

Community Nursing und das biopsychosoziale Modell

Eine Analyse des Umganges mit der psychosozialen
Dimension

Sonja Gießwein, 52108027

Bachelorarbeit

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

Datum: 17.04.2024

Version: 1

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

Abstract

Gesundheit und Krankheit sind mehrdimensionale Begriffe, die ein umfassendes Verständnis der Einflussfaktoren erfordern. Biopsychosoziale Versorgung bietet eine Möglichkeit, um multifaktorielle Wechselwirkungen zu berücksichtigen und zu bearbeiten. Community Nursing in Österreich setzt auf niederschwellige Maßnahmen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Um einen Einblick in den Umgang der Community Nurses mit psychosozialen Themen zu erhalten, wurden sechs qualitative, leitfadengestützte Interviews geführt und nach der strukturierten Textanalyse analysiert. Soziale Problemlagen, mit denen sich Community Nurses konfrontiert sehen, können mangels Verweisungsmöglichkeiten zu Sozialer Arbeit teils nur mit individuellem, persönlichem Engagement bewältigt werden. Um eine biopsychosoziale Versorgung zu fördern, scheint eine Integration niederschwelliger Sozialer Arbeit erforderlich.

Health and illness are multidimensional concepts that require a comprehensive understanding of the influencing factors. Biopsychosocial care offers an opportunity to consider and deal with multifactorial interactions. Community nursing in Austria focuses on low-threshold measures to improve the health of the population. Six qualitative, guided interviews were conducted and analysed using structured text analysis in order to gain an insight into how community nurses provide care for psychosocial issues. Due to absence of social work, social issues that arise can only be dealt by individual, personal commitment. In order to improve biopsychosocial care, it is necessary to integrate low-threshold social work.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1.1	Themenstellung / Gegenstandsbereich.....	5
1.2	Problemstellung / Ziel	6
1.3	Aufbau	6
2	Forschungs- und Problemhintergrund	7
2.1	Das Community Nursing Projekt / Rahmenbedingungen.....	7
2.1.1	Begriffsdefinitionen	7
2.1.2	Community Nursing in Österreich.....	8
2.2	Stand der Forschung / Problemaufriss / Forschungsinteresse	9
2.2.1	Gesundheit und Krankheit	10
2.2.2	Salutogenese	10
2.2.3	Determinanten der Gesundheit	11
2.2.4	Das biopsychosoziale Modell	13
2.3	Forschungsfragen.....	15
3	Forschungsdesign	15
3.1	Forschungsfeld / Feldzugang / Erhebungsplan.....	15
3.2	Erhebungsmethode	16
3.3	Analysemethode	16
4	Ergebnisdarstellung.....	17
4.1	Rahmenbedingungen aus Sicht der Community Nurse	17
4.1.1	Zugang / Kontext	17
4.1.2	Bedarfslage / Ausgestaltung.....	18
4.1.3	Ziel	19
4.1.4	Ausbildung / Erfahrung	21
4.1.5	Arbeitsbedingungen.....	22
4.2	Aufgabengebiet aus Sicht der Community Nurse	23
4.2.1	Vorstellungen / Ausgangslage.....	23
4.2.2	Tätigkeitsbereich / Der typische Fall	24
4.3	Soziale Problemlagen aus Sicht der Community Nurse	25
4.3.1	Soziale Problemlagen.....	25
4.3.2	Umgang / Bewältigung	29
4.3.3	Unterstützung	31
4.3.4	Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit	32
5	Fazit.....	33
5.1	Limitation	35
5.2	Ausblick / Handlungsempfehlungen	35
	Literatur	37
	Daten	39

Abbildungen	40
Anhang.....	41
Eidesstattliche Erklärung	44

1 Einleitung

Community Nursing, ein von der EU gefördertes Pilotprojekt mit einer Laufzeit von 2022 bis 2024, stellt in Österreich eine wohnortnahe und niederschwellige Möglichkeit dar, die Bevölkerung in gesundheitsrelevanten Themen zu beraten und zu unterstützen, mit dem Ziel der Entlastung des Gesundheits- und Pflegesystems. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung, versuchen mittels präventiven Hausbesuchen, Beratung, Vermittlung, Vernetzung und Schulung der Nutzer:innen und deren Angehörigen, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu fördern. Angesichts dessen, dass enge Verknüpfungen zwischen Gesundheit und Sozialem bestehen und sich die Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsversorgung versteht, die diese Wechselwirkungen fachlich zu bearbeiten weiß (vgl. Redelsteiner, Christoph 2023), soll vorliegende Arbeit einen Blick auf die biopsychosoziale Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes werfen und Herausforderungen, Bewältigungsstrategien sowie bestehende bzw. fehlende Unterstützungsformen sichtbar machen.

