

Kooperation mit Community Nurses

Susanne Teufel, Matr.Nr. 52000200

Bachelorarbeit

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

Datum: 22.04.2024

Version: 1

Begutachter*in: Veronika Böhmer, BA

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit untersucht das Erleben der Zusammenarbeit von Kooperationspartner*innen mit Community Nurses. Um ein Verständnis für die Eindrücke und Wahrnehmungen der Kooperationspartner*innen zu bekommen, wurden zehn leitfadengestützte Interviews geführt. Eine Analyse der Transkriptionen erfolgte unter Verwendung der strukturgeleiteten Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid. Die Ergebnisse werden in den Kategorien Entwicklung der Kooperation mit Community Nurses, Kritik an der Projektumsetzung, Chancen und Potenziale und Potenziale für Soziale Arbeit auf Gemeindeebenen dargestellt. Die Ergebnisse stellen die Wahrnehmungen und Erfahrungen, sowie die Meinungen der Kooperationspartner*innen dar.

Abstract English

This bachelor thesis examines the experience of the cooperation partners in the collaboration with community nurses. In order to gain an understanding of the cooperation and perceptions of the cooperation partners, ten guided interviews were conducted. The transcriptions were analysed using structure-guided text analysis according to Auer-Voigtländer and Schmid. The results are presented in the categories development of the cooperation with community nurses, criticism of project implementation, opportunities and potential and potential for social work at community level. The results represent the perceptions and experiences as well as the opinions of the cooperation partners.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Begriffsdefinitionen.....	5
2.1	Community Nurse.....	5
2.2	Kooperation.....	6
2.3	Prävention.....	6
2.4	Gesundheitsförderung.....	6
2.5	Multiprofessionell.....	6
2.6	Interdisziplinär.....	6
3	Erkenntnisinteresse.....	7
3.1	Relevanz des Themas.....	7
3.2	Forschungsinteresse und Forschungsfragen.....	8
3.2.1	Hauptforschungsfrage.....	8
3.2.2	Subforschungsfragen.....	8
4	Forschungskontext.....	8
4.1	Forschungsfeld.....	8
4.2	Zugang zum Forschungsfeld.....	9
4.3	Vorstellung der Kooperationspartner*innen.....	9
4.3.1	Kooperationspartner*innen aus der Pflege.....	9
4.3.2	Kooperationspartner*innen aus der Sozialen Arbeit.....	10
5	Forschungsdesign.....	10
5.1	Erhebungsmethode.....	11
5.2	Setting und Durchführung.....	11
5.3	Auswertungsmethode.....	11
6	Forschungsergebnisse.....	11
6.1	Entwicklung der Kooperation mit Community Nurses.....	11
6.1.1	Vorstellung und Kennenlernen.....	12
6.1.2	Konkurrenz.....	12
6.1.3	Fallentstehung und gemeinsame Fallbearbeitung.....	13
6.1.4	Wertschätzung der Zusammenarbeit.....	14
6.1.5	Erwartungen und Stimmungsbild für zukünftige Zusammenarbeit.....	15
6.1.6	Unterstützung der Ergebnisse.....	16
6.2	Kritik an der Projektumsetzung.....	17
6.2.1	Projektgestaltung und Umsetzung.....	17
6.2.2	Name des Projekts.....	18
6.2.3	Möglichkeiten der Präventionsarbeit.....	19
6.2.4	Gemeindegrenzen, Zuständigkeitsproblem.....	19
6.2.5	Unterstützung der Ergebnisse.....	20
6.3	Chancen und Potenziale.....	21
6.3.1	Entlastung des Gesundheitssystems.....	21
6.3.2	Versorgung auf Gemeindeebene.....	22

6.3.3	Entlastung für die Kooperationspartner*innen	23
6.3.4	Präventionspotential	23
6.3.5	Unterstützung der Ergebnisse	23
6.4	Potenzial der Sozialarbeit auf Gemeindeebene	24
6.4.1	Soziale Arbeit als Ergänzung in der Gesundheitsversorgung	24
6.4.2	Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams	25
6.4.3	Mögliche Herausforderungen für Soziale Arbeit	27
6.4.4	Unterstützung der Ergebnisse	27
7	Resümee	27
7.1	Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse	28
7.2	Ausblick/Relevanz für die Soziale Arbeit	28
7.3	Forschungsausblick	28
	Literatur.....	30
	Daten	32
	Abkürzungen	33
	Anhang.....	34

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Erfahrungswissen von Kooperationspartner*innen von Community Nurses in der Zusammenarbeit mit diesen. Das Pilotprojekt Community Nursing entstand aus einer Finanzierung der europäischen Kommission im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans. Die Community Nurses sollen österreichweit die gemeindenähe Gesundheitsförderung, Unterstützung und Beratung ermöglichen, sowie Prävention vorantreiben. Das Angebot soll niederschwellig und bedarfsorientiert auf Gemeindeebenen durchgeführt werden (vgl. BMSGPK 2024 a). Die Zielgruppe der Community Nurses sind ältere Menschen in ihrem direkten Wohnumfeld. Diese sollen aufgeklärt und versorgt werden mit Informationen und Beratung zum Thema Pflege und in gesundheitlichen Belangen. Die Hauptzielgruppe sollen Personen sein, welche noch keine mobilen Dienste oder andere Gesundheitsversorgungsangebote in Anspruch nehmen. Die Hauptzielgruppe kann nach Bedarf in den jeweiligen Regionen angepasst werden (vgl. GÖG 2021a: 3). Im Aufgabenprofil ist die Vernetzung und Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen in der Region explizit aufgelistet (vgl. ebd.: 8). Im Jahr 2022 hatten die Community Nurses 71.952 Kontakte mit Klient*innen und Netzwerkpartner*innen. 36.712 persönliche Kontakte fanden zur Netzwerkpflge statt (vgl. Rappold et al. 2023:3). Auftrag der Community Nurses ist es mit den bestehenden regionalen gesundheitsfördernden Anbieter*innen zu arbeiten. Ziel des Projekts ist unter anderem auch die Förderung der Vernetzung (vgl. ebd.: 9). Ziel der Bachelorarbeit ist es, die Erfahrungen der Kooperationspartner*innen näher zu betrachten. Zudem werden die Herausforderungen und Chancen, welche sich in der Zusammenarbeit gezeigt haben, näher beleuchtet. Um diese herauszufinden, wurden diverse Interviewpartner*innen aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung mit verschiedenen Berufsbildern befragt.

2 Begriffsdefinitionen

Zu Beginn der vorliegenden Bachelorarbeit werden wesentliche Begriffe für das einheitliche Verständnis der Forschungsarbeit definiert. Zentral sind die Begriffe Community Nurse, Kooperation, Prävention, Gesundheitsförderung, Multiprofessionell und Interdisziplinär. Mit dem Verständnis der Begrifflichkeiten wird es den Leser*innen möglich sein, den im Verlauf der Bachelorarbeit getroffenen Aussagen uneingeschränkt folgen zu können.

2.1 Community Nurse

Community Nurses sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, welche mindestens zwei Jahre Berufserfahrung haben. Sie arbeiten gemeindenah mit älteren und hochbetagten Menschen in ihrem Wohnumfeld und mit den pflegenden An- und Zugehörigen. Die Zielgruppe der Community Nurses sind Personen, welche noch keine mobilen Dienste in

Anspruch nehmen oder andere Anbindung an Pflegeeinrichtungen haben. Die Hauptzielgruppe kann je nach Erfordernis erweitert werden. Community Nurses arbeiten mit diversen Kooperationspartner*innen zusammen (vgl. Community Nursing o.A. b).

2.2 Kooperation

Kooperation ist eine Form der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Personen, Gruppen oder Institutionen. Sie zeichnet sich durch bewusstes und planvolles Herangehen in der Zusammenarbeit aus. Die Prozesse erfolgen durch gegenseitige Abstimmung. Kooperationen basieren auf dem Grundgedanken von Gegenseitigkeit (vgl. Balz / Spieß 2009: 19f).

2.3 Prävention

Ziel der Prävention ist es, durch vorbeugende Maßnahmen Erkrankungen zu verhindern oder den Erkrankungseintritt zu verzögern. Zudem gehört auch das Vermeiden von Krankheitsfolgen zur Prävention. Prävention beginnt bei konkreten Gesundheitsrisiken für eine Person durch bestimmte Erkrankungen (vgl. Gesundheit.gv.at 2024b).

2.4 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung besteht aus Maßnahmen und Programmen, welche Menschen unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. Ziel ist die Förderung von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Die Gesundheit soll in der Lebenswelt gefördert werden, um das individuelle Verhalten und/oder die Lebensverhältnisse zu ändern, um präventiv die Gesundheitsrisiken zu senken (vgl. Gesundheit.gv.at 2024a).

2.5 Multiprofessionell

In einem multiprofessionellen Team werden die verschiedenen Wissensbestände der einzelnen Professionen nicht zu stark voneinander abgetrennt. Die Ansätze der verschiedenen Professionen werden zu einem gemeinsamen, professionellen Selbstverständnis zusammengefasst (vgl. Weimann-Sanding 2022: 32).

2.6 Interdisziplinär

In der interdisziplinären Arbeit wird das Fachwissen verschiedener Disziplinen bewusst zusammengebracht, um Wissenslücken zu schließen. Dabei ist es wesentlich, alle Ansätze

der diversen Professionen in einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu integrieren, um eine gemeinsame Lösungsstrategie zu erarbeiten (vgl. ebd.: 31f).

3 Erkenntnisinteresse

Im folgenden Abschnitt wird die Relevanz des Themas, sowie das Forschungsinteresse und der Forschungsfragen präsentiert.

3.1 Relevanz des Themas

Aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung in der Pflege und Versorgung von Personen, speziell in der Langzeitbetreuung, wurden strukturelle Änderungen in diesen Bereichen angedacht. In Österreich gibt es etwa 950.000 pflegende Angehörige, welche unter starker Belastung leiden. Zudem ist Österreich laut dem OECD-Bericht ‚State of Health in the EU – Österreich‘ unter dem EU-Durchschnitt bezüglich gesunder Lebensjahre der Bevölkerung. Wegen dieser Umstände ist im Jahr 2020 eine ‚Taskforce Pflege‘ zusammengestellt worden, welche für fünf Prioritäten Themenfelder mit insgesamt 17 Zielen und 63 Maßnahmenpaketen definierte. Eine dieser Maßnahmen war die Implementierung von Community Nurses zur Sammlung von Informationen und neuer Impulsfindung für Reformprozesse. Das Projekt Community Nurses soll infolge österreichweit vereinheitlicht werden. Durch die praktische Erfahrung, gewonnener Qualitätskriterien und Vernetzungen sollen die vorhandenen Angebote zusammengeführt und die Zielerreichung der Taskforce vorangetrieben werden. Die Umsetzung des Pilot-Projekts soll dazu beitragen, die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung, besonders die der Risikogruppen von älteren und chronisch kranken Menschen zu verbessern (vgl. GÖG 2021: 1f).

Community Nurses sollen laut den Förderkriterien regionale Ansprechpartner*innen für die Bevölkerung und ihrer Netzwerke sein. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung soll verbessert, sowie die Förderung der Selbsthilfe von älteren Menschen und deren An- und Zugehörigen verstärkt werden. In der Projektumsetzung sollen zudem die gesundheitsbezogenen Bedarfe der älteren Personen erhoben, sowie Netzwerke für diese geschaffen werden. Die Community Nurses fördern zudem die Zugänglichkeit zu speziellen Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Personen, die diese in Anspruch nehmen und deren An- und Zugehörigen. Es wurde angedacht, dass die Community Nurses als zentrale Ansprechpersonen für gesundheits- und pflegebezogene Fragestellungen in den Gemeinden implementiert werden. Zudem sollen sie das Pflege- und Betreuungsangebot der Region erfassen. Ein Ziel der Community Nurses ist das Aufbauen einer Begleit- und Vernetzungsstruktur. Ansprechpersonen für diese Vernetzung sollen vor allem Anbieter*innen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Primärversorgung, niedergelassene Gesundheitsberufe, Pflege, Sozialarbeit und Gemeindeverwaltung sein (vgl. ebd.: 10).

