

Brücke zur Gesundheit

„Eine Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit von Community Nurses und Sozialarbeiter*innen“

Yasemin Sayici, 01269325

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

Datum: 23.04.2024

Version: 1

Begutachter*in: FH-Prof. Mag. Dr. Johannes Pflegerl

Zusammenfassung

Diese Bachelorarbeit erforscht die interprofessionelle Zusammenarbeit von Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in Österreich. Im Fokus stehen Gemeinsamkeiten, Herausforderungen und Chancen aus Sicht der Fachkräfte. Die eingeschränkte Kooperation birgt mögliche Probleme für Versorgungsqualität und Unterstützung von Patient*innen und Gemeinschaften, während eine gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit die Chance bietet effektive und koordinierte Hilfestellung für Patient*innen zu leisten. Die Analyse gegenwärtiger Dynamiken, Herausforderungen und Chancen im historischen Kontext liefert Einblicke in die Ursprünge und Dynamiken beider Berufe und soll eine Grundlage für zukünftige Forschungen und Diskussionen in diesem Bereich schaffen.

Abstract

This bachelor thesis explores the interprofessional collaboration between community nurses and social workers in Austria. The focus is on commonalities, challenges, and opportunities from the perspective of professionals. Limited cooperation poses potential problems for the quality of care and support for patients and communities, while successful interprofessional collaboration offers the opportunity to provide effective and coordinated assistance to patients. Analyzing current dynamics, challenges, and opportunities in a historical context provides insights into the origins and dynamics of both professions, laying a foundation for future research and discussions in this area.

Inhalt

1 Einleitung	4
1.1 Forschungsstand	5
1.2 Relevanz	5
1.3 Zielsetzung	6
2 Theoretische Grundlagen	7
2.1 Modelle der kollaborativen Praxis im Gesundheits- und Sozialwesen	7
2.2 Historische Vernetzung von Sozialer Arbeit und Community Nursing	8
2.3 Parallelen und Divergenzen der Professionen	11
2.3.1 Berufsbild und Beschreibung der Sozialen Arbeit in Österreich	11
2.3.2 Definition und Aufgabenprofil von Community Nurses in Österreich	12
3 Methodisches Vorgehen	13
3.1 Forschungsfragen	13
3.2 Erhebungsmethode	13
3.3 Auswertungsmethode	14
3.3.1 Einführung in die Grounded Theory	15
3.3.2 Kodierprozess und Kategorienbildung	16
4 Forschungsergebnisse	17
4.1 Unvorbereiteter Projektstart des Community Nursing Projekts	17
4.2 Flexible Definierung der Zielgruppe	20
4.3 Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren	23
4.4 Community Nurses und Sozialarbeiter*innen als Link Worker*innen	25
5 Resümee	27
5.1 Diskussion der Ergebnisse	27
5.2 Ausblick	30
5.3 Fazit	31
Literatur	32
Daten	35
Abkürzungen	36
Abbildungen	36
Eidesstattliche Erklärung	37

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit widmet sich der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen im Kontext der Gemeinwesenarbeit. Diese ist bisher unzureichend erforscht, insbesondere hinsichtlich der Wechselwirkungen, spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten und Ausformungen der Zusammenarbeit im Hinblick auf die aktuelle Situation des Community Nursing Projekts in Österreich.

Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit besteht darin, Faktoren zu identifizieren, die den Erfolg oder Misserfolg gemeinsamer Zusammenarbeit beeinflussen und die Herausforderungen für Fachkräfte in der Gegenwart darstellen. Aspekte wie effektive Kommunikation, gemeinsame Zielsetzungen, ähnliche oder abweichende Arbeitsmethoden und die Integration von Fachkompetenzen spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Diese Faktoren bilden den Kern der Problembeschreibung und weisen auf bestehende Lücken oder mögliche Chancen in der interprofessionellen Kooperation hin. Gleichzeitig ist es ein Anliegen, tiefer auf die Ursprünge der Professionen einzugehen, um mithilfe des historischen Kontextes zu klären, wie sich diese beiden als eigenständige, aber gegenseitig, geschichtlich und auch noch im heutigen Zusammenhang stark miteinander verwobene Tätigkeiten etabliert haben. Der Fokus richtet sich dabei auf die beiden US-amerikanischen Pionierinnen Lillian Wald, Gründerin des Public Health Nursing und damit Wegbereiterin für Community Nursing, sowie Jane Addams, Sozialreformerin und Begründerin der amerikanischen Sozialarbeit. Ihre bahnbrechenden Arbeiten im Henry Street Settlement und im Hull House unterstreichen die Notwendigkeit einer ganzheitlichen, lebensweltlichen Betreuung, die sowohl medizinische als auch soziale Aspekte berücksichtigt (vgl. Bronski, 2019).

Durch diesen historischen Blick wird die empirische Arbeit in die Entwicklungsgeschichte beider Professionen eingebettet, um tiefergehende Einblicke in die Wurzeln und Dynamiken der Zusammenarbeit beider zu gewähren. Der Vergleich ermöglicht es, historische Parallelen zu ziehen sowie verknüpfende Erkenntnisse über die Entstehung und Entwicklung von Community Nursing und Sozialer Arbeit zu gewinnen. Die gemeinsamen Prinzipien der Gemeinschaftsintegration, der Betonung sozialer Gerechtigkeit und der ganzheitlichen Versorgung bilden eine solide Grundlage für die Erfassung der heutigen Herausforderungen und Potenziale in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen. Besonders in Hinblick auf die Interprofessionalität dieser Zusammenarbeit ermöglicht diese Analyse der historischen Verknüpfung ein tiefergehendes Verständnis beider Professionen, welche als Stütze in der Entwicklung effektiverer Handlungsmodelle sowie einer tieferen gegenseitigen Wertschätzung unter Professionist*innen dienen kann.

Die vorliegende Studie fungiert somit als Brücke zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Sie verdeutlicht, dass die Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen nicht nur aufgrund ihrer historischen Wurzeln wünschenswert, sondern auch aufgrund ihrer gemeinsamen Zielsetzung in den Diensten einer umfassenden Gesundheits- und Sozialversorgung in der Gemeinschaft erstrebenswert ist. Durch diese vertiefte Betrachtung

der Pionierarbeit wird die Relevanz für die gegenwärtige Praxis und die Gestaltung zukünftiger interprofessioneller Kooperationen unterstrichen.

1.1 Forschungsstand

In der aktuellen Forschungsliteratur ist bemerkenswert, dass das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen zwar im Gesundheits- und Sozialwesen zunehmend an Bedeutung gewinnt, jedoch trotz intensiver Recherche keine spezifische Studie oder Forschungsarbeit ausfindig gemacht werden konnte, die sich mit dieser Thematik befasst. Stattdessen konzentrieren sich die meisten verfügbaren Quellen zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf andere Berufsgruppen oder auf interdisziplinäre Kooperationen innerhalb des Gesundheitswesens, welches Sozialarbeiter*innen nicht miteinschließt. Dies legt nahe, dass es noch einen bedeutenden Forschungsbedarf gibt, um die Dynamiken und Potenziale dieser Zusammenarbeit vollständig zu verstehen und zu untersuchen. Die Abwesenheit einschlägiger Forschung bedeutet nicht, dass das vorliegende Thema nicht von großer Bedeutung ist. Vielmehr legt dieser Mangel an wissenschaftlicher Aufmerksamkeit nahe, dass es einen unerforschten Bereich gibt, der weiterer Untersuchung bedarf. Dies ist besonders relevant, da die interprofessionelle Zusammenarbeit einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung und das Wohlbefinden der betroffenen Gemeinschaften haben kann.

1.2 Relevanz

Eine eingeschränkte interprofessionelle Kooperation zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen birgt potenzielle Problematiken, die sich negativ auf die Qualität der Versorgung und Unterstützung von Patient*innen sowie der Gemeinschaften, in denen diese leben, auswirken können. Das Fehlen einer ganzheitlichen Zusammenarbeit und eines regelmäßigen interprofessionellen Austauschs könnte dazu führen, dass unterschiedliche Perspektiven und Fachkenntnisse nicht optimal genutzt werden (vgl. Behrend et al., 2020:202-208). Hierbei bestünde die Gefahr, dass Patient*innen nicht in ihrer gesamtheitlichen Lebenswelt betreut werden, da Community Nurses und Sozialarbeiter*innen verschiedene Fähigkeiten und Sichtweisen mitbringen. Allerdings könnte die Kombination dieser unterschiedlichen Kompetenzen zu einer umfassenderen und effizienteren Versorgung der Patient*innen beitragen (vgl. ebd.).

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, dass eine unzureichende Koordination zwischen beiden Professionen zu einer ineffizienten Ressourcennutzung führt. Informationen könnten nicht effektiv geteilt werden, was zu fehlenden koordinierten Plänen und Strukturen führen könnte. Dadurch besteht die Gefahr von Doppelarbeit und letztendlich Ressourcenverschwendungen. Eine gemeinsame Zielsetzung ist deshalb entscheidend für kohärentere und koordinierte Unterstützungsdiene, da mangelnde Zusammenarbeit zu Inkonsistenzen in den Pflege- und Unterstützungsplänen führen kann (vgl. O'Connor, 2023). Eine effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht zudem eine präventive Erkennung von Problemen, indem der Austausch von Informationen dazu beiträgt, potenzielle Herausforderungen und Bedürfnisse

der Patient*innen schneller zu identifizieren und angemessen darauf zu reagieren, bevor sie sich verfestigen. Da viele Gesundheitsprobleme soziale Determinanten haben, ist ein lebensweltlicher Ansatz und eine enge Kooperation wichtig, um soziale Ursachen von Gesundheitsproblemen zu bearbeiten und nicht nur die Symptome zu behandeln (vgl. Redelsteiner, 2023:8-14).

In der modernen Gesellschaft besteht daher eine zunehmende Notwendigkeit für eine enge Zusammenarbeit zwischen Fachkräften. Diese ermöglicht eine ganzheitliche Versorgung, indem professionelle Pflege und soziale Unterstützung miteinander verknüpft werden, um die komplexen Bedürfnisse der Patient*innen adäquater zu berücksichtigen und ihre gesamte Lebenswelt dabei einzubeziehen. Soziale Determinanten der Gesundheit wie Wohnverhältnisse, Bildung, Beschäftigung und Einkommen können so in die Problemlagen miteinbezogen werden (vgl. ebd.).

1.3 Zielsetzung

Diese Bachelorarbeit zielt darauf ab, einen umfassenden Einblick in den Istzustand der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in Österreich zu geben und dadurch einen Beitrag zur Forschung auf diesem Gebiet zu leisten. Dabei wird eingehend ein historischer Kontext geschaffen, indem die Arbeiten und Ansätze von Jane Addams und Lillian Wald im Vergleich betrachtet werden. Durch die Gegenüberstellung dieser beiden Pionierinnen der Sozialarbeit soll ein Verständnis für die historische Entwicklung und die grundlegenden Prinzipien der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Sozial- und Gesundheitsarbeit geschaffen werden. Die Analyse des Istzustands sowie des historischen Kontextes ermöglicht es, bestehende Herausforderungen und Potenziale in der Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in Österreich aufzuzeigen.

2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die wesentlichen theoretischen Konzepte und Hintergründe erläutert. Diese sind für das Verständnis der Forschungsfragen und Ergebnisse von Bedeutung, um einen theoretischen Rahmen und ein Verständnis für die zugrunde liegenden Konzepte zu vermitteln.

2.1 Modelle der kollaborativen Praxis im Gesundheits- und Sozialwesen

Bei der kollaborativen Praxis im Gesundheitswesen arbeiten mehrere medizinische Fachkräfte zusammen, um Patient*innen, ihren Angehörigen, Betreuer*innen und Gemeinschaften umfassende Dienstleistungen anzubieten, die klinische und nicht klinische gesundheitsbezogene Aufgaben wie Diagnose, Behandlung, Überwachung, Gesundheitskommunikation, Management und Hygiene umfassen (vgl. World Health Organization, 2010:13).

Eine effektive interprofessionelle kollaborative Praxis (Englisch: Interprofessional Collaborative Care, im Weiteren kurz: ICP) kann Gesundheitsinterventionen, Koordination und Ressourceneffizienz verbessern. Es kann zu einem umfassenden, sicheren und reaktionsfähigen Gesundheitssystem beitragen. Ebenso kann es die Inzidenz von Beeinträchtigungen insbesondere bei nicht übertragbaren Krankheiten verringern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. ICP umfasst Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Krankheitsmanagement, Heilung und Rehabilitation sowie die Reduzierung von Stress und Burn-out bei Angehörigen der Gesundheitsberufe (vgl. World Health Professions Alliance o.A.). Eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit (ICP) sollte sich an Grundsätzen wie angemessener Finanzierung und Infrastruktur des Gesundheitssystems sowie Ausbildung und Regulierung von Gesundheitsberufen orientieren. Gesundheitsberufsverbände sollten sich aktiv an Diskussionen und der Entwicklung von ICP-Richtlinien, Governance-Strukturen und Finanzierungsmodellen beteiligen. Professionelle Regulierungssysteme und -prozesse sollten eine effektive Zusammenarbeit ermöglichen und erleichtern (vgl. ebd.).

