

Konzept zur interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter:innen und Community Nurses

am Beispiel der Gemeinde Zwentendorf an der Donau

Kerstin Czek, 11738147

Bachelorarbeit

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

St. Pölten, im April 2025

Version: 1

Begutachter*in: Veronika Böhmer, BA

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass

- ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.
- ich mich bei der Erstellung der Arbeit an die Standards guter wissenschaftlicher Praxis gemäß dem Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten gehalten habe.
- ich die vorliegende Arbeit an keiner Hochschule zur Beurteilung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt oder veröffentlicht habe.

Über den Einsatz von Hilfsmitteln der generativen Künstlichen Intelligenz wie Chatbots, Bildgeneratoren, Programmieranwendungen, Paraphrasier- oder Übersetzungstools erkläre ich, dass

- im Zuge dieser Arbeit kein Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz zum Einsatz gekommen ist.
- ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um die Arbeit Korrektur zu lesen.
- ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um Teile des Inhalts der Arbeit zu erstellen. Ich versichere, dass ich jeden generierten Inhalt mit der Originalquelle zitiert habe. Das genutzte Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz ist an entsprechenden Stellen ausgewiesen.

Durch den Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten bin ich mir über die Konsequenzen einer wahrheitswidrigen Erklärung bewusst.

Abstract

Mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews einer Sozialarbeiterin sowie einer Community Nurse, und Literaturrecherche, wurde eine mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit der beiden Professionen, mit dem Ziel der ganzheitlichen Versorgung von Klient:innen, untersucht. In weiterer Folge wurde anhand der Gemeinde Zwentendorf an der Donau, ein Konzept für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erstellt. Daran anschließend wurden sowohl die möglichen Herausforderungen als auch die möglichen Chancen der Zusammenarbeit definiert. Abschließend wurde ein Fazit gezogen und Limitationen formuliert. Festgestellt werden konnte, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit dabei unterstützen kann, eine ganzheitliche Versorgung der Klient:innen zu realisieren. Eine gelingende Zusammenarbeit benötigt jedoch intensive Absprachen und klar definierte Strukturen.

With the help of guided interviews with a social worker and the community nurse, as well as literature research, a possible interdisciplinary collaboration between the two professions with the aim of providing holistic care for clients was investigated. After that, a concept for interdisciplinary cooperation was developed based on the municipality of Zwentendorf an der Donau. Afterwards, both the possible challenges and the possible opportunities for cooperation were defined. Finally, and a conclusion was drawn, and the limitations were formulated. It showed that interdisciplinary cooperation could be helpful regarding a holistic approach. A successful cooperation will need intense agreements as well as clearly defined structures.

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Ausgangssituation.....	6
3	Methodisches Vorgehen.....	7
4	Theoretischer Bezugsrahmen	7
4.1	Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen	8
4.2	Aufgaben der Community Nurses	9
4.3	Limitationen der Pflege	10
4.3.1	Akut- und Gefährdungssituationen	10
4.3.2	Komplexe Fallsituationen.....	11
4.3.3	Arbeit mit Angehörigen	12
4.3.4	Resümee Limitationen	13
4.4	Sozialarbeiterische Kompetenzen	13
4.4.1	Beziehungsarbeit und Beratungsfähigkeiten	14
4.4.2	Materielle Grundsicherung.....	15
4.4.3	(Sozial)rechtliches Wissen.....	15
4.4.4	Netzwerkarbeit.....	15
4.4.5	Lebensweltorientierung & Ressourcenorientierung.....	16
4.4.6	Resümee sozialarbeiterische Kompetenzen	17
5	Konzept zur Interdisziplinären Zusammenarbeit	17
5.1	Zielsetzung.....	17
5.1.1	Niederschwellige, wohnortnahe & ganzheitliche Versorgung	17
5.1.2	Interdisziplinäre Arbeit ermöglichen	18
5.1.3	Erwachsenensozialarbeit schaffen	19
5.1.4	Förderung der Selbstbestimmung & der sozialen Teilhabe	19
5.2	Zusammenarbeit in der Praxis.....	19
5.2.1	Aufgabenverteilung.....	20
5.2.2	Methoden der Sozialen Arbeit	24
5.2.3	Implementierung	25
5.2.4	Soziale Landschaft und Kooperationspartner:innen.....	29
5.2.5	Rolle der Gemeinde.....	30
5.3	Mögliche Herausforderungen	30
5.3.1	Angebotsnutzung.....	31
5.3.2	Zusammenarbeit zwischen den Professionen.....	33
5.4	Chancen die durch interdisziplinäre Zusammenarbeit entstehen	34
6	Fazit.....	35
6.1	Limitationen.....	37

6.2 Ausblick.....	37
Literatur	38
Daten.....	42
Abbildungen.....	42
Anhang	43

1 Einleitung

Die folgende Bachelorarbeit thematisiert die Zusammenarbeit von Sozialarbeiter:innen und Community Nurses, mit dem Ziel, ein interdisziplinäres Konzept zu entwickeln. Nachfolgend soll zuerst anhand des theoretischen Bezugsrahmens dargestellt werden, welche Aufgaben die beiden Professionen der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der Sozialen Arbeit haben und wieso es notwendig ist, die Community Nurse zu unterstützen. Es wird aufgezeigt, wieso sich Sozialarbeiter:innen als Unterstützung für die Betreuung der Klient:innen qualifizieren. Im Anschluss wird das konkrete Konzept, bestehend aus Zielsetzung, möglicher Aufgabenverteilung, Implementierung des Konzepts, Beschreibung der Rolle der Gemeinde sowie der möglichen Herausforderungen und der entstehenden Chancen durch die Zusammenarbeit präsentiert. Abschließend werden Limitationen der Arbeit diskutiert und ein Fazit gezogen.

2 Ausgangssituation

In dem Vorgängerprojekt der Fachhochschule St. Pölten („*Lebensweltorientierte Community Care für ältere Menschen und ihre An- und Zugehörigen. Potentiale einer Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Pflege auf Gemeindeebene*“) und anhand von Interviews und Gesprächen mit Community Nurses und Sozialarbeiter:innen, wurde der Bedarf der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen erhoben und dargestellt. Zum einen erkannten die Community Nurses selbst den Bedarf an Zusammenarbeit oder auch Wissens- bzw. Ausbildungslücken in Themenbereichen, welche in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit gehören könnten. Zum anderen konnte in einigen Vernetzungsgesprächen mit Sozialarbeiter:innen aus verschiedensten Bereichen der Sozialen Arbeit für Erwachsene (Primärversorgungszentrum, Erwachsenenpsychiatrie,..) festgestellt werden, dass auch die Kolleg:innen den Bedarf von interdisziplinärer Zusammenarbeit wahrnehmen können. Weiters zeigte sich bei diversen Interviews mit Klient:innen von Community Nurses deutlich, dass die offen gebliebenen Themenstellungen oft in den Tätigkeitsbereich von Sozialarbeiter:innen fallen würden. Dazu gehören etwa: Einsamkeit, Soziale Isolation, weitere Versorgungsmöglichkeiten, erschließen anderer Wohnformen, finanzielle Absicherung und ähnliches. Betont wurde beispielweise, dass es für die Klient:innen seitens der Sozialen Arbeit niemanden gibt, der:die sich wirklich zuständig fühlt.

Meine Eigenerfahrung zeigt, dass die Herausforderungen, welche berichtet wurden, auch kleine Gemeinden wie beispielsweise Zwentendorf an der Donau, mein Wohnort, betreffen. In ländlichen Gegenden ist es für ältere Menschen oft schwer ihre Angelegenheiten auf der einen Seite selbst zu regeln, aber auf der anderen Seite Hilfe zu bekommen, wenn es nötig ist. Die Versorgungsstrukturen sind oft schlecht erreichbar und in der direkten Umgebung kaum vorhanden.

Betrachtet man Zwentendorf an der Donau in Zahlen, lässt sich auf einen Blick feststellen, dass mit Stichtag 01.01.2024 834 Personen in die Zielgruppe des Projekts Community Nurse fallen würden (vgl. Statistik Austria 2024a). Als das Projekt Community Nursing noch von der EU finanziert wurde,

lag die Zielgruppe bei Menschen im Alter von 75 Jahren und älter. Seitdem die Finanzierung in Niederösterreich vom Land übernommen wurde, wurde die Zielgruppe in Zwentendorf an der Donau auf Menschen im Alter von 65 Jahre und älter erweitert (vgl. TI1 2025:Z: 181). Da nicht nur die älteren Menschen selbst Klient:innen von Community Nurses sind, sondern auch ihre Angehörigen Beratungsbedarf haben, dürfte die eigentliche Zahl um einiges höher sein. Außerdem zeigen aktuelle Trends in der Forschung, dass Menschen in Zukunft tendenziell älter werden und daher auch der Bedarf an wohnortnaher und niederschwelliger Versorgung steigen wird (vgl. Pflegerl 2022:8). Das Projekt „Community Nurse“ stellt daher einen wichtigen ersten Schritt dar, welcher in Zukunft, im besten Fall, noch mehr ausgebaut werden kann bzw. sollte. Um eine ganzheitliche und niederschwellige Versorgung zu bieten, muss jedoch eine mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiter:innen angestrebt werden.

3 Methodisches Vorgehen

- **Leitfadengestütztes Interview:** für die durchgeführten Interviews wurde zuvor ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser bestand aus offenen sowie geschlossenen Fragen, aber auch Erzählaufforderungen, auf welche die befragten Personen ganz offen antworten konnten (vgl. Helfferich 2014:559–560). Das ähnelt leicht einem narrativen Interview, wobei hier nicht die Erzählaufforderungen im Vordergrund stehen, sondern diese ergänzend zu den anderen Fragen gestellt wurden. Befragt wurden eine Sozialarbeiterin, welche bei einer Bezirkshauptmannschaft in Niederösterreich tätig ist und häufig mit den sozialmedizinischen Diensten in Verbindung steht, sowie die Community Nurse aus Zwentendorf an der Donau.
- **Strukturgeleitete Textanalyse:** zur Auswertung der Interviews wurde die strukturgeleitete Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid verwendet. Bei dieser Analyseform wird versucht anhand einer Auswertungsmatrix eine bereits bestehende Hypothese, in diesem Fall, dass Soziale Arbeit eine gute Unterstützung für das Community Nursing darstellen kann, zu belegen (vgl. Auer-Voigtländer / Schmid 2017:130–131). Hervorzuheben ist, dass es bei dieser Analyseform hauptsächlich darum geht, die direkten Aussagen der Interviewpartner:innen zu analysieren und weniger darum, die latenten, dahinterliegenden Aussagen zu erkennen (vgl. ebd.:131). Da für dieses Konzept ausschließlich Fachkräfte interviewt wurden, stellte sich diese Analyseform als passend dar.
- **Qualitative Inhaltsanalyse:** für die Bearbeitung des Konzepts wurden außerdem eine intensive Literaturrecherche inklusive Inhaltsanalysen durchgeführt.

4 Theoretischer Bezugsrahmen

Wie bereits erwähnt, kann der soziale Aspekt in der Beratung durch Community Nurses oft nur unzureichend bearbeitet werden, worüber noch weitere Erläuterung folgen werden. Im nachfolgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, welche Aufgaben sowohl Community Nursing als auch Soziale Arbeit mit älteren Menschen übernehmen. In weiterer Folge sollen die Limitationen bzw. Grenzen des

Community Nursings aufgezeigt werden, um den Bedarf an Sozialer Arbeit mit älteren Menschen zu erschließen. Anschließend werden einige der wichtigsten Kompetenzen von Sozialarbeiter:innen für die Arbeit mit älteren Menschen erläutert, um zu verdeutlichen, wieso die Soziale Arbeit eine passende Unterstützung für das Community Nursing in Zwentendorf darstellen kann.

4.1 Aufgaben der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen

Das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen ist geschichtlich gesehen ein relativ junges (vgl. Bleck / Van Rießen 2022:11). Dafür wird es in den kommenden Jahren umso schneller an Bedeutung gewinnen. Aktuelle Forschungsergebnisse in Bezug auf die demographische Entwicklung zeigen, dass Menschen in Zukunft tendenziell älter werden und daher auch der Bedarf an wohnortnaher und niederschwelliger Versorgung steigen wird (vgl. Pflegerl 2022:8). Diese Entwicklung kann europaweit beobachtet werden (vgl. Broese Van Groenou / De Boer 2016:271). Je früher eine weitreichende Versorgung angestrebt und geboten wird, desto besser ist die Gesellschaft als Ganzes darauf vorbereitet.

Die Arbeitsgemeinschaft „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA definierte bereits 2017, welche Aufgaben Sozialarbeiter:innen in der Arbeit mit älteren Menschen in Zukunft nicht nur übernehmen sollten, sondern auch werden. In diesem Kontext sind vor allem die Möglichkeit für wohnortnahe Beratung, die Gestaltung von präventiven Angeboten im Alter, die Mitgestaltung und Adaptierung des Lebensraums sowie die effiziente Nutzung von regionalen Versorgungsangeboten und die Koordination dieser, interessant (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:16). Die wohnortnahen und leicht zu erreichenden Beratungsmöglichkeiten, wie beispielsweise auch Hausbesuche im Rahmen der aufsuchenden Arbeit, sind für diese Zielgruppe essenziell (vgl. ebd.:12). In der folgenden Abbildung befindet sich eine Übersicht der Arbeitsgemeinschaft Altern und Soziale Arbeit, welche aufzeigt aus welchen Aufgaben die Soziale Arbeit mit älteren Menschen bestehen kann. In weiterer Folge wird noch genauer auf diese Aufgaben eingegangen.



Abbildung 1: Übersicht Aufgabenbereich Soziale Arbeit mit älteren Menschen - AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA (2017)

4.2 Aufgaben der Community Nurses

Wie eingangs kurz beschrieben, sind die Aufgaben von Community Nurses im Bereich der Pflege angesiedelt: es werden Angebote zur Gesundheitsprävention gesetzt, eventuelle Pflegebedarfe erhoben und in weiterer Folge auch passende Angebote vermittelt (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2025a). Das deckt sich mit den Angaben der Community Nurse aus Zwentendorf zur Definition ihres Aufgabenbereichs (vgl. TI1 2025:Z: 12-15).

Diese Aufgaben werden konkret in vier Schritte aufgeteilt.

1. **Monitoring und Erhebung:** Erhebung des Gesundheitszustandes sowie der aktuellen Versorgung
2. **Information, Edukation und Beratung:** präventive Gesundheitsmaßnahmen werden gesetzt und es wird auf künftige Pflegemaßnahmen vorbereitet

3. **Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung:** Koordination von Pflegemaßnahmen und gesundheitspräventiven Angeboten
4. **Fürsprache und Interessenvertretung:** Teilhabe in der Gemeinde wird gefördert und Interessen der Klient:innen werden vertreten (vgl. Kozisnik et al. 2021:6–8).

Vergleicht man diese pflegerischen Aufgaben mit dem Aufgabenspektrum der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen, lassen sich Parallelen ziehen. Die Aufgabe der Beratung und Information ähnelt sich, aber auch die Fürsprache und Interessenvertretung der Klient:innen sind wichtige Bereiche in der Sozialen Arbeit. Interessante Punkte, welche im Aufgabenbereich der Community Nurse nicht oder kaum vorkommen sind beispielsweise: sozialrechtliche Beratung und Interventionen zur Existenzsicherung, Angehörigenarbeit - inklusive Informationen zu rechtlicher Vertretung, aber auch Netzwerkarbeit - in einem breiteren Sinn sowie Krisenintervention (vgl. ebd.).

4.3 Limitationen der Pflege

Im Folgenden wird der Begriff „Limitationen“ als Grenzen der Möglichkeiten von Community Nursing definiert. Daher sollen Teilbereiche, in welchen sich herausstellte, dass Bedarf an Unterstützung gegeben ist, näher ausgeführt werden. Der Bedarf an Unterstützung wurde von der Community Nurse aus Zwentendorf selbst, aber auch von Seiten der Sozialen Arbeit erkannt. Als möglichen Grund für die auftretenden Limitationen, sind vor allem der Ausbildungsschwerpunkt der Ausbildung zum:r Gesundheits- und Krankenpfleger:in und die damit einhergehenden Wissenslücken, vor allem im sozialen Bereich, zu nennen.