Mit Stand 01.01.2023 wurden 113 Projekte in Österreich umgesetzt. Die ersten Erkenntnisse zeigen Entwicklungen in den Bereichen Klient*innenarbeit, Entwicklungsarbeit und Netzwerkarbeit. Es stellte sich heraus, dass Community Nurses nicht eine der bereits

vorhandenen Gesundheitsversorgungsorganisationen erweitern, sondern einen neuen Ansatz in das vorhandene System bringen. Es zeigt sich, dass einige theoriebasierte Konzepte bereits implementiert werden konnten. Dazu gehört die Übernahme von Aufgabenbereichen, welche bis jetzt noch wenig versorgt wurden. Hierzu zählen die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen, sowie das Social Prescribing und die Beratung und Weitervermittlung. In den Zwischenermittlungen wurde besonders die Netzwerkarbeit der Community Nurses und das Beraten und Begleiten von Gemeinden hervorgehoben. In der Netzwerkarbeit wird das Implementieren von Netzwerkaufbau, die multiprofessionelle Zusammenarbeit und das Wechseln der Fallführung direkt angesprochen (vgl. Rappold 2023: 1f). Das Projekt befindet sich bis Dezember 2024 in der summativen Evaluation, Datenanalyse und Ergebnispräsentation (vgl. Community Nursing o.A. a).

3.2 Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Ein wesentlicher Punkt der Aufgaben der Community Nurses ist die Vernetzungsarbeit mit diversen Kooperationspartner*innen (vgl. GÖG 2021: 10). Die Forschungsfragen für diese Bachelorarbeit haben sich aus der Datenerhebung ergeben. In den Interviews mit den Kooperationspartner*innen und dem Austausch in der Projektgruppe wurde klar, dass die Kooperationspartner*innen wichtige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Community Nurses gemacht haben, die es näher zu beleuchten galt.

3.2.1 Hauptforschungsfrage

- Wie erleben Kooperationspartner*innen von Community Nurses die Zusammenarbeit mit diesen?

3.2.2 Subforschungsfragen

- Welche Herausforderungen entstehen in der Zusammenarbeit?
- Welche Chancen entstehen in der Zusammenarbeit?

4 Forschungskontext

In diesem Kapitel wird das Forschungsfeld der Arbeit, sowie der Feldzugang und die Kooperationspartner*innen vorgestellt.

4.1 Forschungsfeld

Das Forschungsfeld der Arbeit bezieht sich auf die Erfahrungen der Kooperationspartner*innen von Community Nurses. Es geht hierbei darum, wie die

Interviewpartner*innen die Zusammenarbeit wahrnehmen und in ihrem Berufsalltag erleben, zudem wird das Augenmerk auf die Herausforderungen und Chancen, die eine Zusammenarbeit mit diesen für die Kooperationspartner*innen mit sich bringen, gelegt. Teil der Arbeit ist es herauszufinden, welche Relevanz diese Kooperationsarbeit für die Soziale Arbeit hat.

4.2 Zugang zum Forschungsfeld

Die Bachelorarbeit untersucht das Erleben von Kooperationspartner*innen von Community Nurses aus diversen Einrichtungen und Berufsgruppen. Ziel der Interviews war es, möglichst diverse Berufsfelder abzudecken. Die Kooperationspartner*innen wurden per E-Mail und telefonisch kontaktiert und angefragt, ob sie für Interviews zur Verfügung stehen würden. Aus den Anfragen kamen zehn Interviews zustande. Die Auswahl der Kooperationspartner*innen erfolgte durch kein bestimmtes Auswahlverfahren.

4.3 Vorstellung der Kooperationspartner*innen

Die Interviewpartner*innen sind sowohl als Pflegepersonen oder als Sozialarbeiter*innen tätig. In den Interviews wurden elf Personen zu ihren Kooperationserfahrungen befragt, vier Pflegepersonen, sechs Sozialarbeiter*innen und eine Person, welche sowohl Sozialarbeiter*in, als auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in ist.

4.3.1 Kooperationspartner*innen aus der Pflege

Zu den Pflegepersonen gehören die Interviewpartner*innen aus der Hauskrankenpflege, der Tagesbetreuung, dem mobilen Palliativteam und dem Case & Care Management. Die Hauskrankenpflege ist eine Pflege im Wohnbereich der Patient*innen. Die Patient*innen sind Personen aller Altersstufen mit unterschiedlichen Erkrankungen. Die Arbeit wird von Personen mit Ausbildungen zu verschiedenen Gesundheitsberufen ausgeführt. In der Hauskrankenpflege wird neben der Pflege auch Anleitung, Beratung und Begleitung für Angehörige und andere pflegende Personen angeboten (vgl. oesterreich.gv.at 2023). Eine Tagespflege für pflegebedürftige Menschen kann in niederösterreichischen Pflegeheimen und jeder bewilligten sozialen Einrichtung angeboten werden. Die Tagespflege bietet tagsüber eine pflegerische und therapeutische Versorgung und Hilfe für pflegebedürftige Menschen an (vgl. Niederösterreich.gv.at 2022). Die Tagespflege wird von montags bis freitags angeboten und kann individuell in Anspruch genommen werden. Zielgruppe sind hilfsbedürftige Personen, welche noch zuhause wohnen (vgl. LGA 2024b). Care Management koordiniert und organisiert fallübergreifend und bedarfsgerecht Hilfen. Case Management ist ein spezifisches Verfahren im Sozial- und Gesundheitswesen, um passgenaue Unterstützung und Versorgung für Menschen in Mehrfachproblemlagen zu unterstützen. Das Zusammenspielen der beiden Formen sorgt für eine optimale Vernetzung der verfügbaren Ressourcen (vgl. ÖGCC 2023).

4.3.2 Kooperationspartner*innen aus der Sozialen Arbeit

Die sechs Interviewpartner*innen der Sozialen Arbeit waren in Primärversorgungszentren, einem mobilen Palliativteam, der klinischen Sozialarbeit, einer psychosozialen Hotline und im behördlichen Kontext verankert. Primärversorgungseinheiten sind Organisationsformen, welche den Zweck haben, der Bevölkerung eine umfassende Gesundheitsversorgung zu bieten. In diesen Einheiten arbeiten Allgemeinmediziner*innen gemeinsam mit diversen Gesundheits- und Sozialberufen zusammen. Primärversorgungseinheiten können entweder in Form von Primärversorgungsnetzwerken oder Primärversorgungszentren auftreten. Ein Primärversorgungszentrum gibt es nur an einem einzigen Standort (vgl. ÖGK 2023). Zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren gehören psychosoziale Betreuung von Patient*innen und Angehörigen, Beratung, Hausbesuche, sozialrechtliche Beratung, Unterstützung bei Belastungs- und Überlastungssituationen von pflegenden Angehörigen, Hilfestellung bei Verwahrlosungstendenzen und das Erkennen und Melden von möglichen Kindeswohlgefährdungen (vgl. GÖG o.A.). Ein mobiles Palliativteam arbeitet interdisziplinär mit schwerkranken Menschen und deren An- und Zugehörigen. Ziele des mobilen Palliativteams sind Lebensqualität der erkrankten Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zu erhalten, sowie Schmerzlinderung, psychosoziale Unterstützung, Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen und Ermöglichung des Verbleibs in der vertrauten Umgebung (vgl. LGA 2024a). Klinische Sozialarbeit ist eine Fachdisziplin in der Sozialen Arbeit. Klinische Sozialarbeiter*innen können sowohl in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Setting tätig sein. Zu den Aufgaben der klinischen Sozialarbeit gehören Beratung, Behandlung, Entlastung, soziale Unterstützung, Ressourcenaktivierung der Klient*innen, sowie die Vernetzung (vgl. OGSA 2023). Sozialarbeiter*innen der Psychosozialen Hotline kümmern sich um psychosoziale Krisen und helfen mit Unterstützung und Beratung den betroffenen Personen. Zu den Aufgaben gehören unter anderen die Unterstützung von notwendigen Anpassungen im Leben oder Alltag der betroffenen Personen (vgl. Gesundheit.gv.at 2020). Behördliche Sozialarbeiter*innen arbeiten unter anderem beratend und informierend und unterstützen bei der Suche nach geeigneten Hilfsangeboten. Zudem wird auch diverse Öffentlichkeitsarbeit betrieben (vgl. Berufsinformation o.A.). In der Beratung zu gesundheitlichen Fragen werden sowohl die Klient*innen, als auch die An- und Zugehörigen über Krankheiten und Handlungsempfehlungen aufgeklärt (vgl. BMSGPK 2024 b).

5 Forschungsdesign

Um die Haupt- und Subforschungsfragen qualitativ beantworten zu können, wurden insgesamt zehn leitfadengestützte Interviews mit Kooperationspartner*innen von Community Nurses geführt. Im folgenden Kapitel werden die Erhebungsmethode, die Durchführung und die Auswertungsmethode näher ausgeführt.

5.1 Erhebungsmethode

Zur Erhebung der Daten wurden zehn episodische Interviews durchgeführt. Die Interviews wurden von zwei Studierenden erhoben. Der Fokus der Erhebung lag auf den Erfahrungen der Interviewpartner*innen. Die Interviews wurden leitfadengestützt geführt, um eine Struktur in die Befragung zu bringen und gleichzeitig den Interviewpartner*innen die Möglichkeit zu geben, frei über ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen zu sprechen. Der episodische Interviewleitfaden wurde nach Flick erstellt und ist im Anhang nachzulesen (vgl. Flick 201: 273f). Die Bachelorarbeit zielt auf eine Analyse der Kooperationserfahrungen der Personen ab.

5.2 Setting und Durchführung

Die Interviews wurden im Zeitraum von November 2023 bis Februar 2024 geführt. Es wurde für alle Interviews derselbe Leitfaden genutzt. Die Interviews wurden sowohl online als auch persönlich geführt.

5.3 Auswertungsmethode

Die Transkripte der Interviews wurden nach der strukturgeleiteten Textanalyse von Auer-Voigtländer & Schmid analysiert. Aus der Analyse wurden anschließend die einzelnen Kategorien gebildet und in den Forschungsergebnissen verschriftlicht (vgl. Auer-Voigtländer & Schmid: 2017).

6 Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Auswertungsergebnisse der leitfadengestützten Interviews dargestellt. Die Ergebnisdarstellung wird aus der Analyse der Erfahrungen und Erlebnisse der interviewten Kooperationspartner*innen erfolgen. Die direkten Zitate, welche in den Forschungsergebnissen zu finden sind, wurden direkt und ohne Verbesserung der Rechtschreibung und Grammatik aus den Transkripten übernommen.

6.1 Entwicklung der Kooperation mit Community Nurses

Im folgenden Kapitel werden die Eindrücke der Kooperationspartner*innen bei der Zusammenarbeit mit den Community Nurses ausgeführt. Die Entwicklung wird dargestellt in den Punkten Vorstellung und Kennenlernen, Konkurrenz, Fallentstehung und gemeinsame Fallbearbeitung, Wertschätzung der Zusammenarbeit, Erwartungen und Stimmungsbild für zukünftige Zusammenarbeit.