Eine interprofessionelle Ausbildung hilft Gesundheitspersonal, kollaborative Erfahrungen und Fähigkeiten zu erwerben und bereitet darauf vor, Teil einer gemeinschaftlichen, praxisbereiten Belegschaft zu werden. Dazu gehört das Lernen von und die Zusammenarbeit mit Fachleuten aus verschiedenen Berufen, um die Gesundheitsergebnisse zu verbessern. Nach der Schulung sind diese Mitarbeiter*innen bereit, sich dem kollaborativen Praxisteam anzuschließen und den Gesundheitssystemen den Weg von der Fragmentierung zur Stärke zu ermöglichen. Interprofessionelle Gesundheitsteams optimieren ihre Fähigkeiten, teilen das Fallmanagement und bieten effizienteren Gesundheitsdienste, was zu besseren Gesundheitsergebnissen führt (vgl. ebd.). Die Gesundheits- und Bildungssysteme müssen zusammenarbeiten, um Strategien für Gesundheitspersonal zu koordinieren und interprofessionelle Bildung und kollaborative Praxis zu unterstützen. Der Rahmen beschreibt Mechanismen für die Entwicklung und Bereitstellung interprofessioneller Ausbildung für Pädagog*innen, Lehrpläne und institutionelle Unterstützungsrahmen (vgl. ebd.).

Interprofessionelle Zusammenarbeit beschreibt die Kooperation von Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer qualitativ hochwertigen und patient*innenorientierten Versorgung. Sie arbeiten unmittelbar zusammen, damit die spezifischen Kompetenzen ihrer Professionen für Patient*innen optimal nutzbar gemacht werden können (vgl. Käble, 2004:39-42).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit die Früherkennung und Prävention von sozialen und gesundheitlichen Problemen fördert, Ressourcenoptimierung durch die gemeinsame Nutzung von Dienstleistungen erleichtert und zur Effizienz des Angebots von Fachkräften beiträgt. Ein Patient*innenzentrierter und ganzheitlicher Ansatz wird unterstützt, um individuelle Bedürfnisse und Präferenzen zu berücksichtigen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit fördert die Bewältigung komplexer Probleme, die sowohl medizinische als auch soziale Aspekte umfassen. Insgesamt ist diese Zusammenarbeit entscheidend, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Gemeinschaft zu gewährleisten (vgl. Redelsteiner, 2023:8-14).

2.2 Historische Vernetzung von Sozialer Arbeit und Community Nursing

Die verknüpften historischen Wurzeln von Sozialer Arbeit und Community Nursing markieren entscheidende Meilensteine im sozialen Engagement des frühen 20. Jahrhunderts. Jane Addams und Lillian Wald, Gründerinnen des Hull House in Chicago und des Henry Street Settlement House in New York, waren Pionierinnen der Sozialarbeit und des Public Health Nursing. Sie stellten sich eine Gesellschaft vor, in der Armenhilfe nicht nur Wohltätigkeit, sondern ein Werk der demokratischen Gleichheit war (vgl. Bronski, 2019). Addams' und Walds revolutionäre Vorstellungen entsprangen dem traditionellen amerikanischem Wohltätigkeitsimpuls und der massiven Reformen der fortschrittlichen Ära, in denen sie lebten. Ihre Herausforderungen und Status als alleinstehende Frauen ermöglichte es ihnen, sich verschiedenen Arten der Strukturierungen der Gesellschaft vorzustellen und diese in ihren Werken umzusetzen. Addams und Wald ließen sich vom Konzept der Settlements oder Siedlungshäuser der damaligen Zeit inspirieren, die wirtschaftlich benachteiligte Frauen, Männer und Kinder zusammenbrachten, um ihnen Bildung, Kunstunterricht, Tagesbetreuung, Mahlzeiten sowie psychosoziale Unterstützung zu vermitteln (vgl. ebd.). Beide glaubten daran, wie wichtig es ist, gemeinsam in der Nachbarschaft mit den Menschen zu leben, die sie betreuten, und sich sowohl mit sozialen und ökonomischen Problemen als auch mit physischen Krankheiten auseinanderzusetzen. Dadurch war es möglich einen holistischen Ansatz der Gemeinschaftspflege anbieten zu können. Ihre Arbeit führte zur Entwicklung gemeindebasierter Gesundheitspraktiken (vgl. ebd.).

Jane Addams war 1889 Mitbegründerin des Hull House in Chicago mit dem Ziel, Immigrant*innen einen Ort der Bildung, Gesundheitsversorgung und sozialen Dienste zu bieten, wodurch Armut unter der Arbeiter*innenklasse verringert werden sollte. Addams mietete ein großes Haus, das 1889 von Charles Hull erbaut wurde, und konzentrierte sich auf die Bereitstellung eines Zentrums für bürgerliches und gesellschaftliches Leben, Bildungs- und

Wohltätigkeitsunternehmen sowie die Verbesserung der Industrieviertel in Chicago. Hull House versorgte wöchentlich über 2.000 Einwohner und wurde um eine Buchbinderei, ein Fitnessstudio, einen Pool, eine Genossenschaft für berufstätige Frauen, ein Theater, ein Arbeitsmuseum und einen Treffpunkt für Gewerkschaften erweitert (vgl. Paul, 2016).

Jane Addams half zusammen mit anderen Frauen bei der Einführung sozialer Programme und der Verabschiedung von Schutzgesetzen für Frauen und Kinder, Vorschriften zur Kinderarbeit und verbindlichen Gesetzen zur Mindestbildung. Sie war eine produktive Autorin und Rednerin, gründete das National Child Labor Committee und setzte sich für das Frauenwahlrecht ein. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts engagierte sich Addams in der internationalen Friedensbewegung und widersetzte sich der amerikanischen Beteiligung am Ersten Weltkrieg. Sie diente als Assistentin von Herbert Hoover bei der Bereitstellung von Hilfsgütern für Frauen und Kinder in feindlichen Ländern und blieb durch ihre Arbeit bei der Women's Peace Party eine führende Pazifistin. Sie erhielt 1931 den Friedensnobelpreis und lebte und arbeitete bis zu ihrem Tod im Jahr 1935 im Hull House (vgl. ebd.). Einige soziale Dienste werden bis zur heutigen Zeit unter dem Dachverband der Jane Addams Hull House Association angeboten (vgl. Meredith's APUSH Site, o.A.), und obgleich das Hull House in den 1960er-Jahren aufgelöst wurde, findet seine Tätigkeit in gegenwärtigen Gemeindezentren und Sozialdiensten auch aktuell großen Anklang. Das Modell von Addams' mag zwar veraltet sein, ihre bahnbrechende Arbeit ist jedoch immer noch eng mit der modernen Sozialarbeitspraxis verbunden (vgl. Blakemore, 2015). Addams war durch ihr Schaffen nicht nur maßgeblich an dem sozialen Wandel in den USA mitbeteiligt, sondern professionalisierte vorrangig die Soziale Arbeit und schaffte damit den Rahmen für Soziale Arbeit in ihrer heutigen Form als angewandte Wissenschaft (vgl. SocialWorkDegreeCenter.com, o.A.).

Lillian Wald begründete den Begriff Public Health Nursing, um die Stellung in der Gemeinschaft von Krankenpfleger*innen hervorzuheben, deren Arbeit auf dem Verständnis der Probleme der Armen aufbaut (vgl. University of Pennsylvania, o.A.). Wald glaubte, dass Krankheiten oft auf Ursachen zurückzuführen seien, die außerhalb der Kontrolle des Einzelnen lägen und dass Behandlungen umfassend konzipiert werden müssten. Ihr Paradigma für die Pflegepraxis basierte auf Erkenntnissen, die sie in zwei Jahrzehnten Erfahrung in der Besuchskrankenpflege erworben hatte und es verdankte viel der progressiven Reform und der Bewegung für öffentliche Gesundheit. Bis 1910 hatten die meisten großen Krankenpflegeverbände und zahlreiche Gesundheits- und Bildungsbehörden Krankheitspräventionsprogramme für Schulkinder, Säuglinge, Mütter und Tuberkulosepatienten initiiert (vgl. ebd.).

Dies war eine Zeit beispielloser Möglichkeiten für die Krankenpflege. Die Zahl der Agenturen, die ihre Dienste in Anspruch nahmen, waren von nur 58 im Jahr 1901 auf fast 2.000 im Jahr 1914 gestiegen. Die Spezialisierung ermöglichte es den Krankenpfleger*innen, Expert*innen zu werden. Sie sahen sich als Teil der wachsenden Spezialisierung der Krankenpflege als therapeutischer Beruf. Öffentliche Gesundheitspflegekräfte wurden das Bindeglied zwischen den sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedürfnissen der Familien und den Dienstleistungen, die sie benötigten, um gesund zu werden und zu bleiben. In den späten 1920er Jahren hatten Krankenschwestern des kommunalen Gesundheitswesens ihre Fähigkeit unter Beweis gestellt, die Mission der öffentlichen Gesundheit voranzutreiben (vgl.

ebd.). Ward war die erste Präsidentin der National Organization of Public Health Nurses. (vgl. Aspen University o.A.)

Public Health Nursing und Community Health Nursing bieten den Grundstein für das moderne Konzept von Community Nursing und sind zwei verschiedene Spezialisierungen von Krankenpfleger*innen, die bei der Überwachung und Behandlung von Problemen der öffentlichen Gesundheit helfen. Unter Public Health Nursing versteht man die Praxis der Förderung und des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung unter Nutzung von Erkenntnissen aus den Pflege-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Dazu gehören politische Reformen, Änderungen auf Systemebene und Gesundheitsförderung. Community Nurses informieren und entwickeln Interventionspläne für Einzelpersonen, Familien oder Gruppen über Krankheiten und Krankheitsprävention, sichere Gesundheitspraktiken, Ernährung und Wohlbefinden. Sie arbeiten an verschiedenen Orten, an denen bevölkerungsspezifische Pflege benötigt wird und direkt in Gemeinden (vgl. ebd.).

Das Henry Street Settlement von Lillian Wald investierte den Großteil seiner Ressourcen in die medizinische Versorgung von Immigrant*innen und bot der umliegenden Gemeinde reisende Krankenpflegedienste an. Das Haus ist noch heute in Betrieb und bietet den New Yorker*innen dieselben Möglichkeiten wie zu der Zeit, als Lillian Wald Chefangestellte war (vgl. Meredith's APUSH Site, o.A.). Lillian Wald war eine einflussreiche Führungspersönlichkeit sowohl innerhalb der Stadt als auch in der nationalen Politik. In Bezug auf Jane Addams waren sich die beiden Aktivist*innen in ihrem Wirken verwandt, denn obwohl Wald mit der Arbeit von Addams selbst nicht vertraut war, als sie in die Lower East Side zog, führte sie die Schwesternsiedlung in Richtung eines vollwertigen Siedlungshauses, ähnlich des Hull Houses. Sie änderte den Namen in Henry Street Settlement, da sie die sozialen Ursachen der Armut in der Nachbarschaft erkannte. Wald war auch eine frühe Befürworterin der Gründung der National Federation of Settlements (vgl. Jane Addams: The Right to Childhood, o.A.).

Beide Frauen drängten auf Reformen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Einwanderungsbereichs. Ihre Bemühungen führten dazu, dass viele Gesetze, Richtlinien und gesellschaftliche Bedingungen geändert wurden. In ihren Siedlungshäusern hatten sie auch ein gemeinsames Ziel: den Immigrant*innen in ihren jeweiligen Städten soziale Dienste anzubieten und ihnen zu helfen, in einer unbekannten Kultur voranzukommen (vgl. Meredith's APUSH Site, o.A.). Die Reformen von und durch Siedlungshäuser im 20. Jahrhundert hatten große und nachhaltige Auswirkungen auf unsere moderne Gesellschaft. Siedlungshäuser wie Hull House und Henry Street boten Migrant*innen nicht nur nützliche Ressourcen; Addams, Wald und ihre jeweiligen Mitarbeiter*innen führten weitere soziale Verbesserungen durch, beispielsweise entwickelten sich aus den Settlements das Berufsbild der Schulkrankenschwester, Einrichtungen wie Jugendstrafanstalten und Orte wie öffentliche Spielplätze (vgl. Meredith's APUSH Site, o.A.). Überdies führten Siedlungshäuser zur Professionalisierung und dem Berufsbild der Sozialarbeiter*innen, der Teil der Lehrpläne von Universitäten wurde und Frauen eine neue Tätigkeit außerhalb der Lehrtätigkeit eröffneten. Hull House diente als Modell für zukünftige Häuser wie Henry Street und erleichterte die Durchführung von Sozialstudien (vgl. ebd.).

Die wegweisenden Erfahrungen im Rahmen der Sozialarbeit und des Public Health Nursing oder vielmehr Community Nursing, haben die gemeinsamen Ursprünge und wechselseitige

Bedingtheit dieser beiden Professionen bis in die heutige Zeit maßgeblich geprägt. Addams' Wirken im Hull House in Chicago und Walds Gründung des Henry Street Settlements in New York City unterstreichen die untrennbare Verbindung zwischen Sozialarbeit und Gesundheitspflege in der Gesellschaft. Ihre Arbeit zeigt auf, dass eine ganzheitliche Herangehensweise an die Gesundheitsdeterminanten in ihrer Gesamtheit eine effektive Integration von Pflegefachkräften und Sozialarbeiter*innen erfordert. Der Vergleich der Lebenswerke von Wald und Addams soll nicht nur als historische Analyse betrachtet werden, sondern als beispielhafter Schlüssel zur Erweiterung des Verständnisses für die heutige interprofessionelle Zusammenarbeit anerkannt werden. Die Visionen und Strategien beider Pionierinnen bieten wertvolle Einsichten darüber, wie effektive Kommunikation, gemeinsame Zielsetzungen und die Integration von Fachkompetenzen dazu beitragen können, die aktuellen Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialsektor in Österreich zu bewältigen.

2.3 Parallelen und Divergenzen der Professionen

Anhand des Berufsbilds der Sozialen Arbeit und des Aufgabenprofils des Community Nursings werden in den folgenden Kapiteln Parallelen und Divergenzen zwischen den beiden Professionen dargestellt.