1.1 Themenstellung / Gegenstandsbereich

Der grundsätzliche Wandel der Auffassung von Gesundheit zu einem mehrdimensionalen (und nicht reduktionistisch, biologischen) Begriff, der in einem Kontinuum mit Krankheit betrachtet wird und nicht nur auf die Beseitigung von Symptomen abzielt, sondern auch aktiv selber hergestellt werden kann, hat zu breiten Veränderungsanstößen geführt (vgl. Homfeldt / Sting 2006:16). So findet auch auf Ebene der internationalen Gesundheitspolitik eine klare Auseinandersetzung mit der Thematik, rund um den Einbezug der psychosozialen Ebene, im Sinne des biopsychosozialen Modells, statt. Die WHO (vgl. 1986) formulierte in der Ottawa Charta ein positiv verfasstes Konzept zur Gesundheitsförderung, welches die sozialen und individuellen Ressourcen auf dieselbe Bedeutungsebene stellt, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Inhalte überschneiden sich in vielen Bereichen mit den Aufgabenfeldern und Grundprinzipien der Sozialen Arbeit (vgl. Homfeldt / Sting 2006:16). Entscheidende Merkmale sind „der präventive Ansatz, die grundsätzliche Gemeindeorientierung, das Konzept des Empowerments und der sozial-ökologische Ansatz“ (Pauls 2013:21).

Des Weiteren beinhaltet das Dokument Aussagen zur Verpflichtung zur interdisziplinären Zusammenarbeit sowie zur Partizipation der Bevölkerung (vgl. World Health Organization 1986). Um an Gesundheitsförderung und Prävention zu arbeiten, ist eine Kooperation der unterschiedlichen Professionen und Organisationen von großer Bedeutung (vgl. Homfeldt / Gahleitner 2018:52). Auch im 13. Kinder- und Jugendbericht aus Deutschland wird die Notwendigkeit der Zusammenarbeit klar herausgestellt (vgl. Keupp et al. 2009:7f). So ist es ein wesentliches Anliegen der Deutschen Bundesregierung, eine konstruktive und verbindliche Zusammenarbeit bestehender Einrichtungen und Dienste herbeizuführen, um so die großen Chancen, [...], effektiver und effizienter zu nutzen“ (ebd.). Auch die WHO leitet aus Forschungsergebnissen zur biopsychosozialen Verschränkung den Anspruch ab, „dass

Gesundheit als multidimensional und multiperspektivisch zu bestimmender Gegenstand, eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis der Behandlung benötigt“ (Pauls 2013:21). Herausforderung wird sein, von einer reinen aneinanderfügenden Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zu einer übergreifenden Arbeitsweise in der Praxis zu gelangen, um dem dynamischen Zusammenspiel dieser Ebenen, im Sinne der Nutzer:innen, gerecht zu werden, da diese Aspekte ein und derselben Wirklichkeit darstellen, die untrennbar miteinander vernetzt sind (vgl. Egger 2020:9).

1.2 Problemstellung / Ziel

Biopsychosoziale Zugänge scheinen verbreitet Einzug in das Gesundheitswesen zu erhalten. An der Medizinischen Universität Graz wird mit der Orientierung der Ausbildung an dem biopsychosozialen Modell geworben (vgl. Medizinische Universität Graz 2023). Klinische Soziale Arbeit stellt ebenso den biopsychosozialen Ansatz in den Mittelpunkt (vgl. Pauls 2011:32). Wie sich das professionelle Handeln im Sinne des biopsychosozialen Modells in der Praxis darstellt, scheint aber noch unklar. Das Gesundheitswesen selbst geht hier recht zwiespältig vor. So gilt das biopsychosoziale Modell als weitgehend akzeptiert, die Bearbeitung der sozialen Dimension und die Soziale Arbeit als ihr potenzieller Leitberuf, besitzen aber einen geringen Stellenwert (vgl. ebd.:37). Die Zustimmung zur sozialen Angewiesenheit und Verantwortung bedingt die Akzeptanz einer schwierigen Komplexität, die sich durch gesellschaftliche Verhältnisse, soziale Beziehungen und dem individuellen Empfinden und Verhalten ergibt. Dies zeigt sich als anstrengend und ebnet einem biologistischen Reduktionismus den Weg (vgl. ebd.).

Einen Beitrag zur Sichtbarmachung der sozialen Dimension und der Notwendigkeit der professionellen Bearbeitung soll diese Arbeit liefern, um eine ganzheitliche Versorgung der Bevölkerung zu fördern. Des Weiteren zeigt sich biopsychosoziale Forschung als notwendig, um in einem komplexen Gegenstandsbereich mit interdisziplinären Spannungsfeldern eine sozialarbeiterische Berufsidentität zu formen (vgl. Gahleitner 2013:49).

Vorliegende Forschungsarbeit zielt darauf ab die Umsetzung des biopsychosozialen Modells im Rahmen des Community Nursing Projekts zu beleuchten. So sollen die psychosozialen Dimensionen der Herausforderungen, mit denen sich Community Nurses in Österreich konfrontiert sehen, herausgearbeitet und mit den Möglichkeiten einer interprofessionellen Zusammenarbeit, wie sie für eine biopsychosoziale Arbeitsweise nötig ist, gegenübergestellt werden. Ein besonderer Fokus wird hierbei auf die Soziale Arbeit gelegt, da sich diese als bedeutsam sieht, um die soziale Dimension von Gesundheit fachlich zu bearbeiten.