6.1.1 Vorstellung und Kennenlernen

In Zusammenschau der Interviews konnte erkannt werden, dass die Community Nurses sich aktiv bei den Kooperationspartner*innen vorgestellt hatten. Aus dem Interview mit einer für gesundheitliche Fragen beratend tätigen Person ging hervor, dass die Entstehung des Projekts vorab groß angekündigt wurde. Dabei gab es noch einige Unklarheiten, was von den Community Nurses zu erwarten wäre. Dem Ankommen der Community Nurses wurde jedoch mit vielen Erwartungen und auch Neugier entgegengesehen (vgl. TI1 Z180-193). Ähnliche Erfahrungen berichten auch Pflegemanager*innen einer Hauskrankenpflegeorganisation. Diese waren ebenfalls durch die Ankündigung des EU-Projekts auf die Community Nurses aufmerksam geworden. Kurz nach Implementierung dieser hatten sich die Community Nurses persönlich aber auch per E-Mail bei allen Gesundheitsorganisationen in der Umgebung vorgestellt (vgl. TI8 Z441-445). Zu diesen Kooperationspartner*innen, welche aufgrund der persönlichen Vorstellung der Community Nurses auf diese aufmerksam geworden waren, zählten hochschwellige Einrichtungen. Sowohl bei einer im Case und Care Management tätigen Person eines Pflege- und Betreuungszentrums, (vgl. TI9 Z107-111) als auch bei einer als klinische*r Sozialarbeiter*in tätigen Person (vgl. TI10 Z175-180) haben sich die Community Nurses persönlich vorgestellt. Weitere Kooperationspartner*innen erzählten, dass sie durch Vernetzungstreffen und bei der Vernetzung in der Region auf die Community Nurses aufmerksam geworden sind. Die Interviewpartner*innen des mobilen Palliativteams erklärten, dass die Community Nurses im regionalen Bezirksarbeitskreis inkludiert seien. Hier hätten sie die Gelegenheit, sich und die anstehenden Projekte vorzustellen (vgl. TI2 Z114-118).

6.1.2 Konkurrenz

Drei Interviewpartner*innen sprachen das Thema Konkurrenz in Bezug auf Community Nurses direkt an. Sozialarbeiter*in und Pflegeperson der gesundheitlichen Beratungsstelle erklärte, dass, als die Community Nurses erstmals in den Gemeinden erschienen sind, sich das Arbeitspensum spürbar verringert hat (vgl. TI1 Z341-348).

„Also zu Beginn war das so, weil das war ein neues Angebot und die Leute haben sich daran gewendet und sie haben nicht weiter verwiesen, sondern gedacht, die machen das selber.“ (ebd.: Z348-350)

Dies wird jedoch darauf zurückgeführt, dass die Community Nurses eine neue Ansprechmöglichkeit für das Klientel waren. Zudem führt die Beratungsperson das anfängliche Zurückgehen der Aufträge darauf zurück, dass die Community Nurses sich einen neuen Kundenstock aufbauen mussten und deshalb wenig an andere Organisationen weiterverwiesen haben. Es wurde auch dadurch begründet, dass die Community Nurses das Gefühl hatten, alles selbstständig zu machen. Mittlerweile haben die Community Nurses ihren eigenen Kundenstock aufgebaut und genug Aufträge. Sie verweisen an die Beratungsperson, besonders da diese auf spezifische Thematiken geschult ist, welche nicht in den Kompetenzbereich der Community Nurses fallen. Die Situation hat sich wieder eingependelt und der anfängliche Konkurrenzgedanke ist verschwunden (vgl. ebd. Z351-359). Zudem sprachen zwei weitere Interviewpartner*innen die Thematik Konkurrenz in Bezug auf

Hauskrankenpflege an. Der*Die Case und Care Manager*in eines Pflege- und Betreuungszentrums sprach an, dass diese vermehrt gehört hätte, dass die Community Nurses als Konkurrenz zur Hauskrankenpflege in ihrer Umgebung gesehen wurden. Jedoch stellte sich auf Nachfrage bei diesen heraus, dass die Community Nurses nicht als Konkurrenz, sondern als zusätzliches Angebot gesehen werden (vgl. TI9 Z313-318). Dies wurde durch eine vertretende Person einer Hauskrankenpflegeorganisation bestätigt. Dabei wurde vor allem auf die positiven Erfahrungen in der Kooperation mit Community Nurses eingegangen (vgl. TI8 Z553-560). Die Community Nurses dürfen auch keine Hauskrankenpflegeorganisation bevorzugen, wenn sie weitervermitteln. Demnach kann auch hier kein Nachteil oder eine Konkurrenz für und unter den Hauskrankenpflegeeinrichtungen entstehen (vgl. ebd. Z830-834).

6.1.3 Fallentstehung und gemeinsame Fallbearbeitung

Aus der Analyse der Interviews ging hervor, dass die gemeinsame Fallentstehung bei allen Kooperationspartner*innen durch Eigenanfrage an die Community Nurses entstand. Drei Interviewpartner*innen erklärten, wie die Zusammenarbeit bei der Entlassung aus einer stationären Einrichtung zustande kam. Der*Die Case und Care Manager*in des Pflege- und Betreuungszentrums beschrieb einen Fall, in dem die Community Nurse angefragt wurde, als die Angehörigen eines Patienten mit der Entlassung überfordert waren. In diesem Fall waren keine Kapazitäten der Hauskrankenpflege verfügbar. Die Community Nurse übernahm die Nachbetreuung des Patienten und half, einen nahtlosen Übergang nach Hause zu schaffen (vgl. TI9 Z119-133). Von einer ähnlichen Erfahrung der ersten Kooperation mit Community Nurses berichtete der*die klinische Sozialarbeiter*in. Die Community Nurses halfen den Sozialarbeiter*innen und Entlassungsmanager*innen, die häusliche Situation zu beschreiben und er*sie konnte dadurch bessere Vorkehrungen für eine problemlose Entlassung von Patient*innen treffen (vgl. TI10 Z205-229).

„[...] die können meine Augen draußen sein. Umgekehrt kann ich denen sagen ja, was ist da jetzt los mit den Patienten.“ (TI10 Z165f).

Der*Die Sozialarbeiter*in erklärte, dass es beide Parteien brauche, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Durch die Kommunikation miteinander, aber auch mit den Angehörigen und dem informellen Helfer*innennetz kann eine angemessene Versorgung nach dem stationären Aufenthalt gesichert und ein nahtloser Übergang zurück in das häusliche Umfeld geschaffen werden. Der Austausch von Wissen innerhalb der stationären Einrichtung und von den häuslichen Gegebenheiten machen es möglich, die Patient*innen entlassen zu können und Versorgungslücken zu vermeiden (vgl. TI10 Z154-172). Die Interviewpartner*innen des mobilen Palliativteams berichteten von einer ähnlichen Erfahrung. Auch in dem von ihnen genannten Beispiel der ersten Zusammenarbeit mit Community Nurses ging es um eine Entlassung eines Patienten nach Hause. Die Community Nurse wurde kontaktiert, um eine Ersteinschätzung der häuslichen Situation abzugeben, dadurch konnte eine angemessene Pflegesituation organisiert, sowie Pflegehilfsmittel beschaffen werden, um dadurch die Angehörigen des Patienten zu entlasten (vgl. TI2 Z99-106). In Zusammenschau der drei Interviews, welche von Erfahrungen in Bezug auf Entlassungen aus dem stationären Kontext

sprachen, ergab sich, dass die Zusammenarbeit mit Community Nurses meist von den Kooperationspartner*innen angefragt wurde und sich diese um die Nachsorge der Patient*innen im häuslichen Umfeld kümmern, bzw. ein erstes Assessment der Situation weitergeben konnten. Das Pflegemanagement der Hauskrankenpflege berichtete, dass die Zusammenarbeit mit den Community Nurses angefragt wurde, um Prozesse zu beschleunigen und die Patient*innen schneller versorgen zu können (vgl. T18 Z450-461).

*„Also ist es so in die Richtung, dass eben da bei den Community Nurses mehr Vorarbeit, also Vorvorarbeit geleistet wird, wenn zum Beispiel, wenn jetzt in [...], da ist gerade, also es kommt eine Person hin oder ein Angehöriger kommt hin zur Beratung oder einfach einmal eine Anfrage, was muss man überhaupt machen, dass überhaupt a Pflegebetreuung gemacht werden kann. Viel unterstützen sind auch die Pflegegeldanträge.“
(ebd. Z464-468)*

Zwar hilft die Hauskrankenpflege ebenfalls bei dem Beantragen von beispielsweise Pflegegeldern, jedoch hilft die Vorarbeit, welche die Community Nurses machen, Prozesse zu beschleunigen und die Pflegepersonen in den Hauskrankenpflegeorganisationen zu entlasten. Dabei ist das Kommunizieren der Aufgaben, welche bereits erledigt wurden, und welche noch anstünden, entscheidend. Die Hauskrankenpflege und die Community Nurses stehen häufig im Kontakt, um diesen Austausch zu ermöglichen (vgl. ebd. Z464-498). Der*Die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline berichtete davon, dass die Kooperation meist von ihnen angefragt wird. Bei der ersten gemeinsamen Fallbearbeitung mit Community Nurses ging es darum, dass der*die Sozialarbeiter*in eine professionelle Einschätzung einer Pflegeperson über die Pflegesituation der Klient*innen brauchte. Dabei wurden die Aufgaben für die Organisation der Versorgungsmaßnahmen aufgeteilt, um eine angemessene Versorgung für einen Klienten und seine Angehörigen zu finden (vgl. T17 Z130-142). Zwei Interviewpartner*innen erklärten, dass sie in häufigerem Kontakt zu den Community Nurses in ihrer Umgebung stünden und regelmäßig an Community Nurses verwiesen. Dabei erzählte die Beratungsperson für gesundheitliche Fragen, dass die Community Nurses besonders hilfreich wären, wenn Patient*innen längerfristig Hilfe brauchten und den Rahmen ihrer Arbeitsmöglichkeiten und Ressourcen sprengten. Hierbei betonte der*die Interviewpartner*in, dass die Community Nurses die Möglichkeit hätten, Personen längerfristig zu begleiten und zu unterstützen (vgl. T11 Z173-177). Auch die Pflegeperson der Tagesbetreuung sprach darüber, dass diese an die Community Nurse verweise, wenn Fälle zu komplex würden und nicht mit den eigenen Ressourcen abgehandelt werden könnten. Zudem würde auch an die Community Nurses verwiesen, wenn es um bürokratische Arbeiten, wie beispielsweise Hilfe beim Ausfüllen eines Pflegegeldantrags, gehe (vgl. T16 Z197-209).

6.1.4 Wertschätzung der Zusammenarbeit

Die Interviewanalyse zeigt, dass mehrere Kooperationspartner*innen über ihre positiven Erfahrungen in Zusammenarbeit mit den Community Nurses sprachen. Hierbei ließ sich erkennen, dass die Kooperation wertgeschätzt wird. Die Beratungsperson der

Gesundheitsberatungsstelle erklärte, dass diese davon beeindruckt wäre, wieviel die Community Nurses seit Beginn des Projekts aufgebaut hätten (vgl. T11 Z447-450).