4.3.1 Akut- und Gefährdungssituationen

In dem Interview mit der Community Nurse aus Zwentendorf wurde deutlich, dass sie die eigentliche Aufgabe der Community Nurses im Bereich der präventiven Gesundheitsangebote sieht (vgl. TI1 2025:Z: 12-14). Das deckt sich wiederum mit dem bereits angeführten Aufgabenbereich, welcher von der Gesundheit Österreich GmbH definiert wurde. In der Realität zeigte sich aber, dass die meisten Klient:innen erst Kontakt zur Community Nurse aufnehmen, wenn sich Herausforderungen, beispielsweise in der Pflege der älteren Menschen, zu Akutsituationen zugespitzt haben (vgl. ebd.:Z: 17-19). Zu dieser Thematik sagte die Community Nurse Folgendes (ebd.:Z: 18-19) „Also von Vorsorge sind wir in der Gemeinde weit entfernt“. Der Wunsch der Community Nurse nach Unterstützung in solchen Situationen wurde deutlich (vgl. ebd.:Z: 221-222). Auch in der Sozialen Arbeit wurde die Erfahrung gemacht, dass sich sozialmedizinische Dienste erst in Akutsituationen an die Sozialarbeiter:innen der Behörden, wie Bezirkshauptmannschaft oder Magistrat, wenden (vgl. TI2 2025:Z: 57-60).

Krisenintervention beispielsweise, wird an der FH St. Pölten in der Ausbildung zum:r Sozialarbeiter:in gelehrt (vgl. Fachhochschule St. Pölten 2022:41–42) (vgl. Fachhochschule St. Pölten 2025:29). So haben ausgebildete Sozialarbeiter:innen die Möglichkeit, Klient:innen durch krisenhafte Situationen zu begleiten. Erleichtert wird das durch den niederschweligen Zugang zu Sozialer Arbeit (vgl. AG

„Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:13). Was krisenhafte Situationen sein können ist immer sehr subjektiv zu betrachten (vgl. Sonneck et al. 2016:32–33). Es kann also vom Tod nahestehender Personen, bis hin zu dem Verlust der Selbstständigkeit, welcher mit steigendem Alter zunimmt, verschiedenstes zu einer krisenhaften Situation werden. In Zeiten von Lebensübergängen kann es häufiger zu Krisen kommen, solche werden als „Lebensveränderungskrisen“ bezeichnet (vgl. ebd.:36). Als ein mögliches Beispiel für den Übergang in einen neuen Lebensabschnitt, ist hier der Übergang von der Erwerbstätigkeit in die Pension zu nennen. Dieser Übergang kann von manchen Personen als überaus einschneidend empfunden werden, vor allem, wenn dieser früher als erwartet oder unfreiwillig passiert (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:6). Das Regelpensionsalter liegt in Österreich aktuell bei 65 Jahren für Männer und bei 60 bzw. 65 Jahren für Frauen (je nach Geburtsdatum) (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2025). Da das Alter der Zielgruppe des Community Nursings bei 65 Jahren und älter liegt, bietet sich hier die Möglichkeit einen solchen Übergang zu begleiten, wenn es notwendig ist. Dieses Beispiel ist aber nur eines von vielen.

Als Akutsituationen lassen sich außerdem Situationen bezeichnen, die schnelle Reaktionen benötigen. Beispielsweise berichtete die Community Nurse, dass (pflegende) Angehörige sich immer wieder akut überlastet fühlen und daher so schnell wie möglich eine andere Pflegemöglichkeit benötigen (vgl. TI1 2025:Z: 17-18). Um mit diesen Situationen bestmöglich umgehen zu können, benötigt es umfassendes sozialrechtliches Wissen. So können beispielsweise die Angehörigen durch Angebote wie Kurzzeitpflege oder Ähnlichem entlastet werden ohne, dass die Pflege der älteren Menschen ausgesetzt wird. Die Kurzzeitpflege bietet die Möglichkeit, die Pflege von Personen für bis zu sechs Wochen im Jahr zu übernehmen, wenn die pflegenden Angehörigen ausfallen (vgl. Land Niederösterreich 2025).

Als Gefährdungssituationen für ältere Menschen stachen vor allem die mangelnde (Möglichkeit an) Pflege und Versorgung, die finanzielle Lage der Klient:innen sowie die Vermüllung der Wohnungen hervor (vgl. TI2 2025:Z: 61-62, 86-88) (vgl. TI1 2025:Z: 90-92). In solchen Fällen werden oft Sozialarbeiter:innen kontaktiert oder Gefährdungsmeldungen formuliert, da hier die Limitationen des Aufgaben- aber auch Ausbildungsbereichs (vgl. GuKG-AV, § 15) der Community Nurses erreicht werden. Insbesondere beim Verfassen von Gefährdungsmeldungen werden der Sozialen Arbeit mehr Kompetenzen zugeschrieben (vgl. ebd.:Z: 224-227).

Aus den Ausführungen lässt sich ableiten, dass einer der größten Bereiche, in dem Fachwissen der Gesundheits- und Krankenpflege fehlt, jener der Bearbeitung von nicht medizinischen Akut- und Gefährdungssituationen ist (vgl. ebd.:Z: 60-61) (vgl. TI1 2025:Z: 16-17).

4.3.2 Komplexe Fallsituationen

Die häufigsten Themen, zu welchen die Community Nurse in Zwentendorf Fragen gestellt bekommt, zählen: Pflege und Pflegeheim, Behindertenpass, Hauskrankenpflege oder auch der niederösterreichische Pflege- und Betreuungsscheck (vgl. ebd.:Z: 61-65). Die meisten Fragen dazu drehen sich um die Antragstellung sowie Organisation der verschiedenen Angebote. Doch häufig erweisen sich Fallsituationen, das sind hier die Herausforderungen der Klient:innen, als sehr komplex und verwachsen. Bezieht man sich mit ganzheitlicher Sicht auf die Klient:innen, wird auch das Umfeld

der Klient:innen betrachtet. Daher ist es auch möglich, dass Angehörige, Freund:innen oder Nachbar:innen der älteren Menschen Teil der Beratung und Begleitung werden können, da es im gesamten Umfeld zu verschiedenen Herausforderungen kommen kann (vgl. TI2 2025:Z: 79-81). Aus Situationen, in denen mehrere Menschen involviert sind, können schnell komplexe Situationen entstehen, da alle Beteiligten ihre eigenen Bedürfnisse haben. Um zu veranschaulichen, wie eine komplexe Fallsituation aufgebaut sein kann, wird ein Beispiel der Community Nurse beschrieben: eine ältere krebserkrankte Dame benötigt dauerhafte Pflege, die zu Hause nicht mehr gewährleistet werden kann. Nun stellt sich die Frage, ob ein Pflegeheim oder ein Hospiz die richtige Wahl darstellt (vgl. TI1 2025:Z: 274-277). Bei den Angehörigen, welche sie bisher gepflegt haben, entstehen sehr viele Fragen. Unter anderem: wie lange dürfte die Dame im Hospiz bleiben? Wie funktioniert eine Pflege- oder Hospizkarenz? Was passiert, wenn die Hospizkarenz ausläuft und die Dame noch lebt? Zu diesen Fragen kommen häufig noch Unsicherheiten in Bezug auf die Finanzierung oder auch anderen sozialrechtlichen Themen hinzu. Auch hier wurde der Wunsch nach Unterstützung angesprochen (vgl. ebd.:Z: 277).

Mögliche andere Beispiele wurden von der interviewten Sozialarbeiterin berichtet. Zum Beispiel, dass einer Frau der Strom abgeschaltet wird, da sie ihn nicht bezahlen kann, oder auch, dass eine demente ältere Dame keine Pflege zulässt und niemand zu ihr durchdringen kann (vgl. TI2 2025:Z: 64, 68-71). Um all diese wichtigen Themen und Fragen der älteren Menschen selbst, aber auch ihrer Angehörigen bearbeiten zu können, benötigt es zum einen ausführliches Wissen über die Soziallandschaft, um informiert zu sein welche Angebote es wo gibt, und zum anderen umfangreiche sozialrechtliche Kenntnisse, um die Betroffenen und ihre Angehörigen über ihre (rechtlichen) Möglichkeiten zu informieren. Um an die benötigten Informationen zu kommen, wird auf selbst zusammengestellte Informationen, Informationen von diversen Unternehmen, z.B. Firmen für Hygieneprodukte, Internetrecherche aber auch Vernetzung mit anderen Community Nurses und Behörden zurückgegriffen (vgl. TI1 2025:Z: 188-190, 200-203). Wobei hier zu vermerken ist, dass es im Bezirk Tulln, zu dem auch Zwentendorf gehört, nur eine einzige weitere Community Nurse, für einen regionalen Austausch, gibt (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2025b).

4.3.3 Arbeit mit Angehörigen

Im Pflegevorsorgebericht 2023 wird geschätzt, dass etwa 950.000 Personen, das heißt ca. 10% der österreichischen Gesamtbevölkerung, pflegende Angehörige sind (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2024:8). Die Arbeit mit (pflegenden) Angehörigen zählt nur ansatzweise zum Aufgabenbereich der Community Nurses (vgl. TI2 2025:Z: 107-110). Gefühle von Überforderung, Überlastung und Schuld sind für viele Angehörige überaus präsente Themen, mit denen sie sich oft, ihrem Gefühl nach, an niemanden wenden können (vgl. ebd.:Z: 309-312). Aus dem Pflegevorsorgebericht 2023 geht außerdem hervor, dass sich ca. 82% der pflegenden Angehörigen psychisch belastet fühlen. Begründet wird diese Belastung vor allem durch die zu tragende Verantwortung sowie die Gefühle von Angst und Sorge (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2024:46). Eine körperliche Belastung wurde von 27,7% und eine finanzielle Belastung von 19,4% der pflegenden Angehörigen angegeben (vgl. ebd.). Es zeigt sich also, dass sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit sowie die

Finanzen durch die informelle Pflege beeinflusst werden können. Daher gilt es Angebote für diese Zielgruppe zu schaffen, um Entlastung und Schutz vor gesundheitlichen, aber auch finanziellen Folgen zu bieten.

Ein Grund für die „nur“ ansatzweise Zuständigkeit für Angehörige könnte, wie bereits erwähnt, sein, dass der Aufgabenbereich der Community Nurses unter dem Begriff „präventive Gesundheitsmaßnahmen“ zusammengefasst werden kann. Die Entlastung von Angehörigen wird in der ursprünglichen Aufgabenbeschreibung für Community Nurses nicht erwähnt (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2025a). Jedoch wird in der Tätigkeitsbeschreibung der Arbeitsgruppe „Altern und Soziale Arbeit“ die Angehörigenarbeit explizit als essenzielle Aufgabe erwähnt (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:13). Um Angebote zur Entlastung zu bieten, braucht es Zeit und Wissen über etwaige regionale Angebote, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen (vgl. TI2 2025:Z: 309-314). Regionale Angebote zu kennen und in weiterer Folge zu vermitteln, ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, da pflegende Angehörige, die zu Pflegenden oftmals nicht für längere Zeit alleine lassen können (vgl. ebd.:Z: 271-272), was lange Anfahrtswege zu teils unüberwindbaren Hürden macht. Beratungen zum Thema Pflege und Unterstützungen können nur funktionieren, wenn auch alle beteiligten Personen in die Beratungen einbezogen werden. Denn auf diese Weise ist es möglich den älteren Menschen selbst die Chance zu geben, ihre Wünsche für die notwendigen Pflegemaßnahmen mitzuteilen und ihnen somit die größtmögliche Teilhabe zu bieten. Außerdem bietet sich so die Chance Ressourcen, Möglichkeiten und Wünsche der (pflegenden) Angehörigen und ihrem Umfeld zu erschließen. Dadurch können mögliche Überlastungen bzw. Überforderungen frühzeitig erkannt und Interventionen rechtzeitig gesetzt werden.

4.3.4 Resümee Limitationen

Zusammenfassend kann man zu den Limitationen der Gesundheits- und Krankenpflege sagen, dass die Idee von Community Nursing als gesundheitspräventive Maßnahme und die Realität weit auseinander liegen. In der Realität begegnen Community Nurses oft Situationen, für welche sie weder eine Ausbildung (vgl. GuKG-AV, § 15) erhalten haben, noch den Zugang zu den passenden Informationen haben. Die realen Gegebenheiten und die Limitationen machen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig, um den Klient:innen eine niederschwellige und ganzheitliche Versorgung bieten zu können. Das zeigte sich auch im Abschlussbericht der Evaluierung des Projekts Community Nursing (vgl. Pichler et al. 2024:103).

4.4 Sozialarbeiterische Kompetenzen

Vorab wurden bereits die Limitationen der Pflegefachkräfte erläutert. Im folgenden Abschnitt soll aufgezeigt werden, mit welchen Kompetenzen und Fähigkeiten die Soziale Arbeit Community Nurses unterstützen kann. In *Abb.2 Überblick über sozialarbeiterische Kompetenzen* werden die verschiedenen Kompetenzen, über welche Sozialarbeiter:innen verfügen, um die Versorgung von älteren Menschen und ihren Angehörigen zu garantieren, visuell dargestellt. Im Rahmen des nachstehenden Kapitels wird vor allem auf die soziale Beratung, die Ressourcenorientierung, die

soziale Netzwerkarbeit, die anwaltliche Funktion sowie die psychosoziale Unterstützung und Krisenintervention eingegangen.



Abbildung 2: Überblick über sozialarbeiterische Kompetenzen (AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:14)

4.4.1 Beziehungsarbeit und Beratungsfähigkeiten

Raithel beschreibt in dem Text „Beratung. Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ sehr gut, wie Beratungen im psychosozialen Bereich definiert werden. Von dieser Definition wird auch in diesem Kontext ausgegangen, wenn von Beratung in der Sozialen Arbeit gesprochen wird. „Beratung ist als eine Interaktion zwischen mindestens zwei Beteiligten zu verstehen, bei welcher die beratende Person durch den Einsatz von kommunikativen Mitteln die beratungssuchende Person unterstützt, Lösungswege durch die Förderung von Selbst- und Situationskenntnis sowie Eröffnung und Aktivierung von Kompetenzen und Ressourcen zu finden,“ (vgl. Raithel 2006:42).

Um als Sozialarbeiter:in gut beraten zu können, benötigt es sowohl umfangreiche fachliche als auch ausgeprägte psychosoziale Kompetenzen (vgl. Albrecht 2017:46). Eine gute Arbeits- und Beratungsbasis benötigt eine kooperative und vertrauensvolle Arbeitsbeziehung. Hierfür sind vor allem sozialarbeiterische Kompetenzen in Bezug auf die Beziehungsgestaltung essenziell (vgl. ebd.:47). Der Beziehungsaufbau mit älteren Menschen kann, nach der Erfahrung der Interviewpartnerinnen, durch verschiedenste Gründe herausfordernd sein. Zum einen erschweren Erkrankungen wie Demenz oder Mobilitätseinschränkungen den Beziehungsaufbau und die damit einhergehende Angebotsnutzung, aber auch ländliche Strukturen und persönliche Themen der älteren Menschen können sich negativ auswirken (vgl. TI2 2025:Z: 68-69) (vgl. TI1 2025:Z: 239-245). Außerdem stellen sich die immer komplexeren Strukturen, welche Hilfesystemen zugrunde liegen und

unklare Zuständigkeiten, als Hürde für die Inanspruchnahme von Beratungen dar (vgl. Klein et al. 2021:23). Daraus lässt sich folgern, dass es wichtig ist, den Klient:innen klare Strukturen zu bieten, Besonderheiten der Zielgruppe zu kennen und sich ausreichend Zeit zu nehmen, um Beratungen mit den älteren Klient:innen durchzuführen.

4.4.2 Materielle Grundsicherung

Im Jahr 2023 waren gemäß der EU Richtlinien in Österreich 1.592.000 Personen, das sind 17,7% der Gesamtbevölkerung, armutsgefährdet oder von Armut betroffen (vgl. Statistik Austria 2024b:1). Weiters berichtet die Volkshilfe (vgl. 2024), dass im Jahr 2022 ca. 235.000 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter von Armut oder Ausgrenzung betroffen waren. Maßnahmen im Bereich der materiellen Grundsicherung sollen daher sicherstellen, dass Klient:innen finanziell abgesichert sind. So gilt es sicherzustellen, dass die Klient:innen ihre täglichen biologischen Bedürfnisse, wie Wohnraum, Essen, Medikamente, etc., erfüllen können, um in weiterer Folge zusätzlich die psychischen Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Bischel / Domeniconi 2015:82). Wenn Bedarf für Unterstützungsleistungen erkannt wird, sollen diese vermittelt werden (vg. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:10–11). Dieser Bereich der Sozialen Arbeit wird als essenzielle Kompetenz in der Arbeit mit älteren Menschen angesehen (vgl. TI2 2025:Z: 117-118).

