela / Böhm, Reinhard (Hrsg.) (2022): Gelingendes Case Management in der Sozialen Arbeit. In komplexen Fällen navigieren: Praxiserfahrungen und Forschungsberichte. Beltz Juventa, 30–69.

Google Forms (o.A.): Google Formulare. https://www.google.com/intl/de_at/forms/about/ [abgerufen am 12.04.2024].

Helferich, Cornelia (2004): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hill, Burkhard/ Kreling, Eva/ Hönigschmid, Cornelia (2012): Selbsthilfe und Soziale Arbeit – Das Feld neu vermessen. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verlag. <https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-2831-7.pdf> [abgerufen am 29.03.2024].

Hurrelmann, Klaus / Franzkowiak, Peter (2022): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gesundheit. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/> [abgerufen am 11.12.2023].

Hussak, Andreas (2021): Was machen „Community Health Nurses“? <https://kommunal.at/was-machen-community-health-nurses> [abgerufen am 23.03.2024].

Kessl, Fabian / Otto, Hans-Uwe (2011): Soziale Arbeit und soziale Dienste. In: Evers, A., Heinze, R.G., Olk, T. (eds) Handbuch Soziale Dienste. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 389-403.

Marschon, Nicole (2015): Die Akademisierung des diplomierten Pflegepersonals und die Übertragung ärztlicher Aufgaben auf das nichtärztliche Personal aus arbeitsrechtlicher Sicht.

Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität Linz.
<https://epub.jku.at/obvulihs/download/pdf/493844?originalFilename=true> [abgerufen am 11.04.2024].

Nemeth, Claudia / Rottenhofer, Ingrid (2004): ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Tabelle 4: Strukturqualitätskriterien – Palliativkonsiliardienst.
file:///C:/Users/PC/Downloads/bericht_abgestufte_hospiz-und_palliativversorgung.pdf
[abgerufen am 21.04.2024].

OBDS (2023): Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit. Was ist Soziale Arbeit?
<https://obds.at/was-ist-soziale-arbeit/> [abgerufen am 11.12.2023].

Pflegerl, Johannes / Redelsteiner Christoph (2015): Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In.: Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. Hg:in: Pantucek-Eisenbacher, Peter / Vyslouzil, Monika / Pflegerl. Wien: vrelag des ÖGB GmbH.

Plattform Primärversorgung (2023): Plattform Primärversorgung.
<https://primaerversorgung.gv.at> [abgerufen am 11.12.2023].

Redelsteiner, Christoph (2023): Gesundheit und Soziale Arbeit. In: SIÖ. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich, Ausgabe 220, Jahrgang 2023, S.8-15.

Rehberger, Edith Maria (2015): Ärzteschwemme versus Ärztemangel in Österreich. Sozialversicherung Österreich.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714308&version=1432891786> [abgerufen am 09.04.2024].

Strauss, A., & Corbin, J. (1996). Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl). Beltz.

Stövesand, Sabine / Christop Stoik (2022): Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In: Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Hg:in: Borrmann, Stefan / Effinger, Herbert / Gahleitner, Silke / Köttig, Michaela / Kraus, Björn / Stöversand, Sabine. Band 4. Opladen, Berlin und Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Strauss, A., & Corbin, J. (1996). Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung (Unveränd. Nachdr. der letzten Aufl). Beltz.

Strübing, J. (2018). Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). De Gruyter Oldenbourg.

Uphoff, Anne / Zängl, Peter (2023) Caring Communities – ein bedeutsames Tätigkeitsfeld für die Soziale Arbeit. In: Care schafft Community – Community braucht Care. Hg:in: Sempach, Robert / Steinebach, Christoph / Zängl, Peter. Wiesbaden: Springer Nature.

Van Rießen, Anna (2022): Subjektorientierung: Ein handlungsleitendes Prinzip auf zwei Ebenen. Subjektorientierung, Autonomie und Selbstbestimmung – eine Hinführung. In: Soziale Arbeit mit alten Menschen. Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden. Hg:in: Bleck, Christian / Van Rießen, Anna. Wiesbaden: Springer VS. S.501-503.

Verivox (o.A.): Hausarztprinzip.

<https://www.verivox.de/krankenversicherung/themen/hausarztprinzip/> [abgerufen am 28.03.2024].