*„[...] das finde ich jetzt schon wertvoll, weil würde das wieder abgebrochen, dann fehlt wieder etwas, was jetzt doch relativ mühsam aufgebaut wurde“
(ebd. Z449-450)*

Die Beratungsperson sprach davon, dass diese sich freue, dass das Projekt verlängert wurde, da sonst die gesamte Arbeit, welche die Community Nurses geleistet hätten, verkommen würde. Besonders angesprochen wurde auch, dass diese Etablierung in den Gemeinden, aber auch in der regionalen Gesundheitsversorgung mit viel Anstrengungen und Engagement verbunden war (vgl. ebd. Z449-453). Aus zwei Interviews ging hervor, dass die Community Nurses als kompetente Ansprechpartner*innen gesehen würden. Hierbei wurde besonders die Kompetenz in Bezug auf das pflegerische Fachwissen von den Interviewpartner*innen des mobilen Palliativteams (vgl. T12 Z230-233) und der psychosozialen Hotline (vgl. T17 Z202-207) hervorgehoben. Beide Interviewpartner*innen erklärten durch Beispiele, dass die Versorgung der Patient*innen nicht ohne diese Kompetenz der Community Nurses passieren könnte. Der*Die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline schätzt die Zusammenarbeit besonders bei der Fallbearbeitung von Pflegenotständen. Diese hätten sich in den letzten Jahren gehäuft. Um diese bestmöglich bearbeiten zu können, sei die Kooperation mit den Community Nurses essenziell (vgl. T17 Z311-326).

*„Genau. Ja, und die melden auch viel mehr rein. Und darum wird das halt...
Und die sind halt wirklich dann vor Ort und sehen, wo es Probleme gibt.“
(ebd. Z327-328)*

Die Sozialarbeiter*in geht in dem Beispiel darauf ein, dass die Pflegenotstände sich in den letzten Jahren gehäuft hätten. Die Community Nurses seien dabei geschätzte Kooperationspartner*innen, welche durch Hausbesuche und das Wissen über die regionale Versorgungsstruktur die Arbeit der psychosozialen Hotline erleichterten (vgl. ebd. Z328-330). Der*Die klinische Sozialarbeiter*in erklärte, dass in den bisherigen Kooperationen mit Community Nurses der Austausch auf Augenhöhe passiert wäre. Die Zusammenarbeit wurde als hilfreich, sowohl für den*die Sozialarbeiter*in, als auch für die Patient*innen und deren Angehörige empfunden. Die Community Nurses wurden als sehr bemüht wahrgenommen, besonders als es um das Finden einer Lösungsstrategie für Problemstellungen der Patient*innen ging (vgl. T110 Z234-238). Der*Die Pflegemanager*in der Hauskrankenpflege sieht die Community Nurses als wichtige Kooperationspartner*innen, welche, besonders im Austausch, positiv wahrgenommen wurden (vgl. T18 Z733-739).

6.1.5 Erwartungen und Stimmungsbild für zukünftige Zusammenarbeit

Die Zusammenschau der Interviews zeigt, dass die Kooperationspartner*innen positiv auf eine zukünftige Zusammenarbeit mit den Community Nurses eingestellt sind. Sowohl die Beratungsperson für gesundheitliche Fragen (vgl. T11 Z518f) und der*die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrums (vgl. T13 Z751f) sprachen darüber, dass die Community Nurses eine Ressource für die Patient*innen geworden wären. Die Beratungsperson für

gesundheitliche Fragen erklärte, dass die Community Nurses eine weitere Ressource für Patient*innen wären, daher wäre es schade, wenn diese Ressource aus der Gesundheitsstruktur genommen würde (vgl. TI1 Z518-522). Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrums schätzt die Bemühungen der Community Nurses, Dinge in der Gesundheitsversorgung zu verändern, um die Patient*innen zu versorgen (vgl. TI3 Z751-754). In einigen Interviews wurden neben dem Stimmungsbild bezüglich zukünftiger Zusammenarbeit auch Hoffnungen für die Projektentwicklung angesprochen. Der*Die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline schien bezüglich zukünftiger Zusammenarbeit und der Entwicklung der Community Nurses positiv gestimmt. Jedoch wurde eine Veränderung in den Projektstrukturen angesprochen. Die Zusammenarbeit würde noch besser funktionieren, wenn die Community Nurses flächendeckender arbeiten könnten (vgl. TI7 Z370 - 375). Die Pflegeperson der Tagespflege erklärte, dass anzunehmen sei, dass die Community Nurses in Zukunft verstärkt tätig würden. Auch würde dieser Veränderung und der zukünftigen Kooperation mit Spannung entgegengesehen (vgl. TI6 Z418). Der*Die klinische Sozialarbeiter*in hatte, wie die anderen Interviewpartner*innen ebenfalls, ein positives Stimmungsbild gegenüber der zukünftigen Kooperation mit Community Nurses. Zudem wurden aber auch Zukunftsängste für das Projekt geäußert (vgl. TI10 Z705f).

„Das heißt, das würde ich einfach wahnsinnig schade finden, wenn es dann verkommen würde zu dem ja, weil die können so viel mehr, das heißt, es ist positiv, aber auch voller Erwartungen und Hoffnungen, dass das, von den zuständigen Leuten auch als wichtig und wertvoll erkannt wird, dass es sowas gibt.“ (ebd. Z709 - 712).

Der*Die Sozialarbeiter*in erklärte, dass er*sie nicht möchte, dass die Stakeholder*innen aufgrund von falschen Erwartungen an das Projekt dieses nicht mehr finanzierten. Zudem gäbe es auch große Erwartungen an die Community Nurses seitens der klinischen Sozialarbeit, den Gesundheitssektor zu verändern und für künftige Kooperationen zu sorgen (vgl. ebd. Z712-718). Das Case und Care Management sei offen für mehr Kooperationen und die Ausweitung des regionalen Netzwerks durch die Community Nurses. Zudem seien auch hier Zukunftsvorstellungen zu erkennen, welche durch eine gut funktionierende Kommunikation eine gegenseitige Entlastung bewirken könnten (vgl. TI9 Z376-382).

6.1.6 Unterstützung der Ergebnisse

Zu den Aufgaben der Community Nurses gehört die Vernetzung mit den lokalen und regionalen Gesundheitsdienstleister*innen. Im Aufgabenprofil direkt aufgelistet ist die Zusammenarbeit mit den Gesundheits-, Pflege- und Gesundheitsförderungsdienstleister*innen (vgl. GÖG 2021a: 8). In einem Erfahrungsbericht von mehreren Community Nurses wurde beschrieben, wie sich die Community Nurses aktiv bei den Gesundheitsversorgungseinrichtungen in ihrer Region vorstellten (vgl. Broukal 2023: 13f). Das Konzept der Kooperation ist ein komplexes Thema, das viel Anstrengung und Energie von den Partizipierenden verlangt. Es lohnt sich aber, gerade bei Gesundheits- und Sozialberufen, die eigenen Möglichkeiten zu erweitern. Zudem hilft die Kooperation dabei, mehrere Blickwinkel auf eine Situation zu bekommen und die eigene Expertise anwenden zu

können. Das Zusammenarbeiten der unterschiedlichen Professionist*innen kann dabei helfen, die Versorgung der Patient*innen zu verbessern. Durch den steigenden Bedarf an Gesundheitsversorgung, komplexen Gesundheitsansprüchen und fehlenden finanziellen Möglichkeiten ist die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsdienstleister*innen essenziell, um eine bedarfsgerechte Versorgung für Patient*innen zu garantieren und die öffentlichen Geldgeber*innen zu entlasten. Konkurrenzdenken ist kontraproduktiv in der Zusammenarbeit und erschwert es, gemeinsame Zielsetzungen für die Patient*innen erreichen zu können (vgl. Chilton / Bain 2018: 202f). Ein Statement des Hilfswerks zu den Community Nurses zeigt, dass im Konzept Community Nurse von den Anbieter*innen der Mobilen Dienste eine klare Unterscheidung zwischen der eigenen Zuständigkeit und dem Auftrag der Community Nurses besteht. In einer Pressekonferenz aus dem Jahr 2021 wurde der Ist-Stand der Möglichkeiten der Hauskrankenpflege verdeutlicht. Weiters wurden die Aufgabenbereiche, die für die Community Nurses im Projekt verankert wurden, beschrieben. Zu den Aufgaben der Mobilen Dienste gehören Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Unterstützung im Haushalt, bei der Körperpflege und im Alltag. Die Aufgaben der Community Nurses sind in der Primärversorgung, der Koordination, der Entwicklung der regionalen Gesamtversorgung und der Angehörigenbetreuung zu finden (vgl. Hilfswerk Österreich 2021). Erfolgreiche Kooperation ist abhängig von einigen Faktoren. Hierzu zählen die gemeinsame Zielsetzung in der Zusammenarbeit, offene Kommunikation, Vertrauen in die Kompetenzen und Expertisen der Kooperationspartner*innen und das Anerkennen, dass die Kooperation gebraucht wird. Das erfolgreiche Kooperieren führt zu Zufriedenheit und dass die Rolle der jeweiligen Kooperationspartner*innen durch die eigene Arbeit angereichert wird (vgl. Chilton / Bain 2018: 203f). Um eine dauerhafte und gute Zusammenarbeit mit den Gesundheitsdienstleister*innen zu schaffen, ist es wichtig, dass die Kooperationspartner*innen und Community Nurses einander offen und ehrlich begegnen und die Rolle und Aufgabe der jeweils anderen Person respektieren (vgl. ebd.: 213f).

6.2 Kritik an der Projektumsetzung

Im folgenden Kapitel werden die Probleme ausgeführt, welche die Kooperationspartner*innen bei der Projektumsetzung wahrgenommen haben. Dazu gehören die Projektgestaltung und Umsetzung, der Name des Projekts, die Möglichkeiten der Präventionsarbeit und die Gemeindegrenzen und Zuständigkeitsprobleme.

6.2.1 Projektgestaltung und Umsetzung

In der Analyse der Interviews sind einige Kritikpunkte zur Projektgestaltung angesprochen worden. Dazu zählen die, besonders zu Beginn auffallenden, vagen Vorgaben der Stakeholder*innen, die Stundenverfügbarkeit der Community Nurses, sowie das Implementieren der Pflege nur auf Gemeindeebene. Die Beratungsperson für gesundheitliche Fragen erklärt anhand eines Beispiels, dass die Community Nurses bei Projektstart wenig klare Instruktionen bekommen hätten. Die Community Nurse in dem Beispiel musste selbst den Kundenstock aufbauen und selbst die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit festlegen

und etablieren. Es wurde ein Zimmer zur Verfügung gestellt und der Rest musste ohne Anleitung oder klare Vorgaben erarbeitet werden (vgl. TI1 Z362-336). Der*Die Case und Care Manager*in des Pflege- und Betreuungszentrums spricht über die persönliche Kritik an dem EU-Projekt. Hierbei wurde erklärt, dass, wenn Community Nurses nur wenige Stunden die Woche angestellt würden, es die Kooperationsmöglichkeiten einschränke (vgl. TI9 Z137147). Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrums sprach an, dass das EU-Projekt durch das Einbringen nur einer Berufsgruppe viele der Aufgaben, welche bei der Gesundheitsversorgung auf Gemeindeebenen wichtig wären, eingeschränkt hat (vgl. TI3 Z533f).

„[...] das ist sicher super, aber es ist halt nicht umfassend, oder wieder nicht, finde ich, nachhaltig im Sinne von, oder nachhaltig, ich sage, wieder nicht so ganzheitlich betrachtet, weil da nehme ich jetzt gerade wieder nur diesen Pflegeaspekt [...]“ (ebd. Z534-537).

Es wird angenommen, dass das Projekt aus dem Bedarf entstanden ist, Personen, welche noch nicht pflegerisch angebunden waren oder die Versorgung für Angehörige alleine übernehmen müssten, zu entlasten. Jedoch sei der Ansatz, nur die Berufsgruppe der Pflegepersonen für das Projekt auszuwählen, nicht ganzheitlich, um eine umfassende Versorgung für pflegebedürftige Personen und deren Angehörige zu schaffen. Der*Die Sozialarbeiter*in geht dabei besonders auf die Möglichkeiten ein, welche andere Berufsgruppen, besonders in Bezug auf psychische und entlastende Versorgung, hätten (vgl. ebd. Z527-546).