1.3 Aufbau

Zu Beginn der Arbeit wird der Forschungs- und Problemhintergrund dargestellt. Hier wird ein Blick auf die Rahmenbedingungen des Community Nursing in Österreich gelegt, da diese die Grundlage für die Handlungsspielräume der Community Nurses darstellen. Darauf aufbauend

ergibt sich der Verwertungszusammenhang anhand der Erläuterung des aktuellen Verständnisses sowie unterschiedlicher Erklärungsansätze von Gesundheit und Krankheit. Im weiteren Verlauf werden daraus die Forschungsfragen abgeleitet und formuliert.

Aufgrund der Fragestellung wurde das Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit gewählt, welches sich im Aufbau in Forschungsfeld, Feldzugang, Erhebungsplan sowie Erhebungs- und Analysemethoden gliedert, und damit Transparenz über den Forschungsprozess bieten soll. Im Ergebnisteil werden die Resultate aus den erhobenen Daten präsentiert, und in Bezug zum Stand der Forschung sowie den Rahmenbedingungen gesetzt. Um einen zusammenfassenden Überblick über die behandelte Thematik zu erhalten, wird im Schlussteil ein Fazit, unter Berücksichtigung der Limitationen dieser Forschungsarbeit, gezogen. Dieses mündet in einem Ausblick, welcher die Bedeutung der Ergebnisse für das Community Nursing Projekt behandelt.

2 Forschungs- und Problemhintergrund

In diesem Teil der Arbeit wird der Forschungs- und Problemhintergrund, unter Berücksichtigung aktueller Literatur, erläutert. Nach Darstellung des Konzeptes Community Nursing in Österreich erfolgt vor diesem Hintergrund eine Auseinandersetzung mit relevanten Erklärungsansätzen zur Entstehung von Gesundheit und Krankheit. Ein spezifischer Fokus wird hierbei auf das biopsychosoziale Modell gelegt.

2.1 Das Community Nursing Projekt / Rahmenbedingungen

Community Nursing ist ein Pilotprojekt, welches von der EU im Rahmen des österreichischen Aufbau- und Resilienzplans (kurz RRF) im Zeitraum von 2022 bis 2024 gefördert wird. Verantwortet und geleitet durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erfolgt die Begleitung sowie Umsetzung durch die Gesundheit Österreich GmbH, welche auch ein umfangreiches Monitoring sowie eine umfassende Evaluierung durchführt. Gemeinden, Städte und Sozialhilfeverbände waren eingeladen mittels Einreichung von Förderprojekten an dem Community Nursing Projekt teilzunehmen. Mit Stand von Juni 2023 sind 119 Projekte in der Umsetzung (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023a).

2.1.1 Begriffsdefinitionen

Das Konzept des Community Nursing, welches auch in anderen Ländern umgesetzt wird, unterliegt international noch keiner einheitlichen Begriffsdefinition und somit auch noch keiner einheitlichen Ausbildung. Eine freie Übersetzung der englischsprachigen Definition der WHO wurde von der Gesundheit Österreich GmbH umgesetzt, in der Community Health Nursing als eine:

„Disziplin der Gesundheits- und Krankenpflege zu verstehen ist, welche die Fähigkeiten aus der Gesundheits- und Krankenpflege mit jenen von Public Health und dem Sozialbereich verbindet und im Rahmen von Public-Health-Programmen Aufgaben der Gesundheitsförderung, die Verbesserung sozialer und physischer Umweltfaktoren sowie die Rehabilitation von Krankheiten und Behinderungen übernimmt“ (Kozisnik et al. 2021:4).

Eine Ähnlichkeit der Begriffsdefinition besteht hier mit dem Konzept des Public Health Nursing, welches jedoch einen spezifischeren Fokus auf die Gesamtbevölkerung legt (vgl. Swider et al. 2013).

Die Bandbreite an verschiedenen, internationalen Begriffsdefinitionen bedingt auch eine Vielzahl an unterschiedlichen Voraussetzungen zur Ausübung des Berufes. Diese reichen von hochspezialisierten Pflegepersonen mit Masterabschluss (Advanced Practice Nurses), die autonom vielfältige Aufgaben übernehmen, bis hin zur mobilen Gesundheits- und Krankenpflege, wie beispielsweise der Hauskrankenpflege (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023b), (vgl. Prade 2023). Eine Gemeinsamkeit stellt eine Sozialraumorientierung dar, die durch eine wohnortnahe Dienstleistung beziehungsweise einer Dienstleistung zu Hause gekennzeichnet ist (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023b).

2.1.2 Community Nursing in Österreich

In Österreich übernehmen die Pflegefachkräfte im Rahmen des Community Nursing vor allem individuelle Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, führen dabei aber selbst keine Pflege Tätigkeiten durch. Mittels präventiven Hausbesuchen, Beratung, Vermittlung, Vernetzung und Koordination sowie Schulung der Nutzer:innen und deren Zu- und Angehörigen, sollen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit mindestens 2 Jahren Berufserfahrung, Gesundheitsförderung sowie Krankheitsprävention forcieren (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023a). Hauptzielgruppen sind dabei ältere, hochbetagte Personen, die noch keine mobilen Dienste oder andere Pflegeangebote nutzen, sowie deren An- und Zugehörigen. Diese Zielgruppe kann optional, je nach regionaler Bedarfslage, erweitert werden (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023b).