4.4.3 (Sozial)rechtliches Wissen

In der Theorie sollte der barrierefreie Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen und den dazugehörigen Informationen für alle Menschen gleich sein. Doch in der Praxis stoßen Personen immer wieder auf diverse Herausforderung, wie zum Beispiel strukturelle Gegebenheiten, individuelle Herausforderungen, fehlende Unterstützung oder auch sprachliche Barrieren (vgl. Neupert et al. 2022:436). Systeme und Abläufe werden immer komplexer, was in weiterer Folge die Zielgruppe der älteren Menschen immer wieder stark betrifft. So fällt es nicht nur schwerer, Hilfen in Anspruch zu nehmen, sondern auch (sozial)rechtliche Möglichkeiten und Ansprüche zu kennen. Als Beispiele sind hierzu folgende zu nennen: Weiterversicherung für pflegende Angehörige, Pflegegeld und ähnliches. Wie bereits erläutert benötigt man vor allem bei akuten und/oder komplexen Fallsituationen, aber auch bei der Beratung von (pflegenden) Angehörigen, umfangreiches (sozial)rechtliches Wissen (vgl. TI2 2025:Z: 434-436). Dieses wird durch die Ausbildung und diverse Praktika von Sozialarbeiter:innen erworben. Somit erlangen diese einen breiten Überblick über das vorherrschende (Sozial)Recht in Österreich (vgl. obds 2017:5). Das über die Jahre hinweg erlangte Wissen, befähigt Sozialarbeiter:innen wiederum in diversen (sozial)rechtlichen Fragestellungen zu beraten.

4.4.4 Netzwerkarbeit

Im Evaluationsbericht des Projekts Community Nursing beschreiben Pichler und ihre Kolleg:innen (vgl. Pichler et al. 2024:103), dass es notwendig ist, kontinuierliche interdisziplinäre Netzwerkarbeit mit anderen Einrichtungen zu leisten. Betont wird außerdem, dass Community Nurses zur Bewältigung

dieser Aufgabe spezifische Fortbildungen benötigen würden. In diesem Fall kann die Soziale Arbeit sehr gut ergänzen, da Netzwerkarbeit und Vernetzung im Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit wiederzufinden sind (vgl. obds 2017:4) (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:13). Netzwerkarbeit mit älteren Menschen umfasst zum einen die Vernetzung und Kooperation mit institutionellen Strukturen, zum anderen aber auch die Förderung der, oft ebenfalls sehr wichtigen, informellen Kontakte aus dem persönlichen Umfeld der Klient:innen (vgl. ebd.). Die Vernetzung mit professionellen Systemen umfasst nicht nur die Initiierung und den Aufbau von Pflegestrukturen, sondern auch die Beschaffung von Informationen bezüglich Zugangsvoraussetzungen, etwaigen Hürden oder Defiziten (vgl. ebd.). Wohingegen die Förderung der informellen, das bedeutet verwandtschaftlichen und/oder freundschaftlichen, Beziehungen, die Ausdünnung des Beziehungsnetzwerkes und eine daraus resultierende Abhängigkeit von Institutionen verhindern soll (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich, dass die Netzwerkarbeit in der Arbeit mit älteren Menschen einen essenziellen Stellenwert haben sollte. Diese Kompetenz wird oft im Zusammenhang mit der Methode des Case Managements bzw. des Link Workings genannt, worauf in *Punkt 5.2.2* näher eingegangen wird.

4.4.5 Lebensweltorientierung & Ressourcenorientierung

In der Lebensweltorientierung geht es nicht explizit darum, welche Methoden angewendet werden, sondern vielmehr darum, dass man in der Beratung auf die Lebenswelt der Klient:innen Bezug nimmt (vgl. Thiersch 1993:11–12). Konkret kann das beispielsweise bedeuten, dass Sozialarbeiter:innen wissen in welchen Kohorten Klient:innen aufgewachsen sind und die gesellschaftlichen Entwicklungen dieser Zeiten kennen (vgl. TI2 2025:Z: 118-123). Mit solchen Informationen können es Sozialarbeiter:innen schaffen, sich in die Lebenswelt der Klient:innen hineinzusetzen (vgl. ebd.:Z: 123–124). Besonders in der Arbeit mit älteren Menschen ist es essenziell zu wissen, wie die Klient:innen aufgewachsen sind, um, beispielsweise durch Traumatisierung entstandene, Verhaltensmuster besser verstehen zu können (vgl. ebd.:Z: 120-121), aber auch um passende Angebote für die Klient:innen setzen zu können. Da die Lebenswelt- und die Ressourcenorientierung in der Praxis oft gemeinsam genannt werden, sollen die beiden Kompetenzen auch in diesem Fall gemeinsam beschrieben werden.

Die Soziale Arbeit beruht auf einem stark ressourcenorientierten Blickwinkel (vgl. ebd.:Z: 186). Das bedeutet, dass bereits vorhandene Ressourcen, wie z.B. materielle, finanzielle, sozio-ökonomische, soziale, psychische, etc., genutzt werden, um, in diesem Fall, die Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten. Mit dem Blickwinkel der Ressourcenorientierung soll es möglich sein, die tägliche Versorgung, z.B. mit diversen Unterstützungen zu Hause, zu organisieren und im Bedarfsfall anzupassen. Für Sozialarbeiter:innen geht es darum, sich die Frage zu stellen, was mit den gesetzten Interventionen erreicht werden soll und welche Ressourcen bereits vorhanden sind. Die Hilfen bzw. Interventionen sollen die Anzahl der Möglichkeiten der Klient:innen erweitern, um so persönliche Weiterentwicklung, durch das Generieren verschiedener Optionen, erreichen zu können (vgl. Michel-Schwartz 2009:142).

4.4.6 Resümee sozialarbeiterische Kompetenzen

Betrachtet man die Limitationen der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und vergleicht diese mit den sozialarbeiterischen Kompetenzen, kann man erkennen, dass die Soziale Arbeit gute Unterstützung, bei der Überbrückung der Limitationen, leisten könnte. Zum einen könnten die Bereiche, in welchen eine Unterstützung notwendig oder sogar gewünscht ist, unterstützt werden und zum anderen könnten (Versorgungs)Bereiche abgedeckt werden, die von den Community Nurses aktuell nicht abgedeckt werden, wie z.B. materielle Grundsicherung. So könnte mit interdisziplinärer Zusammenarbeit ein Schritt in Richtung ganzheitlicher Versorgung der Klient:innen gemacht werden.

5 Konzept zur Interdisziplinären Zusammenarbeit

Nachdem bisher die theoretische Basis für die Erarbeitung des Konzepts ausgearbeitet wurde, indem die Limitationen der Möglichkeiten der Community Nurses und die Kompetenzen der Sozialen Arbeit beschrieben wurden, soll hier das eigentliche Konzept für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ansetzen. Nachfolgend sollen zu Beginn die Ziele der interdisziplinären Zusammenarbeit definiert und erläutert werden. Im Anschluss wird konkretisiert, wie die Zusammenarbeit aussieht und die Ziele umgesetzt werden könnten. Außerdem sollen die zum Einsatz kommenden Methoden der Sozialen Arbeit aufgezeigt und auf eventuelle Herausforderungen hingewiesen werden. Abschließend sollen die Chancen, welche durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit entstehen können, zusammengefasst werden.

5.1 Zielsetzung

Alle Ziele, welche mit diesem Konzept verfolgt werden, lassen sich durch ein großes Ziel zusammenfassen. Dieses Ziel lautet: älteren Menschen und ihren (pflegenden) Angehörigen aus Zwentendorf an der Donau eine niederschwellige, wohnortnahe und ganzheitliche Versorgung zu bieten. Im Folgenden sollen die einzelnen Ziele aufgeschlüsselt und definiert werden.

5.1.1 Niederschwellige, wohnortnahe & ganzheitliche Versorgung

Um das übergeordnete Ziel klarer zu machen, werden zuerst die Begriffe „niederschwellig“, „wohnortnah“ sowie „ganzheitlich“ definiert.

1. Niederschwellig bezeichnet in diesem Kontext, dass Angebote für die Zielgruppe von Klient:innen einfach in Anspruch genommen werden können, um so eine Nichtnutzung der Angebote zu verhindern (vgl. Steckelberg 2016:451). Darunter können beispielsweise leicht verständliche Sprache in den Beratungskontakten, wenig bürokratischer Aufwand, um die Angebote in Anspruch nehmen zu können oder auch

Flexibilität im Beratungssetting, wie breite Öffnungszeiten, Hausbesuche, etc., fallen (vgl. ebd.:450).

2. Wohnortnah bedeutet für dieses Konzept, dass sich die Angebote für die gewünschte Zielgruppe in der Nähe des Wohnortes der Klient:innen befindet.
3. Die ganzheitliche Betrachtung der Klient:innen betrifft verschiedene Aspekte der Sozialen Arbeit. Auf der Individualebene bedeutet eine ganzheitliche Betrachtung, dass sich die Soziale Arbeit nach dem bio-psycho-sozialen Modell richtet. Daher wird davon ausgegangen, dass Menschen für ein gesundes bzw. gelingendes Leben im biologischen, psychischen und sozialen Bereich gesund sein müssen (vgl. Egger 2005:3). Spricht man von der Mesoebene so bedeutet eine ganzheitliche Betrachtung, dass nicht nur die Person im Einzelnen Gegenstand der gemeinsamen Arbeit ist, sondern auch die Lebenswelt und die Umgebung der Klient:innen bearbeitet werden (vgl. obds 2017:3). Abschließend bedeutet eine ganzheitliche Betrachtung der Klient:innen auf der Makroebene, dass Soziale Arbeit auch einen politischen Auftrag (vgl. ebd.:5) hat und sich somit für die strukturelle Gestaltung von Gesundheits- und Sozialsystemen einsetzen kann.

Ziel dieses Konzepts ist es daher älteren Menschen und ihren Angehörigen in Zwentendorf an der Donau Unterstützung und Beratung zu bieten, welche einfach in Anspruch zu nehmen und leicht zu erreichen ist, sowie die Klient:innen selbst und ihre Lebensumwelt betrachtet. Vor allem sozial benachteiligten älteren Menschen fällt es schwer diverse Hilfsangebote anzunehmen, da sich Hürden sowohl bei der Beschaffung von Informationen als auch im Zugang zu den diversen Unterstützungen ergeben (vgl. Falk / Wolter 2018:146).

Um das übergeordnete Ziel zu verwirklichen, benötigt es die folgenden Teilziele.

5.1.2 Interdisziplinäre Arbeit ermöglichen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet, dass Personen aus verschiedenen Professionen, in diesem Fall Soziale Arbeit und Gesundheits- und Krankenpflege, zusammenarbeiten. Besonderer Fokus liegt dabei auf der Integration der verschiedenen Perspektiven (vgl. Claus / Wiese 2021:280). Insbesondere in diesem Fall soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Perspektiven- und Wissenserweiterung dienen, da beide Professionen alleine ein teilweise eingeschränktes Blickfeld auf die Versorgung der Klient:innen haben (vgl. TI2 2025:Z: 39). Es soll ermöglicht werden, dass beide Berufsgruppen von den Sichtweisen und dem Fachwissen der jeweils anderen Berufsgruppe profitieren, um so in weiterer Folge eine noch bessere Versorgung der Klient:innen gewährleisten zu können (vgl. ebd.:Z: 49-52). Außerdem soll aufgezeigt werden, welche Chancen durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter:innen und Community Nurses entstehen können.

5.1.3 Erwachsenensozialarbeit schaffen

Seit der gesetzlichen Änderung, welche zur Folge hatte, dass auf den Bezirkshauptmannschaften die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Erwachsenensozialarbeit zusammengelegt wurden, lässt sich feststellen, dass es kaum noch Angebote von Sozialer Arbeit für Erwachsene gibt (vgl. ebd.:Z: 420-422). Grund dafür ist, dass Sozialarbeiter:innen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe eine Garantenstellung haben, was bedeutet, dass Fälle der Kinder- und Jugendhilfe Vorrang haben (vgl. ebd.:Z: 423-424). In den Erhebungen durch die geführten Interviews wurde außerdem sichtbar, dass die wenige Erwachsenensozialarbeit im Bezirk Tulln, wo auch Zwentendorf an der Donau verortet ist, überlastet ist und eine sozialarbeiterische Betreuung von älteren Menschen daher kaum möglich ist (vgl. TI1 2025:Z: 278). In Zusammenhang mit der wenig vorhandenen Erwachsenensozialarbeit kam auch das Gefühl auf, dass sich niemand richtig zuständig für die Erwachsenen fühlt (vgl. ebd.:Z: 300-304). Daher ist ein weiteres Ziel der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Gemeinde, Soziale Arbeit für Erwachsene und eine Ansprechperson, welche sich zuständig fühlt und sich Zeit nimmt, anzubieten.

5.1.4 Förderung der Selbstbestimmung & der sozialen Teilhabe

Ziel der Sozialen Arbeit ist es unter anderem, ihren Klient:innen die größtmögliche Autonomie zu bieten, um so die Möglichkeit zu schaffen, an gesellschaftlichen und sozialen Prozessen teilzuhaben (vgl. obds 2017:3). Außerdem zeigte eine groß angelegte Studie, welche in den Jahren 2020-2021 in Deutschland durchgeführt wurde, dass es ca. 90% der hochaltrigen Menschen sehr wichtig ist, selbstbestimmt zu handeln und Entscheidungen zu treffen (vgl. Kaspar et al. 2023:295). Selbstbestimmt zu leben bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Personen selbst Entscheidungen treffen können, auch, wenn sie bei der Umsetzung der getroffenen Entscheidungen Unterstützung benötigen (vgl. Schweppe / Horn 2022:634). Darunter fallen beispielsweise Entscheidungen über die Form der Betreuung, die Wohnform oder die Tagesgestaltung (vgl. ebd.:635). Mit der Förderung der Autonomie älterer Menschen geht auch die Frage nach sozialer Teilhabe einher. Daher soll aufgezeigt werden, wie es möglich sein kann, durch Soziale Arbeit nicht nur die Selbstbestimmung, sondern auch die soziale Teilhabe von älteren Menschen zu fördern.

5.2 Zusammenarbeit in der Praxis

In diesem Kapitel soll zuerst auf die mögliche Aufgabenverteilung zwischen Sozialarbeiter:in und Community Nurse eingegangen werden. Weiters werden Aufgaben definiert, welche in interdisziplinärer Zusammenarbeit stattfinden sollen, daraufhin wird ein fiktives Fallbeispiel erläutern, wie die Zusammenarbeit konkret aussehen kann. Die Methoden der Sozialen Arbeit, welche in der Arbeit mit älteren Menschen wichtig sind, werden kurz vorgestellt. Außerdem werden sowohl mögliche Kooperationspartner:innen genannt, als auch die Implementierung des Konzepts erläutert. Im

Anschluss werden die Aufgaben der Gemeinde Zwentendorf an der Donau definiert. Und abschließend werden sowohl die möglichen Herausforderungen als auch die entstehenden Chancen der interdisziplinären Zusammenarbeit formuliert.

5.2.1 Aufgabenverteilung

Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist es unerlässlich, klar definierte Strukturen für die Aufgabenteilung und etwaige Hierarchien zu entwickeln (vgl. TI2 2025:Z: 195-197). Daher sollen nachfolgend die verschiedenen Aufgaben in der Beratung der älteren Menschen, den beiden Professionen zugeteilt werden.