6.2.2 Name des Projekts

In zwei der Interviews wurde angesprochen, dass die Wahl des Namens für das Klientel unpassend sei. Sowohl die Interviewpartner*innen des mobilen Palliativteams als auch die Pflegeperson der Tagesbetreuungseinrichtung erwähnten, dass der englische Name für die Zielgruppe, welche für das EU-Projekts ausgewählt wurde, unpassend sei. Die Mitarbeiter*innen des mobilen Palliativteams versuchten bei der Vermittlung an Patient*innen den Begriff Community Nurse mit einem eingedeutschten Namen zu erklären. Zudem wurde angesprochen, dass eine Verwechslungsgefahr zu den Akut Community Nurses bestehen würde (vgl. TI3 Z341-346). Ähnliches erzählte die Pflegeperson des Tagesbetreuungszentrums (vgl. TI6 Z339f).

„Was sehr unglücklich ist, finde ich, ist das Wort Community Nurse. Keiner von den alten Leuten weiß, was das ist. Wenn es heißt, vielleicht Gemeindeschwester oder so, dann kennen sie sich schneller aus. [...] Was ist denn eine Community Nurse, das können sie meistens gar nicht aussprechen, ‚was ist schon wieder für Blödsinn‘ und das brauchen sie nicht. Also wenn sie es hören, haben sie keine Freude damit.“ (ebd. Z339-344)

Die Zielgruppe der Community Nurses seien ältere Personen. Hier wurde verdeutlicht, dass die Englischkenntnisse der Zielgruppe oft nicht ausgeprägt seien und sie Probleme hätten,

sich etwas unter dem Namen vorzustellen. Diese Verwirrung könnte dann dazu führen, dass Hilfe von Community Nurses nicht in Anspruch genommen wird. Die Pflegeperson spricht auch davon, dass der Name womöglich in den nächsten zwanzig Jahren besser verstanden würde, aber das jetzige Klientel von einer Kontaktaufnahme abgeschreckt sein könnte (vgl. ebd. Z346-349).

6.2.3 Möglichkeiten der Präventionsarbeit

In mehreren Interviews wurde über die Möglichkeiten gesprochen, Präventionsarbeit zu leisten. Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrum erklärte, dass die Prävention zwar eine sehr gute und wichtige Idee sei, dass Themen wie barrierefreies Wohnen und Vorsorgevollmächte jedoch oft nicht sehr relevant für Patient*innen seien, bevor es zu Situationen komme, in denen Hilfestellungen benötigt werden. Wenn eine Notsituation einträte, bräuchten die Personen eine schnelle und effiziente Lösung. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Zielgruppe, welche sich für Vorsorgemöglichkeiten interessierte, klein sei. Die Möglichkeit, präventiv arbeiten zu können, scheitere oft daran, dass Personen diese nicht annehmen wollten, bis es zu einem Ernstfall käme (vgl. TI3 Z203-2013). Der*Die Case und Care Manager*in erklärte auch, dass die Präventionsarbeit nicht nur für ältere Menschen hilfreich wäre. Die klare Definition des EU-Projekts schränkt die Möglichkeiten, dies zu tun, ein (vgl. TI9 Z150-152). Der*Die klinische Sozialarbeiter*in sprach auch die Möglichkeiten in der jetzigen Projektphase an, Präventionsarbeit zu leisten. Die Präventionsarbeit gehe aufgrund des Anspruchs, welchen ältere Menschen in bereits bestehenden Problemlagen haben, womöglich unter (vgl. TI10 Z267-272). Es wurde angesprochen, dass die Community Nurses aufgrund des Zulaufs an Patient*innen und dem dadurch entstandenen Zeitaufwand wenig Zeit hätten, Präventionsarbeit zu leisten. Zudem wurde auch das Alter der bestimmten Zielgruppe, 75 Jahre aufwärts, kritisch gesehen. (vgl. ebd. Z589-592).

6.2.4 Gemeindegrenzen, Zuständigkeitsproblem

Während der Analyse der Interviews war auffällig, dass mehrmals angesprochen wurde, dass die örtlichen Zuständigkeitsmöglichkeiten der Community Nurses eine Kooperation schwierig machen. In vier Interviews wurde explizit angesprochen, dass die Community Nurses nicht außerhalb des Gemeindegebiets, in welchem sie angestellt wurden, arbeiten können. Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrums sprach davon, dass die Möglichkeiten, die Hilfe der Community Nurses in Anspruch nehmen zu können, davon abhängig seien, ob die Patient*innen in einer Gemeinde lebten, in welcher diese tätig seien (vgl. TI3 Z486-489).

„Und dass es halt auch so unterschiedlich ist, genau, wo man wohnt, was man für Möglichkeiten hat, in Anspruch zu nehmen. Also, dass das nicht so ist, ja, jetzt wohne ich halt dort und da kriege ich das, also, und, ja, sondern das ist ein Unterschied, weil wenn ich dort wohne [...]“ (ebd. Z489-492).

Die Inanspruchnahme des Angebots ist ortsabhängig. Dadurch können nur Patient*innen diese Hilfe in Anspruch nehmen, wenn sie in einer Gemeinde lebten, in der das Angebot zur Verfügung steht (vgl. ebd. Z489-495). Da das Projekt noch nicht flächendeckend ausgelegt ist,

würden Kooperationen weniger angefragt. Da es in einigen Gebieten in Österreich nur wenige Community Nurses gebe, könnten diese gar nicht als Kooperationspartner*innen ins Auge gefasst werden (vgl. ebd. Z363-368). Auch die Pflegeperson der Tagesbetreuung erklärte, dass ein Großteil der Patient*innen der Tagesbetreuungseinrichtung außerhalb einer Gemeinde lebten, in der es eine Community Nurse gibt. Dadurch könne die Kooperation nicht häufiger stattfinden (vgl. TI6 Z335-338). Der*Die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline gab ein Beispiel an, in dem keine Zusammenarbeit möglich war.

„Ja, ich habe nur mal einen Fall gehabt und das war wirklich an der Grenze von zwei Gemeinden. Und das war aber schon auf der anderen Seite und da haben sie gesagt, das dürfen sie nicht.“ (TI7 Z173-175)

Die Kooperation musste von der Community Nurse abgesagt werden da der*die Patient*in nicht mehr zu der Gemeinde gehörte, in welcher diese tätig war. (vgl. ebd. Z170-177). Hier wäre erkennbar, dass die Versorgungs- und Kooperationsmöglichkeiten der Community Nurses ortsabhängig seien. Die Kooperation musste abgelehnt werden. Aus den Interviews geht hervor, dass die Zusammenarbeit mit den Community Nurses oft an den Ortsgrenzen der Gemeinden scheitert. Dabei lässt sich feststellen, dass es hier keine Kritik an den Community Nurses selbst verübt wird, sondern an den Projektstrukturen. Sowohl die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline, (vgl. TI7 Z170f) als auch die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrums (vgl. TI3 Z492f) führen diese Strukturen auf die Projektbedingungen und die Phase, in der sich das Projekt momentan befindet, zurück.

6.2.5 Unterstützung der Ergebnisse

Laut dem Status Quo des Projekts aus dem Jahr 2023 lassen sich einige der Kritikpunkte, welche sich in der Analyse wiederfanden, erklären. Grundsätzlich erkannte die Gesundheit Österreich GmbH, dass das Aufgabenprofil des Projekts weiter adaptiert werden muss. Zudem äußerten die Community Nurses, dass sie sich selbst weg von der Krankenpflege und hin zur Gesundheitspflege umorientieren mussten. Laut dem ehemaligen Bundesminister Rudolf Anschober sei das Projekt sehr offen gestaltet. Die Interventionen und Arbeitsaufgaben der Community Nurses sollen an die Region angepasst werden, um eine Veränderung im Gesundheitssystem zu schaffen (vgl. Rappold 2023: 9f). Es sei schwierig, die verschiedenen Situationsmöglichkeiten der Community Nurses einheitlich zu betreuen. Da es sowohl Community Nurses in ländlichen Regionen, als auch in der Stadt gibt, existieren einige Herausforderungen, aber auch Chancen für die Stakeholder*innen (vgl. Sorz 2023). Das Projekt befindet sich bis Dezember 2024 in der vierten Evaluationsphase. Hierdurch können sich auch noch Veränderungen in der zukünftigen Projektumsetzung ergeben (vgl. Community Nursing o.A. a). Der Name Community Nurse ist aus dem Englischen. Er basiert auf der englischen Definition von Community Nursing, was dort Pflege- und Betreuung zu Hause bedeutet und Community Health Nursing. Letzteres bezeichnet eine spezielle Kategorie von Pflege, die sich um das Wohl der Gemeinde kümmert und die Selbstsorge der Gemeindemitglieder stärken soll. Community beschreibt die Umsetzung in einem kommunalen Setting. Community (Health) Nursing ist in Österreich keine gesetzlich geregelte Spezialisierung und hat keine gesetzlich geregelten Anforderungen (vgl. Rappold 2023: 14f).

Der Name wird international einheitlich verwendet (GÖG 2021b: 3). Das Projekt basiert auf dem Public Health Intervention Wheel, welches aus fünf Einzelteilen besteht. Dazu gehören ‚Monitoring und Erhebung‘, ‚Information, Edukation und Beratung‘, ‚Fürsprache und Interessenvertretung‘, ‚Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung‘ und ‚Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung‘. Das Pilotprojekt konzentriert sich in der jetzigen Phase noch nicht auf den Sektor Social Marketing, gesundheitspolitische Entwicklung und Umsetzung (vgl. GÖG 2021a: 5). Da das Projekt noch neu ist, müssen die Community Nurses viel Zeit für die Aufklärung über ihre Zuständigkeit leisten. Hierbei geht es darum, dass die Klientel den Unterschied, besonders zur Hauskrankenpflege, lernt. Daher lässt ist noch wenig der angedachten Präventionsarbeit durch Planung von Veranstaltungen, Vernetzung mit andern Gesundheitsversorger*innen und Vorstellungen ihrer angedachten lokalen Angebote umsetzen (vgl. Sorz 2023). Die Zielgruppe der Community Nurses wurde durch die Projektfördergeber*innen definiert. Zu der Zielgruppe gehören Menschen ab dem 75. Lebensjahr, pflegende Angehörige, ältere Menschen, die zu Hause leben und Unterstützungsbedarf für Informationen, Pflege und alle gesundheitlichen Belange haben. Zudem kann die Zielgruppe, je nachdem, wie es in der Region gebraucht wird, auf Menschen aller Altersgruppen mit Pflege- und/oder Unterstützungsbedarf, Menschen mit chronischen Erkrankungen, Menschen mit Beeinträchtigungen, sowie Menschen mit somatischen und psychischen Erkrankungen erweitert werden. Die Erweiterung kann sich auch auf marginalisierte Gruppen und Kinder und Jugendliche mit chronischer Erkrankung ausweiten (vgl. GÖG 2021b: 6).

6.3 Chancen und Potenziale

In diesem Abschnitt wird darauf eingegangen, inwiefern die Kooperationspartner*innen Chancen in dem Projekt Community Nurse sehen und wie diese Potenziale bereits jetzt genutzt werden. Die Unterkapitel werden aufgeteilt in die Entlastung des Gesundheitssystems, der Versorgung auf Gemeindeebene, die Entlastung der Kooperationspartner*innen und das Präventionspotenzial.