Die Umsetzung auf kommunaler Ebene ist durch einen niederschweligen Zugang sowie der Wohnortnähe gekennzeichnet und soll die Versorgung der Bevölkerung in gesundheitlichen Themen verbessern. Durch die Erhebung von aktuellem und zukünftigem Pflegebedarf und der darauf aufbauenden, zielgerichteten Ausrichtung unterstützender Maßnahmen, soll das selbstständige Leben im eigenen Haushalt möglichst lange aufrechterhalten bleiben (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023c).

Die Tätigkeiten und Aufgaben der Community Nurses in Österreich orientieren sich dabei am Public Health Intervention Wheel (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023d), welches vom Minnesota Department of Health, in Zusammenarbeit mit Public Health Nurses, ausgearbeitet wurde (vgl. Minnesota Department of Health 2019:8). Die bevölkerungsbezogenen Interventionen vollziehen sich hierbei auf drei Ebenen, dem Individuum bzw. den Familien, den Gruppen und Gemeinschaften sowie dem System. Die Aufgaben und Tätigkeiten auf diesen Ebenen beinhalten fünf Kerngebiete, von denen sich die

Community Nursing Projekte in Österreich (vgl. Kozisnik et al. 2021:5–8) auf die folgenden vier konzentrieren:

- **Monitoring und Erhebung:** Durch Bedarfserhebung werden aktuelle Lebenssituation und Gesundheitszustand sowie vorhandenes oder künftiges Versorgungsangebot eruiert, dokumentiert, und erforderliche Maßnahmen geplant.
- **Information, Edukation und Beratung:** Vorbereitung auf künftige Pflege- und Betreuungsaufgaben und Unterstützung in der Bewältigung von Pflege- und Betreuungsaufgaben. Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen wie Schulungen, gemeinsamen Aktivitäten, etc.
- **Pflegeintervention, Koordination und Vernetzung:** Organisation, Koordination und Vermittlung passender Pflege-, Betreuungs- und Gesundheitsförderungsangebote. Vernetzung und interprofessionelle Zusammenarbeit im (regionalen) Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen.
- **Fürsprache und Interessensvertretung:** Parteilichkeit für die gesundheitlichen Anliegen und Interessen der Zielgruppe.

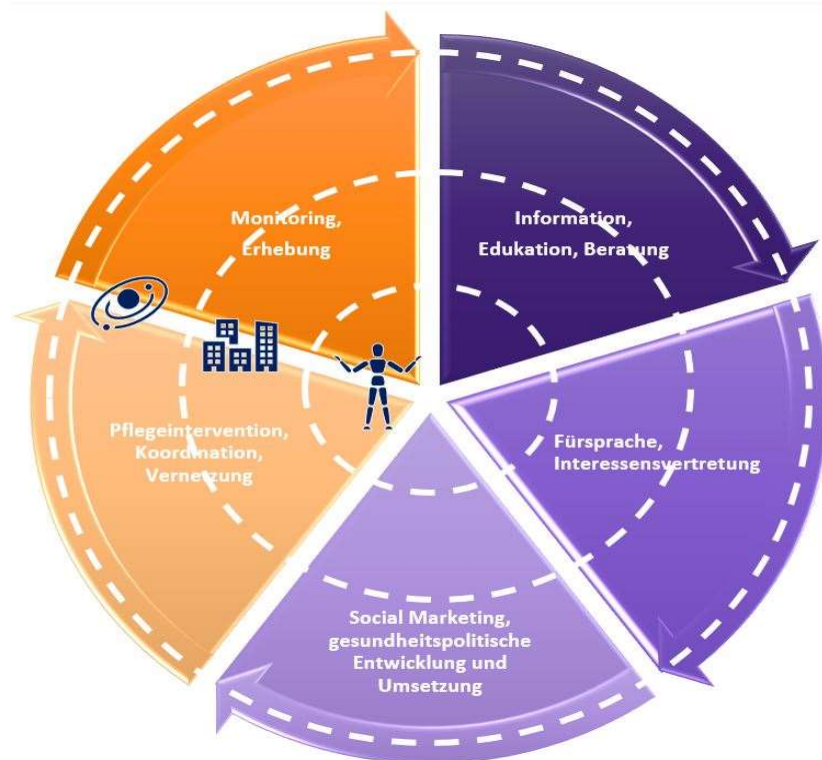


Abb. 1: Angepasste Darstellung der fünf Sektoren des Public Health Interventionsrades in Anlehnung an das Minnesota Department of Health (2019). Darstellung Unger 2022

2.2 Stand der Forschung / Problemaufriss / Forschungsinteresse

Das übergeordnete Ziel der Community Nursing Projekte in Österreich stellt die Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung dar. Die Gesundheitskompetenz soll gestärkt und das Wohlbefinden erhöht werden (vgl. ebd.:2). Was ist aber genau unter

Gesundheit zu verstehen? Welche Erklärungsmodelle gibt es für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit und welche Relevanz hat ein biopsychosozialer Zugang zu dieser Thematik in Zusammenhang mit dem Community Nursing Projekt? Der Einbezug verschiedener Ebenen soll zu einem besseren Verständnis der derzeitigen Situation im Umgang mit Gesundheit und Krankheit beitragen.