5.2.1.1 Soziale Arbeit

Durch die vorab durchgeführte Analyse der Limitationen der Community Nurses können bereits erste Bereiche definiert werden, welche im Falle einer interdisziplinären Zusammenarbeit, in das Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit fallen sollten. Diese wären: nicht medizinische Akut- und Gefährdungssituationen, Krisenintervention und komplexe Fallsituationen. Außerdem die Arbeit mit (pflegenden) Angehörigen, außerhalb der reinen Organisation der Pflege. Weiters konnte schon festgestellt werden, dass es Community Nurses an Wissen in Bezug auf diverse sozialrechtliche Belange fehlt. Um die verschiedenen Fragen der älteren Menschen und ihrer Angehörigen umfassend beantworten zu können, benötigt es jedoch breites sozialrechtliches Wissen. Fragestellungen zu Themen wie rechtliche Vertretung und Vorsorge, wie z.B. verschiedene Formen der Erwachsenenvertretung, sozialrechtlichen Themen wie beispielsweise Pflege- und Hospizkarenz oder aber auch entlastende und Halt gebende Gespräche sind bei Sozialarbeiter:innen gut verortet (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:12–14). Außerdem kann der Ausbau von sozialpräventiven Angeboten helfen, Einsamkeit und Ausgrenzung vorzubeugen (vgl. ebd.:12). Einige Angebote zur Verringerung von Einsamkeit und Ausgrenzung, wie beispielsweise der „Zwentendorfer Mittagstisch“, sind in der Gemeinde Zwentendorf bereits verankert. (vgl. TI1 2025:Z: 79-80). Eine Implementierung neuer bzw. Erweiterung bereits bestehender Angebote könnte helfen, noch mehr soziale Teilhabe zu ermöglichen. Eine Stärke der Sozialen Arbeit ist es, Projekte zu initiieren und sich mit verschiedenen Akteur:innen zu vernetzen (vgl. TI2 2025:Z: 244-251). Einen letzten großen Punkt, für den die Soziale Arbeit prädestiniert ist, stellt die materielle Grundsicherung dar. Wie bereits beschrieben, liegt der Fokus hierbei auf Beratungen zum Thema Finanzen und diversen Unterstützungsleistungen. Die Aufgabe ist es mit den Klient:innen den Bedarf an Unterstützungen zu definieren und in weiterer Folge beim Ansuchen der diversen sozialen Zuschüsse zu assistieren (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:10–11). Da die Community Nurse in Zwentendorf bereits Erfahrungen mit Zuschüssen wie dem Pflegegeld, dem niederösterreichischen Pflege- und Betreuungsscheck, dem Angehörigenbonus sowie der Rezeptgebührenbefreiung hat (vgl. TI1 2025:Z: 27, 65, 68), sollen diese Anträge, in diesem konkreten Fall, auch in dem Aufgabenfeld der Community Nurse bleiben. Trotzdem wurde betont, dass Beratungen zum Thema Finanzen ein wichtiges und immer wiederkehrendes Thema darstellen (vgl. ebd.:Z: 71-72) (vgl. TI2 2025:Z: 62). Daher sollen Beratungen, welche über die bereits erwähnten Bedarfe hinausgehen, von der Sozialen Arbeit

übernommen werden. Weitere Aufgaben können, bei Bedarf, während der Implementierung des Konzepts vereinbart werden. Zur besseren Übersicht werden die Aufgaben noch einmal stichwortartig aufgezählt:

- Akut- und Gefährdungssituationen sowie Krisenintervention
- Komplexe Fallsituationen
- Entlastung der älteren Menschen
- Arbeit mit (pflegenden) Angehörigen, wenn mehr Bedarf als Pflegeorganisation besteht
- Beratungen zu diversen Themen: rechtliche Vertretung und Vorsorge, Sozialrecht, Entlastungsgespräche, etc.
- Materielle Grundsicherung & soziale Zuschüsse: alles, was über Pflegegeld, Betreuungsscheck etc. hinausgeht

5.2.1.2 Gesundheits- und Krankenpflege

Eindeutig ist, dass die Community Nurse selbst, den Bereich der gesundheitspräventiven Maßnahmen, die Erhebung des Pflegebedarfs sowie die Organisation weiterführender Pflegemaßnahmen übernehmen sollte. Weiters sollten präventive Hausbesuche, in welchen die körperliche Gesundheit der Klient:innen im Vordergrund steht (vgl. TI1 2025:Z: 12-13), ein Teil der sozialen Zuschüsse wie Pflegegeld, Betreuungsscheck etc. sowie die Beantragung des Behindertenpasses weiterhin von der Community Nurse durchgeführt werden (vgl. ebd.:Z: 64). Zusammenfassend kann man sagen, dass die Aufgaben der Community Nurse bei dem bereits in *Punkt 4.2*, erläuterten Aufgabenprofil bleiben soll. Die Soziale Arbeit kann als Ergänzung betrachtet werden und soll vor allem soziale Bedarfe abdecken, für welche das Community Nursing eigentlich nicht zuständig wäre. Weitere Aufgaben können, bei Bedarf, während der Implementierung des Konzepts vereinbart werden. Auch hier werden die Aufgaben noch einmal punktuell zusammengefasst:

- Präventive Gesundheitsmaßnahmen
- Präventive Hausbesuche, wenn die Gesundheit im Vordergrund steht
- Beratungen zum Thema Gesundheit und Pflege: Erfassen von Pflegebedarf und weitere Vermittlung
- Organisation und Koordination von Pflege
- Soziale Zuschüsse beantragen: Pflegegeldantrag, NÖ Pflege- und Betreuungsscheck, etc.
- Behindertenpass beantragen

5.2.1.3 Gemeinsame Aufgaben

Der Kern der interdisziplinären Zusammenarbeit soll aber der gemeinsame Austausch und, die dadurch ermöglichte, direkte Zusammenarbeit zwischen den Professionen darstellen. Konkret soll es regelmäßig, z.B. alle zwei Wochen, einen gemeinsamen Termin für interdisziplinäre Fallbesprechungen zwischen der Community Nurse und dem:r Sozialarbeiter:in geben. In diesen Terminen sollen aktuelle Fälle, offene Fragen, weitere Vorgehensweisen und ähnliches besprochen

werden. Durch die bisher ausgeführten Erläuterungen wurde schon angedeutet, dass der Fokus bzw. der Blickwinkel in den beiden Professionen unterschiedlich ist. Konkret wurde angegeben, dass der Blickwinkel der Gesundheits- und Krankenpflege als eher defizitär bezeichnet wird wohingegen der Blickwinkel der Sozialen Arbeit als ressourcenorientiert beschrieben wird (vgl. TI2 2025:Z: 185-186). Defizitär bedeutet in diesem Kontext, dass Pflegepersonen das Hauptaugenmerk auf fehlende bzw. nicht funktionierende Sachverhalte legen, während ressourcenorientiert bedeutet, dass Sozialarbeiter:innen prüfen, welche Mittel vorhanden sind und wie diese von Nutzen sein können. Durch den gemeinsamen Austausch und die zwar verschiedenen, aber ergänzenden Blickwinkel (vgl. ebd.:Z: 43-51) der beiden Professionen, soll eine ganzheitliche Versorgung der Klient:innen garantiert werden.

Weiters kamen Pichler und ihre Kolleg:innen (vgl. 2024:103) im Evaluationsbericht des Projekts Community Nursing zu dem Schluss, dass es ein wichtiger Schritt wäre, das Community Nursing zu einer Schnittstelle in der Koordination von Leistungen und Kooperation mit anderen Stellen zu erweitern. Betont wurde, dass es für diesen Schritt weitere Schulungen für Community Nurses geben sollte. Als Möglichkeit zur Umsetzung wurde hier die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team genannt, um so Fallarbeit aus verschiedenen Perspektiven leisten zu können. Was in weiterer Folge, wie bereits erwähnt, die ganzheitliche Förderung der Gesundheit der Klient:innen ermöglicht (vgl. ebd.). Eine Kompetenz von Sozialarbeiter:innen ist die Netzwerkarbeit, daher zeichnet sich eine Zuständigkeit für das Schnittstellenmanagement im Bereich der Sozialen Arbeit ab. Da die Community Nurse selbst auch über wichtiges Verweisungswissen im Bereich der Gesundheitsprävention und Pflege verfügt, wird in diesem Fall angenommen, dass eine Zusammenarbeit beider Berufsgruppen an der Schnittstellenkoordination durchaus wichtig und gewinnbringend sein wird. Eine intensive Absprache der Zuständigkeiten ist hier notwendig, um Doppelarbeit und Verwirrungen zu vermeiden. Die Thematik des Schnittstellenmanagements wird in Abschnitt 5.2.2 *Methoden der Sozialen Arbeit* umfangreicher beschrieben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt, welcher sowohl im Aufgabenprofil der Community Nurses als auch in der Aufgabenbeschreibung der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen vorkommt, ist die Vermittlung von Wissen, z.B. durch die Organisation von Vorträgen und Workshops. Eine Zusammenarbeit in diesem Bereich wird daher als sehr sinnvoll erachtet. Denkbar wäre es, gemeinsame Absprachen zu treffen, um mögliche Themen für kommende Vorträge und Workshops zu eruieren. Die Themen können sehr vielfältig und unterschiedlich sein. Sie können beispielsweise Aspekte, welche häufiger in den Beratungen vorkommen oder aktuelle Inhalte, wie sozialpolitische Änderungen, umfassen. In weiterer Folge kann dann entschieden werden, ob der Vortrag oder Workshop von einer externen Person oder einer der beiden Fachkräfte durchgeführt werden soll.

Ein zusätzlicher Punkt, der beide Professionen betrifft, ist die aufsuchende Arbeit mit älteren Menschen. Unter aufsuchender Arbeit versteht man beispielsweise Hausbesuche (vgl. TI2 2025:Z: 359-360). Bei einem Hausbesuch durch Sozialarbeiter:innen steht vor allem der soziale Aspekt im Vordergrund. Ziel ist es hierbei in die Lebenswelt der Klient:innen einzutreten und mehr über ihr Leben zu erfahren, um so in weiterer Folge Ansatzpunkte für die Beratung sammeln zu können (vgl. ebd.:Z: 402-408). Wohingegen Hausbesuche im Community Nursing präventiv agieren sollen, um festzustellen, ob Veränderungen in der Pflege oder Verschlechterungen des Zustands der Klient:innen zu erkennen sind (vgl. TI1 2025:Z: 13-14). Außerdem wird darauf geachtet wie sicher das Haus oder

die Wohnung für die älteren Menschen ist und ob die Voraussetzungen für eine Pflege zu Hause gegeben sind (vgl. ebd.:Z: 46-54). In diesem Zusammenhang stellt sich die Möglichkeit für eine Zusammenarbeit dar. Da beide Professionen mit verschiedenen Blickwinkeln (vgl. TI2 2025:Z: 39-44) und Aufträgen zu den Klient:innen nach Hause gehen, entsteht hier wieder einmal die Chance eine ganzheitliche Sicht auf die Klient:innen zu erhalten. So können in weiterer Folge gemeinsam die Bedürfnisse der Klient:innen bearbeitet werden. Weitere Aufgaben können, bei Bedarf, während der Implementierung des Konzepts vereinbart werden.

Wieder sollen die gemeinsamen Aufgaben in Stichworten festgehalten werden:

- Gemeinsamer Austausch zu Fällen und offenen Fragen
- Netzwerkarbeit
- Organisation von Vorträgen und Workshops
- Hausbesuche, wenn es über Gesundheitsprävention hinaus geht

5.2.1.4 Beispiel der Zusammenarbeit

Um die beschriebene Aufgabenteilung greifbarer darzustellen, soll eine kurze fiktive Falldarstellung einen Überblick über die interdisziplinäre Zusammenarbeit bieten.

Eine ältere Dame und ihre Tochter, die pflegende Angehörige, melden sich bei der Community Nurse, um Pflege für zu Hause zu organisieren, da die Tochter die Pflege nicht mehr allein bewältigen kann. Die Community Nurse stattet der Familie einen Hausbesuch ab und beurteilt den Bedarf an Pflege. Außerdem bemerkt sie, dass für eine Pflege zu Hause ein Pflegebett notwendig sein wird. Dieses ist aber leider zu teuer für die Klientinnen. In der Beratung ergeben sich weitere Fragen zu den Themen Erwachsenenvertretung, Pflegekarenz und Pflegegeld. Bei dem Pflegegeldantrag werden die beiden Klientinnen von der Community Nurse unterstützt. Für die Fragen zu Pflegekarenz, Erwachsenenvertretung und der Finanzierung eines Pflegebettes wird ein Termin mit dem:r Sozialarbeiter:in vereinbart. Vor diesem Termin besprechen die Community Nurse und der:die Sozialarbeiter:in, ob es noch weitere offene Fragen gibt und welchen weiteren Bedarf es geben könnte. Die Beratung durch den:die Sozialarbeiter:in findet statt und alle offenen Fragen können beantwortet werden. Die Community Nurse entwickelt gemeinsam mit den Klientinnen einen Vorsorgeplan für die zukünftige Pflege. Die Klientinnen wurden durch das interdisziplinäre Team ganzheitlich versorgt und wissen, wohin sie sich für zukünftige Fragen wenden können.

Natürlich stellt diese Falldarstellung eine Idealsituation der geteilten Aufgabenbereiche dar, welche in der Realität oft nicht so klar definiert sind. Infolgedessen ist eine enge Absprache zwischen den beiden Professionen essenziell, um Herausforderungen zu vermeiden (vgl. ebd.:Z: 181).

Zusammenfassend kann man sagen, dass, in der Theorie, einige der Aufgabenbereiche eindeutig den beiden Professionen zugeteilt werden können. In der Realität wird es trotzdem ein hohes Maß an Austausch und Zusammenarbeit benötigen, um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren. Im Vordergrund sollte zu jeder Zeit das bestmögliche Angebot an Betreuung für die Klient:innen stehen. Soziale Arbeit soll in diesem Kontext, wie bereits erwähnt, als Unterstützung und Erweiterung des

bisher bestehenden Angebots gesehen werden. Sobald sich Fragestellungen und Themen ergeben, welche nicht in den Aufgabenbereich der Community Nurse fallen, kann und soll die Soziale Arbeit hinzugezogen werden.

5.2.2 Methoden der Sozialen Arbeit

Da bereits festgestellt werden konnte, warum und mit welchen Kompetenzen Soziale Arbeit eine Ergänzung für das Community Nursing darstellen kann, sollen nun kurz einige Methoden, mit welchen Sozialarbeiter:innen arbeiten, erläutert werden. Grundlegend lässt sich festhalten, dass es in der Arbeit mit älteren Menschen essenziell ist die körperlichen, kognitiven und sozialen Einschränkungen in Bezug auf den Alltag, die sozialen Beziehungen der älteren Menschen zu kennen sowie einen empathischen Zugang zur Stärkung der Lebensbewältigungskompetenzen zu finden (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:12). Aufgrund dessen bietet die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine gute Basis, um Sozialarbeiter:innen mit Wissen zu versorgen und dahingehend zu unterstützen.

Folgende Methoden könnten in der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen angewendet werden:

- Einzelfallhilfe: Grundlegendes Ziel ist, dass Klient:innen lernen besser mit ihren, unter anderem sozialen, Herausforderungen umzugehen. Dadurch soll eine Steigerung des subjektiven Wohlbefindens stattfinden. Das kann durch individuelle Unterstützungen und eine vertrauensvolle Beratungsbeziehung erreicht werden (vgl. Galuske 2002:75–77). Besonders die Beratung steht hier im Vordergrund, dazu gehört unter anderem aktives Zuhören, eine gemeinsame Problemdiskussion, Überlegungen zur Lösung, eine gemeinsame Einschätzung sowie erste Vereinbarungen in Richtung einer Veränderung (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2022a:62).
- Gruppenarbeit: Soziale Gruppenarbeit soll dazu dienen, die soziale Teilhabe von älteren Menschen grundsätzlich zu ermöglichen aber auch die bereits bestehende Teilhabe zu erweitern (vgl. Wendt 2022:651). Durch verschiedene Angebote können unter anderem soziale Lernprozesse angeregt werden und so das Gemeinschaftsgefühl sowie die Kooperations- und Konfliktfähigkeit gesteigert werden (vgl. ebd.). Innerhalb der sozialen Gruppenarbeit gibt es weitere verschiedene Instrumente, die soziales Lernen ermöglichen sollen z.B.: spielbasierte soziale Gruppenarbeit, gruppengestützte Biographiearbeit oder auch gesprächsgestützte soziale Gruppenarbeit (vgl. ebd.:653–661). Aber auch Erzählcafés, bei welchen es sich um niederschwellige Treffen, bei denen Geschichten der Teilnehmer:innen anhand von vorgegebenen Themen beleuchtet werden handelt, können eine gute Möglichkeit der sozialen Gruppenarbeit darstellen (vgl. Kohn / Caduff 2010:193).
- Social Prescribing: Unter Social Prescribing versteht man einen Ansatz, welcher vor allem aus der Arbeit in Primärversorgungszentren bekannt ist. Dabei handelt es sich um einen Interventionsansatz, welcher die gesundheitsbezogenen emotionalen und psychosozialen Bedürfnisse sowie die soziale Gesundheit in den Vordergrund stellt (vgl. Mayr et al. 2023:48). Zusammenfassend könnte man diese Methode als (soziales) Wohlbefinden auf „Rezept“

beschreiben. Es sollen also nichtmedizinische Leistungen und Angebote „verordnet“ werden. Diese primäre Aufgabe des Social Prescribings heißt Link Working, worauf in Kürze noch genauer eingegangen wird.