Daten

TI1, Transkript Expert:inneninterview mit Sozialarbeiterin, spezialisierte Fachkraft für Demenz, erstellt von Verena Röska, 08.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Expert:inneninterview mit Gesundheits- und Krankenpflegeperson und Sozialarbeiterin, MPT, erstellt von Verena Röska, 14.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Expert:inneninterview mit Sozialarbeiterin, PVZ, erstellt von Verena Röska, 15.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4, Transkript Expert:inneninterview mit Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Tagesbetreuung, erstellt von Verena Röska, 22.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI5, Transkript Expert:inneninterview mit Sozialarbeiterin, Psychosoziale Hotline, erstellt von Verena Röska, 27.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI6, Transkript Expert:inneninterview mit Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Hauskrankenpflege, erstellt von Verena Röska, 18.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI7, Transkript Expert:inneninterview mit zwei Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Community Nurse, erstellt von Sonja Gießwein, 25.10.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

CN.....	<i>Community Nurse</i>
DGKP.....	<i>Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson</i>
GUK.....	<i>Gesundheits- und Krankenpflege</i>
HA.....	<i>Hausarzt/ Hausärztin</i>
HKP.....	<i>Hauskrankenpflege</i>
KH.....	<i>Krankenhaus</i>
MPT.....	<i>Mobiles Palliativteam</i>
ÖGK.....	<i>Österreichische Gesundheitskasse</i>
PVZ.....	<i>Primärversorgungszentrum</i>
TBZ.....	<i>Tagesbetreuungszentrum</i>

Abbildungen

Abbildung 1: Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996)	9
Abbildung 2: Zusammensetzung des Betreuungs- und Versorgungssystems.....	10
Abbildung 3: Vernetzung und Kooperation im Gesundheits- und Sozialsystem	19
Abbildung 4: Herausforderungen und Lösungsansätze in der Versorgung	25

Anhang

Anhang 1: Episodisches Leitfadeninterview.....	41
Anhang 2: Leitfadeninterview.....	43

Anhang 1: Episodisches Leitfadeninterview

„Lebensweltorientierte Community Care für ältere Menschen und ihre An- und Zugehörigen“

Thema: Kooperationspartner:innen

Begrüßung

- Einführung ins Thema
- Vorstellung

Bündel	Schritt	Stimulus/Fragen
Bündel 1 Zusammenarbeit	Semantisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich kurz vorstellen und ihre Tätigkeit X erläutern? • (Wer ist die Zielgruppe Ihrer Organisation?) • Inwiefern betrifft sie die Betreuung bzw. Versorgung von älteren Menschen? Und was sehen Sie als ihre Hauptaufgabe, diese Zielgruppe betreffend? • Wie entstehen Fälle in ihrem Berufsalltag? • Wie werden jene Fälle bearbeitet?
	Episode	<ul style="list-style-type: none"> • Wann wird eine Kooperation explizit angefragt? • Wie kommt es zu einer Kooperation mit der CN? • Was war Ihr erster Fall in Zusammenarbeit mit der CN?
Bündel 2 Herausforderungen und Chancen	Semantisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist der Fall verlaufen? • Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? • Welche Herausforderung und Chancen haben sich mit der Zusammenarbeit der CN ergeben?
Bündel 3 Kooperationen mit An- und zugehörigen	Semantisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielen die Patient:innen und Angehörigen in der Bearbeitung von Fällen? • Wie entsteht eine Kooperation mit anderen Organisationen?
	Episode	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es ein Beispiel, bei dem es nötig wurde, weitere Organisationen/ Professionen zu einem Fall hinzuzuziehen? • Wie wurde dies gestaltet?

Bündel 4 Gemeinwesen- und Vernetzungsarbeit	Semantisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen Sie die Qualität der Vernetzung im Gesundheitsbereich ein? • Stellt das Land Schulungen, Unterstützungen oder Vernetzungsangeboten zur Verfügung?
	Episode	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kooperationspartner:innen würden Sie sich für eine Zusammenarbeit noch wünschen? • Würden Sie die Aussicht auf ein interprofessionelles Team in Gemeinden begrüßen? • (Welche Möglichkeiten oder Potenziale könnte Soziale Arbeit in die Gemeinwesenarbeit einbringen.)

Ausblick

- (Welche Empfehlungen könnten sie anderen Organisationen oder Stakeholdern für die Zusammenarbeit mit CN weitergeben?)
- Wie gestaltet sich ihr Stimmungsbild, wenn sie an zukünftige Kooperationen mit CN denken?

Abschluss

- Weitere Anmerkungen
- Ausklang

Anhang 2: Leitfadeninterview

Einstiegssequenz

- Begrüßung
- Anonymität und Vertraulichkeit
- Datenschutz, Einverständniserklärung
- Tonbandaufnahme besprechen
- Untersuchungsthema: Lebensweltorientierte Community Care für ältere Menschen und ihre An- und Zugehörigen
- Interviewform: Es wird kein "klassisches" Interview, in dem ich Fragen stelle und Sie darauf antworten. Ich bringe Themengebiete ein und freue mich, möglichst viele Facetten darüber zu erfahren. Alles, was Sie mir erzählen, ist von Interesse für mich.