2.2.1 Gesundheit und Krankheit

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (1948:1) ist „Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ Diese Definition versteht Gesundheit also nicht nur in der körperlichen Dimension, sondern auch in den Dimensionen des Sozialen und des Psychischen.

Aber ist Gesundheit auch messbar? Wenn ja, wie? Die Beobachtung von Gesundheit und Krankheit erfolgt anhand von körperlichen, psychischen und sozialen Symptomen. Gesundheit und Krankheit sind demnach für sich nicht empirisch fassbar. Sie entsprechen Konzepten, die anhand von Symptomen erklärt werden. Am Beispiel Brustkrebs ist dieser anhand von einem bösartigen Tumor in der Brust erkennbar. Für das Konzept Gesundheit gibt es keine eindeutig positiven, d.h. direkt beobachtbaren Merkmale. Deshalb verläuft die Betrachtung von Gesundheit zwangsläufig über die Erfassung von Symptomen der Nicht-Gesundheit (vgl. Hafen 2007:33f).

In Bezug auf das biopsychosoziale Modell werden wesentliche Erklärungsansätze für Gesundheit und Krankheit im Folgenden näher betrachtet.

2.2.2 Salutogenese

Der Begriff Salutogenese setzt sich zusammen aus den Wörtern salus (lat.: Unverletztheit, Heil, Glück) und genese (gr.: Entstehung) und fragt danach, was Gesundheit hervorbringt. Der Begriff entstand als Gegenpart zur medizinischen Disziplin der Pathogenese. Das Modell der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky entwickelt, der dieses in seinen beiden Hauptwerken von 1979 und 1987 formulierte (vgl. Bengel et al. 2006:24).

Aaron Antonovsky führte eine Untersuchung an Frauen verschiedener, ethnischer Gruppen durch. Die untersuchten Frauen waren in Zentraleuropa geboren und teilweise in Konzentrationslagern untergebracht. Dabei fiel ihm auf, dass sich 29% der ehemals inhaftierten Frauen trotz der extremen Stressoren, denen sie ausgesetzt waren, in einem guten mentalen Zustand sahen (vgl. Antonovsky 1997:13f). So entstand die zentrale Fragestellung der Salutogenese: Warum bleiben manche Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Faktoren gesund, während andere erkranken?

Die zentralen Elemente des Modells der Salutogenese sind das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, die Stressoren und die allgemeinen Widerstandsressourcen sowie das

Kohärenzgefühl, wobei das Kohärenzgefühl das bedeutendste Element ist (vgl. Bengel et al. 2006:28). Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum soll nach Antonovsky die Dichotomie, die absolute Trennung von gesund und krank überwinden und beschreiben, dass ein Mensch immer sowohl kranke als auch gesunde Anteile in sich hat. Er bewegt sich immer zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit (vgl. ebd.:32). Widerstandsressourcen definierte Antonovsky als Faktoren, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern können und damit die Widerstandsfähigkeit der einzelnen Personen erhöhen. Diese können in einer Vielzahl von Situationen wirksam werden und umfassen individuelle (körperliche Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien, etc.) als auch soziale und kulturelle Aspekte (soziale Netzwerke, finanzielle Situation, biografische und familiäre Bedingungen, etc.) (vgl. ebd.:34). Das Kohärenzgefühl, auch „Sense of Coherence“ (SOC) genannt, bezeichnet eine Stimmigkeit der Dinge, die eine Person für sich definiert - eine individuelle Grundeinstellung gegenüber der Welt und dem eigenen Leben.

2.2.3 Determinanten der Gesundheit

Die Salutogenese sowie die Pathogenese sind von unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten abhängig, die einerseits biologische Faktoren als andererseits auch zahlreiche Umwelt- bzw. Verhältnisfaktoren beinhalten. Die oben angeführte Gesundheitsdefinition der WHO spiegelt ebenfalls ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis wider, womit sich Gesundheit und Krankheit nicht auf rein biomedizinische Erklärungsmodelle reduzieren lassen. Das Community Nursing Projekt bezieht sich ebenfalls auf Gesundheitsdeterminanten und nimmt hierfür das Modell nach Dahlgren und Whitehead zu Hilfe (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023b).