6.3.1 Entlastung des Gesundheitssystems

Ein Punkt, der mehrere Male aufgetaucht ist, ist das Entlasten von Ärzt*innen, wenn es um beratende Gespräche geht. Hierbei könnten die Community Nurses helfen, eine erste Evaluation zu machen, um gegebenenfalls weitervermitteln zu können. Dabei wurde explizit die fehlende Zeitressource der Ärzt*innen angesprochen. Die Community Nurses hätten die Chance, wenn die zeitlichen Ressourcen gegeben sind, die Ärzt*innen soweit zu entlasten, dass der Fokus und die Beratung dieser besser auf die Patient*innen, welche medizinische Hilfe benötigen, verteilt werden können (vgl. TI1 Z212-224). Der*die Sozialarbeiter*in eines Primärversorgungszentrums sprach darüber, dass Community Nurses dabei helfen könnten, Situationen abzufangen, bevor die Patient*innen von einer weiteren Organisation betreut werden müssen (vgl. TI3 Z304-307). Laut dem Case und Care Management könnten Community Nurses durch ihre Arbeit eine Lücke füllen, um beispielsweise mit Beratung und

Organisation mobile Dienste vermeiden zu können, wenn keine Pflege gebraucht wird. Dabei wurde jedoch angemerkt, dass, um dies schaffen zu können, der Fokus mehr forciert werden müsse (vgl. TI9 Z159-162).

6.3.2 Versorgung auf Gemeindeebene

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die Kooperationspartner*innen die gemeindenahe Versorgung schätzen. Eine Chance, welche von der Beratungsperson für gesundheitliche Fragen gesehen wurde, ist, dass die Bevölkerung in ihrem Bewusstsein für medizinische Selbsteinschätzung unterrichtet und gestärkt werden müsse. Die Community Nurses hätten demnach Potenzial, die erste Anlaufstelle in der Gemeinde bezüglich Gesundheitsthematiken zu sein (vgl. TI1 Z212-224). Zudem wurde erwähnt, dass die Chancen besonders darin gesehen würden, dass es gemeindenahe kompetente Ansprechpartner*innen gäbe. Die Community Nurses hätten laut einem*einer Case und Care Manager*in einer hochschwelliger Einrichtung das Potential, Hilfeleistungen zu erbringen, bevor es zu einer Versorgung durch die Hauskrankenpflege kommt, wenn diese noch nicht gebraucht werde (vgl. TI9 Z159-162). Im Interview mit den Mitarbeiter*innen eines mobilen Palliativteams wurde ein Beispiel genannt, in welchem die gemeindenahe Versorgung der Community Nurse eine entscheidende Rolle spielte, um eine angemessene Versorgung für einen Patienten organisieren zu können. Es handelte sich um eine Situation, in der ein Patient aus einer hochschwelliger Einrichtung entlassen wurde, es aber diverse Unklarheiten über die häuslichen Gegebenheiten gab. Die Community Nurse wurde in diesem Fall kontaktiert und hat die Versorgungsmöglichkeiten während eines Hausbesuchs mithilfe der Angehörigen des Patienten evaluiert. (vgl. TI2 Z70-85).

„[...] wo wir angefangen haben mit der Community Nurse, die halt dann einmal einen Ist-Status gemacht hat und mit uns dann zusammengearbeitet hat und wir dann den Patienten heim entlassen haben können, eigentlich durch sie.“ (ebd. Z82-85).

Dieses Beispiel wurde durch die Erfahrungsberichte eines*einer klinischen Sozialarbeiter*in weiters unterstützt. Diese hatte ebenfalls die Zusammenarbeit bei Entlassungen von Patient*innen nach Hause angesprochen. Wenn Patient*innen bereits Kontakt mit Community Nurses hatten, konnten diese besser über deren Gegebenheiten zuhause, aber auch in der Gemeinde informieren. Zudem könnte die Unterstützung der Community Nurses dabei helfen, dass informelle Helfer*innennetz in den Betreuungsprozess der Patient*innen nach einer Entlassung aus einer Organisation, wie einem Krankenhaus, einzubinden. Dabei sehe der*die Sozialarbeiter*in besonders die Möglichkeit, durch dieses Wissen ein größeres Versorgungsnetz zu schaffen (vgl. TI10 Z154-172). Der*Die Sozialarbeiter*in einer psychosozialen Hotline sprach an, dass diese das Wissen der Community Nurses über die Ressourcen der Gemeinde, in denen jene tätig sind, schätzt. Hierbei wurde besonders das Wissen bezüglich der Pflegedienstleister*innen in der Umgebung explizit angesprochen (vgl. TI7 Z198-201).

6.3.3 Entlastung für die Kooperationspartner*innen

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die Kooperationspartner*innen bereits jetzt, aber auch in Zukunft, in Community Nurses ein Potenzial für die Entlastung ihrer eigenen Arbeit sehen. Der*Die Sozialarbeiter*in einer psychosozialen Hotline sprach darüber, dass der interdisziplinäre Austausch in der Fallbearbeitung als bereichernd empfunden wurde. Hierbei könnten parallel die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen genutzt werden, um zu einem möglichst guten Ergebnis für die Patient*innen bzw. Klient*innen zu kommen (vgl. TI7 Z204-205). Eine Pflegeperson der Hauskrankenpflege, welche über die Erfahrungen mit Community Nurses sprach, berichtete, dass die Zusammenarbeit, gerade bei der Bearbeitung von administrativen Angelegenheiten, als positiv und entlastend empfunden wurde. In einem Beispiel gab die Pflegeperson an, dass die Community Nurses oft vorab die Ressourcen der Patient*innen überprüfen könnten. Zudem wurde die Zusammenarbeit in Bezug auf die bürokratische Arbeit, welche beim Beantragen von finanziellen Förderungen anfällt, angesprochen. Diese können gemeinsam beantragt werden. Hierbei wurde die Pflegeperson aus der Hauskrankenpflege entlastet, als es keine Kapazitäten mehr für den damit einhergehenden Zeitaufwand gab (vgl. TI8 Z517-526).

„Was ist da notwendig, habt ihr das Gefühl zum Beispiel, dass die Gattin überfordert ist oder ist vielleicht eine Verwahrlosung oder solche Sachen auch. Also ist ja viel, was auch im Hintergrund dann abläuft mit einigen Arbeitsschritten verbunden, aber wo man sagt, okay, wenn ich ein gutes Auskommen miteinander habe, wenn ich mit den Personen reden kann, dann hilft mir das schon weiter, ja.“ (ebd. Z533-537).

Die Pflegeperson der Hauskrankenpflege spricht darüber, dass die Zusammenarbeit, oft das eigene Assessment erspart, wenn der Kontakt zu den Community Nurses genutzt wird. Hierbei können die Community Nurses helfen, erste Einschätzungen zu geben und die Versorgung für die Patient*innen nahtloser zu gestalten (vgl. ebd. Z523-533).

6.3.4 Präventionspotential

Der*Die klinische Sozialarbeiter*in sprach von den Möglichkeiten, die Community Nurses haben, präventiv zu arbeiten. Als Beispiel dafür wurde die Beratung bezüglich häuslicher Gegebenheiten genannt. Community Nurses hätten die Möglichkeit, bei Hausbesuchen, gerade bei älteren Personen, zukünftige Hilfsmaßnahmen zu besprechen und aufzuzeigen, welche Möglichkeiten es geben würde, Wohnsituationen barrierefrei zu machen. Zudem könnten sie helfen, die Personen darauf vorzubereiten, was passieren sollte, wenn sie möglicherweise nicht mehr ohne Pflege leben können (vgl. TI10 Z245-252).

6.3.5 Unterstützung der Ergebnisse

Die Aufgaben der Community Nurses lassen sich mit den Potenzialen und Chancen, welche die Kooperationspartner*innen erkannt haben, abgleichen. Die Community Nurses sollen wohnortnahe und niederschwellige Ansprechpartner*innen für die Gemeindemitglieder sein.

Besonders pflege- und betreuungsbedürftige Personen und deren An- und Zugehörige sollen dabei betreut werden. Zu den Aufgaben zählt es auch, bei Bedarf bestehende Dienstleister*innen zu ergänzen, um die Versorgung der Patient*innen zu Hause angemessen zu gestalten. Derzeit ist ein wichtiger Aufgabenbereich das Erheben der Gesundheitsversorgung in den Gemeinden, sowie das Vernetzen und Koordinieren. Ein weiterer Punkt in den Aufgaben ist die präventive Arbeit mit der Zielgruppe. In weiterer Folge soll auch mehr Augenmerk auf die Umsetzung von gesundheitspolitischen Entwicklungen gelegt werden (vgl. Community Nursing o.A. c). Ziel des Projekts ist, dass zukünftig mehr präventive Hausbesuche gemacht werden, sich die Community Nurses stärker in den Gemeinden verankern und der Fokus der Arbeit mehr auf Gesundheit und Prävention gelegt wird. Hierbei ist die Klärung der Folgefinanzierung ausschlaggebend, da die Förderung der Europäischen Union nur für drei Jahre gilt. Eine weitere Finanzierung müssen der Bund, das Land, oder die Gemeinden tragen (vgl. Broukal 2023: 13).

6.4 Potenzial der Sozialarbeit auf Gemeindeebene

In den folgenden Punkten werden die Einschätzungen von den Kooperationspartner*innen für Soziale Arbeit auf Gemeindeebene beleuchtet. Dazu gehört die Einbindung der Sozialen Arbeit als Ergänzung zum Projekt Community Nurses, eine mögliche Implementierung von Sozialer Arbeit in einem interprofessionellen Team, welches auf Gemeindeebenen tätig wäre, und mögliche Herausforderungen, welche dies mit sich bringen könnte.

6.4.1 Soziale Arbeit als Ergänzung in der Gesundheitsversorgung

Die Analyse der Interviews zeigt, dass die Kooperationspartner*innen eine Chance für Soziale Arbeit in der jetzigen Gesundheitsversorgung sehen. Ein wiederkehrender Punkt zeigt sich in den Interviews mit der Beratungsperson für Gesundheitsfragen (vgl. T11 Z471f), dem mobilen Palliativteam (vgl. T12 Z267f), dem Primärversorgungszentrum (vgl. T13 Z569), der behördlichen Sozialarbeit (vgl. T14 Z298f), dem Tagesbetreuungszentrum (vgl. T16 Z376f), der Hotline für psychosoziale Fragen (vgl. T17 Z345f), der Hauskrankenpflege (vgl. T18 Z800f), dem Case und Care Management (vgl. T19 Z352f) und der klinischen Sozialarbeit (vgl. T110 Z638f), dass Soziale Arbeit eine sinnvolle Ergänzung für eine gemeindenahe Versorgung sein kann. Die Soziale Arbeit könnte Pflegepersonal, hierunter auch die Community Nurses, in der Bearbeitung von administrativen Angelegenheiten für die Patient*innen entlasten (vgl. T11 Z471-482).