- Case Management: Das Case Management kann als eine Art Weiterentwicklung der Einzelfallhilfe gesehen werden. Zentrale Merkmale des Case Managements sind, dass sowohl die formellen (professionelle Institutionen) als auch die informellen (Familie, Freund:innen, etc.) Ressourcen stark im Fokus stehen und diese auch vernetzt und koordiniert werden. Die Koordination der Ressourcen liegt bei einer Person, dem:der Case Manager:in, und es gibt eine konsequente Orientierung bzw. Abstimmung mit den Bedürfnissen der Klient:innen (vgl. Müller / Annemüller 2022:633). Da das Aufgabenspektrum sehr umfangreich ist, ist es denkbar einige wichtige Aspekte des Case Managements herauszunehmen und diese anzuwenden. Durch die (teilweise) Anwendung dieser Methode in der Arbeit mit älteren Menschen, sollen vor allem die informellen Ressourcen im Umfeld der Klient:innen aktiviert werden. Diese werden oft vernachlässigt bzw. sind bei den Klient:innen selbst in Vergessenheit geraten (vgl. ebd.:644). Das Case Management läuft zirkulär in einem Phasenmodell ab, wovon eine grundlegende Phase Linking darstellt. Worauf im nächsten Punkt noch genauer eingegangen wird.
- Linking/Link Working: Sowohl im Social Prescribing als auch im Case Management wird das Linking oder auch Linkworking als Begriff verwendet, um auszudrücken, dass Klient:innen zu weiterführenden Leistungen vermittelt werden sollen (vgl. Mayr et al. 2023:48) (vgl. Monzer 2013:203). Diese können je nach Bedarf in verschiedenen Bereichen wie z.B. Gesundheit, Freizeit, Sport, Nachbarschaftsgruppen aber auch anderen professionellen Einrichtungen wie Schuldnerberatung oder Wohnberatung verortet sein (vgl. Mayr et al. 2023:48). Der Bedarf wird immer gemeinsam mit den Klient:innen erhoben, um so die größtmögliche Teilhabe zu garantieren (vgl. ebd.) (vgl. Monzer 2013:208). Diese Methode soll vor allem für die bereits beschriebene Netzwerkarbeit verwendet werden.

Einige weitere Methoden, welche in der Arbeit vorkommen, aber nicht näher beschrieben werden sollen, sind Soziale Diagnostik, Biographiearbeit und Sozialraumarbeit. Die Methode der Hausbesuche wurde bereits in *Punkt 5.2* erläutert.

5.2.3 Implementierung

Im nachfolgenden GANTT-Diagramm wird der mögliche zeitliche Ablauf der Implementierung des Konzepts dargestellt. Die Implementierung ist in vier Phasen aufgegliedert, welche in weiterer Folge genauer aufgeschlüsselt werden. Zu beachten ist, dass dieser Ablauf als Anhaltspunkt dienen soll und in der Realität bis zu einem gewissen Grad abweichen kann (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:62).

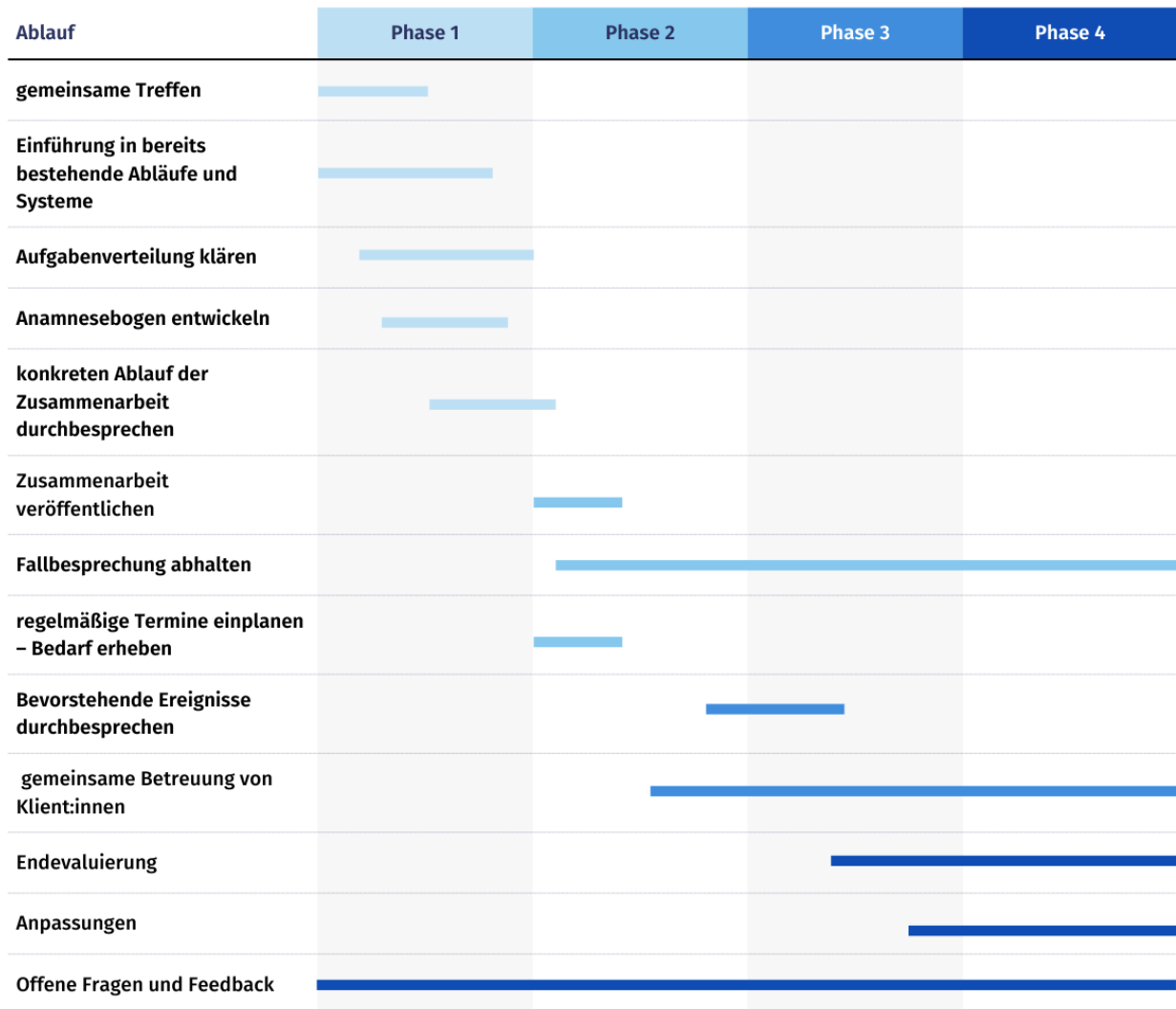


Abbildung 3: Gantt-Diagramm zum zeitlichen Ablauf der Implementierung des Konzepts

5.2.3.1 Beschreibung der Phasen der Implementierung

- Phase 1:** In der ersten Phase stehen das Kennenlernen und die Klärung der Grundlagen der gemeinsamen Arbeit im Fokus. Ziel ist es die Bedürfnisse und Ressourcen der beiden Professionist:innen zu erheben und eine gemeinsame Basis für die Arbeit zu schaffen (vgl. ebd.). Der:die Sozialarbeiter:in soll in die bereits bestehenden Abläufe und Systeme, wie beispielsweise das Dokumentationssystem, eingeführt werden. Unter anderem sieht das Konzept vor, in der Einstiegsphase einen kurzen Anamnesebogen zu erstellen, in welchem wichtige Kategorien aufgeschlüsselt werden. Mögliche Bereiche, die bei einem solchen Anamnesebogen einfließen sollen, sind das soziale Umfeld, finanzielle Absicherung, aktuelle Versorgung oder auch die allgemeine Gesundheit. Beispielsweise könnte folgende Frage gestellt werden: „Gibt es in Ihrer

Umgebung/Ihrem Umfeld Menschen, die sie unterstützen?“. Zur Orientierung können bereits bestehende Tools und Anamnesebögen herangezogen werden. Beispielhaft wäre hier der IC4 zu nennen. Dabei handelt es sich um ein sehr umfangreiches Tool, in welchem auf verschiedenen Achsen die Existenzsicherung, die Funktionsfähigkeit sowie die soziale Teilhabe erfragt und dargestellt werden (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2022b:591). Ziel ist es, dass dieser Anamnesebogen verwendet werden kann, um den Bedarf in der Pflege aber auch im Bereich des Sozialen zu erheben und festzuhalten. Der dadurch entstehende Überblick soll helfen eine weitere Vorgehensweise zu entwickeln. Im Rahmen der Konzeptbeschreibung wurde bereits erläutert, dass es wichtig ist die Aufgabenverteilung klar und transparent festzuhalten. Die vorhergehend aufgeschlüsselten Aufteilungen sollen als Gesprächsbasis für weitere Absprachen dienen. Auch in der Literatur wird immer wieder auf die Signifikanz des gemeinsamen Erarbeitens aber auch des Überarbeitens von Prozessen hingedeutet (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:69). Daher benötigt es vor allem zu Beginn der Zusammenarbeit engen Austausch. Es empfiehlt sich, dass anhand abgeschlossener Fälle, in welchen die Implementierung von Sozialer Arbeit Sinn gemacht hätte, eine Fallbesprechung durchgeführt wird, um so den Ablauf der interdisziplinären Arbeitsweise genauer zu definieren.

- Phase 2: In der zweiten Phase werden sowohl die konkrete Zusammenarbeit als auch die Veröffentlichung des Projekts im Vordergrund stehen (vgl. ebd.:62). Nachdem die Aufgabenverteilung festgelegt wurde, der Anamnesebogen erstellt wurde und erste Fallbesprechungen anhand von abgeschlossenen Fällen stattgefunden haben, soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit an die Öffentlichkeit getragen werden. Das Konzept sieht also vor, ab diesem Zeitpunkt die Bekanntmachung der neuen Zusammenarbeit und die damit einhergehende Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen. Das könnte beispielsweise bedeuten, dass die beiden Fachkräfte gemeinsam auf Veranstaltungen in der Gemeinde auftreten oder eine gemeinsame Kick-Off Veranstaltung geplant wird. Auf diesen Punkt wird in *Kapitel 5.3.1.1* eingegangen, in welchem die wichtigsten Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit festgehalten werden. Diesbezüglich sollen, wie bereits erwähnt, die Fachkräfte die Chance erhalten diese Prozesse gemeinsam zu erarbeiten. Konkret soll in dieser Phase außerdem mit Fallbesprechungen von laufenden Fällen gestartet werden. Dies dient dazu, dass beide Professionen ein Gefühl dafür bekommen, was die jeweiligen Kolleg:innen leisten können, da die verschiedenen Wissensstände erst miteinander verbunden werden müssen (vgl. ebd.:69). Die Fallbesprechungen sollen von diesem Zeitpunkt an bis zur Endevaluierung und darüber hinaus durchgehend stattfinden. Für diese Fallbesprechungen sollen regelmäßige Termine gefunden werden, wobei sich die Häufigkeit nach dem Bedarf der beiden Fachkräfte richtet. In dieser Phase werden auch erste Klient:innen gemeinsam betreut, diese Aufgabe wird sich ebenfalls bis zur Endevaluierung und darüber hinaus durchziehen. Zudem sieht das Konzept vor, dass ab dem Zeitpunkt der gemeinsamen Betreuung auch der Anamnesebogen zum Einsatz kommen soll. Dieser soll im Erstkontakt bzw. in den ersten Terminen durch die Community Nurse aus Zwentendorf erhoben werden, da diese mit 40 Wochenstunden angestellt ist (vgl.Z: 5 TI1 2025). Zu erwähnen ist hierbei, dass der Anamnesebogen nicht beim ersten Kennenlernen abgearbeitet werden soll. Vielmehr sollen Anhaltspunkte erschlossen werden, welche Bereiche für die Beratungen relevant sein könnten. Der Bereich des Sozialen soll in diesem Fall durch die Community Nurse „abgetastet“ werden. Das

bedeutet, dass die Community Nurse zwar Fragen stellt, wie bereits in der ersten Phase erwähnt, jedoch ausschließlich den Bedarf vermerkt und diesen dann an den:die Sozialarbeiter:in weiterleitet.

- Phase 3: Ziel der dritten Phase ist die gemeinsame Betreuung von Klient:innen und die weitere Bekanntmachung der Zusammenarbeit bzw. des Projekts. Es soll die Basis für eine langfristige Zusammenarbeit geschaffen werden (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:62). Während dieser Zeit steht die konkrete interdisziplinäre Zusammenarbeit an den Fällen, im Vordergrund. In der Zusammenarbeit ist damit zu rechnen, dass es immer wieder zu Widerständen und kritischen Auseinandersetzungen kommt (vgl. ebd.:70). Dem soll, durch laufende Fallbesprechungen und erste Reflexionen, bestmöglich entgegengewirkt werden, da die Möglichkeit geboten wird, zeitnah auf etwaige Herausforderungen einzugehen. Vor allem zu Beginn des Projekts aber auch im weiteren Verlauf empfiehlt es sich, regelmäßig auf die Angebote des interdisziplinären Teams aufmerksam zu machen. Die passende Häufigkeit an Angeboten der Öffentlichkeitsarbeit soll sich nach den Bedarfen der Zielgruppe richten (vgl. Bär et al. 2017:133). Das Ziel ist es hierbei den Bürger:innen von Zwentendorf die Angebote der Fachkräfte nachhaltig näher zu bringen. Das Konzept sieht außerdem vor, dass die bevorstehenden Termine und Veranstaltungen in der Gemeinde geplant werden, da diese für weitere Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden können.
- Phase 4: Während der vierten Phase steht die Evaluierung der bisherigen Zusammenarbeit sowie die Durchführung etwaiger Anpassungen im Fokus (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:62). In gemeinsamen Terminen soll die Zusammenarbeit besprochen und anhand von Reflexionsmethoden wie des Ampelfeedbacks oder der SWOT-Analyse reflektiert werden. Das Ampelfeedback ist eine plakative Methode, um Feedback darzustellen. Den drei Ampelfarben werden Bedeutung zugeteilt: grün bedeutet „das funktioniert gut“, gelb bedeutet „ich schlage eine Verbesserung vor“ und rot bedeutet „das ist ein Problem“ (vgl. wb-web 2023). In weiterer Folge vermerken beide Fachkräfte zu allen Farben ihre Vorschläge, Ideen und Meinungen und es wird eine Gesprächsbasis für Reflexion geschaffen. Die SWOT-Analyse hingegen ist eine Methode, in welcher die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken festgehalten werden (vgl. Schawel / Billing 2018:331). Die Fachkräfte identifizieren gemeinsam welche Stärken und Schwächen die Zusammenarbeit bzw. das Projekt haben, danach wird festgestellt, welche Chancen und Risiken sich ergeben (vgl. ebd.:332). Anschließend sollen, durch die entstandenen Erkenntnisse der Reflexion, notwendige Anpassungen vorgenommen werden.

Offene Fragen und Feedback sollen während des kompletten Prozesses der Implementierung stattfinden können. Der zeitliche Rahmen, um die umfangreichere Endevaluierung der Implementierung auszuführen, kann von den Fachkräften und Vertreter:innen der Gemeinde selbst gewählt werden. Gut wäre jedoch, wenn das Konzept schon einige Zeit, etwa ein Jahr, angewendet wurde. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Implementierungsprozesse über einen längeren Zeitraum, etwa von mehreren Jahren, zu sehen sind (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:70). Durch die langfristige Planung werden die Chancen auf erfolgreiche Implementierungsprozesse erhöht (vgl. ebd.:73). Nach Ablauf der vier Phasen soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit, mit etwaigen Anpassungen, weiterlaufen. Reflexionen und Evaluationen sollen auch nach Beendigung der Implementierung weiterhin regelmäßig stattfinden.