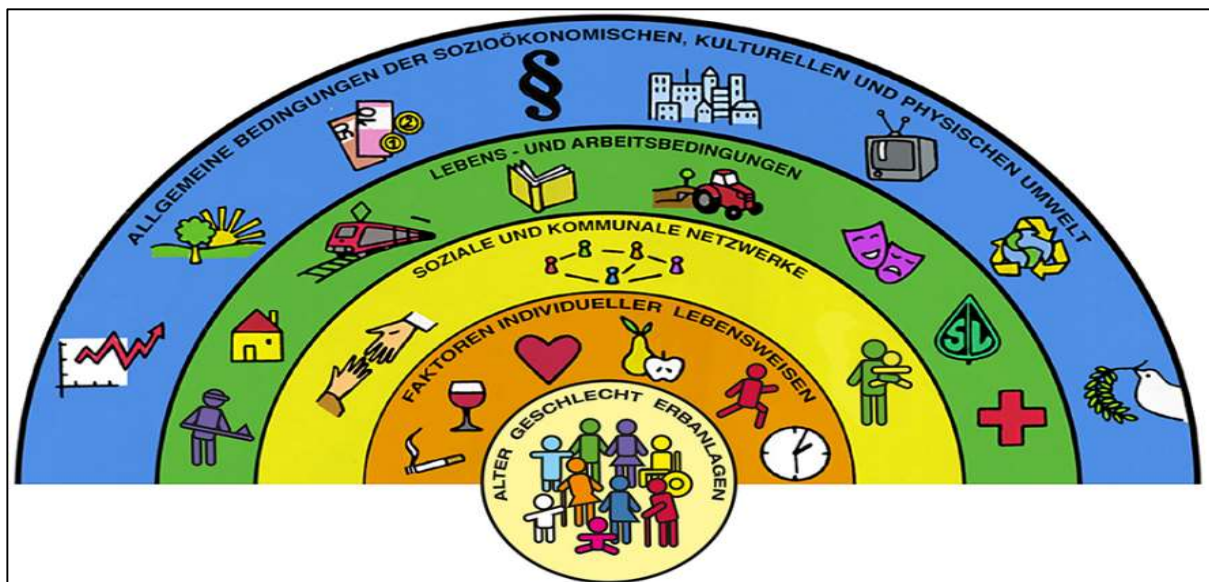


Abb. 2: Gesundheitsdeterminanten, Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991)

Mittels dieser Darstellung werden fünf Ebenen an Einflussfaktoren, die in wechselseitiger Beziehung zueinanderstehen, auf die Gesundheit der Bevölkerung dargestellt, wobei sich diese in feste und modifizierbare Determinanten gliedern lassen. Nicht beeinflussbar sind

Aspekte wie Erbanlagen und Alter, welche den Kern des Modells bilden. Veränderbar sind hingegen alle übrigen Schichten, wie die Faktoren individueller Lebensweisen, soziale und kommunale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Eine Vielzahl dieser Determinanten zeigen sich allerdings als nicht individuell beeinflussbar, sondern bilden strukturelle Bedingungen anhand derer soziale und gesundheitliche Ungleichheiten entstehen. Die Verwobenheit der unterschiedlichen Ebenen bedingt, dass auch das individuelle Gesundheitsverhalten durch darüberliegende, gesellschaftliche Rahmenbedingungen moduliert wird (vgl. Hurrelmann / Richter 2022). So ist beispielsweise das individuelle Wohlbefinden (und auch das Gesundheitsverhalten) abhängig von einer stabilen Integration in eine soziale Gruppe. Beeinflusst werden diese sozialen Netzwerke durch die darüber liegende Ebene der individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Gemeint sind hier unter anderem Arbeitsbelastung, Bildung und Wohnsituation. Diese wiederum sind abhängig von Einflussfaktoren auf der Makroebene, wie dem Rechtssystem, dem Wirtschafts- oder Politiksystem.

Interessant ist darüber hinaus, dass medizinische, pflegerische sowie rehabilitative Versorgung im Rahmen des Gesundheitssystems, wenig zur Vermeidung von Krankheiten beitragen, wohl aber zur Vermeidung von Krankheitsfolgen (vgl. ebd.). Wird Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsprävention in den Fokus gestellt, gewinnen demnach die sozialen Determinanten erheblich an Bedeutung. Potenziale für Gesundheitsförderung sind anhand dieses Modells auf vielfältige Weise sichtbar, sollten aber sowohl individuelle Lebensweisen als auch die Lebensbedingungen adressieren.

Wie sehen hier die Gestaltungsversuche im Rahmen des Community Nursing Projektes aus, welches als Hauptziel die Förderung der Gesundheitskompetenz, und damit die individuelle Ebene, definiert (vgl. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2023a)? Zeigen sich hier Herausforderungen in Bezug auf die oben angeführten sozialen und somit auch gesundheitlichen Ungleichheiten, denen vermutlich nicht ausschließlich durch die Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen begegnet werden kann? Hinzu kommt, dass sich mit fortschreitender Urbanisierung, Individualisierung und Aufbrechen tradierter Familienstrukturen familiäre Strukturen verkleinern (vgl. Biermann 2007:191) und damit entscheidende innerfamiliäre Care-Ressourcen vermutlich nicht mehr ausreichend für die Unterstützung zur Verfügung stehen werden.

Die vorangegangenen Ausführungen legen nahe, dass ein Einbezug der sozialen Ebene erforderlich ist, um der Intention des Community Nursing Projektes, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern (vgl. Kozisnik et al. 2021:2f), zu entsprechen. Wie gestaltet sich nun die Arbeit der Community Nurses in Österreich? Welche Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die psychosoziale Dimension? Um diese Fragestellung zu beleuchten ist ein Blick auf ein weiteres Erklärungsmodell für Gesundheit und Krankheit notwendig. Dieses beschäftigt sich unter anderem mit den wechselseitigen Beziehungen der körperlichen, psychischen sowie sozialen Faktoren und stellt die Grundlage für vorliegende Forschungsarbeit dar.

2.2.4 Das biopsychosoziale Modell

Ein Erklärungsansatz in Bezug auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, welcher die biologische Ebene mit der psychischen und der sozialen verbindet, findet sich im biopsychosozialen Modell.