2.3.1 Berufsbild und Beschreibung der Sozialen Arbeit in Österreich

Soziale Arbeit ist eine professionelle Disziplin, die auf fundierten Ausbildungen und ethischen Prinzipien basiert, wobei Menschenrechte einen zentralen Stellenwert einnehmen (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit, 2017:1). Sie zielt darauf ab, gesellschaftliche Veränderungen voranzutreiben, den sozialen Zusammenhalt zu stärken und die Autonomie sowie Selbstbestimmung von Einzelpersonen zu fördern. Dabei werden Prinzipien wie soziale Gerechtigkeit, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt als grundlegend betrachtet. Die Sozialarbeit nutzt ein breites Spektrum von Methoden, die auf den Erkenntnissen der Sozial- und Humanwissenschaften basieren. Diese Methoden werden kontinuierlich im Dialog mit der wissenschaftlichen Disziplin der Sozialen Arbeit reflektiert und weiterentwickelt (vgl. ebd.:2). Zu den wichtigsten Methoden gehören die Soziale Einzelfallhilfe, Case Management, Soziale Gruppenarbeit, Soziale Gemeinwesenarbeit und methodenintegrative Ansätze, die es ermöglichen, individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen zu bearbeiten (vgl. ebd.:4).

Sozialarbeit versteht sich als eine Menschenrechtsprofession, die für Demokratie, Solidarität und gesellschaftliche Teilhabe eintritt. Dabei wird eine Haltung der Wertschätzung und Gleichberechtigung gegenüber den Menschen eingenommen. Diese zielt darauf ab, die Würde von allen Personen zu wahren und sie in der Bewältigung ihrer Lebensherausforderungen zu unterstützen. Dabei werden alle Individuen als Expert*innen des eigenen Lebens angesehen, deren Expertise respektiert und genutzt wird (vgl. ebd.:3-4). Die Ausbildung zur Sozialarbeit erfolgt auf tertiärem Niveau an Fachhochschulen und umfasst eine Vielzahl von Inhalten, darunter Ethik, Theorien und Geschichte der Sozialen Arbeit, Methoden der Sozialen Arbeit auf verschiedenen Ebenen, Sozialpolitik und Integration von Wissensbeständen aus anderen Disziplinen wie Medizin, Psychologie und Rechtswissenschaften. Die Lehre zielt darauf ab,

die Studierenden umfassend auf ihre berufliche Tätigkeit vorzubereiten und sie mit den notwendigen Kompetenzen auszustatten. Qualitätssicherung, Fortbildung und Supervision sind wesentliche Bestandteile der Sozialarbeit, um die Professionalität und Qualität der Arbeit sicherzustellen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dabei werden verschiedene Methoden der Evaluation und Reflexion eingesetzt, um sowohl auf persönlicher als auch auf fachlicher Ebene die Weiterentwicklung der Profession zu fördern (vgl. ebd.:7-8).

2.3.2 Definition und Aufgabenprofil von Community Nurses in Österreich

Der Community Nursing Ansatz in Österreich basiert auf dem Community Health Nursing Prinzip, ist keine gesetzlich geregelte Spezialisierung und unterliegt damit auch keinen rechtlichen Regelungen (vgl. Rappold, 2023:15). Generell umfasst Community Nursing verschiedene Aufgabenbereiche, die darauf abzielen, die Gesundheit und Lebensqualität von Individuen, Familien und Gemeinschaften zu verbessern (vgl. Kozisnik, et.al.; 2021:2). Im Rahmen der bestehenden berufsrechtlichen Vorschriften arbeiten sie gemäß den Paragraphen 12 bis 16 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG). Falls sie im Rahmen ihrer Kompetenzen in dem Feld der medizinischen Diagnostik und Therapie gemäß Paragraph 15 des GuKG tätig werden müssen, ist eine ärztliche Anordnung erforderlich (vgl. ebd.:6).

Im Bereich Monitoring und Erhebung (§ 14 GuKG) erfassen Community Nurses das aktuelle Versorgungsarrangement, identifizieren ungedeckte Bedarfe und führen präventive Hausbesuche durch. Sie sammeln auch Daten zur Identifikation von Risikofaktoren und evaluieren die Wirksamkeit von Maßnahmen kontinuierlich (vgl. ebd.:6-7). Durch Information, Edukation und Beratung (§ 14 GuKG) bereiten sie Individuen und Familien auf Pflege- und Betreuungsaufgaben vor, unterstützen bei Entscheidungen und bieten Schulungen zu verschiedenen Themen an. Sie helfen auch bei der Planung von Betreuungsarrangements und beraten bei Behandlungentscheidungen (vgl. ebd.:7). In der Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung (§ 14 GuKG) koordinieren Community Nurses individuelle Pflege- und Betreuungsarrangements, vernetzen sich mit lokalen Akteur*innen und fördern den Informationsaustausch (vgl. ebd.).

Sie arbeiten daran, die Gesundheitskompetenz zu stärken, Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten umzusetzen und die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu verbessern (vgl. ebd.:8). Als Fürsprecher*innen und Interessenvertreter*innen (§ 14 GuKG) setzen sich Community Nurses für die gesundheitlichen Anliegen von Individuen, Familien und Gemeinschaften ein. Sie ermitteln den Informationsbedarf, kooperieren mit anderen Dienstleister*innen und tragen zur Bildung relevanter Netzwerke bei. Insgesamt fördern die verschiedenen Tätigkeiten der Community Nurses die Gesundheit und Lebensqualität in der Gemeinschaft und verbessern die Gesundheitsversorgung auf lokaler und regionaler Ebene gemäß dem GuKG (vgl. ebd.).

3 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Aspekte des Forschungsprozesses erläutert. Damit wird ein klarer Leitfaden der Durchführung der vorliegenden Arbeit geboten. Begonnen wird mit der Formulierung der Forschungsfragen. Anschließend wird die Auswahl der Methoden, die Analyse sowie Interpretation der Ergebnisse präsentiert.

3.1 Forschungsfragen

Diese Bachelorarbeit zielt darauf ab, die gegenwärtige interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen eingehend zu untersuchen. Die Hauptforschungsfrage, die dieser Untersuchung zugrunde liegt, lautet: „Wie gestaltet sich aktuell die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen?“

Um diese Frage detailliert beantworten zu können, wurden zudem mehrere Subforschungsfragen formuliert. Erstens wird die Interaktion zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in ihrer täglichen Praxis betrachtet. Wobei die Einflussfaktoren auf diese Zusammenarbeit analysiert werden. Zweitens werden Barrieren und Herausforderungen identifiziert, denen beide Berufsgruppen in ihrer Kooperation gegenüberstehen. Drittens wird untersucht, welche spezifischen Fähigkeiten und Ressourcen benötigt werden, um eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Weiterhin wird die Wahrnehmung der Rollen und Verantwortlichkeiten von Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in ihrer Zusammenarbeit betrachtet. Schließlich werden die Häufigkeit und der Rahmen der Kooperation zwischen diesen beiden Berufsgruppen erfragt.

Diese Forschungsfragen sollen einen umfassenden Einblick in die Dynamiken und Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen bieten und dazu beitragen, das Verständnis für dieses wichtige Thema zu vertiefen.

3.2 Erhebungsmethode

Die Erhebungsmethode konzentriert sich auf die Erfassung persönlicher Eindrücke und Meinungen der Befragten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Hervorhebung individueller Erfahrungen. Ziel war es, die Datenerhebung qualitativ zu gestalten, obwohl dies im Vergleich zu quantitativen Ansätzen möglicherweise eine Herausforderung für die Analyse darstellen könnte. Dennoch bietet eine qualitative Herangehensweise ein tieferes Verständnis und einen offeneren Einblick in die Fragestellung sowie die vielfältigen Erfahrungswelten der Betroffenen. Da dadurch individuelle Eindrücke, Meinungen und Ansichten in den Mittelpunkt gerückt werden (vgl. Flick, 2009:200-202).

Eine qualitative Forschungsmethode ermöglicht es überdies, die Eindrücke einzelner Individuen authentisch wiederzugeben. Diese Methode ist für die vorliegende Arbeit zusätzlich aus dem Grund angezeigt, da es momentan nur begrenzte Literatur und Studien zu dem erforschten Thema gibt und die Teilnehmer*innen auf andere Weise schwer zu erreichen wären. Langfristig besteht das Ziel darin, aus den qualitativen Daten weiterführende Hypothesen zu entwickeln und diese dann mithilfe quantitativer Forschungsmethoden zu bestätigen (vgl. ebd.).

Für die vorliegende Bachelorarbeit wurden keine eigenen Erhebungen durchgeführt und analysiert, sondern auf bereits existierendes Material zurückgegriffen. Die Datenerhebung erfolgte durch Leitfaden- beziehungsweise Expert*inneninterviews, welche von Studierenden der FH St. Pölten des Studienjahrgangs BSO21 VZ Soziale Arbeit im Rahmen des Bachelorprojekts „Lebensweltorientierte Community Care für ältere Menschen und ihre An- und Zugehörigen“ erhoben wurden. Die Interviews wurden mit Community Nurses und Sozialarbeiter*innen, welche in verschiedenen Gemeinden in Österreich tätig sind, durchgeführt, sie wurden audiotechnisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

3.3 Auswertungsmethode

Als Auswertungsmethode wurde die Grounded Theory für die Bachelorarbeit gewählt, da sie besonders geeignet ist, ein tieferes Verständnis für ein bestimmtes Phänomen zu entwickeln. Insbesondere in jenen Forschungslagen, bei welchen es vorangehend nur wenig theoretische Vorannahmen oder Konzepte gibt, eignet sich die Grounded Theory um qualitative Daten wie Interviews oder Beobachtungen zu analysieren und daraus anschließend neue Theorien oder Konzepte abzuleiten (vgl. Froschauer et al., 2003:149). Anhand dieser Methode wurden die Transkripte der Interviews sowie das daraus gewonnene Datenmaterial analysiert, kategorisiert und ausgewertet. Die Auswertungsmethode spielt eine entscheidende Rolle bei der Analyse der gesammelten Daten und der Generierung von Erkenntnissen im Rahmen dieser Studie. Basierend auf dem methodischen Ansatz der Grounded Theory wurde die Analyse der Daten durchgeführt, um Muster, Themen und Zusammenhänge in den erhobenen Informationen zu identifizieren.

Die Analyse erfolgte durch ein induktives Vorgehen, bei dem die Daten der Interviews ohne vorgefasste Theorien oder Hypothesen untersucht wurden. Während des Lesens der Interviews fand eine kontinuierliche Datenauswertung, bei der Konzepte und Kategorien aus den Rohdaten abgeleitet wurden, statt. Durch die Anwendung eines Ausschlussverfahrens wurden die häufig auftretenden Konzepte und Kategorien herausgearbeitet.

Die Kodierparadigmen, die aus diesen Kernkategorien entwickelt wurden, bildeten die Grundlage für die Ergebniskapitel. Deren visuelle Darstellung unterstützte die Strukturierung der Analyse und ermöglichte eine übersichtliche Präsentation der Ergebnisse. Die methodische Herangehensweise folgte dem datenzentrierten und induktiven Ansatz von Corbin und Strauss. Dieser zielt darauf ab, die Theorie direkt aus den Daten abzuleiten, ohne vorherige Annahmen zu treffen (vgl. Corbin/Strauss, 2015:36).

3.3.1 Einführung in die Grounded Theory

Die Grounded Theory ist eine qualitative Forschungsmethode, die gemeinsam von den Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt wurde. Die Methode basiert auf systematischen Techniken und Analyseverfahren, die es Forscher*innen ermöglichen, eine substanzielle Theorie zu erarbeiten, die bestimmte Kriterien erfüllt, nämlich Signifikanz, Theorie-Beobachtungs-Kompatibilität, Generalisierbarkeit, Reproduzierbarkeit, Präzision, Genauigkeit und Verifizierung (vgl. Strauss/Corbin, 1990:31). Neben der Präzision und Genauigkeit des Prozesses spielt auch Kreativität eine entscheidende Rolle. Denn diese ermöglicht es, relevante Fragen zu den Daten zu stellen und die Art von Vergleichen anzustellen, die aus den Daten heraus neue Erkenntnisse über Phänomene und neue theoretische Formulierungen hervorbringen (vgl. ebd.). Die Grounded Theory bietet einen methodischen Rahmen, um Theorien direkt aus erhobenen Daten abzuleiten, wodurch tiefere Zusammenhänge und Muster in Daten erkennbar werden, ohne sich von vorab festgelegten Hypothesen leiten zu lassen (vgl. Corbin/Strauss, 2015:36). Dieser Ansatz kann von Personen jeder Disziplin oder theoretischen Ausrichtung verwendet werden, die eine fundierte Theorie entwickeln möchten (vgl. Strauss/Corbin, 1990:31).

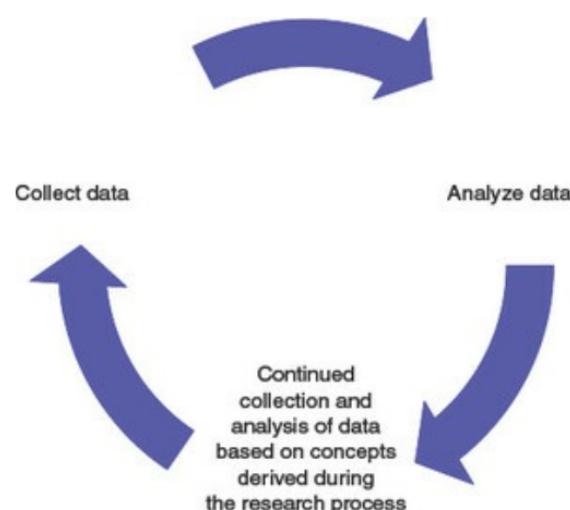


Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen Datensammlung und -analyse (Corbin/Strauss, 2015:37)

Die Datenerfassung erfolgt auf vielfältige Weise. Interviews und Beobachtungen sind die häufigsten Erfassungsmethoden. Doch die Erfassung ist nicht auf diese Medien beschränkt (vgl. Corbin/Strauss, 2015:36). Der anschließende Analyseprozess erfolgt durch ständige Vergleiche, bei denen die Daten systematisch untersucht und nach wiederkehrenden Mustern und Unterschieden durchsucht werden. Konzepte werden zu Kategorien zusammengefasst, die wiederum um eine zentrale Kernkategorie herum strukturiert werden. Diese Struktur bietet eine tiefe Einsicht in ein untersuchtes Phänomen, indem sie dessen verschiedene Dimensionen und Eigenschaften beleuchtet (vgl. ebd.:37). Insgesamt ermöglicht die Grounded Theory einen iterativen und explorativen Analyseprozess, der es Forscher*innen ermöglicht, tiefe Einblicke in komplexe Phänomene zu gewinnen und neue Theorien direkt aus den Daten abzuleiten.