5.2.4 Soziale Landschaft und Kooperationspartner:innen

Betrachtet man die soziale Landschaft in Zwentendorf erkennt man, dass sich die Gemeinde bemüht, den Bürger:innen viele verschiedene Angebote zu bieten. Dies zeigt sich durch die diversen Angebote zur Freizeitgestaltung, aber auch durch die Möglichkeiten Unterstützung zu bekommen. Im Bereich der Freizeitgestaltung gibt es verschiedene Vereine, welche spezifisch für ältere Menschen zugänglich sind, wie z.B. die Niederösterreichischen Senioren – Ortsgruppe Zwentendorf oder der Pensionistenverband Ortsgruppe Zwentendorf (vgl. Gemeinde Zwentendorf an der Donau 2025a). Außerdem gibt es verschiedene Sportvereine, einen Musikverein und Freiwillige Feuerwehren, in welchen auch ältere Personen Mitglieder sein können (vgl. ebd.). Auch aus Sicht der Community Nurse aus Zwentendorf, gibt es einige Angebote, welche für ältere Menschen geeignet sind. Besonders wurde in diesem Zusammenhang die „Zeitbank“ erwähnt. Bei diesem Konzept geben Menschen „Zeit“, z.B. helfen einer anderen Person bei der Gartenarbeit, und bekommen, wenn sie es benötigen „Zeit zurück“, z.B. eine Autofahrt, weil das eigene Auto nicht funktioniert (vgl. TI1 2025:Z: 315-316). Ein solches Angebot kann gerade für ältere Menschen eine große Hilfe darstellen. Zum Beispiel können ältere Personen Pakete von Nachbar:innen in Empfang nehmen, oder den Hund in den Garten lassen, wenn die Besitzer:innen lange arbeiten müssen. Im Gegenzug könnten die Nachbar:innen und bekannten Personen dann für die älteren Personen Einkäufe tätigen oder die älteren Personen mit dem Auto zu diversen Terminen bringen. Darüber hinaus gibt es seit einigen Jahren auch die „Vitale Gemeinde“, welche mit Unterstützung des gemeinnützigen Vereins „Alterslust“ ins Leben gerufen wurde. Ziel ist es, Gemeinden und Städte zu unterstützen, Angebote für eine gute gemeinsame Zukunft für alle Generationen zu schaffen (vgl. Verein Alterslust 2025). Die Vitale Gemeinde in Zwentendorf lebt von der Beteiligung der Bürger:innen. Einige Projekte konnten bereits realisiert werden, unter anderem ein Generationen- bzw. Erzählcafé, ein Projekt gemeinsam mit der neuen Mittelschule in Zwentendorf sowie ein Projekt zum Thema Umwelt und Nachhaltigkeit (vgl. Verein Vitale Gemeinde Zwentendorf 2025). Von der Community Nurse wurde berichtet, dass eine gute Zusammenarbeit mit der Vitalen Gemeinde, z.B. beim Zwentendorfer Mittagstisch, besteht (vgl. TI1 2025:Z: 82-83, 242-243). Herausforderungen ergeben sich nicht nur durch die im Alter gegebenen Einschränkungen (vgl. AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:12), sondern auch durch die teilweise mangelnde Möglichkeit an Mobilität, wobei in diesem Fall der Transport zu den Angeboten verstanden wird (vgl. TI1 2025:Z: 43-44). Auf die weiteren Herausforderungen der Inanspruchnahme von Angeboten wird in *Punkt 5.3.1 Angebotsnutzung* eingegangen.

Wenn es um die Unterstützungsangebote in Zwentendorf geht, darf auch das Sozialzentrum nicht außer Acht gelassen werden. Das Sozialzentrum bietet senior:innenfreundliche Wohnungen, wobei Küche und Bad vollständig eingerichtet sind. Ein Hausarzt sowie der Ortskern in welchem sich Einkaufsmöglichkeiten, ein Gasthaus und ein Hallenbad befinden ist fußläufig zu erreichen. Besonders interessant ist, dass die Volkshilfe im Sozialzentrum ihren Sitz hat und so eine sehr nahe pflegerische Betreuung stattfinden kann (vgl. Gemeinde Zwentendorf an der Donau 2025b).

In Bezug auf die Kooperationspartner:innen lässt sich festhalten, dass die Community Nurse in Zwentendorf aktuell mit folgenden professionellen Institutionen zusammenarbeitet: Hausärzt:innen in der Umgebung, Hilfswerk, Volkshilfe, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen (vgl. TI1 2025:Z: 129-130, 142,158-161). Zudem wurde auch schon mit Erwachsenenvertreter:innen und mit der Bezirkshauptmannschaft Tulln zusammengearbeitet (vgl. ebd.:Z: 93-94, 104-105). Die Zusammenarbeit mit der Gemeinde Zwentendorf an der Donau wurde als überaus positiv beschrieben (vgl. ebd.:Z: 104-105, 313-314). Und wie bereits erwähnt, findet eine gute Zusammenarbeit mit der Vitalen Gemeinde statt.

5.2.5 Rolle der Gemeinde

Die Rolle der Gemeinde selbst ist essenziell, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Community Nurse zu realisieren. Da Soziale Arbeit nicht auf der Liste der freien Berufe steht, gibt es für Sozialarbeiter:innen nicht die Möglichkeit selbstständig zu arbeiten (vgl. Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft 2024). Daher würde es eine direkte Anstellung bei der Gemeinde benötigen, um die gemeinsame Arbeit zu verwirklichen. Dabei wäre eine Anstellung im Ausmaß von beispielsweise 16 Stunden pro Monat denkbar. Der genaue Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung ließ sich durch das Interview bisher noch nicht feststellen. Es konnte aber festgestellt werden, dass die Community Nurse mit ihrer Anstellung von 40 Wochenstunden schon einen guten Teil des Bedarfs abdecken kann. Aus diesem Grund soll die gemeinsame Arbeit mit 16 Stunden pro Monat erprobt werden. Wie bereits bei der Implementierung erwähnt, sollen sowohl die Arbeit mit den Klient:innen als auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit, in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. In Zuge dessen sollten auch mögliche Anpassungen der Arbeitszeiten eruiert werden. Durch diese Anzahl an Stunden sollen regelmäßige Termine gemeinsam mit der Community Nurse, aber auch Beratungen von Klient:innen ermöglicht werden. Um gut ausgebildete Fachkräfte für diese Stelle gewinnen zu können, wird es notwendig sein ein angemessenes Gehalt zu bezahlen. Geht man hierbei vom SWÖ, dem Kollektivvertrag der Sozialberufe, aus, liegt das Gehalt bei 16 Stunden im Monat bei ca. 250€ brutto (vgl. Sozialwirtschaft Österreich – Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen 2025:25). Neben der Anstellung bei der Gemeinde benötigt der:die Sozialarbeiterin einen geeigneten Raum, um Beratungen vornehmen zu können. Wobei man in diesem Fall eine Absprache mit der Community Nurse treffen könnte, um den bereits zur Verfügung gestellten Raum zu teilen. Ein abschließender, aber sehr wichtiger Punkt, ist die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit einem:r Sozialarbeiter:in. So entsteht die Möglichkeit gemeinsame Projekte, eine ganzheitliche Versorgung der Bürger:innen in Zwentendorf sowie eine wertschätzende Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu realisieren.

5.3 Mögliche Herausforderungen

Nun soll auf die möglichen Herausforderungen, auf welche die Community Nurse und der:die Sozialarbeiter:in treffen können, genauer eingegangen werden. In einem folgenden Schritt wird auch der mögliche Umgang mit den diversen Herausforderungen erläutert.

5.3.1 Angebotsnutzung

Aktuelle Angebote umfassen beispielsweise den „Zwentendorfer Mittagstisch“, welcher einmal pro Woche ein günstiges Mittagessen bietet, außerdem alle zwei Wochen die Möglichkeit ein gemeinsames Frühstück sowie Kaffee und Kuchen zu besuchen und die Möglichkeit an diversen Vorträgen und Workshops teilzunehmen (vgl. TI1 2025:Z: 79-80, 242-244). In Zwentendorf konnte bisher die Erfahrung gemacht werden, dass es zwar einige Angebot gibt, diese aber meist nur von den selben Personen genutzt werden und es schwer ist, die älteren Menschen zu motivieren, Angebote anzunehmen (vgl. ebd.:Z: 239-245). Daraus kann man folgern, dass neue Herangehensweisen und Methoden hilfreich sein könnten, um die Auslastung der Angebote zu steigern. Die möglichen Gründe für die Nichtnutzung der diversen Angebote können vielfältig sein. Die Vermutungen der Community Nurse sind, dass sich die älteren Menschen an das allein sein gewöhnen und sich daher auch in größeren Menschenmengen unwohl fühlen würden (vgl. ebd.:Z: 259-261). Einige der älteren Menschen entscheiden sich wahrscheinlich bewusst dazu, Angebote nicht in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.:Z: 258-259). Außerdem spielen beispielsweise auch die Erreichbarkeit, die Angebotsvielfalt im ländlichen Raum, der finanzielle Aspekt bzw. die Sorge vor hohen Kosten, die Bekanntmachung der Angebote oder ein defizitär ausgerichtetes Altersbild wichtige Rollen bei der (Nicht)Nutzung von Angeboten (vgl. Klein et al. 2021:22–23). Das deckt sich teilweise auch mit den Aussagen der Community Nurse. Diese berichtete beispielsweise, dass viele ältere Personen nicht mehr mobil sind und daher Hausbesuche favorisieren (vgl. TI1 2025:Z: 42-44). In einer in Schweden durchgeführten Studie zeigte sich, dass es gerade bei älteren Menschen zu Einsamkeit kommt, da sie durch körperliche Einschränkungen und Bedürfnisse, Ängste und Herausforderungen im Umgang mit Problemen oder auch dem Wunsch nach Privatsphäre Schwierigkeiten in den Begegnungen mit Fachkräften haben (vgl. Sundström et al. 2018:1). Daraus lässt sich schließen, dass Einsamkeit bzw. fehlende soziale Teilhabe und die Nichtnutzung von Angeboten zusammenhängen. Daher kann sich eine Steigerung der Inanspruchnahme von Angeboten positiv auf die soziale Teilhabe und somit auch auf die Einsamkeit von älteren Menschen auswirken. Da ältere Menschen aber noch weiterhin, im Sinne der Selbstbestimmung, ihre Entscheidungen weitestgehend selbst treffen sollen, muss auch akzeptiert werden, wenn sie Angebote nicht in Anspruch nehmen wollen.

5.3.1.1 Umgang mit der Herausforderung der Angebotsnutzung

Damit Angebote von der Zielgruppe genutzt werden, müssen die Klient:innen der Zielgruppe wissen, welche Angebote es gibt und inwiefern ihnen diese behilflich sein würden. Um das zu erreichen, benötigt es Öffentlichkeitsarbeit und die Weitergabe von gut aufbereiteten Informationen. Eine Aufgabe von Sozialer Arbeit ist die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. TI2 2025:Z: 243-244). Da Gründe für die Nichtnutzung von Angeboten unter anderem die Bekanntmachung der Angebote sowie die Sorge vor finanziellen Hürden sind, benötigt es gut aufgearbeitete Informationen, welche so gestaltet werden, dass sie die Zielgruppe zuerst erreichen und in weiterer Folge ansprechen.

In der Studie „Brief Anti-Ageism Messaging Effects on Physical Activity Motivation Among Older Adults“ zusammengefasst von Selma Korlat (vgl. Korlat 2022) zeigte sich, dass Menschen die ein negatives Bild von Alter und dem Altern haben, tendenziell seltener gesundheitspräventive Angebote

nutzen. Weiters zeigte sich, dass bereits kleine positive Botschaften zum Altern einen positiven Beitrag zur Nutzung von gesundheitspräventiven Angeboten leisteten. Daher sollte bei der Öffentlichkeitsarbeit darauf geachtet werden ein positives Bild des Alters zu vermitteln. Weiters sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Beratung für die Klient:innen niederschwellig und kostenfrei ist. Diese Informationen könnten auch auf einer Homepage vermerkt werden. Bei einer Onlinerecherche fällt auf, dass es eine kurze Beschreibung der Community Nurse auf der Homepage der Gemeinde gibt (vgl. Gemeinde Zwentendorf an der Donau 2025c), sowie eine Facebook Seite. Eine Homepage mit weiteren Informationen konnte aber nicht gefunden werden. Das könnte als Chance genutzt werden, um eine Homepage zu erstellen, auf welcher sich alle Informationen zur interdisziplinären Zusammenarbeit befinden, wie beispielsweise Erreichbarkeit, Telefonnummer, E-Mail Adresse, etc. In verschiedenen Studien konnte festgestellt werden, dass sich ältere Menschen mit der modernen Technik oft überfordert fühlen (vgl. Wilson et al. 2023:242) (vgl. Zhao, Y.C. et al. 2022:15). Eine Homepage würde daher, je nach Ressourcen der älteren Menschen, vor allem die Angehörigen der älteren Menschen ansprechen.

Zu dieser Thematik sollte ebenso festgehalten werden, dass das Format der Öffentlichkeitsarbeit so gewählt werden sollte, dass auch die Zielgruppe der älteren Menschen darauf zugreifen kann. Hierfür könnte beispielsweise die „Rathauspost“ genutzt werden, da diese regelmäßig an jeden Haushalt in der Gemeinde Zwentendorf zugestellt wird (vgl. Gemeinde Zwentendorf an der Donau 2025d). Dabei handelt es sich um ein Magazin in welchem aktuelle Informationen aus der Gemeinde, wie bevorstehende oder abgeschlossene Veranstaltungen, Informationen zu Angeboten sowie weiteres nützliches Wissen für die Gemeindegänger:innen, festgehalten werden. Denkbar wäre, dass in dieser auch aktuelle Neuerungen wie z.B. das Sozialrecht betreffend, mit einem Vermerk, dass man sich bei Fragen an die Community Nurse und die Soziale Arbeit wenden kann, veröffentlicht werden könnten. Eine weitere Überlegung zur Verbreitung der Angebote wäre, dass die Bürger:innen von Zwentendorf zu einem gewissen Geburtstag, denkbar wäre hier der 65. Geburtstag, ein Informationspaket zugesendet wird. In welchem die Bürger:innen unter anderem die Angebote der Community Nurse und Sozialarbeit vorgestellt bekommen, aber auch weitere Informationen zu Themen wie z.B. Pensionierung, Pflege und Unterstützung, Freizeitmöglichkeiten welche spezifisch für diese Altersgruppe angepasst sind und ähnliches erhalten. Diese Idee ist angelehnt an ein bereits bestehendes Programm in Krems an der Donau, bei welchem der Bürgermeister ältere Menschen zu einem runden Geburtstag besucht und eine ausführliche Informationsbroschüre verteilt (vgl. TI2 2025:Z: 294-298).

Sinnvoll wäre ebenso eine Erhebung, in welcher festgestellt werden soll, welche Angebote sich die Zielgruppe wünscht. Auch in diesem Fall soll darauf geachtet werden, dass die Befragung so angelegt ist, dass die Zielgruppe tatsächlich teilnehmen kann, beispielsweise eine Befragung, die nicht online stattfindet. Hierfür könnten verschiedene Veranstaltungen genutzt werden. Beispielsweise können Veranstaltungen von den beiden Fachkräften besucht werden, um weiterführend möglichst unkompliziert in Gespräche mit potentiellen Klient:innen zu kommen. So soll zum einen die Möglichkeit entstehen die älteren Menschen nach ihren Wünschen für Angebote zu fragen, zum anderen soll so ein niederschwelliger Zugang zu den Fachkräften ermöglicht werden. Aber auch eine eigene „Startveranstaltung“, welche gezielt die Zielgruppe ansprechen soll, wäre möglich. Neben der Ansprache der direkten Zielgruppe der Menschen, welche 65 Jahre und älter sind, sollte in diesem

Zusammenhang auch nicht die Zielgruppe der pflegenden Angehörigen vernachlässigt werden. Es braucht gezielte Angebote, um diese Gruppe anzusprechen. Denkbar wären beispielsweise eigene Workshops und Vorträge zu Themen rund um die Pflege von Angehörigen oder Informationen zu Selbsthilfegruppen.

5.3.2 Zusammenarbeit zwischen den Professionen

Als ein Musterbeispiel für die mögliche Herausforderung der Zusammenarbeit der Professionen, lässt sich der niederösterreichische Demenzservice nennen. Bei der Implementierung von Sozialer Arbeit in das bereits bestehende Angebot, aus Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, kam es zu Beginn zu Herausforderungen, wie von einer Sozialarbeiterin berichtet wurde. Konkret wurde die Sorge thematisiert, dass sich Sozialarbeiter:innen gegenüber den restlichen Mitarbeiter:innen überlegen fühlen könnten (vgl. ebd.:Z: 201-204). Es dauerte eine längere Zeit bis es möglich war klarzustellen, dass die Soziale Arbeit in diesem Fall nicht als Konkurrenz, sondern als Unterstützung angesehen werden soll (vgl. ebd.:Z: 206-212). Ein weiterer Aspekt, welcher von der Sozialarbeiterin genannt wurde, war, dass die Gesundheits- und Krankenpflege ein sehr starres Berufsgesetz hat, wohingegen die Soziale Arbeit, aktuell noch kein Berufsgesetz, sondern nur ein Berufsbezeichnungsgesetz, hat. Daher war es für die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen schwer nachvollziehbar, welche Aufgaben durch die Soziale Arbeit übernommen werden könnten und sollten (vgl. ebd.:Z: 221-223). Durch eigene Erfahrung, wenn es darum geht zu erklären, was Soziale Arbeit machen kann und soll, aber auch durch das Gespräch mit der Community Nurse aus Zwentendorf, lässt sich diese Unsicherheit bestätigen (vgl. TI1 2025:Z: 290-292). Trotzdem wurde seitens der Community Nurse ein Interesse an einer Zusammenarbeit deutlich gemacht (vgl. ebd.:Z: 221-222). Auch in der Literatur wird deutlich, dass bei der Implementierung von neuen Angeboten und Systemen mit Widerständen und Konflikten zu rechnen ist (vgl. Hochuli Freund et al. 2022:70).