Das biopsychosoziale Modell geht in seiner Entstehung auf mehrere wissenschaftliche Entwicklungen zurück. Das Risikofaktorenmodell, welches ab den 1950er Jahren Auswirkungen von sozialen und psychologischen Faktoren auf das Krankheitsgeschehen untersuchte, war vor die Herausforderung der Komplexität des Zusammenspiels von biologischen, sozialen und psychischen Elementen gestellt (vgl. Pauls 2013:16). Die Systemtheorie wiederum beleuchtete das Zusammenspiel auf Systemebene und stellte heraus, dass es keine linear-kausalen, sondern zirkuläre Verursachungszusammenhänge sind, die Systeme beeinflussen. Die komplexe, wechselseitige Beziehung wird hier in den Vordergrund gestellt (vgl. ebd.:16f). Eine weitere Grundlage für das biopsychosoziale Modell bot die Stressforschung mit dem allgemeinen Adaptionssyndrom. Die Forschung wies hier nach, dass unabhängig von der Art der Stressauslöser (physisch, psychisch, sozial) dieselben Reaktionsmuster des Organismus hervorgerufen werden (vgl. ebd.:17). Auf vorangegangene wissenschaftliche Entwicklungen aufbauend, formulierte und propagierte George L. Engel in den 1970er Jahren das biopsychosoziale Modell, welches durch eine ablehnende Haltung gegenüber dem reduktionistischen, „biomedizinischen“ Modell charakterisiert war (vgl. ebd.).

„Der Grundgedanke des Engel'schen Modells besteht darin, dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen“ (Jungnitsch 1999: 31 zit. in ebd.:18).

Anhand dieses Modells wird der Einfluss der sozialen Komponenten in die Betrachtung miteinbezogen. Sowohl die individuelle Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit als auch die Behandlung und der Umgang mit einer Krankheit sind von sozialen Einflüssen geprägt (vgl. ebd.). Im Unterschied zur Psychosomatik, die psychische Ursachen für die Entstehung von Störungen körperlicher Vorgänge annimmt, gilt im biopsychosozialen Modell, „dass bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind“ (Egger 2005:4). Darüber hinaus schließt das biopsychosoziale Modell biomedizinische Zugänge nicht aus, erweitert diese aber um die psychosoziale Dimension.

Nach dem biopsychosozialen Modell ist der Mensch Teil eines hierarchisch geordneten Systems, wobei die komplexeren, größeren Einheiten, wie beispielsweise die Biosphäre, die Gesellschaft und die Kultur über den weniger komplexen, kleineren Einheiten angeordnet sind. Der Mensch ist wiederum selbst ein System, welches aus vielen Subsystemen wie Organen und Gewebe bis hin zur molekularen Ebene aufgebaut ist. Diese Ebenen sind nicht isoliert und stehen in einer gegenseitigen Wechselbeziehung (vgl. ebd.:4f). „Ein Ereignis läuft aufgrund der vertikalen und horizontalen Vernetzung mehr oder minder gleichzeitig auf verschiedenen Dimensionen ab, was technisch dem Prinzip der parallelen Verschaltung entspricht“ (ebd.:5). Nicht nur die Genese und Entwicklung von Krankheiten lassen sich biopsychosozial betrachten, auch die Salutogenese bedarf m. E. eines ganzheitlichen Blickwinkels.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist das biopsychosoziale Modell Kritik ausgesetzt. So lassen sich bisher Gesetzmäßigkeiten, die die Beziehung zwischen den einzelnen Ebenen aufzeigen, nicht exakt empirisch nachweisen (vgl. Pauls 2013:19f).

„Um als kohärentes ‚wissenschaftliches Modell‘ gelten zu können, fehle es BPS an Aussagen zu spezifischen Relationen zwischen den beteiligten Komponenten sowie an spezifizierten, operationalisierten Variablen, die es ermöglichen würden, empirisch testbare Hypothesen zu entwickeln“ (ebd.:19).

Weiterentwicklungen des biopsychosozialen Modells wurden unter anderem von Egger (vgl. Egger 2005:7–10) mit dem erweiterten biopsychosozialen Modell vorgenommen. Pauls zufolge ist „[d]er BPS-Entwurf [...] ein „Paradigma im Werden“. Seine metatheoretischen Perspektiven und vielfältige empirische Belege geben Impulse für die Entwicklung hin zu einer tatsächlichen Paradigmenänderung“ (Pauls 2013:27).