3.3.2 Kodierprozess und Kategorienbildung

Der Kodierprozess der Grounded Theory Methode besteht aus drei Hauptphasen: offene Kodierung, axiale Kodierung und selektive Kodierung. Kodierung beschreibt in diesem Zusammenhang den Prozess der Datenanalyse (vgl. Strauss/Corbin, 1990:61). Dieser Kodierprozess ist ein systematischer Ansatz zur Analyse von Daten. Der Prozess beginnt mit der Unterteilung dieser in Abschnitte, die natürliche Unterbrechungen oder Themenwechsel darstellen. Diese Abschnitte werden dann weiter in Datenteile zerlegt, wobei Forscher*innen nach Mustern, Wiederholungen und Unterschieden suchen, um Konzepte zu identifizieren, die diese Daten repräsentieren (vgl. Corbin/Strauss, 2015:363). Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die bloße Identifizierung von Konzepten allein nicht ausreicht, um eine Theorie zu entwickeln. Vielmehr müssen diese Konzepte miteinander verknüpft werden, um eine kohärente Erzählung der ursprünglichen Hauptgeschichte der Forschung oder Beobachtung zu ermöglichen. Diese Verknüpfung erfolgt durch die Bildung von Kategorien, die als abstrakte Zusammenfassungen von ähnlichen Konzepten dienen und wodurch geringere Konzepte entstehen (vgl. ebd.:363).

Ein anschauliches Beispiel einer solchen Kategorie könnte „Körperversagen“ sein, dass die Interpretation über die Bedeutung einer Verletzung für Studienteilnehmer*innen widerspiegelt. Die Bedeutung des Körperversagens wird dann durch die Probleme beschrieben, die Teilnehmer*innen aufgrund der Verletzung erleben, wie Beziehungsprobleme und körperliche Beschwerden (vgl. ebd.:363). Die offene Kodierung kennzeichnet den Anfangspunkt des Analyseprozesses. Hier werden die Daten aufgeschlüsselt, untersucht, verglichen, konzeptualisiert und kategorisiert. Dies ermöglicht es Forscher*innen, die Vielfalt der Daten zu erkunden und erste Konzepte und Muster zu identifizieren (vgl.ebd.:61). Anschließend folgt das axiale Kodieren, bei dem die Daten auf eine neue Weise zusammengefügt werden. Bei diesem Schritt werden Verbindungen zwischen den zuvor identifizierten Kategorien hergestellt. Ein Kodierparadigma, dass Bedingungen, Kontext, Handlung/Interaktion, Strategien und Konsequenzen umfasst, dient als Leitfaden für diese Phase (vgl.ebd.:96).

Das Kodierparadigma bietet ein vertiefendes analytisches Werkzeug, um Bedingungen, Handlungen/Interaktionen und Konsequenzen zu identifizieren, wodurch Forscher*innen Verhaltenserklärungen ableiten können. Bedingungen beziehen sich auf die Faktoren oder Umstände, die ein Verhalten beeinflussen. Handlungen/Interaktionen repräsentieren die tatsächlichen Reaktionen von Menschen oder Gruppen auf Ereignisse oder Situationen. Konsequenzen bilden erwartete oder tatsächliche Ergebnisse dieser Handlungen und Interaktionen (vgl. Corbin/Strauss, 2015.:364-369). Abschließend erfolgt die selektive Kodierung, in der die Forscher*innen die Kernkategorie auswählen, systematische Verbindungen zu anderen Kategorien herstellen und diese Beziehungen validieren. Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen, werden ebenfalls identifiziert und bearbeitet (vgl.ebd:116).

4 Forschungsergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Erkenntnisse der Forschung vorgestellt. Diese Resultate basieren auf den Leitfadeninterviews, die mit der Grounded Theory methodisch analysiert und aufbereitet wurden. Zusätzlich werden in diesem Abschnitt auch spezifische Kodierparadigmen in Form von eigens erstellten Grafiken vorgestellt. Jedem Kodierparadigma ist ein eigenes Unterkapitel gewidmet, um eine übersichtliche und strukturierte Präsentation der gewonnenen Erkenntnisse zu ermöglichen. Die grafischen Darstellungen dienen dazu, komplexe Zusammenhänge und Muster innerhalb der Daten visuell darzustellen, bestimmte Schlüsselaspekte des Analyseprozesses hervorzuheben und somit einen klaren Einblick in die vielschichtigen Erkenntnisse der Forschung zu bieten und die Ergebnisse schlussendlich verständlich zu veranschaulichen.

4.1 Unvorbereiteter Projektstart des Community Nursing Projekts

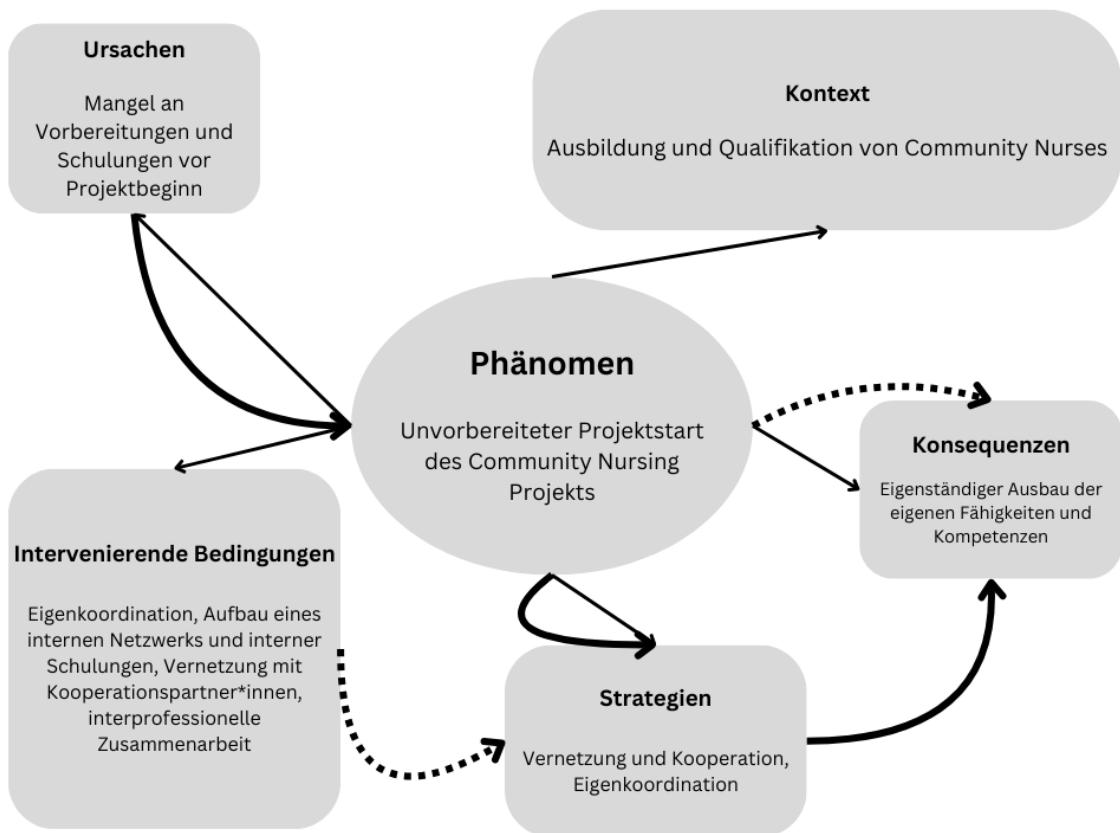


Abbildung 2: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)

Die Analyse der Interviews ergab Einblicke in den Projektstart des Community Nursing Projekts und den Herausforderungen, die mit diesem verbunden waren. In den Befragungen

wurde von diesen in verschiedenen Ausprägungen berichtet. Eine befragte Person beschreibt ihre Erfahrungen zu Beginn des Projekts wie folgt:

Ahm. Und bin so a bissl ins koide Wosser einigehaut worden, saugn ma moi so, ja, also da ist dein Büroschlüssel und du kriegst daun nu an Laptop und das wars dann auch. Irgendwann kommt dann noch so ein Autoschlüssel und des wars (T4, Z13-15).

Anhand dieses Zitats wird ersichtlich, dass der Projektstart für viele Betroffene relativ unvorbereitet vonstattenging, was dazu führte, dass die betroffenen Community Nurses sich besonders zu Beginn und beim Aufbau beziehungsweise der Initiierung des Projekts in hohem Maß selbstverwalten und orientieren mussten (vgl. T5, Z18-20). Sie beschreiben, dass vor allem sehr viel Vorbereitungszeit in administrative und organisatorische Aufgaben sowie Vernetzungstätigkeiten aufgewendet werden musste, da das Projekt in Österreich neu und unreguliert war (vgl. T6, Z111-122). Aus diesem Grund war es nötig, dass ein solides Netzwerk gebildet werden konnte, wobei dieser Aufbau von den Community Nurses selbst übernommen werden musste und viel Eigeninitiative voraussetzte (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang wird auch mehrmals impliziert, dass es an einer spezifischen Ausbildung und Schulung mangelt, die die Betroffenen eingehend auf die Anforderungen und Bedürfnisse des Community Nursing Projekts und der damit verbundenen Tätigkeiten vorbereiten würde, da das Aufgabenfeld so mannigfaltig und damit besonders bei vorangehender spezialisierter, im Gegensatz zu generalisierter Ausbildung schwierig zu bewältigen war und ist:

Jo. Und wos a Community Nurse auf alle Fälle sein muss. Du musst voi breit aufgestellt sein. Also das hüft überhaupt nichts, wenn du jetzt die Beste Intensivschwester woarst. Und keine Ahnung. Ahm. Du woarst in deinem Föld drinnen, wenn du net des und des und des nu dabei hast. Also du brauchst wirklich diese Gesamtausbildung, das Generalistische, das muasst du drauf haben (T5, Z1041-1049).

Dies wird besonders daran ersichtlich, dass die Community Nurses teilweise aus verschiedenen beruflichen Hintergründen kommen und damit auch verschiedene Qualifikationen mit in den Beruf bringen und eben auch verschiedene Herausforderungen beschreiben (vgl. ebd.). Der Umstand einer spezialisierten Ausbildung wird jedoch nicht nur als negativ beschrieben, so wird im folgenden Ausschnitt eines Interviews von einer Community Nurse im Gegenteil hervorgehoben, dass die verschiedenen beruflichen Hintergründe vor- oder nachteilhaft sein können:

Ich seh das als unterschiedliche Ausprägungsschritte auch, wir sind bei allen nicht dort, wo wir sein sollten, ich glaub im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen sind ma noch im.. in der Akut-Care.. ja, in dem.. wir schaffens oftmals nicht die Feuer zu löschen... und leider noch weit entfernt von der Primärprävention, wo eigentlich Community Nursing laut Projektziel hin soll (T3, Z62-66).

In den Befragungen wird jedoch betont, wie wichtig eine formale Ausbildung und berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten gewesen wären und auch weiterhin sind, um sie auf den Projektstart und dessen dauerhafte Ausführung vorzubereiten (vgl. T7, Z389-403). In diesem Zusammenhang wird zudem von einer befragten Community Nurse hervorgehoben, dass Community Nursing keine einheitliche Tätigkeit sei, sondern aus verschiedenen Bereichen bestünde, weshalb es auch wichtig wäre, dieses so vielschichtige Aufgabenprofil zu unterteilen und damit auch die Ausbildung zu spezialisieren, damit man besser auf die Ausübung vorbereitet und das Angebot spezifischer anwendbar wäre:

Und das seh ich auch in meiner Praxis, zu sagen, das is oftmals.. werd ich bei Bedarf, bei akuten Bedarf angerufen, aber bei eigentlich.. meine Grundeinstellung als Community Nurse is eigentlich eine andere. Und da sehe ich auf jeden Fall auch Projekte wie Akut-Community Nursing als sehr sehr wichtig und wertvoll, nämlich als zusätzlichen Schritt, dens braucht in der Community Care, ich glaub es braucht eben ein Team aus mehreren Rollen und ich glaub das Community.. Community Nurse ist eine Rolle, aber auch eine akute Community Nurse ist eine Rolle oder auch ein Community Social Worker wäre eine Rolle oder ein, ein Team eines Primärversorgungszentrums (vgl. T6, Z66-73).