Eine weitere Herausforderung in der Zusammenarbeit könnten die Sprache bzw. die unterschiedliche Bedeutung von Begriffen haben. Im Rahmen eines interdisziplinären Bachelorprojekts, zwischen Studierenden der Sozialen Arbeit und der Gesundheits- und Krankenpflege, an der Fachhochschule St. Pölten wurde unter anderem der Grundstein für dieses Konzept gelegt. Es zeigte sich hierbei eindrücklich, dass einige Begrifflichkeiten verschiedene Bedeutungen in den beiden Berufsgruppen haben. Anhand des Wortes „Mobilität“ lässt sich das genauer erläutern. Durch die Student:innen der Gesundheits- und Krankenpflege wurde der Begriff mit körperlicher Mobilität, ob es Menschen möglich ist sich so weit zu bewegen, dass Alltägliches erledigt werden kann, definiert. Die Student:innen der Sozialen Arbeit hingegen definierten den Begriff mehr in Richtung sozialer Teilhabe, nämlich, ob die Klient:innen die nötige Mobilität besitzen, um am täglichen (Sozial)Leben teilzunehmen. Auch Claus und Wiese (vgl. 2021:280) beschrieben in ihrem Artikel zu interdisziplinären Kompetenzen, dass die Sprache und Kommunikation über „Fächergrenzen“ hinweg herausfordernd sein kann. Es wird außerdem betont, dass es sich hierbei um einen ständigen Wechsel zwischen Expert:in und Lai:in handelt, da auch Themen in der Arbeit aufkommen, in welchen man weniger Erfahrung hat (vgl. ebd.). In einer weiteren Studie konnte einerseits ebenfalls festgestellt werden, dass es in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu Herausforderungen aufgrund der Sprache und der verschiedenen Ausdrücke kommen kann. Andererseits wurde festgehalten, dass es auch aufgrund

verschiedener Zugänge bzw. Blickwinkel zu den zugetragenen Aufgaben, zu Differenzen kommen kann (vgl. Daniel et al. 2022:9). Passend dazu erwähnte auch die Sozialarbeiterin, dass es herausfordernd sein könnte, wenn eine Profession sehr stark auf der eigenen Sichtweise beharrt und dadurch keine oder nur wenig Bereitschaft zu einer Zusammenarbeit gegeben ist (vgl. TI2 2025:Z: 187-188). Grundsätzlich können beide Berufsgruppen sehr von dem Austausch profitieren da beide, wie bereits erwähnt, sehr unterschiedliche Blickwinkel in die gemeinsame Arbeit einbringen. Daher wird es unumgänglich sein über etwaige Strukturen und Vorgehensweisen zu diskutieren, um gemeinsame Lösungen zu finden.

5.3.2.1 Umgang mit der Herausforderung der internen Zusammenarbeit

Um mit den Herausforderungen zwischen den beiden Professionen umgehen zu können, benötigt es, wie bereits in mehreren Bereichen des Konzepts erwähnt wurde, viel Kommunikation und klar definierte Strukturen. In Bezug auf die Kommunikation ist zu sagen, dass sich die beiden Fachkräfte Zeit nehmen sollten, um die gemeinsame Arbeit durchzusprechen. Mögliche Themen einer solchen Besprechung können beispielsweise die Annahmen und Sorgen zur gemeinsamen Zusammenarbeit sein. Da in dem Interview mit der Community Nurse aus Zwentendorf aber direkt ein Angebot gemacht wurde, ein gemeinsames Treffen abzuhalten, sobald es zu einer Umsetzung dieses Konzepts kommt, wird hier von einem erhöhten Potenzial für eine fundierte Gesprächsbasis ausgegangen (vgl. TI1 2025:Z: 320). Zur Definition von Strukturen ist zu sagen, dass es hier eine eindeutige und klare Basis benötigt, um etwaige Herausforderungen zu vermeiden. Da auch betont wurde, dass es klare Zuständigkeiten und Strukturen benötigt (vgl. TI2 2025:Z: 196-197), soll für diesen Punkt, wie bereits erwähnt, schon bei der Implementierung genügend Zeit eingeplant werden. Wichtig ist es, dass wenn Herausforderungen auftreten, sich die beiden Fachkräfte auf konstruktive Gespräche einlassen. Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist also eine gewisse Bereitschaft zur Zusammenarbeit von beiden Professionen (vgl. ebd.:Z: 184-186).

5.4 Chancen die durch interdisziplinäre Zusammenarbeit entstehen

Im Rahmen der Recherche wurde deutlich, dass viele Abläufe bereits reibungslos funktionieren. Dennoch kann das Angebot für die Bürger:innen in Zwentendorf an der Donau noch erweitert und verbessert werden. Dafür spielt die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine große Rolle.

Um das beschriebene Konzept abzuschließen, wird nun näher erläutert, welche Chancen durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Sozialer Arbeit entstehen können. Durch die Analyse der beiden Interviews konnten Schlussfolgerungen bezüglich der entstehenden Chancen gezogen werden. Beispielsweise können beide Professionen von den Informationen und Blickwinkeln der jeweils anderen Profession profitieren. Die Sichtweise auf das Feld der Arbeit mit älteren Menschen kann erweitert werden und neue Aspekte in der Arbeit können aufgegriffen werden. Außerdem kann so in weiterer Folge eine Entlastung der Community Nurse ermöglicht werden, da Fragen, welche nicht in den Wissens- oder Aufgabenbereich der Community

Nurse fallen, durch den:die Sozialarbeiter:in beantwortet werden können. So kann die eigentliche Arbeit der Pflegeorganisation und präventiven Gesundheitsmaßnahmen wieder in den Vordergrund der Betreuung durch die Community Nurse rücken.

Laut Desole lässt sich festhalten, dass sich aus einer interdisziplinären Zusammenarbeit Chancen für die Erweiterung des eigenen Handlungsspielraums sowie für die eigene professionelle Haltung ergeben. Dadurch wird die Professionalisierung der Sozialen Arbeit weiter vorangetrieben (vgl. Desole 2017:5).

Zusammenfassend kann man sagen, dass anhand der Ausarbeitung festgestellt werden konnte, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit viele Vorteile bietet, es aber auch ein hohes Maß an Bereitschaft und Austausch benötigt, um diese zu ermöglichen. Es wurde dargestellt wie die älteren Menschen und ihre Angehörigen in Zwentendorf an der Donau niederschwellig und ganzheitlich versorgt werden können. Daher kann davon ausgegangen werden, dass nicht nur die beiden Professionist:innen, sondern auch die Klient:innen von der Zusammenarbeit profitieren können.

6 Fazit

Es zeigt sich, dass das Projekt Community Nursing bereits einen wichtigen Beitrag zur niederschweligen und wohnortnahen Versorgung der Bürger:innen in Zwentendorf leistet. Jedoch kann, durch das Aufgabengebiet der gesundheitspräventiven Maßnahmen sowie der Pflegeorganisation, nur ein Teil des tatsächlichen Bedarfs der Klient:innen abgedeckt werden. Der Bereich des Sozialen kann, vor allem aufgrund der fehlenden Ausbildung und des daher fehlenden Wissens in diesem Bereich, von der Community Nurse nur ansatzweise bearbeitet werden. Explizit konnten folgende Bereiche als Limitationen der Gesundheits- und Krankenpflege festgehalten werden: nicht medizinische Akut- und Gefährdungssituationen, Krisenintervention, komplexe Fallsituationen, Entlastung der älteren Menschen, Arbeit mit Angehörigen, Beratungen im Bereich des Sozialen sowie materielle Grundsicherung. Anhand einer Auswahl an sozialarbeiterischen Kompetenzen wurde aufgezeigt, inwiefern Sozialarbeiter:innen, für die bereits genannten Bereiche, eine Unterstützung bzw. Ergänzung bieten können. Besonders hervorgehoben wurden in diesem Zusammenhang Beziehungsarbeit und Beratungsfähigkeit, Wissen zu materieller Grundsicherung, (sozial)rechtliches Wissen, Netzwerkarbeit, sowie Lebensweltorientierung und Ressourcenorientierung. Es zeigte sich, dass diese Kompetenzen einen wichtigen Beitrag zur angestrebten ganzheitlichen Versorgung der Klient:innen leisten können. Anschließend wurde das Konzept zur interdisziplinären Zusammenarbeit, anhand der Gemeinde Zwentendorf an der Donau, vorgestellt. Zu Beginn wurden die Ziele des Konzepts definiert, welche sich alle unter dem großen Ziel der niederschweligen, wohnortnahen und ganzheitlichen Versorgung älterer Menschen und ihren (pflegenden) Angehörigen, in Zwentendorf an der Donau zusammenfassen lassen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden Teilziele, wie z.B. interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen oder Erwachsenensozialarbeit schaffen, formuliert. In weiterer Folge wurde die Zusammenarbeit in der Praxis definiert. Eine mögliche Aufgabenverteilung inklusive eines Beispiels der Zusammenarbeit wurden aufgeschlüsselt, wobei sich abermals zeigte, dass es in der Praxis ein hohes Maß an Flexibilität und Bereitschaft zum Austausch benötigt. Da in der Praxis die Grenzen der Aufgaben oft

nicht eindeutig definiert sind. Daher wurde festgehalten, dass die Aufgabenverteilung bei der Implementierung des Konzepts ausdifferenziert werden muss und bei Bedarf etwaige Anpassungen der Aufgabenverteilung vorgenommen werden sollen. Weiters wurden beispielhaft einige sozialarbeiterische Methoden für die Arbeit mit älteren Menschen erläutert, um einen Einblick in die Arbeit von Sozialarbeiter:innen zu bieten. Anschließend wurde die Implementierung des Konzepts in vier Phasen gegliedert und mit Hilfe eines GANTT-Diagramms bildlich dargestellt. Die Phasen lassen sich in kennenlernen und klären von Grundlagen, erste Zusammenarbeit und Veröffentlichung des Projekts, gemeinsame Betreuung von Klient:innen und Öffentlichkeitsarbeit sowie Evaluierung und Anpassungen zusammenfassen. Der Zeitraum von Beginn der Zusammenarbeit bis zur Endevaluierung wurde auf ein Jahr festgelegt. Festgehalten wurde aber, dass die Chancen auf ein erfolgreiches Projekt erhöht werden können, wenn das Projekt langfristig, etwa auf mehrere Jahre ausgelegt ist. Im Anschluss an die Endevaluierung soll die Zusammenarbeit, mit den nötigen Anpassungen, weitergeführt werden.

In Bezug auf die Soziale Landschaft zeigte sich deutlich, dass es in Zwentendorf an der Donau bereits einige Angebote für ältere Menschen gibt, sei es bei Unterstützungsbedarf oder zur Freizeitgestaltung. Das Sozialzentrum mit senior:innenfreundlichen Wohnmöglichkeiten sowie verschiedene Angebote in Zusammenarbeit von beispielsweise der Gemeinde, der Community Nurse und dem Verein „Vitale Gemeinde“ stachen für die Arbeit mit den älteren Menschen hervor. Aktuell gibt es neben der Gemeinde und der vitalen Gemeinde noch weitere Kooperationspartner:innen wie z.B. Hilfswerk, Volkshilfe, Hausärzt:innen oder auch Pflegeeinrichtungen. Die Zusammenarbeit mit der Gemeinde selbst, stellt sich als essenziell für eine mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit dar, da eine Anstellung des:der Sozialarbeiter:in bei der Gemeinde notwendig ist. In Zusammenhang damit wurde festgestellt, dass es auch seitens der Gemeinde die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit einem:r Sozialarbeiter:in benötigt, um eine ganzheitliche Versorgung der Bürger:innen von Zwentendorf zu garantieren. Gegen Ende des Konzepts wurden mögliche Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit definiert. Es zeigte sich, dass die bereits bestehenden Angebote fast ausschlich von denselben Personen genutzt werden. Mögliche Erklärungen können verschiedene subjektive Faktoren wie z.B. körperliche Einschränkungen, Gewöhnung an das Alleinsein oder auch der Wunsch nach Privatsphäre sein. Um der Nichtnutzung von Angeboten entgegenzuwirken, wurde definiert auf welche Aspekte bei der Verbreitung der Angebote geachtet werden sollte. Außerdem wurde vermerkt, dass eine niederschwellige Befragung der Zielgruppe nach ihren Wünschen essenziell ist. Herausforderungen könnten auch in der Zusammenarbeit zwischen den Professionen entstehen. Die verschiedenen (Fach)Sprachen sowie unterschiedliche Bedeutungen von Begrifflichkeiten, wurden hierzu genannt. Genauso wie ein gewisses Maß an Unsicherheit bei den Zuständigkeiten bzw. das Gefühl von Konkurrenz. Entgegenwirken kann man diesen möglichen Komplikationen, indem man eine gute Gesprächsbasis schafft und klare Strukturen definiert. Festhalten lässt sich daher, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nur funktionieren kann, wenn eine hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit bei beiden Professionen zu finden ist und ein großes Maß an Austausch stattfindet. Abschließend wurden die Chancen, welche durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit entstehen können, angeführt. In diesem Zusammenhang zu nennen sind vor allem die Erweiterung der Blickwinkel bei den Professionist:innen, die Entlastung der Community Nurse, die Ermöglichung einer

ganzheitlichen Versorgung der Klient:innen sowie der Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit.

6.1 Limitationen

Die zentralen Limitationen des Konzepts ergeben sich aus der Menge der erhobenen Daten. Eine Verifizierung der Ergebnisse wäre nur möglich, wenn eine breitere Anzahl an Interviewpartner:innen befragt worden wäre. Jedoch konnte diesem Aspekt, zum Teil, mit Fachliteratur entgegengewirkt werden. Im Laufe des Konzepts konnte nicht näher darauf eingegangen werden, welche Angebote und Unterstützungen sich die Bürger:innen von Zwentendorf wünschen, da diese nicht befragt wurden. Daher konnte auch nicht festgestellt werden, ob die Bürger:innen den Bedarf an Sozialer Arbeit erkennen. Außerdem wurde das Konzept für die Gemeinde Zwentendorf an der Donau erstellt, weshalb eine Anwendung in anderen Gemeinden, eine Abänderung des Konzepts in gewissen Bereichen benötigen würde.

6.2 Ausblick

Es wurde aufgezeigt, dass eine niederschwellige, wohnortnahe und ganzheitliche Versorgung der Klient:innen, durch interdisziplinäre Zusammenarbeit möglich werden kann. Ziel ist, dass dieses Konzept in der Gemeinde Zwentendorf an der Donau umgesetzt wird und Klient:innen von der interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren. In weiterer Folge wäre denkbar, auch anderen interessierten Gemeinden dieses Konzept vorzustellen, um so die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter zu verbreiten. Es könnte eine Art Vorbildwirkung für andere Gemeinden entstehen, erste Interessent:innen gibt es bereits.

Als Thema für weitere Forschungsprojekte könnte beispielsweise die Frage gestellt werden, ob eine Kostenreduktion durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit festgestellt werden kann. Ideen hierzu sind, dass formelle und informelle Ressourcen koordiniert und effizient eingesetzt werden können und es so möglicherweise später zur Notwendigkeit anderer Wohnformen kommt.