„Und ich mache jetzt manchmal für das [...], zum Beispiel wie jetzt die Geschichte mit dem Angehörigenbonus gekommen ist, dass ich das für alle dann verschriftlich und ihnen schicke, damit sie es haben, weil die dann oft noch in der Pflege arbeiten und da gar nicht die Zeit haben, sich die Dinge rauszusuchen und so. Also wenn man da eine Sozialarbeit hat, wo man sagt, hey bitte, was ist Sache, kannst du den Leuten das erklären, oder suchst du mir die ganzen Anträge zusammen, die ich nur mitnehmen muss und so, das ist auf jeden Fall was wert.“ (ebd. Z475-482)

Hierbei geht die Beratungsperson für Gesundheitsfragen darauf ein, dass Pflegepersonen sich Wissen zu bestimmten Anträgen aneignen müssten und auch nicht immer die zeitlichen Ressourcen hätten, sich mit den entsprechenden Thematiken zu beschäftigen (vgl. ebd. Z471-782). Die Pflegeperson des Tagesbetreuungsentrums erzählte von einem Fall, in dem Soziale Arbeit notwendig gewesen sei. Durch das Fehlen eines*einer Professionist*in, welche*r zuständig gewesen wäre, sich um die administrativen Probleme einer Patientin zu kümmern, musste die Situation kompliziert mit verschiedenen Kooperationspartner*innen gelöst werden. Diese Zuständigkeitslücken könnten ein mögliches Potenzial für Soziale Arbeit auf Gemeindeebene bieten (vgl. TI6 Z376-385). Die Implementierung der Sozialen Arbeit auf Gemeindeebene unterstützt auch der*die behördliche Sozialarbeiter*in. Soziale Arbeit auf Ebene der Bezirkshauptmannschaft, besonders im Bereich der Erwachsenensozialarbeit, sei in vielen Bezirken weggefallen. Ein Zugang zu Sozialer Arbeit auf Gemeindeebene würde helfen, die Hochschwelligkeit der Behörde zu vermeiden (vgl. TI4 Z130-134). Zudem könnte die Soziale Arbeit laut dem mobilen Palliativteam auch die Community Nurses entlasten, um mehr Zeit für die präventive Arbeit aufwenden zu können (vgl. TI2 Z301f). Die Soziale Arbeit könnte hier als Schnittstelle etabliert werden und Fälle, in denen eine nachgehende Arbeit nötig wäre, übernehmen. Als Beispiel wurden hier Verwahrlosung und Messi Haushalte angeführt, welche das Team selbst, aufgrund von mangelnden Zeitressourcen, nicht bearbeiten könne (vgl. ebd. Z322-334).

*„Auf alle Fälle. Ja, und soziale Arbeit in Gemeinden die könnte da dann viel mehr Aufgaben übernehmen, zum Beispiel vor Delogierungen oder so.“
(TI7 Z345f).*

Der*Die Sozialarbeiter*in der psychosozialen Hotline erklärte, dass Soziale Arbeit auf Gemeindeebene zudem auch präventiv arbeiten könnte. Durch Aufklärung und Einschreiten, bevor Personen in Notlagen kommen, könnten ältere Menschen vor Extremsituationen geschützt werden (vgl. ebd. Z335-340).

6.4.2 Soziale Arbeit als Teil eines interprofessionellen Teams

In den Interviews wurde mehrmals über Soziale Arbeit als Bestandteil eines interdisziplinären Teams gesprochen. Hierbei handelt es sich um Möglichkeiten, welche nach Einschätzung der Kooperationspartner*innen, ein Team aus mehreren Professionen auf Gemeindeebenen hätte. Sowohl die Sozialarbeiter*innen aus zwei verschiedenen Primärversorgungszentren (vgl. TI3 Z356f) (vgl. TI5 Z330f), der*die Sozialarbeiter*in des mobilen Palliativteams (vgl. TI2 Z267f) und der*die klinische Sozialarbeiter*in (vgl. TI10 Z633f) arbeiten bereits in interprofessionellen Teams. Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrum erklärte, wie wichtig die verschiedenen Perspektiven der Berufsgruppen für die Arbeit seien. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit könne eine bestmögliche Unterstützung für die Patient*innen gefunden werden (vgl. TI5 Z303-308). Eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf Gemeindeebene befürwortet auch der*die klinische Sozialarbeiter*in. Durch ein externes Team könnten wohnortnahe Versorgungsmöglichkeiten gegeben werden, die einerseits die stationären Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, andererseits die öffentliche Finanzierung derselben, durch präventives Arbeiten, entlasten könnten (vgl. TI10 Z536-558). Das mobile

Palliativteam erklärte, warum eine interprofessionelle Zusammenarbeit, gerade für Pflege und Sozialarbeiter*innen, sehr hilfreich in der Fallbearbeitung sei. Hierdurch könnten beispielsweise bei einer Zusammenarbeit von Community Nurses und Sozialer Arbeit beide Berufsgruppen die Arbeit teilen und verschiedene Problematiken gleichzeitig bearbeiten (vgl. TI2 Z267-289).

„[...] es wäre cool, wenn wir eben eine Community Nurse und einen Sozialarbeiter gemeinsam quasi in einer Gemeinde hätten und die könnten zusammenarbeiten. Ja. Und einer macht halt die pflegerischen Dinge, weil da gebe ich auch zu, das ist ja nicht, natürlich durch das Arbeiten im Feld lernt man immer mehr dazu, aber es ist nicht grundsätzlich mein Fachgebiet und da weiß man, okay, so eine Care Managerin ist da total vom Fach und weiß da genau, worauf sie achten muss, und ich glaube, die Kombi wäre auch super, weil dann hat man irgendwie, glaube ich, alles abgedeckt (TI3 Z227-234).

Der*Die Sozialarbeiter*in des Primärversorgungszentrum erklärte aus eigener Erfahrung, wie hilfreich die Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen aus der Pflege für die eigene Arbeit sei. Bei einer Zusammenarbeit von Community Nurses und Sozialer Arbeit auf Gemeindeebene würde die Gesundheitsversorgung flächendeckender gemacht werden (vgl. ebd. Z226-234). Sozialarbeit im Team auf Gemeindeebene würde die Möglichkeit geben, Situationen ganzheitlicher zu bearbeiten (vgl. ebd. Z569-575). Wichtig, um ein solches Team sinnvoll einführen zu können, wäre es, wenn die Community Nurses und Sozialarbeiter*innen mit Vollzeitstellen, gemeindeübergreifend arbeiten könnten (vgl. ebd. Z703-712). Ein multiprofessionelles Team, das gemeindeübergreifend arbeitet, wäre auch laut dem Case und Care Management des Pflege- und Betreuungszentrums sinnvoll (vgl. TI9 Z350-359). Gerade ältere Personen, welche noch keine Pflege brauchen und keine Angehörigen in der Umgebung haben, könnten von einem solchen Team profitieren (vgl. ebd. Z352-330). Die Idee eines solchen Teams würde auch die Pflegeperson der Hauskrankenpflege befürworten (vgl. TI8 Z770f).

„Und ich dann schnell mal vielleicht eine fachliche Frage von der Community Nurse, von der diplomierten Pflegeperson brauche, wiederum Community Nurse, mal Infos von der Sozialarbeiterin brauche und sage, okay, die Antragstellung, wo schicke ich das hin, wie schnell brauche ich da was, was kriege ich überhaupt? Also ich glaube schon, dass das sehr interessant wäre“ (ebd. Z773-777).

Eine Testphase eines solchen Projekts wäre für den*die Pflegemanager*in der Hauskrankenpflege interessant. Da in der Versorgung von älteren Personen häufig administrative Angelegenheiten geklärt werden müssten, könnte eine solche Zusammenarbeit zwischen Community Nurses und Sozialer Arbeit sinnvoll sein (vgl. ebd. Z770-780). Die Soziale Arbeit könnte in einem solchen Team eine Entlastung für Amtsärzt*innen sein. Die Unterstützung könnte bei den Themen Verwahrlosung, Gefahr in Verzug, Selbst- und Fremdgefährdung erfolgen (vgl. ebd. Z800-806).

6.4.3 Mögliche Herausforderungen für Soziale Arbeit

Zwei Interviewpartner*innen sprachen über mögliche Herausforderungen bei einer Implementierung der Sozialen Arbeit auf Gemeindeebene. Die Beratungsperson für Gesundheitsfragen erklärte, dass diese aus Erfahrung mit älteren Personen wisse, dass diese oft ein falsches Bild von Sozialer Arbeit hätten. Einerseits fehle ihnen das Wissen, was Sozialarbeiter*innen machen und andererseits wird die Hilfe abgelehnt, da dies als schamhaft angesehen werde (vgl. TI1 Z452f).

„Und die alten Leute sagen dann, statt Pflegegeld einen hilflosen Zuschuss und ich habe sogar alte Herrschaften gehabt, die gesagt haben statt Pflegeheim sie kommen ins Armenhaus. Also das ist so ein... Jetzt zwischen 90 und 100, da ist es ein bisschen, bei manchen ist es noch so drinnen.“ (ebd. Z486-490).

Einige ältere Personen verbinden mit Sozialer Arbeit Hilfe bei Armut oder ähnlichem. Es könnte für Soziale Arbeit auf Gemeindeebene schwierig werden, angenommen zu werden, da die älteren Menschen sich nicht als hilfessuchende Personen sehen wollen. Zudem könnte es laut der Beratungsperson auch den Selbstwert der Personen einschränken, wenn für sie Förderungen und Gelder organisiert werden (vgl. ebd. Z490-492). Einige Probleme für die Soziale Arbeit auf Gemeindeebene sieht auch der*die klinische Sozialarbeiter*in. Einerseits fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage, ein Team auf Gemeindeebene mit Sozialarbeiter*innen zu schaffen, da es kein Berufsgesetz gibt, andererseits fehlt der Einfluss der Sozialen Arbeit in der Bevölkerung (vgl. TI10 Z638-654).

6.4.4 Unterstützung der Ergebnisse

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflege und Sozialer Arbeit könnte dazu beitragen, in der Versorgung von älteren Menschen ein ganzheitliches Bild der Situation dieser zu bekommen. Hierbei könnte gleichzeitig der Hilfe- und Pflegebedarf abgeschätzt, sowie die physischen, psychischen, sozialen und ökonomischen Dimensionen erkannt werden, um die Lebensverhältnisse und Lebenswelt der Personen besser verstehen zu können (vgl. Bleck / van Rießen 2022: 474). Auch das Thema Community Care sei bedeutend für die Gesundheitsversorgung. Diese geht auf den demografischen Wandel und die veränderten Lebensbedingungen von älteren Personen ein. Daher wäre die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgung der Zielgruppe der Community Nurses wichtig, um sich den Bedarfen dieser anzupassen. Hierdurch können gemeinsam die Unterstützungsressourcen durch Familie und Nachbarschaft genutzt werden (vgl. ebd.: 2022 48).

7 Resümee

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse zusammengefasst. Anschließend wird die Relevanz für die Soziale Arbeit ausgeführt und ein Forschungsausblick gegeben.

7.1 Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse

Der Fokus der Bachelorarbeit liegt auf dem Erleben der Kooperationspartner*innen von Community Nurses. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Kooperationspartner*innen von Community Nurses die Zusammenarbeit größtenteils als positiv empfinden. In der Zusammenschau der Interviews zeigt sich, dass die Kooperationspartner*innen allesamt positive Erfahrungen mit den Community Nurses gemacht haben. Sowohl das Engagement, die Fachkompetenz, als auch der Austausch auf Augenhöhe werden als wertvoll angesehen. Die Kooperation hat sich seit Projektstart erkennbar weiterentwickelt. Es lässt sich erkennen, dass einige der Interviewpartner*innen mehr und andere weniger mit den Community Nurses zusammenarbeiten. Genauer ist in Kapitel 6.1. zu lesen. Es zeigte sich, dass Kritiken nicht an der Arbeit der Community Nurses fest gemacht werden, sondern an die Stakeholder*innen gerichtet sind. Im Kapitel 6.2. ist zu erkennen, dass die Umsetzung des Projekts einige Herausforderungen für die Community Nurses und die Zusammenarbeit der Kooperationspartner*innen birgt. Jedoch stellt sich dar, dass die Interviewpartner*innen Chancen und Potenziale für das Pilotprojekt und die zukünftigen Kooperationen sehen. Dies zeigt sich in den Ergebnissen des Kapitels 6.3. Die Zusammenschau der Interviews lässt erkennen, dass Community Nurses eine wichtige Schnittstellenfunktion für die diversen Organisationen in der Umgebung sind. Zudem wird deutlich, dass die Kooperationspartner*innen Potenzial für Sozialarbeiter*innen auf Gemeindeebene sehen und auch hier die Möglichkeit, interprofessionell und gemeindeübergreifend in einem Care Team zu arbeiten, in Aussicht stellen. Genauer dazu im Kapitel 6.4. Abschließend zeigt sich, dass die Erfahrungen der Kooperationspartner*innen einen guten Einblick in die derzeitige Gesundheitsversorgung geben. Die praktischen Erfahrungen geben wertvolle Einblicke in die Netzwerkarbeit der verschiedenen Anbieter*innen.