Die momentanen Voraussetzungen der Ausbildung für Community Nurses, welche aus der Grundausbildung für Krankenpfleger*innen besteht, und die bereits bestehenden Schulungsprogramme gingen häufig nicht genügend auf die vielfältigen Anforderungen des Anforderungsprofils sowie insbesondere die praktischen Aspekte der Projektinitiierung und des Projektmanagements ein (vgl. T5, Z1041-1049). Daher wären die Befragten oft nicht in der Lage, die Komplexität ihrer Rolle zufriedenstellend, besonders auf das vorgegebene Stundenmaß, zu bewältigen, wobei die befragte Person angibt, dass sie so viel Spaß bei ihrer Tätigkeit hat, dass dieser die Umstände ausgleicht (vgl. T5, Z1057-1060). Dennoch führt dies dazu, dass, laut den befragten Personen, teilweise über die regulären Arbeitsstunden hinaus gearbeitet wird oder Betroffene überfordert und erhöhtem Stress im Arbeitsalltag ausgeliefert sind (vgl. T4, Z213-214; Z221-22), insbesondere dann, wenn nur die Grundausbildung und die verpflichtenden zwei Jahre Berufserfahrung als Startvoraussetzungen der Community Nurses gegeben sind. Diese Voraussetzungen werden teilweise als mangelhaft entsprechend den Anforderungen empfunden:

Und man muss hoit, des is scho des wos i sog. Man braucht hoit Erfahrung, man muss schon goarbeitt haum und net erst 2 Jahre oder so, sondern ein bisschen länger, wo man wirklich s sicher ist und auch vü gsehen hot, weil durt bist du allan in de Familien und du musst du wissen, wos du tust oder wos du siehst oder wie du reagierst (T4, Z230-233).

Als Reaktion auf die fehlende formale Vorbereitung organisierten die Befragten in den Gemeinden ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu großem Teil selbst (vgl. T7, Z111-115). Zudem berichten sie von einem sehr individuellem beziehungsweise unvorhersehbarem Arbeitsalltag (vgl. T7, Z124-156). Vernetzung und Kooperation erwiesen sich in diesem Zusammenhang als wesentliche Strategien, die von den Community Nurses eingesetzt wurden, um die Herausforderungen des unvorbereiteten Projektbeginns zu bewältigen. Durch die Nutzung bestehender Netzwerke und das Knüpfen neuer Kooperationen erhielten sie Zugang zu zusätzlichen Ressourcen, Fachwissen und Unterstützungssystemen (vgl. T7, Z263-269). Diese interprofessionelle Zusammenarbeit förderte eine Kultur des gegenseitigen Respekts, des Vertrauens und der Kommunikation, was zu einer verbesserten Teamarbeit und einer besseren patient*innenorientierten Pflege führte (vgl. T6, Z609-621). Trotz der anfänglichen Herausforderungen berichteten die Teilnehmer*innen über positive Auswirkungen in Bezug auf die unabhängige Entwicklung von Fähigkeiten sowie Kompetenzen allgemeiner Zufriedenheit und Freude an der Arbeit (vgl. T5, Z1060-1078). Die Überwindung von Hindernissen bei der Projektinitiierung förderte das Gefühl der Widerstandsfähigkeit und Selbstwirksamkeit bei den Community Nurses und trug letztlich zu ihrem beruflichen Wachstum und ihrer Entwicklung bei, was auch dazu führte, dass sie sich im Laufe der Ausübung des Berufes immer selbstständiger und sicherer fühlten (vgl. T5, Z1077-1099).

4.2 Flexible Definierung der Zielgruppe

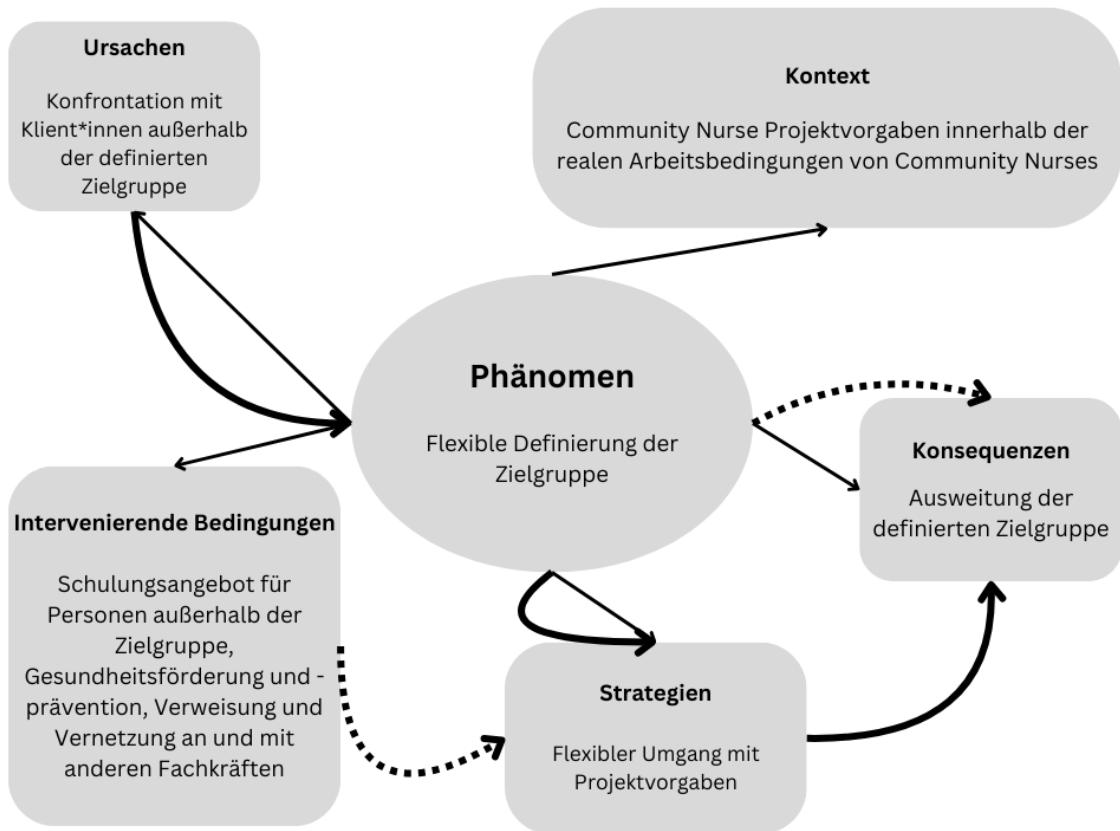


Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)

Die Analyse der Interviews ergab Erkenntnisse über das Phänomen der flexiblen Definition der Zielgruppe im Rahmen des Community Nursing Projekts. Die Befragten sahen sich häufig mit der Herausforderung konfrontiert, sich einerseits an vordefinierte Projektspezifikationen halten zu müssen, wenn sie mit den vielfältigen Bedürfnissen der Klient*innen in ihren Gemeinden konfrontiert wurden. Die Komplexität der realen Welt erforderte aber einen anpassungsfähigeren Ansatz bei der Erbringung von Dienstleistungen, um die Bedürfnisse der Klient*innen adäquat erfüllen zu können (vgl. T4, Z315-318). Insbesondere dann, wenn Kooperationspartner*innen sich nicht zuständig fühlten, auch wenn Community Nurses mit ihnen in Kontakt traten (vgl. T4, Z1123-1165). Abweichungen gab es lediglich in Bezug auf Primärversorgungszentren, da jegliche Personen, die über das Zentrum angebunden waren, automatisch zur Zielgruppe hinzugezählt wurden (vgl. T2, Z38-40).

Die flexible Definition der Zielgruppe wurde in erster Linie auf die Konfrontation mit Klient*innen innerhalb der realen Arbeitsbedingungen zurückgeführt, die außerhalb der definierten Parameter des Projekts lagen und zum Beispiel einen nicht abwendbaren Bedarf hatten, den die Community Nurses als behandlungswürdig erkannten (vgl. T4, Z315-318). Diese Diskrepanz zwang die Community Nurses dazu ihr Verständnis der Zielgruppe zu überdenken und zu erweitern, um einen gleichberechtigten Zugang für alle Menschen in ihren Gemeinschaften zu gewährleisten (vgl. T5, Z189-196). Intervenierende Bedingungen, wie die

Verfügbarkeit von Schulungsangeboten für Menschen außerhalb der Zielgruppe, Initiativen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Vermittlung und Vernetzung mit anderen Fachkräften, erleichterten dabei einen flexibleren Umgang mit den Projektvorgaben (vgl. T4, Z344-348).

Die Community Nurses gingen flexibel mit den Projektspezifikationen um, so dass sie auch auf die Bedürfnisse von Klient*innen eingehen konnten, die nicht zur vordefinierten Zielgruppe gehörten. Dieser integrative Ansatz führte zu einer Ausweitung der definierten Zielgruppe, um verschiedene Bevölkerungsgruppen einzubeziehen und die gesundheitliche Chancengleichheit innerhalb der allgemeinen Gemeinschaften durch verschiedene Angebote zu fördern (vgl. T4, Z333-336).

Nicht zu vernachlässigen ist hierbei besonders die Angehörigenarbeit. Aufgrund des Aufgabenprofils von Community Nurses, welches Pflege- und Betreuungsaufgaben von Individuen und Familien vorsieht, ergibt sich hierbei generell kein Widerspruch, da das Konzept selbst die Angehörigen der über 75-Jährigen als Teil der Zielgruppe verortet. Jedoch ist interessant, dass durch diese Arbeit das „klassische“ Bild der Community Nurse in der Bevölkerung, die sich mit der älteren Generation auseinandersetzt, drastisch verschoben werden kann, wie sich in folgendem Zitat zeigt:

Ja. Also ich habe schon sehr viel auch Angehörigenarbeit einfach. Weil Personen halt, oder weil man natürlich auch ältere Personen hat, wo die Angehörigen entweder schon die Vertretung haben oder bei Eltern wegen den Kindern, ja das sind auch Angehörige (T2, Z595-597).

Hier wird deutlich gemacht, dass auch im Rahmen der Vorgaben zum Beispiel Kinder zur Zielgruppe werden können. Und auch in folgendem Beispiel ist erkennbar, dass gerade in Bezug auf Familien ein breites Spektrum an Altersstufen ein Teil der definierten Zielgruppe sein kann, da oft die gesamte Familie von den Community Nurses mitbetreut wird:

Äh.. ich nenn jetzt als Beispiel von äh, der Dame, die in einem Messi Haus wohnt. Körperlich beeinträchtigter wird. Aber eigentlich noch jünger is. Den Haushalt und ihr Haus nicht mehr organisieren kann. Ähm... dann... den Job verliert ähm.. den Anspruch auf Beihilfen verliert, die Heizung wird kaputt, kann nicht mehr heizen, also so ein klassisches Beispiel, Ja? Ähm.. die kontaktiert mich vielleicht äh, die hat mich kontaktiert wegen einem... sie möchte die Mutter wieder zu sich holen, weil die Mutter musste in ein Pflegeheim. Und dann hab ich herausgearbeitet dass die, dass die behördlich bestimmt wurde, dass die Mutter in ein Pflegeheim zieht, weil es zuhause nicht mehr geht. Und dann eigentlich ein, ein, ein Familienkonstrukt immer dahinter is mit ganz vielen Problemen, das sind gesundheitlich, pflegerisch oder eben auch sozial (T3, Z261-270).

Daher lässt sich erst von einer Verschiebung der Zielgruppe sprechen, wenn Community Nurses zum Beispiel über Schulungen oder andere direkte Interventionen und Betreuungen mit Patient*innen oder Klient*innen arbeiten, die aus dem Angehörigenkreis herausfallen, wie etwa in dem folgenden Fall beschrieben wird:

[...] Ahm. Genau, aber nicht nur von älteren Menschen, sondern auch von Jungmüttern, die zum Beispiel noch einer Geburt eben Probleme haben. Als da haben wir geschaut, dass man generationsübergreifend. das machen. Eben auch wieder. Also unsere Vorträge heißen deswegen Praxiskurse, das muss ich nu sagen, weil wir keine Theorieinhalt bieten, also wir referieren oder haben da nicht referiert über Inkontinenz an sich. Sondern wirklich in der Praxis also. Wir haben mit den Leuten gearbeitet. Was ist der Unterschied zwischen der Dehner

Slipelinlage und dem was ich beim Hofer zum Beispiel kauf. Was sind die Unterschiede. (T5, Z59-66).

In den Befragungen wird klar, dass auch die Gesundheit Österreich GmbH als Projektinitiator selbst den Bedarf erkennt und auf diesen auch mit Anpassungen des Rahmenprogramms und einer autonomen Handhabe der Community Nurses innerhalb des Projekts reagiert:

Ahm. Na, das stimmt schon. Also die GÖG hat damals ausgeschrieben ab 75 oder sogar ab 80. Nur Sie sind mit der Zeit drauf gekommen, dass das Prävention musst du ja eigentlich viel früher anfangen und net erst mit 75, und das passt hinten und vorne ja nicht zusammen. Und da haben sie uns den Projekten dann offen gelassen, wenn sie eure Zielgruppe jetzt aufmachts, dann müsst ihr das einfach ändern und i hob im April und Mai letzten Jahres, dann zu Beginn des noch so lassen. Weil ich mir gedacht hab so, na das passt eh, habs aber dann mit Juni so komplett aufgemacht. Also unser Jüngste, unser jüngster Klient ist derzeit 7 Wochen alt und unsere älteste Klientin ist 105 (T5, Z189-196).

Das hier geschilderte Wissen darum, wann und in welcher Form man die Zielgruppe ausweiten und neu definieren muss, zeigt eine Kernkompetenz der Fachkräfte, die es nicht zu vernachlässigen gilt. Ebenfalls erreichen Community Nurses effektiv durch das Planen und Abhalten von Schulungen, Informationsveranstaltungen oder Kursen innerhalb ihres Rahmenprogramms sowohl die definierte, als auch die erweiterte Zielgruppe (vgl. T5, Z59-74). Auch das Verweisungswissen der Befragten im Kontakt und Umgang mit Patient*innen mit Multiproblemlagen, welche oft ihre eigenen fachlichen Kompetenzen übersteigen, kann als weitere Kompetenz gewertet werden (vgl. T3, Z261-277).