Notiz an mich

- Unterlassung inhaltlicher Stellungnahmen
- Rückkoppelndes Widerspiegeln: Paraphrasieren und aktives Zuhören
- Entschleunigung, um Details sichtbar zu machen
- (mit Vorsicht) Konfrontation und Provokation zur Vertiefung
- Nicht zu sehr auf die Gesprächsleitung fokussieren – auf Beiträge eingehen
- Suggestives Auftreten vermeiden!!

Einstieg

- Erzählen Sie mir doch bitte: Wie lange sind Sie hier bereits tätig und welche Aufgaben nehmen sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit wahr?
 - Wie ist die Anstellungsform (Gemeinde, Verein, Stundenausmaß, ...?)
 - Wie waren die Vorstellungen/Jobprofil von der Tätigkeit?
 - Wie sind Sie zu dem Job gekommen?
 - Was haben Sie als Auftrag bekommen?
 - Was war die Idee des Projekts?
 - Wie kommen die Klient:innen zu Ihnen? Wie ist der Zugang? Wie kommen Sie zur Zielgruppe?

Thema – Erfahrungen als Community Nurse

- Erzählen Sie mir doch bitte über einen typischen Fall als Community Nurse. Wie fand die Kontaktaufnahme statt (und wie ging es dann weiter?) (Ihre Erfahrungen als Community Nurse?) (Geschichten, Beispiele, Situationen?) Und was ist das Typische daran?
 - Erzählen Sie bitte über eine soziale Problemlage, die herausfordernd war? (Ich komme ja aus der SoA – deshalb sehr interessant für mich.) Was war herausfordernd daran? Welche Lösungen gab es? Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?

- Wie sehen die Herausforderungen aus und wie wird damit umgegangen? (Geschichten, Beispiele, Situationen?)
- Wie sieht die Realität der Tätigkeit im Vergleich zum Jobprofil und zu den Vorstellungen aus?

Überleitung zum nächsten Thema:

„Schön, jetzt habe ich eine Vorstellung von Ihren Erfahrungen als Community Nurse. Nun interessieren mich Ihre Erfahrungen in Bezug auf Soziale Arbeit.“

Thema – Soziale Arbeit

- Erzählen Sie mir bitte über einen Fall, in dem Sie mit einer Sozialarbeiter:in zusammengearbeitet haben. Welche Erfahrungen haben Sie im Zusammenhang mit Sozialer Arbeit? (Geschichten, Beispiele, Situationen?)
 - Was war der (wertvolle) Beitrag der Sozialarbeit?
 - Wenn Sie an andere Situationen denken, gab es hier welche, wo Ihnen dies gefehlt hat?
 - Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter:innen? (Situationen, Beispiele?)
 - Wie haben Sie diese Zusammenarbeit erlebt?

Überleitung zum nächsten Thema:

„Jetzt habe ich einen guten Überblick über Ihre Erfahrungen mit Sozialer Arbeit. Als nächstes möchte ich über Kooperationen und Vernetzung sprechen.“

Thema – Kooperationen/Vernetzung

- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Kooperationspartner:innen und Professionen? (Geschichten, Beispiele, Situationen?)
 - Gemeinde? Andere Organisationen? Zuweiser:innen? (Situationen, Beispiele?)
 - Entlassungsmanagement KH, Pflegeheime, Sozialamt, BH, Ärzt:innen, soziale Einrichtungen...?) (Situationen, Beispiele)
 - Wie stellt sich der Austausch mit anderen Projekten/anderen Community Nurses dar? (Situationen, Beispiele?)

Überleitung zum nächsten Thema:

„Vielen Dank für diese Einblicke. Dies bringt mich jetzt zum nächsten Themenbereich – nämlich dem Ausblick und Ihren Wünschen/Bedürfnissen.“

Thema – Wünsche/Ausblick

- Wie stellen Sie sich eine ideale Situation für die Tätigkeit als Community Nurse vor?
 - Wie kann man dieses Ziel erreichen?
 - Welche Verbesserungspotenziale sehen Sie?

- Was würden Sie dazu benötigen?

Abschluss

- Welche Aspekte möchten Sie noch gerne erwähnen, die wir noch nicht besprochen haben? Haben wir etwas vergessen, was Sie noch gerne ansprechen möchten? Liegt Ihnen noch etwas am Herzen?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Verena Röska**, geboren am **10.08.1998** in **Scheibbs**, 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,

Melk, am 22.04.2024

Unterschrift

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Verena Röska". The first name "Verena" is written in a slightly larger and more prominent script than the last name "Röska".