7.2 Ausblick/Relevanz für die Soziale Arbeit

In den Interviews wird einige Male thematisiert, wie und ob die Soziale Arbeit auf Gemeindeebene Chancen und Potenziale hätte. Einerseits wird Soziale Arbeit als Ergänzung von Community Nurses gesehen und andererseits wird die Idee angedacht, Soziale Arbeit in einem interdisziplinären Team und gemeindeübergreifend zu etablieren. Die Ergebnisse der Analyse zu den Eindrücken der Kooperationspartner*innen lassen sich in dem Kapitel 6.4. und den Unterpunkten 6.4.1, 6.4.2 und 6.4.3 wiederfinden. Zusammenfassend wäre die Etablierung der Sozialen Arbeit auf Gemeindeebene jedoch sinnvoll und könnte helfen, die Versorgungslandschaft zu verändern.

7.3 Forschungsausblick

Das Ziel der Bachelorarbeit war, die Erfahrungen der Kooperationspartner*innen von Community Nurses näher zu erforschen. Da das Projekt noch in der Evaluationsphase ist und somit noch neu in der Versorgungslandschaft, ist diese Bachelorarbeit nur eine Momentaufnahme der Erfahrungen eines sehr neuen Konzeptes. Daher wäre eine laufende

Forschung zu den Entwicklungen des Projekts und der Veränderung der Zusammenarbeit für die Zukunft der Gesundheitsversorgung wichtig. Die Ergebnisse zeigen, wie die Kooperationspartner*innen die momentane Situation wahrnehmen, was ihrer Meinung nach verändert werden könnte und welche Potenziale sich in der Gesundheitsstruktur und Versorgung verbergen. Aus der Untersuchung geht hervor, dass eine weiteführende Beobachtung der Entwicklung essenziell wäre, um Veränderung zu schaffen und Potenziale auszubauen.

Literatur

Auer Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial. In: soziales_kapital. Nr. 18. 2017.130-143.

Balz, Hans-Jürgen / Spieß, Erika (2009): Kooperation in sozialen Organisationen. Grundlagen und Instrumente der Teamarbeit. Ein Lehrbuch. 1 Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer. Seiten 19-20.

Berufsinformation (o.A.): Sozialarbeiter*in Arbeits- und Tätigkeitsbereiche. [https://www.bic.at/berufsinformation.php?beruf=sozialarbeiterin&brfid=1074#:~:text=Dabei%20arbeiten%20Sozialarbeiter*innen%20direkt,in%20die%20Gesellschaft%20\(Integration\).](https://www.bic.at/berufsinformation.php?beruf=sozialarbeiterin&brfid=1074#:~:text=Dabei%20arbeiten%20Sozialarbeiter*innen%20direkt,in%20die%20Gesellschaft%20(Integration).) [Zugriff am 11.04.2024].

Bleck, Christian / van Rießen, Anne (2022): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden. Auflage 1. Deutschland. Springer V. Seiten 48-474.

Broukal, Josef (2023): Großer Bedarf an Community Nurses. In: ProCare. Nr. 28. 2023. Seiten 12-14.

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024) a: Community Nursing. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Community-Nursing.html>. [Zugriff am 14.04.2024].

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024) b: Demenz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Pflege/Demenz.html>. [Zugriff am 11.04.2024].

Chilton, Sue / Bain, Heather (2018): A Textbook of Community Nursing. 2. Auflage. New York: Routledge. Seiten 202-216.

Community Nursing (o.A. a): Evaluation. <https://cn-oesterreich.at/das-projekt/evaluation>. [Zugriff am 08.04.2024].

Community Nursing (o.A. b): Nah für dich. Da für dich. Community Nursing. Was ist eine Community Nurse? <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/was-ist-eine-community-nurse> [Zugriff am 06.03.2024].

Community Nursing (o.A. c): Welche Aufgaben hat eine Community Nurse? <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse>. [Zugriff am 11.04.2024].

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

Gesundheit.gv.at (2024 a): Gesundheitsförderung. <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheitsfoerderung.html> [Zugriff am 08.04.2024].

Gesundheit.gv.at (2024 b): Prävention. Vorbeugung von Krankheiten. <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/P/praevention-hk.html#:~:text=Die%20Pr%C3%A4vention%20hat%20das%20Ziel,Person%20durch%20bestimmte%20Krankheiten%20an> [Zugriff am 08.04.2024].

Gesundheit.gv.at. (2020): Krisenintervention bei psychosozialen Krisen. Krisenintervention: Was ist das? <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psycheseele/krisenintervention/krisenhilfe.html>. [Zugriff am 11.04.2024].

Gesundheit Österreich GmbH (2021 a). Aufgaben- und Rollenprofil. Community Nurse. Seite 8.

Gesundheit Österreich GmbH (2021 b): Fördercall Community Nursing. Seiten 1-10.

Gesundheit Österreich GmbH (o.A.): Plattform Primärversorgung. PVE-Berufsgruppen-Factsheets. Sozialarbeit.

Hilfswerk Österreich (2021): Pflegereform: „Wundertüte“ Community Nursing? Chancen, Nutzen, Risiken und Sachgassen des Regierungsvorhabens. Ein Faktencheck. <https://www.hilfswerk.at/oesterreich/artikel-detail/news/pflegereform-wundertuete-community-nursing/>. [Zugriff am 11.04.2024].

Landesgesundheitsagentur (2024 a): Betreuungszentren Niederösterreich. Mobiles Palliativteam. <https://www.noebetreuungscentren.at/pflege-betreuung-foerderung/pflege-betreuung/mobiles-palliativteam> [Zugriff am 06.03.2024].

Landesgesundheitsagentur (2024 b): Tagesbetreuung und Tagespflege. <https://www.noebetreuungscentren.at/pflege-betreuung-foerderung/pflege-betreuung/tagesbetreuung-und-tagespflege>. [Zugriff am 08.04.2024].

Niederösterreich.gv.at (2022): Tagespflege für pflegebedürftige Menschen. https://www.noegv.at/noe/Pflege/Tagespflege_fuer_pflegebeduerftige_Menschen.html. [Zugriff am 08.04.2024].

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Soziale Arbeit (2023): AG Klinische Soziale Arbeit. <https://www.ogsa.at/arbeitsgemeinschaften/ag-klinische-soziale-arbeit/#:~:text=Klinische%20Soziale%20Arbeit%20versteht%20sich,der%20Einsatz%20in%20interdisziplin%C3%A4ren%20Settings>. [Zugriff am 08.04.2024].

Österreichische Gesellschaft für Care & Case Management (2023): Was verstehen wir unter Care und Case Management. <https://www.oegcc.at/ueber-uns/die-oegcc/> [Zugriff am 08.04.2024].

Österreichische Gesundheitskasse (2023): Über Primärversorgungseinheiten. [https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879329#:~:text=Kontakt-,Was%20sind%20Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20\(PVE\)%3F,Sozialberufe%20eng%20im%20Team%20zusammen.](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879329#:~:text=Kontakt-,Was%20sind%20Prim%C3%A4rversorgungseinheiten%20(PVE)%3F,Sozialberufe%20eng%20im%20Team%20zusammen.) [Zugriff am 06.03.2024].

Oesterreich.gv.at (2023): Soziale Dienstleistungen. Hauskrankenpflege. https://www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/soziale_dienste/1/Seite.1210120.html#Hauskrankenpflege [Zugriff am 06.03.2024].

Rappold, Elisabeth / Eberle, Linda / Kerschbaum, Aida / Edtmayer, Alice / Mayer / Lisa (2023): Community Nursing: Rückblick auf das Jahr 2022. Factsheet. Gesundheit Österreich. Wien. Seite 3 – 9.

Rappold, Elisabeth (2023): Pflege am Wort: Community Nursing – eine (neue) Perspektive? Arbeiterkammer Salzburg. Seiten 1-27.

Sorz, Uschi (2023): Durch die EU-Finanzierung hat sich ein Fenster aufgetan. <https://www.ingo-news.at/pflege/community-nursing-elisabeth-rappold.html>. [Zugriff am 11.04.2024].

Weimann-Sandig, Nina (2022): Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen. Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen. 1 Auflage. Wiesbaden: Springer VS Wiesbaden. Seiten 31-32.

Daten

IT1, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 08.11.2023, Audiodatei
IT2, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 14.11.2023, Audiodatei
IT3, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 15.11.2023, Audiodatei
IT4, Interview, geführt von Susanne Teufel mit Kooperationspartner*in, 07.11.2023, Audiodatei
IT5, Interview, geführt von Susanne Teufel mit Kooperationspartner*in, 21.11.2023, Audiodatei
IT6, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 22.11.2023, Audiodatei
IT7, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 27.11.2023, Audiodatei
IT8, Interview, geführt von Verena Röska mit Kooperationspartner*in, 18.12.2023, Audiodatei
IT9, Interview, geführt von Susanne Teufel mit Kooperationspartner*in, 15.02.2024, Audiodatei
IT10, Interview, geführt von Susanne Teufel mit Kooperationspartner*in, 23.02.2024, Audiodatei

TI1, Transkript Interview IT1, erstellt von Verena Röska, 08.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI2, Transkript Interview IT2, erstellt von Verena Röska, 14.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI3, Transkript Interview IT3, erstellt von Verena Röska, 15.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI4, Transkript Interview IT4, erstellt von Susanne Teufel, 07.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI5, Transkript Interview IT5, erstellt von Susanne Teufel, 21.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI6, Transkript Interview IT6, erstellt von Verena Röska, 22.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI7, Transkript Interview IT7, erstellt von Verena Röska, 27.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI8, Transkript Interview IT8, erstellt von Verena Röska, 18.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert
TI9, Transkript Interview IT9, erstellt von Susanne Teufel, 15.02.2024, Zeilen durchgehend nummeriert
TI10, Transkript Interview IT10, erstellt von Susanne Teufel, 23.02.2024, Zeilen durchgehend nummeriert

Abkürzungen

BMSGPK	Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
bzw.	Beziehungsweise
EU	Europäische Union
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Case und Care Management

Anhang

Episodisches Leitfadeninterview

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

Thema: Kooperationspartner:innen

- Begrüßung
- Einführung ins Thema
- Vorstellung

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

	Episode	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es ein Beispiel, bei dem es nötig wurde, weitere Organisationen/ Professionen zu einem Fall hinzuzuziehen? • Wie wurde dies gestaltet?
Bündel 4 Gemeinwesen- und Vernetzungsarbeit	Semantisches Wissen	<ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen Sie die Qualität der Vernetzung im Gesundheitsbereich ein? • Stellt das Land Schulungen, Unterstützungen oder Vernetzungsangeboten zur Verfügung?
	Episode	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kooperationspartner:innen würden Sie sich für eine Zusammenarbeit noch wünschen? • Würden Sie die Aussicht auf ein Interprofessionelles Team in Gemeinden begrüßen? • (Welche Möglichkeiten oder Potenziale könnte Soziale Arbeit in die Gemeinwesenarbeit einbringen.)

Ausblick

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

Abschluss

- Weitere Anmerkungen
- Ausklang

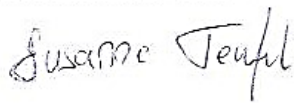
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Susanne Teufel**, geboren am **09.08.2000** in **Amstetten**, erkläre,

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

Amstetten, am 22.04.2024

Unterschrift

A handwritten signature in black ink, reading "Susanne Teufel". The signature is written in a cursive, slightly slanted style. The first name "Susanne" is written in a larger, more prominent script, and the last name "Teufel" is written in a smaller, more compact script.