4.3 Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren

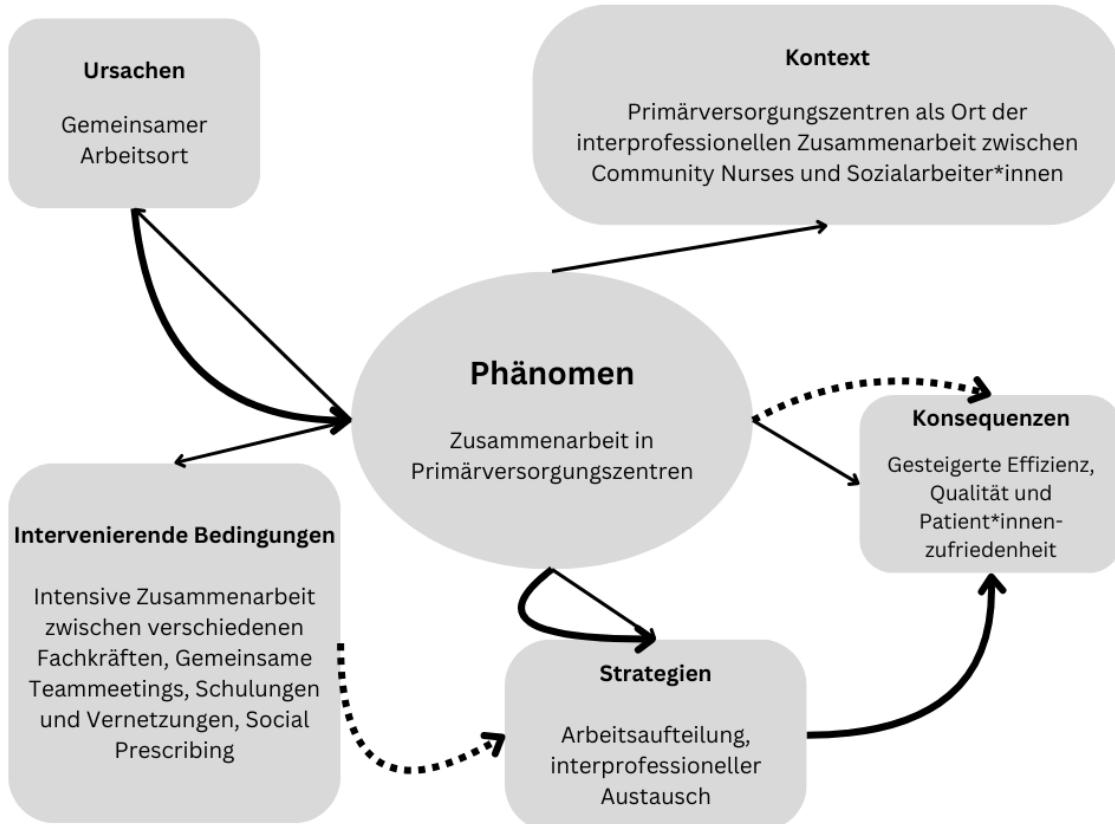


Abbildung 4: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)

Die Analyse der Interviews beleuchtet das Phänomen der interprofessionellen Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren. Diese spielen eine entscheidende Rolle bei der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit, besonders zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen, da sie die Teamarbeit und eine ganzheitliche Patient*innenversorgung begünstigen (vgl. T5, Z586-589). Die Befragten beschreiben diese Zentren selbst zwar generell als einen zentralen Ort für Fachleute verschiedener Professionen, die dazu dienen können, die Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung einer Gemeinschaft nachhaltig zu verbessern, während zu gleicher Zeit in dieser Form der Zusammenarbeit auch die Kooperation zwischen diesen Fachleuten gestärkt und die Koordination von Gesundheitsplänen effizienter gestaltet wird (vgl. T2, Z70-76).

Gleichzeitig darf aber auch nicht vernachlässigt werden, dass diese Gesundheitszentren zum momentanen Zeitpunkt noch Schwächen aufweisen, die in den Befragungen auch deutlich gemacht werden (vgl. T2, Z628-Z663). Ebenso kristallisiert sich heraus, dass in dieser Form der Zusammenarbeit insbesondere Community Nurses und Sozialarbeiter*innen eng zusammenarbeiten, um eine umfassende Betreuung von Patient*innen zu gewährleisten und es wird beschrieben, dass Community Nursing besonders effektiv in diesem Netz von Professionist*innen innerhalb der Primärversorgung agieren (vgl. T3, Z25-30).

Eine befragte Person beschreibt Primärversorgungszentren wie folgt:

Es geht um Patienten. Das heißt, es ist ein Hausärzte, Zentrum für Versorgung, wir versorgen hausärztlich die Personen in der Region. Wir haben relativ ein großes Einzugsgebiet, also im ganzen Bezirk [...] und auch die umliegenden Bezirke, [...] und so weiter. Es ist ein sehr ländliches Gebiet. Genau. Und im Rahmen dieser hausärztlichen Versorgung, wenn die Ärzte oder die anderen Kollegen merken, dass da sinnvoll wäre, Sozialarbeit zu installieren oder auch hinzuzuziehen, dann komme ich ins Spiel (T2, Z15-20).

Der gemeinsame Arbeitsplatz bildet als Ursache den Schlüsselfaktor für die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften in Primärversorgungszentren. Die räumliche Nähe erleichtert die regelmäßige Interaktion und Kommunikation und schafft Möglichkeiten für eine kontinuierliche interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. T2, Z70-75).

Diese positiven Aspekte werden in dieser Form auch von den Befragten wahrgenommen. Sie beschreiben Primärversorgungszentren als Zentren, in denen Sozialarbeiter*innen direkt mit Community Nurses arbeiten, und in denen einzelne Professionist*innen in der Regel durch Fallbesprechungen oder direkte Verweisungen, zum Beispiel per Social Prescribing, in Fälle miteinbezogen oder direkt auf diese angesetzt, werden:

Ich glaub persönlich, dass anfach, wanns anfach um diese Schnittpunkte geht, i kireg des bei die andern Community Nurses mit ahm.. dass wahrscheinlich do... die Zusammenarbeit notwendig sein wird oder zukünftig muss anfach bei die Themen wanns um,um, um.. Wohnungslosigkeit.. Wohnungslosigkeit geht ahm.. die Themen Sucht. Ahm.. Sucht is wieder glaub i des gute Beispiel, dass ma si da wirklich vielleicht ahm.. äh.. dass ma do des am, am Beispiel gut dingfest machen kann mit der Zusammenarbeit, weil, wenn die Sucht so weit fortgeschritten is, dass schon pflegerische oder, oder äh.. gesundheitliche Probleme Vorhanden sind äh.. mmh.. kann oder sollte man den Fall gemeinsam bearbeiten, wann jetzt no ka gesundheitliches Problem sondern wirklich eher dieses, dieses ahm.. soziale mit, mit vielleicht ahm.. keine finanziellen Möglichkeiten ah.. Wohnungslosigkeit et cetera mmh.. sieh ich den Fall da eher klassisch bei der Sozialarbeit (T1, Z108-118).

Dadurch werden die jeweiligen Kompetenzen direkt und effizient dort eingesetzt, wo sie gebraucht werden, und durch die direkten Kontaktvermittlungen ist es möglich, auch auf Kontakte aufmerksam zu werden, die im regulären Berufsalltag ohne eine direkte Zusammenarbeit eventuell nicht möglich gewesen wären (vgl. T2, Z70-72).

Besonders in den Befragungen mit Community Nurses wird zudem deutlich, dass nicht nur die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleister*innen, sondern auch die Vernetzungen mit Sozialarbeiter*innen und die Rolle dieser im Gesundheitswesen, als wichtiger Faktor bei einer effizienten Patient*innenversorgung herausgearbeitet werden kann. Mehrmals wird seitens der Befragten betont, wie die Sozialarbeit, neben der rein medizinischen Betreuung durch Community Nurses oder anderes Gesundheitspersonal, als bedeutender Bestandteil einer ganzheitlichen Patient*innenversorgung agiert. Insbesondere in Bezug auf soziale und wirtschaftliche Aspekte der Lebenswelten der Patient*innen kann sie positiven Einfluss nehmen (vgl. T3, 261-277). Ebenso wird der Wunsch geäußert, dass Community Nursing gemeinsam mit der Sozialen Arbeit in Zukunft an Primärversorgungszentren nachhaltig verankert werden soll (vgl. T5, Z560-561; Z569-570). Eine befragte Person beschreibt Primärversorgungszentren gar als idealen Arbeitsort für Community Nurses (vgl. T3, Z445).

4.4 Community Nurses und Sozialarbeiter*innen als Link Worker*innen

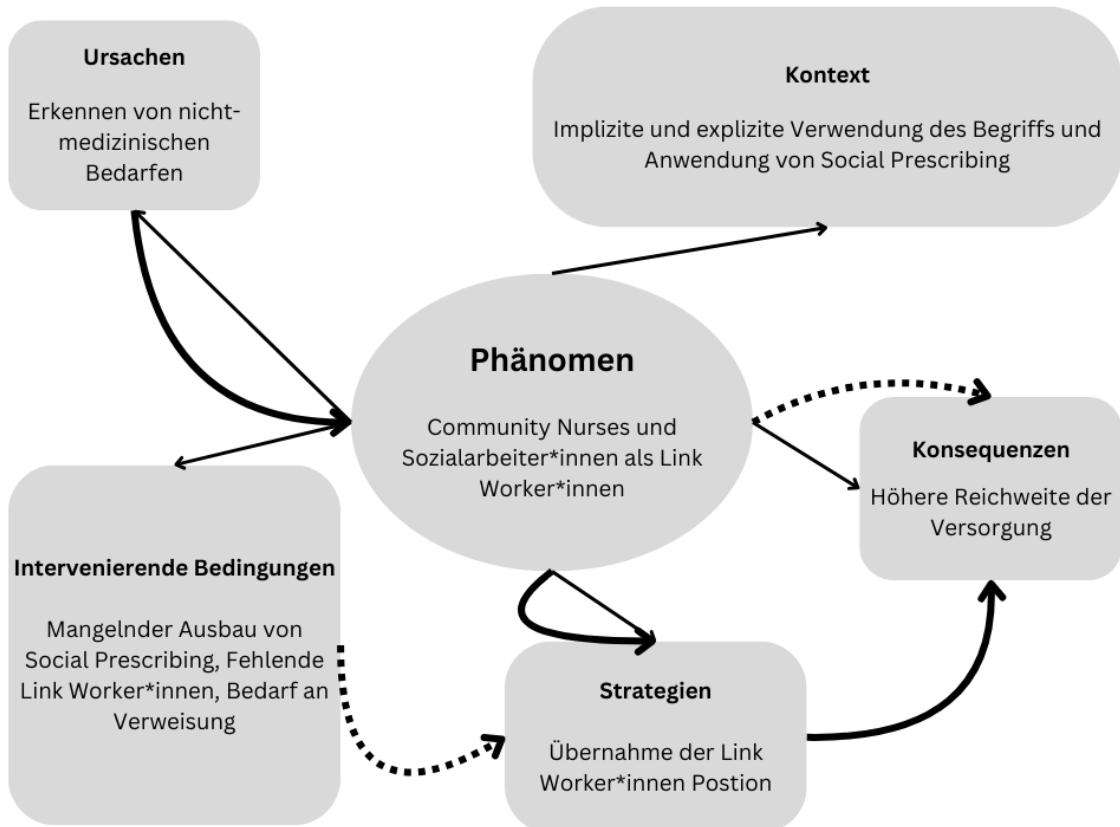


Abbildung 5: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)

Die Analyse der Interviews mit Community Nurses und Sozialarbeiter*innen zeigte das Phänomen auf, dass diese Fachkräfte als Bindeglieder innerhalb des Gesundheitssystems fungieren und Verbindungen zwischen Patient*innen und gemeinschaftlichen Ressourcen herstellen, um nicht-medizinische Bedürfnisse zu erfüllen (vgl. T3, Z261-271). Sowohl von der Primärversorgung ausgehend (vgl. T2, Z247-248), als auch in Bezug auf autonom arbeitende Community Nurses wird mehrfach implizit (vgl. T3, Z182-193) als auch explizit (vgl. T5, Z1295-1298) Bezug auf Social Prescribing genommen.

In den durchgeführten Interviews äußerten die befragten Personen sowohl Community Nurses als auch Sozialarbeiter*innen, dass sie im Rahmen ihres beruflichen Alltags auf diese Form der Arbeitsaufteilung zurückgreifen, wobei diese nicht auf die Anwendung in Primärversorgungszentren limitiert war:

Ja. So ah, Unterstützung zur Alltagsbewältigung. Äh.. Krisen. Soziale Bedürftigkeit. Aber auch ein, äh.. eine Zusammenarbeit im Themenfeld Social Prescribing (T3, Z252-Z253).

Interessanterweise verwenden die Teilnehmer*innen dabei nicht zwangsläufig und explizit den Begriff Social Prescribing, um ihre Handlungspraxis zu beschreiben. Stattdessen bedienen sie sich anderer Begriffe, um zu verdeutlichen, dass sie entweder auf Anforderung von Fachkräften oder anderen Verweisungspersonen tätig werden oder selbst Fachkräfte im

Kontext von Social Prescribing einbeziehen. Besonders interessant ist auch, dass die Fachkräfte jedoch in diesem Kontext nicht von sich selbst als Link Worker*innen sprechen (vgl. T3, Z251-277).

Nur an einer Stelle eines Interviews findet diese Funktion oder Bezeichnung explizit Erwähnung:

Und da ist ja Sozialarbeiter und innen do do is jo a des Thema Social Prescribing und linker Funktion. Und natürlich, wenn man jetzt des durchliest vom Social Prescribing oder a Linker ist schon die Froge, ob des net eben a Sozialarbeiter sein können oder Community Nurses. Und do sicher a gaunz vül Verschränkungen. Ahm. Wo ich sog, do kannat man sich auch schon früh genug auseinandersetzen mit dem Thema, weil sonst kummt gach das nächste Projekt und das heißt die Einführung von Social Prescriber, wos ja aber vor Community Nursing schon do woar. Da frage ich mich halt manchmal einfach, warum bleibt man jetzt zum Beispiel nicht auf Social Prescriber? Wie a immer. Und hätt des weiter ausbaut owa na wir müssen ja wieder a anders Projekt mochen. Fongen wieder von vuan aun. Also mauchmal denk ich mir schon, boah. Aber ja. (T5, 1295-1304).