Literatur

- AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA (2017): Zur Zukunft der Sozialen Altenarbeit in Österreich.
- Albrecht, Ralf (2017): Beratungskompetenz in der Sozialen Arbeit: Auf die Haltung kommt es an! In: Kontext. Nr. 1, Jg. 48, 45–64.
- Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial. In: soziales_kapital. Nr. Nr. 18.
- Bär, Christian / Fiege, Jens / Weiß, Markus (2017): Projektkommunikation. In: Bär, Christian / Fiege, Jens / Weiß, Markus: Anwendungsbezogenes Projektmanagement. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 133–133. http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-52974-4_20
- Bischel, Iris / Domeniconi, Silvia (2015): Der Mensch lebt nicht vom Geld allein. In: Gurny, Ruth (Hg.): Würde, bedingungslos: wie die Debatte um ein bedingungsloses Grundeinkommen fruchtbar gemacht werden kann. Zürich: Edition 8.
- Bleck, Christian / Van Rießen, Anne (2022): Soziale Arbeit mit alten Menschen und ihre Grundlagen: Eine Hinführung. In: Bleck, Christian / Van Rießen, Anne (Hg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen: Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Broese Van Groenou, Marjolein I. / De Boer, Alice (2016): Providing informal care in a changing society. In: European Journal of Ageing. Nr. 3, Jg. 13, 271–279.
- Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft (2024): Bundeseinheitliche Liste der freien Gewerbe.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2025): Alterspension, <https://www.sozialministerium.at/Services/Leichter-Lesen/Soziales/Pensionsarten/Alterspension.html> [03.03.2025].
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2023.
- Claus, Anna M. / Wiese, Bettina S. (2021): Interdisziplinäre Kompetenzen: Modellentwicklung und diagnostische Zugänge. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO). Nr. 2, Jg. 52, 279–288.
- Daniel, Kristy L. / McConnell, Myra / Schuchardt, Anita / Peffer, Melanie E. (2022): Challenges facing interdisciplinary researchers: Findings from a professional development workshop. In: PLOS ONE. Nr. 4, Jg. 17, e0267234.
- Desole, Mariano (2017): Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Chance für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit. In:
- Egger, Josef W (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. In: Psychologische Medizin. Nr. 16.
- Fachhochschule St. Pölten (2025): Modulbeschreibung ab Sommersemester 2025.
- Fachhochschule St. Pölten (2022): Modulbeschreibung ab Wintersemester 2022.

- Falk, Katrin / Wolter, Birgit (2018): Sozialräumliche Voraussetzungen für Teilhabe und Selbstbestimmung sozial benachteiligter älterer Menschen mit Pflegebedarf. In: Bleck, Christian / Van Rießen, Anne / Knopp, Reinhold (Hg.): Alter und Pflege im Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 143–160. http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-18013-3_10
- Galuske, Michael (2002): Soziale Einzel(fall)hilfe. In: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa Verlag, 71–84.
- Gemeinde Zwentendorf an der Donau (2025a): Übersicht der Vereine in Zwentendorf an der Donau, <https://www.zwentendorf.at/system/web/gelbeseite.aspx?typ=8&page=0&letter=ALLE&vdatum=30.03.2025&bdatum=30.03.2025&cmd=az&menuonr=218422680> [31.03.2025].
- Gemeinde Zwentendorf an der Donau (2025b): Sozialzentrum, [https://www.zwentendorf.at/Buergerservice und Politik/Gesundheit und Soziales/Sozialzentrum](https://www.zwentendorf.at/Buergerservice%20und%20Politik/Gesundheit%20und%20Soziales/Sozialzentrum) [31.03.2025].
- Gemeinde Zwentendorf an der Donau (2025c): Community Nurse, [https://www.zwentendorf.at/Buergerservice und Politik/Gesundheit und Soziales/Community Nurse](https://www.zwentendorf.at/Buergerservice%20und%20Politik/Gesundheit%20und%20Soziales/Community%20Nurse) [02.04.2025].
- Gemeinde Zwentendorf an der Donau (2025d): Rathauspost, https://www.zwentendorf.at/system/web/zeitung.aspx?gnr_search=1103&menuonr=218422632&typid=2025 [02.04.2025].
- Gesundheit Österreich GmbH (2025a): Welche Aufgaben hat eine Community Nurse?, <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse> [27.02.2025].
- Gesundheit Österreich GmbH (2025b): Projektlandkarte der Community Nursing Projekte, <https://maps.goeg.at/community-nursing?locations%5B%5D=218> [05.03.2025].
- Helfferich, Corinna (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Verlag, 559–573.
- Hochuli Freund, Ursula / Gebert, Jakin / Sprenger, Raphaela / Amez-Droz, Pascal / Hübscher, Robin / Grumbinaite, Indre (2022): Wie Entwicklungs- und Implementierungsprozesse gelingen können. In:
- Kaspar, Roman / Simonson, Julia / Tesch-Römer, Clemens / Wagner, Michael / Zank, Susanne (2023): Gutes Leben im hohen Alter: Fazit und Implikationen. In: Hohes Alter in Deutschland. Berlin: Springer.
- Klein, Ludger / Merkle, Maïke / Molter, Sarah (2021): Schwierige Zugänge älterer Menschen zu Angeboten der Sozialen Arbeit.
- Kohn, Johanna / Caduff, Ursula (2010): Erzählcafés leiten: Biografiearbeit mit alten Menschen. In: Hauptert, Bernhard / Schilling, Sigrid / Maurer, Susanne (Hg.): Biografiearbeit und Biografieforschung in der Sozialen Arbeit: Beiträge zu einer rekonstruktiven Perspektive sozialer Professionen. Bern: Peter Lang Verlag, 193–216.

- Korlat, Selma (2022): Können kurze Botschaften gegen Altersdiskriminierung das Gesundheitsverhalten fördern?, <https://altern-psy.univie.ac.at/was-wissen-wir-ueber-das-alter/neues-aus-der-forschung/koennen-kurze-botschaften-gegen-altersdiskriminierung-das-gesundheitsverhalten-foerdern/> [01.04.2025].
- Kozisnik, Petra / Edtmayer, Alice / Rappold, Elisabeth (2021): Aufgaben- und Rollenprofil.
- Land Niederösterreich (2025): Kurzzeitpflege, <https://www.noee.gv.at/noee/Pflege/Kurzzeitpflege.html> [03.03.2025].
- Mayr, Clara / Fehringer, Nina / Burgmann, Sarah (2023): Primärversorgung und Soziale Arbeit Gesundheit geht gemeinsam! In: SIÖ. Nr. 4, Jg. Wohnen und Soziale Arbeit.
- Michel-Schwartze, Brigitta (2009): Fallarbeit: ein theoretischer und methodischer Zugang. In: Michel-Schwartze, Brigitta (Hg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. Wiesbaden.
- Monzer, Michael (2013): Linking – Vermittlung und Vernetzung von Unterstützungsangeboten. In: Case Management Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.
- Müller, Matthias / Annemüller, Grit (2022): Case Management: Sozialarbeiterisches Case Management in der Arbeit mit alten Menschen. In: Bleck, Christian / Van Rießen, Anne (Hg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 629–647. https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-37573-7_37
- Neupert, Ingo / Walther, Jürgen / Schütte-Bäumner, Christian (2022): Sozialrechtliche Beratung: Herausforderungen und Anforderungen an die Soziale Arbeit. In: Forum. Nr. 6, Jg. 37, 435–438.
- obds (2017): Berufsbild Soziale Arbeit.
- Pantuček-Eisenbacher, Peter (2022a): Grundlagen der Einzelfallhilfe: Soziale Arbeit mit Methode. 1st ed, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pantuček-Eisenbacher, Peter (2022b): Soziale Diagnostik: Altern als Unterscheidungsmerkmal? In: Bleck, Christian / Van Rießen, Anne (Hg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 585–596. https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-37573-7_34
- Pflegerl, Johannes (2022): Soziale Arbeit mit älteren Menschen in Österreich - Die Arbeitsgemeinschaft Altern und Soziale Arbeit der ogsa.
- Pichler, Christine / Aigner-Walder, Birgit / Horak, Melitta / Oberzaucher, Johannes / Fenzl, Thomas / Hagedorfer-Jauk, Gabriele / Ströckl, Daniela / Breuer, Johanna / Luger, Albert / Perchtaler, Manuela / Putz, Stephanie / Voutsinas, Christoph / Zografou, Eleni / Kräuter, Susanne / Bauer, Clara / Lidolt-Petscher, Bianca (2024): Evaluation Community Nursing Österreich. In:
- Raithel, Jürgen (2006): Beratung. Im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Dollinger, Bernd / Raithel, Jürgen (Hg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 41–50. http://link.springer.com/10.1007/978-3-531-90353-8_3
- Schawel, Christian / Billing, Fabian (2018): SWOT-Analyse: (Strategische Unternehmensanalysekonzepte). In: Schawel, Christian / Billing, Fabian: Top 100 Management

Tools. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 331–333.
http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-18917-4_85

Schweppe, Cornelia / Horn, Vincent (2022): Selbstbestimmung. In: Kessler, Fabian / Reutlinger, Christian (Hg.): Sozialraum. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 633–643.
https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-29210-2_52

Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Tomandl, Gerald (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3., aktualisierte Auflage, Wien: Facultas.

Sozialwirtschaft Österreich – Verband der österreichischen Sozial- und Gesundheitsunternehmen (2025): Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreich.

Statistik Austria (2024a): Bevölkerungsstand und -struktur Zwentendorf an der Donau.

Statistik Austria (2024b): Gender Statistik - Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung.

Steckelberg, Claudia (2016): Niederschwelligkeit als Handlungskonzept Sozialer Arbeit. In: Soziale Arbeit. Nr. 12, Jg. 65, 449–455.

Sundström, Malin / Edberg, Anna-Karin / Rämgård, Margareta / Blomqvist, Kerstin (2018): Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. In: International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. Nr. 1, Jg. 13, 1474673.

Thiersch, Hans (1993): Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, Thomas / Ortmann, Friedrich / Karten, Maria-Eleonora (Hg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag, 11–28.

Verein Alterslust (2025): Alterslust, <https://alterslust.at/> [31.03.2025].

Verein Vitale Gemeinde Zwentendorf (2025): Vitale Gemeinde Zwentendorf. <https://alterslust.at/vitale-gemeinde-zwentendorf/>

Volkshilfe Österreich (2024): Altersarmut in Österreich, <https://www.volkshilfe.at/news/altersarmut-in-oesterreich/> [07.03.2025].

wb-web (2023): Ampel-Feedback, <https://wb-web.de/material/diagnose/ampel-feedback.html> [15.04.2025].

Wendt, Peter-Ulrich (2022): Soziale Gruppenarbeit: Methodisches Handeln in der Arbeit mit älteren Menschen. In: Bleck, Christian / Van Rießen, Anne (Hg.): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 649–665. https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-37573-7_38

Wilson, Gemma / Gates, Jessica R. / Vijaykumar, Santosh / Morgan, Deborah J. (2023): Understanding older adults' use of social technology and the factors influencing use. In: Ageing and Society. Nr. 1, Jg. 43, 222–245.

Zhao, Yuxiang Chris / Zhao, Mengyuan / Song, Shijie (2022): Online Health Information Seeking Behaviors Among Older Adults: Systematic Scoping Review. In: Journal of Medical Internet Research. Nr. 2, Jg. 24, e34790.

Daten

ITV1, Interview, geführt von Kerstin Czek mit Community Nurse Zwentendorf an der Donau, 22.01.2025, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Kerstin Czek mit Sozialarbeiterin Bezirkshauptmannschaft, 07.01.2025, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Kerstin Czek, Jänner 2025, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Kerstin Czek, Jänner 2025, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungen

Abbildung 1: Übersichter Aufgabenbereich Soziale Arbeit mit älteren Menschen - AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA (2017).....9

Abbildung 2: Überblick über sozialarbeiterische Kompetenzen (AG „Altern und Soziale Arbeit“ der OGSA 2017:14) 14

Abbildung 3: Gantt-Diagramm zum zeitlichen Ablauf der Implementierung des Konzepts.....26

Anhang

Interviewleitfaden für ITV1: Community Nurse

- Wie viele Stunden sind Sie angestellt?
- Erzählen Sie mir bitte, wie eine typische Beratung bei Ihnen abläuft. Von der Kontaktaufnahme bis zum Gespräch bzw. dem Abschluss.
- Wie viele Personen betreuen Sie ca. in einem Monat?
- Wie kontaktieren diese Personen Sie?
- Wer kontaktiert Sie? Die Betroffenen selbst oder die (pflegenden) Angehörigen?
- Was sind die häufigsten Fragen, die Ihnen gestellt werden?
- Wie oft passiert es, dass sich die Themen im Laufe der Beratung verändern?
- Welche Themen kommen im Laufe der Beratung am häufigsten auf?
- Wann gilt eine Beratung als abgeschlossen?
- Worauf achten Sie bei Hausbesuchen am meisten?
- Wie verläuft bei Ihnen die Vernetzung mit anderen Einrichtungen?
- Bei welchen Fragestellungen würden Sie sich Unterstützung wünschen?
- Könnten Sie sich eine Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialarbeiterinnen vorstellen?

Interviewleitfaden für ITV2: Sozialarbeiterin

- Hatten Sie einen Einblick in die Entstehung des Projekts? Wenn ja könnten Sie mir davon erzählen?
- Welche Kompetenzen machen die Soziale Arbeit im Bereich der Altenarbeit besonders?
- Welche Argumente sprechen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Community Nurses und Sozialarbeiter:innen?
- Welche Aufgaben könnten Sozialarbeiter:innen in einer Zusammenarbeit mit Community Nurses übernehmen?
- Wie könnte eine konkrete Zusammenarbeit für Sie aussehen?
- Welche Herausforderung sehen Sie für eine mögliche Zusammenarbeit?
- Wie kann aufsuchende Arbeit mit älteren Menschen funktionieren?
- Wie sollten Sozialarbeiter:innen mit dem Thema Einsamkeit umgehen?
- Was sollte in der Arbeit mit Angehörigen beachtet werden?
- In welchen Bereichen benötigen Gesundheits- und Krankenpfleger:innen Ihrer Erfahrung nach Unterstützung?

Bevölkerungsstand und -struktur 01.01.2024

Gemeinde: Zwentendorf an der Donau (32141)
Politischer Bezirk: Tulln (321)
NUTS 3 Region: Wiener Umland/Nordteil (AT126)
Bundesland (NUTS 2): Niederösterreich

Merkmal	Zusammen	in %	Männer	Frauen	Merkmal	Zusammen	in %
Bevölkerung	4 195	100,0	2 095	2 100	Nicht-österreichische Staatsangehörige	678	100,0
in %	100	.	49,9	50,1	EU- und EFTA-Staaten (inkl. UK)	394	58,1
Nach groben Altersgruppen (in Jahren)					Staaten der Europäischen Union (26)	392	57,8
bis unter 20	840	20,0	426	414	EU-Staaten vor 2004 (13) ¹	62	9,1
20 bis 64	2 521	60,1	1 293	1 228	dar.: Deutschland	40	5,9
65 und älter	834	19,9	376	458	EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (13) ²	330	48,7
Nach fünfjährigen Altersgruppen (in Jahren)					EFTA-Staaten, UK, sonstige ³	2	0,3
bis 4	188	4,5	101	87	Drittländer	284	41,9
5 bis 9	212	5,1	102	110	Europa	251	37,0
10 bis 14	211	5,0	107	104	dar.: Türkei	65	9,6
15 bis 19	229	5,5	116	113	Serbien	37	5,5
20 bis 24	199	4,7	105	94	Bosnien und Herzegowina	105	15,5
25 bis 29	214	5,1	116	98	Afrika	5	0,7
30 bis 34	260	6,2	133	127	Nordamerika	-	-
35 bis 39	290	6,9	156	134	Lateinamerika	3	0,4
40 bis 44	298	7,1	132	166	Asien (ohne Türkei und Zypern)	25	3,7
45 bis 49	282	6,7	137	145	Ozeanien	-	-
50 bis 54	309	7,4	165	144	Staatenlos, ungeklärt, unbekannt	-	-
55 bis 59	336	8,0	181	155	Ausländisches Geburtsland	673	100,0
60 bis 64	333	7,9	168	165	EU- und EFTA-Staaten (inkl. UK)	280	41,6
65 bis 69	265	6,3	125	140	Staaten der Europäischen Union (26)	275	40,9
70 bis 74	209	5,0	97	112	EU-Staaten vor 2004 (13) ¹	60	8,9
75 bis 79	149	3,6	79	70	dar.: Deutschland	47	7,0
80 bis 84	114	2,7	41	73	EU-Beitrittsstaaten ab 2004 (13) ²	215	31,9
85 und älter	97	2,3	34	63	EFTA-Staaten, UK, sonstige ³	5	0,7
Nach Staatsangehörigkeit					Drittländer	393	58,4
Österreich	3 517	83,8	1 745	1 772	Europa	342	50,8
Nicht-Österreich	678	16,2	350	328	dar.: Türkei	60	8,9
Nach Geburtsland					Serbien	31	4,6
Österreich	3 522	84,0	1 770	1 752	Bosnien und Herzegowina	212	31,5
Ausland	673	16,0	325	348	Afrika	7	1,0
					Nordamerika	3	0,4
					Lateinamerika	5	0,7
					Asien (ohne Türkei und Zypern)	31	4,6
					Ozeanien	-	-
					Unbekannt	5	0,7

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am: 12.06.2024

1) Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Schweden, Spanien.

2) Bulgarien, Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern.

3) Mit der EU assoziierte Kleinstaaten sowie von EU- und EFTA-Staaten abhängige Gebiete in Europa.