In diesem Ausschnitt erklärt die interviewte Person, dass es Bedarf an geschulten Link Worker*innen gäbe, da zum momentanen Zeitpunkt entweder Community Nurses oder Sozialarbeiter*innen diese Funktion wahrnehmen. Es lässt sich also feststellen, dass Community Nurses und Sozialarbeiter*innen in der Regel erkennen, wie wichtig es ist, auf die nicht-medizinischen Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen, die über die traditionellen medizinischen Behandlungen hinausgehen. Genauso identifizierten Community Nurses einen Bedarf an geschultem Personal in dieser Funktion, was sie dazu veranlasste, die implizite Rolle von Link Worker*innen im Gesundheitswesen zu übernehmen (vgl. T5, Z1361-1363).

Um diese Anforderungen zu bewältigen, übernahmen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen zusätzliche Aufgaben, die mit den Tätigkeiten von Link Worker*innen verbunden sind, wie zum Beispiel die Durchführung ganzheitlicher Beurteilungen, die Ermittlung nicht-medizinischer Bedürfnisse und die Erleichterung von Überweisungen an Ressourcen der Gemeinde (vgl. T4, Z123-160).

5 Resümee

Im abschließenden Abschnitt der Bachelorarbeit wird die Forschung eingehend zusammengefasst und interpretiert. Darüber hinaus erfolgt ein Ausblick auf potenzielle Entwicklungen des Forschungsthemas, begleitet von einer kritischen Reflexion des gesamten Forschungsprozesses in Form eines Fazits.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse des Community Nursing Projektstarts bieten tiefe Einblicke in das komplexe Zusammenspiel von Kontextfaktoren, individuellem Handeln und kooperativen Strategien. Sie verdeutlichen, wie entscheidend es ist, die zugrunde liegenden Ursachen zu verstehen und geeignete intervenierende Bedingungen und Strategien zu nutzen, um die Herausforderungen eines unvorbereiteten Projektstarts zu bewältigen.

In Bezug auf die Zielgruppe unterstreichen die Ergebnisse, dass die gemeindenahe Pflegepraxis eine dynamische Natur aufweist und eine hohe Flexibilität erfordern, um die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient*innen zu erfüllen. Indem Community Nurses die Herausforderungen vordefinierter Projektspezifikationen erkennen und intervenierende Bedingungen und Strategien nutzen, können sie ihre Herangehensweise an die Versorgung anpassen, um einen gerechten Zugang für alle sicherzustellen. Insbesondere müssen sie flexibel genug sein, um auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patient*innen einzugehen und ihnen eine bedarfsgerechte Versorgung zu bieten.

Eine weitere Erkenntnis betrifft die wichtige Rolle der interprofessionellen Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren. Das sind Gesundheitszentren, an deren Standort angestellte Mediziner*innen verschiedener Fachrichtungen gemeinsam mit Leistungserbringer*innen anderer Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Krankenpfleger*innen, Community Nurses oder Sozialarbeiter*innen, zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit ermöglicht eine kontinuierliche, koordinierte und interdisziplinäre Behandlung und den Aufbau von spezifischen, umfangreichen Behandlungsprogramme für Patient*innen. Vorteile sind die regelmäßige Evaluation von Service- und Behandlungsqualität, längere Öffnungszeiten als bei niedergelassenen Ärzt*innen sowie die höhere Transparenz der Terminvergabe (vgl. Pfannstiel, et. al., 2020:125). Die Ergebnisse zeigen, wie diese Zusammenarbeit die Qualität der Versorgung verbessern kann, indem Kontextfaktoren erkannt und effektive Strategien genutzt werden. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen eine entscheidende Rolle spielen kann. Durch eine enge Zusammenarbeit können die beiden Berufsgruppen ihre jeweiligen Stärken nutzen und die Versorgung der Patient*innen verbessern.

Durch den Aufbau dieser Zentren wird also die Koordination von Gesundheitsdiensten und sozialen Dienstleistungen erleichtert, was zu effektiveren Pflegeplänen und einem nahtlosen Austausch von Ressourcen führen kann. Sie bieten zusätzlich einen Raum für gemeinsame Schulungen und Programme, um das Verständnis zwischen den beiden Professionen zu

fördern. Dies ermöglicht eine einheitliche Herangehensweise an die Betreuung von Klient*innen in Fällen, bei denen eine Zusammenarbeit gewünscht oder gebraucht wird, und den kollegialen Austausch. Die enge Zusammenarbeit ermöglicht eine ganzheitliche Bewertung der Patient*innen, bei der sowohl gesundheitliche als auch soziale Aspekte berücksichtigt werden. Dies trägt dazu bei, personalisierte Betreuungsansätze zu entwickeln, die den individuellen Bedürfnissen der Patient*innen gerecht werden und die Möglichkeit, ihre gesamte Lebenswelt in den Prozess miteinbeziehen (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Darüber hinaus fördern Primärversorgungszentren präventive Maßnahmen und Programme zur Förderung des sozialen Wohlbefindens in der Gemeinschaft. Die gemeinsamen Bemühungen zielen darauf ab, langfristige positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu erzielen. Insgesamt tragen Primärversorgungszentren in ihrem Aufbau dazu bei, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und so eine umfassende Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützung für die Gemeinschaft sicherzustellen (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024).

Die intensive Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachkräften, gemeinsame Teamsitzungen sowie kontinuierlicher fachlicher Austausch und gemeinsame Fortbildungen wurden als entscheidende Voraussetzungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit ermittelt. Diese Aktivitäten förderten das gegenseitige Verständnis, die gemeinsame Entscheidungsfindung und die effektive Kommunikation zwischen den Teammitgliedern. Interprofessioneller Austausch und Arbeitsaufteilung wurden als Schlüsselstrategien identifiziert, die von Fachkräften zur Optimierung der Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren eingesetzt werden.

Die Analyse verdeutlicht auch den Bedarf an Unterstützung und Ressourcen, um die nicht-medizinischen Bedürfnisse der Patient*innen effektiv zu erfüllen und die Gesundheitsversorgung für unversorgte Bevölkerungsgruppen zu verbessern. Dabei wird das Konzept des Social Prescribing als möglicher Ansatz zur Verbesserung der Versorgung hervorgehoben.

Bei Social Prescribing handelt es sich um eine Praxis der Gesundheitsfürsorge, hauptsächlich in der Primärversorgung, welche darauf abzielt, nicht-medizinische Belange und soziale Determinanten in die medizinische Versorgung einzubeziehen (vgl. Rojatz, et al. 2021:3-4) und in der die Einzelpersonen mit nicht-klinischen Diensten innerhalb ihrer Gemeinschaften in Verbindung bringt, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu verbessern. Sie zielt darauf ab, die Ursachen für Gesundheitsprobleme von Patient*innen zu bekämpfen, anstatt nur Symptome zu behandeln. Bei dieser Praxis identifizieren Gesundheitsfachkräfte wie beispielsweise Allgemeinmediziner*innen nicht Bedürfnisse ihrer Patient*innen und leiten sie an spezialisierte Fachkräfte in diesem Kontext oft als Link Worker*innen bezeichnet weiter. Diese Fachkräfte bieten individuelle Unterstützung und verweisen die Patient*innen auf soziale Ressourcen und Angebote im dritten Sektor, um deren Gesundheit und Wohlbefinden zu verbessern (vgl. World Health Organization, o.A.). Social Prescribing ermöglicht eine ganzheitliche Betreuung und strebt eine Integration von medizinischen, sozialen und psychologischen Aspekten an, um die individuelle Gesundheit zu fördern (vgl. ebd.). Social Prescribing hat das Potenzial, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern, bietet Menschen eine breit gefächerte soziale, emotionale und praktische Unterstützung, steigert physisches

und psychisches Wohlbefinden, schafft personalisierte Versorgungspfade und konzentriert sich auf diejenigen, die am wahrscheinlichsten davon profitieren, zum Beispiel Personen mit psychischen oder psychiatrischen Problemen, gefährdete Personengruppen, sozial isolierte Menschen und Individuen, die häufig primäre oder sekundäre Gesundheitsversorgung beanspruchen (vgl. Wardle o.A.).

Die Ergebnisse legen nahe, dass eine verbesserte Ausbildung und der Einsatz von qualifizierten Sozialarbeiter*innen als Link Worker*innen die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen stärken könnten. Link Worker*innen fungieren als Bindeglied zwischen dem Gesundheitssystem und nicht-medizinischen Unterstützungsdienssten und können den Patient*innen helfen, Zugang zu benötigten Ressourcen zu erhalten. Indem sie implizit als Link Worker*innen fungierten, konnten Community Nurses und Sozialarbeiter*innen die Reichweite der Versorgung über medizinische Behandlungen hinaus ausweiten, was zu besserer Patient*innenversorgung, erhöhter Lebensqualität und größerer Patient*innenzufriedenheit führte.

Tatsächlich ist, seitens der Gesundheit Österreich GmbH, angedacht, dass, unter anderem, Sozialarbeiter*innen als Link Worker*innen eingesetzt werden könnten (vgl. Gesundheit Österreich GmbH, 2019). Da Sozialarbeiter*innen einen personenzentrierten Ansatz verfolgen und sich vorrangig um nicht-medizinische Gesundheitsdeterminanten kümmern würde der Einsatz dieser in der Position durchaus Sinn machen. Um jedoch eine Mehrfachbelastung der Professionist*innen und eine fehlgeleitete Anwendung von Social Prescribing vor der flächendeckenden Anwendung des Konzepts zu verhindern, sollte in diesem Bereich darauf geachtet werden, dass die Position als Link Worker*in nicht in impliziter Form, sondern explizit durch Zusatzqualifikation und entsprechender Anerkennung stattfindet. Das bedeutet, dass es sich dabei nicht, wie in der Analyse herausgearbeitet, um eine automatisierte Rolleneinnahme durch gegebenen Bedarf handeln soll, sondern, dass das Konzept bewusst implementiert und die Fachkräfte dementsprechend auf ihre Rolle vorbereitet, ausgebildet und dementsprechend entlohnt und gewürdigt werden. Die Interdisziplinarität der Sozialen Arbeit macht sie für diese Tätigkeit besonders sinnhaft und erstrebenswert.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, der aus den Ergebnissen hervorgeht, ist die Notwendigkeit einer verbesserten Ausbildung und Qualifikation für Community Nurses und Sozialarbeiter*innen. Es wird darauf hingewiesen, dass gezielte Interventionen und Strategien erforderlich sind, um die Herausforderungen der Zusammenarbeit zu überwinden. Eine klare Rollendefinition und eine stärkere Interprofessionalität könnten dazu beitragen, die Zusammenarbeit effektiver zu gestalten. Darüber hinaus könnten gezielte Schulungen und Fortbildungen die Kompetenzen und Fähigkeiten der Berufsgruppen verbessern und so die Qualität der Versorgung erhöhen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse die Notwendigkeit einer engen und synergetischen Beziehung zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen auf. Die mangelnde Ausbildung und der Bedarf an interprofessionellem Austausch betonen die Bedeutung einer engen Kooperation zwischen den Berufsgruppen.

5.2 Ausblick

Die Analyse verdeutlicht die Notwendigkeit einer synergetischen Beziehung zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter*innen. Die beiden Professionen stehen dabei nicht in Konkurrenz, sondern ergänzen sich gegenseitig. Während Community Nurses in ihrer Tätigkeit oft mit sozialen Problemlagen konfrontiert sind, die ihre eigenen facheinschlägigen Kompetenzen eventuell übersteigen, können sie durch ihre Expertise und ihr Verweisungswissen wichtige Schnittstellen bilden. Zum Beispiel in Form einer Link Worker*innen Funktion durch implizites Social Prescribing an Sozialarbeiter*innen, wenn Problemlagen ansonsten womöglich nicht sichtbar gemacht worden wären, da diese potenziellen Klient*innen nicht erreicht worden wären.

Die synergetische Beziehung zwischen beiden Professionen sollte auf einer unterstützenden Basis aufgebaut sein, die die Unterschiede zwischen den Professionen wertschätzt und ihre verschiedenen Anforderungen und Arbeitsaufgaben gegenseitig ergänzt. Davon profitieren nicht nur die Professionist*innen selbst, sondern auch die Patient*innen beziehungsweise Klient*innen, die dadurch umfassender betreut werden können. Dabei ist es besonders wichtig, dass diese Beziehung in einem regen Austausch und einer gemeinsamen, interprofessionellen Praxis gestaltet wird. Von einem direkten Eingreifen von Sozialarbeiter*innen in den Berufsalltag von Community Nurses oder vice versa wäre in der Praxis abzuraten. Denn besonders das fehlende Berufsgesetz für Sozialarbeiter*innen in Österreich (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit, o.A.) stellt die größte Hürde für eine integrierte Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen dar. Während Community Nurses dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz unterliegen, fehlt ein derartiges Gesetz für Sozialarbeiter*innen in Österreich bis zum heutigen Datum gänzlich. In der Regel folgen Sozialarbeiter*innen den Regeln und Gesetzen der Organisation oder dem Verein, welchen sie durch ihr Angestelltenverhältnis angehören und können kaum in selbstständiger Tätigkeit arbeiten (vgl. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit, 2021).

Eine direkte Anstellung von Sozialarbeiter*innen bei Community Nurses oder bei dem Projekt würde daher eine Anpassung oder Unterordnung des Projekts erfordern, um die rechtlichen Anforderungen zu erfüllen. Eine eigenständige Ausübung des Community Nursing, oder gar eine Form von Community Social Work als Alternative, wäre also ein Zukunftsgedanke, der sicherlich ein attraktiv, aber bis auf weiteres auch nur ein Gedankenspiel bleiben wird.

Die Ausbildung von Community Nurses sollte spezialisierter gestaltet werden, um die Fachkräfte adäquat auf ihre beruflichen Anforderungen vorzubereiten, die sich stark von dem herkömmlichen Rollenbild der Pflegekräfte unterscheiden. Ein Advanced Nursing Practice Masterprogramm könnte dafür eine solide Grundlage bieten. Advanced Nursing Practice bezeichnet eine erweiterte Form der Pflegepraxis, die auf akademischer Qualifikation und Fachexpertise basiert. Es umfasst eine breite Palette von Pflegefunktionen, die über die traditionelle Pflegepraxis hinausgehen. Dazu gehören fortgeschrittene klinische Entscheidungsfindung, direkte Patient*innenversorgung, Forschung, Lehre, Führung und Entwicklung von Pflegepraktiken. Durch spezialisierte Pflegeinterventionen und eine enge Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften optimiert es die Versorgung von Patient*innen und Absolvent*innen verfügen über ein hohes Maß an Fachwissen und

Selbstständigkeit, um komplexe gesundheitliche Probleme zu behandeln und die Gesundheitsversorgung zu verbessern (vgl. Weskamm, 2017). Darüber hinaus wäre es anzudenken, sozialarbeiterische Inhalte und Lehrpersonal verstärkt in das Curriculum dieser Ausbildung einzubeziehen, insbesondere um die Bewältigung nicht-medizinischer und sozialer Determinanten der Gesundheit zu erleichtern.

Die Implementierung von Social Prescribing und Link Worker*innen kann die interprofessionelle Zusammenarbeit zusätzlich weiter stärken. Eine bessere Vernetzung zwischen Sozialarbeiter*innen und Community Nurses könnte durch Helfer*innenkonferenzen, verstärkte Anbindung an Primärversorgungszentren und interagierende Lehrpläne gefördert werden, um eine natürliche Synergie zwischen den Professionen zu schaffen und Berührungsängste oder Vorurteile abzubauen.

5.3 Fazit

Community Nurses leisten einen bedeutenden Beitrag zum bestehenden Gesundheitssystem in Österreich. Die Befragungen haben klar aufgezeigt, dass es Bedarf für ihr Angebot gibt, jedoch benötigt es weitere Feinheiten und Anpassungen in der Implementierung des Projekts, damit es in Österreich nachhaltig Fuß fassen und seine Ziele erfolgreich erreichen kann.

Es ist von äußerster Wichtigkeit anzuerkennen, welche Stärken und Kompetenzen die jeweiligen Professionen mitbringen und gleichzeitig ein gegenseitiges Verständnis aufzubringen sowie sich auf die gemeinsamen historischen Wurzeln zu berufen. Dabei sollte auch anerkannt werden, in welchen Bereichen sich die Professionen wechselseitig ergänzen können, ohne in Konkurrenz zu stehen. Trotz der Unterschiede beider Professionen liegt das Potenzial in einer synergetischen Verknüpfung beider, wie sie auch in den Ursprüngen durch historische Beispiele wie Jane Addams und Lillian Wald ersichtlich werden.

Abschließend wäre eine Förderung der Stärken beider Professionen in einem engen interprofessionellen Austausch sowie ein Ausgleich ihrer Schwächen durch unterstützendes Zusammenwirken erstrebenswert und könnten dazu beitragen, dass beide Professionen aneinander und gemeinsam wachsen können, anstatt in Konkurrenz zueinander zu stehen.

Literatur

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Berufsbild der Sozialarbeit. https://obds.at/wp-content/uploads/2022/04/berufsbild_sozialarbeit_2017_06_beschlossen.pdf. [Zugriff am 28. März 2024.]

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.): Berufsgesetz und Berufsrecht. <https://obds.at/berufsgesetz/>. [Zugriff am 17. April 2024].

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2021): Soziale Arbeit freies Gewerbe, Freier Beruf oder „Neue Selbstständigkeit“. <https://obds.at/wp-content/uploads/2022/03/Soziale-Arbeit-freies-Gewerbe-Freier-Beruf-oder-Neue-Selbststaendigkeit.pdf>. [Zugriff am 18. 04 2024].

Aspen University (o.A.): Public Health Nurse vs. Community Health Nurse. <https://www.aspen.edu/altitude/public-health-nurse-vs-community-health-nurse/>. [Zugriff am 29. März 2024].

Barton, Hugh, und Marcus Grant (01.11.2006): A health map for the local human habitat. In: Journal- Royal Society for the Promotion of Health. Seiten: 252-253.

Blakemore, Erin (21.05.2015): Social Work Traditions and Jane Addams. <https://daily.jstor.org/jane-addams-social-worker/>. [Zugriff am 01. April 2024].

Bronski, Michael (21.07.2019): Jane Addams and Lillian Wald: Imagining Social Justice from the Outside. <https://historynewsnetwork.org/article/172589>. [Zugriff am 27. Dezember 2023].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (24.08.2021): Factsheet Community Nursing. https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:3745e7ac-2c38-43ce-a2ea-73bc5f3f65e4/factsheet_CommunityNursing_final_barrierefrei.pdf. [Zugriff am 30. März 2024].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (02.01.2024): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html). [Zugriff am 07. März 2024].

Chilton, Sue, Heather Bain, Ann Clarridge, und Karen Melling (2018): A Textbook of Community Nursing. New York: Routledge. Seiten: 1-392.

Cootes, Hannah, Milena Heinsch, und Caragh Brosnan (2022): ‘Jack of All Trades and Master of None’? Exploring Social Work’s Epistemic Contribution to Team-Based Health Care. In: The British Journal of Social Work. Seiten: 256-273.

Corbin, Juliet, und Anselm Strauss (2015): Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Ausgabe: 4. SAGE Publications, Inc. Seiten: 25-702.

Field, Marjorie (o.A.): The Shalvi/Hyman Encyclopedia of Jewish Women. <https://jwa.org/encyclopedia/article/wald-lillian-d#pid-11240>. [Zugriff am 27. Dezember 2023].

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch. Seiten: 200-2002.

Froschauer, Ulrike, und Manfred Lueger (2020): Das qualitative Interview. Wien: facultas. Gesundheit Österreich GmbH (2019): Social Prescribing. https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1411/1/Factsheet_Social%20Prescribing_2019_bf.pdf. [Zugriff am 02. April 2024].

International Federation of Social Workers (2024): Global Definition of Social Work. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>. [Zugriff am 12. März 2024].

Itzhaky, Haya, Pinchas Gerber, Rachel Dekel (2004): Empowerment, skills and values: a comparative study of nurses and social workers. In: International Journal of Nursing Studies, Seiten: 447-455.

Jane Addams: The Right to Childhood (o.A.): Jane Addams: The Right to Childhood. <https://njdigitalhistory.org/jane-addams-child-labor/index.php/lillian-wald/>. [Zugriff am 29. März 2024].

Kälble, Karl (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärungen. In : Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Herausgeber*innen: Lotte Kaba-Schönstein und Karl Kälble. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. Seiten: 39-42.

Kaplan, Paul (2018): Lillian Wald: America's Great Social and Healthcare Reformer. Pelican Publishing. Seiten: 137.

Kozisnik, Petra, Alice Edtmayer, Elisabeth Rappold, Gesundheit Österreich GmbH (2021): Aufgabenprofil Community Nurses. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf. [Zugriff am 29. März 2024].

Mahler, Cornelia, Thomas Gutmann, Sven Karstens, Stefanie Joos (2014): Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2014-31/zma000932.pdf>.

Meredith's APUSh Site (o.A.): Jane Addams and Lillian Wald. <https://meredithball.weebly.com/jane-addams-and-lillian-wald.html>. [Zugriff am 01. April 2024].

National Academy of Social Prescribing (2023): Social Prescribing Around the World: A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/4lbdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf>. [Zugriff am 02. April 2024].

O'Connor, Will (28.12.2023): 5 Benefits of Interprofessional Collaboration in Healthcare. <https://tigerconnect.com/blog/5-benefits-of-interprofessional-collaboration-in-healthcare/>. [Zugriff am 12. März 2023]

Pasternak, Eva. 2007. Gemeinwesenarbeit - Definitionen, Formen, Ziele. München: GRIN Verlag. Seiten: 4-7.

Paul, Catherine A. (2016): Jane Addams (1860-1935).
<https://socialwelfare.library.vcu.edu/settlement-houses/addams-jane/>. [Zugriff am 01. April 2024].

Pfannstiel, Mario A., Kristin Kassel, und Christoph Rasche (2020): Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. Springer-Verlag. Seiten: 124-134.

Rappold, Elisabeeth (21.10.2021): Aufgabenprofil Community Nurses.
https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Aufgabenprofil_CN.pdf. [Zugriff am 12. März 2024].

Rappold, Elisabeth (04.05.2023): Pflege am Wort: Community Nursing - Eine (neue) Perspektive? <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2977/>. [Zugriff am 02. April 2024].

Redelsteiner, Christoph (2023): Gesundheit und Soziale Arbeit. In: Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich. Österreichischer Berufsverband für Soziale Arbeit. Seiten: 8-14.

Rojatz, Daniela, Jennifer Antosik, Jakob Weitzer, Sandra Ecker, und Sabine Haas (2021): Handbuch "Social Prescribing in der Primärversorgung. Schritt für Schritt zur Umsetzung." Gesundheit Österreich, Wien.

SocialWorkDegreeCenter.com (o.A.): More About the First Social Worker Jane Addams And Her Accomplishments? <https://www.socialworkdegreecenter.com/study/first-social-worker-jane-addams/>. [Zugriff am 01. April 2024].

Strübing, Jörg (2014): Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils. Tübingen: Springer VS. Seiten: 9-35.

Strauss, Anselm, und Juliet Corbin (1990): Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques. Sage Publications Inc. Seiten: 15-197.

University of Pennsylvania (o.A.) What is a Public Health Nurse?
<https://www.nursing.upenn.edu/nhhc/home-care/what-is-a-public-health-nurse/>. [Zugriff am 01. April 2024].

Wardle, Claire (o.A): Social prescribing - What are the benefits?
<https://www.theaccessgroup.com/en-gb/health-social-care/software/social-prescribing/what-is-social-prescribing/#:~:text=The%20main%20benefits%20of%20social,what%20matters%20to%20the%20individual>. [Zugriff am 01. April 2024].

Weskamm, Andrea (26.07.2017): Das Bestmögliche für den Patienten herausholen.
<https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/31176-das-bestmoegliche-fuer-den-patienten-herausholen>. [Zugriff am 20. 04 2024].

World Health Organization (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1. [Zugriff am 01. April 2024].

World Health Organization (o.A.): Supporting healthy ageing through social prescribing. <https://www.who.int/westernpacific/activities/supporting-healthy-ageing-through-social-prescribing>. [Zugriff am 02. April 2024].

World Health Professions Alliance (o.A.): Interprofessional Collaborative Practice. https://www.whpda.org/activities/interprofessional-collaborative-practice#_ftn1. [Zugriff am 01. April 2024].

Daten

ITV1, Interview, geführt von Maximilian Reuter, mit Community Nurse, Niederösterreich, 22.11.2023, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Verena Röska, mit Community Nurse, Niederösterreich, 15.12.2023, Audiodatei.

ITV3, Interview, geführt von Maximilian Reuter, mit Community Nurse, Burgenland, 13.12.2023, Audiodatei.

ITV4, Interview, geführt von Sonja Gießwein, mit zwei Community Nurses, 25.10.2023, Audiodatei.

ITV5, Interview, geführt und geführt von Sonja Gießwein, mit zwei Community Nurses, 06.11.2023, Audiodatei

ITV6, Interview, geführt von Gabriela Milewska, mit Community Nurse, Niederösterreich, 11.12.2023, Audiodatei.

ITV7, Interview, geführt von Maximilian Reuter, mit Community Nurse, 15.11.2023, Audiodatei.

ITV8, Interview, geführt von Susanne Teufel, mit Sozialarbeiterin, Niederösterreich, 14.11.2023, Audiodatei.

T1, Transkript von ITV1, erstellt von Maximilian Reuter, Dezember 2023, durchgehend nummeriert.

T2, Transkript von ITV2, erstellt von Verena Röska, Februar 2024, durchgehend nummeriert.

T3, Transkript von ITV3, erstellt von Maximilian Reuter, Januar 2024, durchgehend nummeriert.

T4, Transkript von ITV4, erstellt von Sonja Gießwein, Januar 2024, durchgehend nummeriert.

T5, Transkript von ITV5, erstellt von Sonja Gießwein, Januar 2024, durchgehend nummeriert.

T6, Transkript von ITV6, erstellt von Gabriela Milewska, Januar 2024, durchgehend nummeriert.

T7, Transkript von ITV7, erstellt von Maximilian Reuter, Dezember 2023, durchgehend nummeriert.

T8, Transkript von ITV8, erstellt von Susanne Teufel, Januar 2024, durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

GuKG *Siehe* Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ICP *Siehe* Interprofessional Collaborative Praxis

Abbildungen

Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen Datensammlung und -analyse (Corbin/Strauss, 2015:37).....	15
Abbildung 2: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)	17
Abbildung 3: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)	20
Abbildung 4: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)	23
Abbildung 5: Kodierparadigma nach Strauss, erstellt von Yasemin Sayici, 2024 (vgl. Strübing, 2014:25)	25

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Yasemin Sayici**, geboren am **27.11.1989** in **Wien**, 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,

Wien, am **23.04.2023**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Yasemin Sayici".