Ebenso wie die Gesundheitsdeterminanten rekurriert das biopsychosoziale Modell auf den Einbezug der psychosozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit. Lange Zeit wurden Gesundheit und Krankheit aus rein biomedizinischer Sicht betrachtet (vgl. Holst 2022). Dies blendet allerdings die psychische sowie soziale Ebene aus, wobei sich die soziale als am wenigsten mitgedacht zeigt. Dies lässt sich allein schon an der Hierarchie im Gesundheitssystem beobachten, in dem Ärzt:innen und damit die biologische, körperliche Ebene an oberster Stelle stehen. Die Psychologie, welche durch das Psychologengesetz eine rechtliche Grundlage besitzt und damit die Tätigkeit im Gesundheitswesen klar definiert ist, deckt in erster Linie die psychische Ebene des biopsychosozialen Modells ab. Die Profession der Sozialen Arbeit, und damit auch die soziale Ebene, verfügt demgegenüber aber nicht einmal über ein eigenes Berufsgesetz. Ortmann und Schaub (zit. in Pauls 2011:32) zufolge ist es nicht weiterhin akzeptabel, dass „der biologische Zugang der gesellschaftlich akzeptierte, der psychologische der in Grenzen gewollte und der soziale als der vernachlässigte angesehen werden kann“. Die Relevanz des Einbezugs der sozialen Dimensionen wurde in vorangegangenen Ausführungen bereits erläutert. Auch Egger (vgl. 2005:3) zufolge hat sich die biopsychosoziale Sichtweise aber nach wie vor in der Medizin noch nicht durchgesetzt. Das biomedizinische Modell zeigt sich weiterhin als vorherrschend, was an der Menge an biologisch-medizinischer Wissenschaftspublikationen sichtbar wird (vgl. ebd.). Es gilt innerhalb der Medizin verständlich zu machen, dass die psychosoziale Sichtweise kein Gegenpart der biomedizinischen ist, sondern Verbündeter für eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung (vgl. ebd.:12).

Dieses Verständnis der wechselseitigen Beziehungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Komponenten scheint dementsprechend für die Herangehensweisen im gesamten Gesundheitswesen und somit, mit dem Fokus auf vorliegende Arbeit, auch für das Community Nursing Projekt von Relevanz, welches einen mehrperspektivischen Zugang zu Gesundheit proklamiert (vgl. Kozisnik et al. 2021:2).

2.3 Forschungsfragen

In dieser Forschungsarbeit wird die Versorgungssituation, im Rahmen des Community Nursing Projekts aus Sicht der Community Nurses, dargestellt und in Bezug zum biopsychosozialen Modell gesetzt. Herausforderungen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsformen sollen aufgezeigt, kritische Perspektiven eingenommen und Entwicklungsmöglichkeiten dargestellt werden.

■ Hauptforschungsfrage:

Wie gestaltet sich die Versorgung anhand des biopsychosozialen Modells durch Community Nurses im Rahmen des Community Nursing Projektes?

■ Subforschungsfrage 1:

Welche spezifischen Herausforderungen ergeben sich in Bezug auf die psychosoziale Dimension des biopsychosozialen Modells in ihrem Arbeitsbereich und wie werden diese bewältigt?

■ Subforschungsfrage 2:

Wie werden Community Nurses bei der Bewältigung dieser Herausforderungen unterstützt und wie wird diese Unterstützung wahrgenommen?

3 Forschungsdesign

Für diese Arbeit ist ein qualitativer Forschungsansatz vorgesehen. Das dadurch verfolgte Ziel liegt in der Erhebung von subjektiven Sichtweisen der involvierten Personen. Diese Betrachtung soll Zusammenhänge und Prozessabläufe in ihrer Komplexität sichtbar machen.

3.1 Forschungsfeld / Feldzugang / Erhebungsplan

Das relevante Forschungsfeld bezieht sich auf Community Nurses in Österreich, die innerhalb des von der EU geförderten Community Nursing Projekts, beschäftigt sind. Diese können einerseits über die Gemeinden, über eine Trägerorganisation oder freiberuflich tätig sein. Die Kontaktaufnahme fand telefonisch sowie schriftlich über E-Mail-Anfragen statt.

Im Rahmen des Bachelorprojektes wurden von der Projektgruppe „Community Nurse“ dreizehn leitfadengestützte Interviews geführt. Aus diesen Interviews wurden für vorliegende Arbeit sechs Interviews verwendet. Bei zwei dieser sechs Interviews waren jeweils zwei Community Nurses an der Befragung beteiligt. Somit greifen die Ergebnisse auf Aussagen von acht Community Nurses zurück.

Die Samplingentscheidungen wurden nach unterschiedlichen Kriterien getroffen, um ein vielfältiges Spektrum in die Forschung miteinzubeziehen. Die für diese Forschungsarbeit befragten Community Nurses sind in vier verschiedenen Bundesländern tätig. Des Weiteren weisen die gewählten Regionen einen differenten Grad der Urbanisierung auf. Darüber hinaus unterscheiden sich die Community Nurses in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, das Ausbildungsniveau sowie die Berufserfahrung. So weisen vier der Community Nurses ein Studium vor und zwei ein Diplom. Bei den weiteren zwei Befragten liegen keine Daten zum Ausbildungsgrad vor. Ein weiteres Samplingkriterium betrifft die Anstellungsart (Gemeinde, Trägerorganisation oder freiberuflich) und ob allein oder im Team gearbeitet wird. Sechs der Community Nurses sind bei der Gemeinde angestellt (eine Person war zuerst freiberuflich tätig, wurde aber in weiterer Folge von der Gemeinde übernommen), eine Person ist freiberuflich und eine weitere über eine Trägerorganisation tätig. Im Team arbeiten sechs der acht befragten Community Nurses.

3.2 Erhebungsmethode

Mittels Leitfadeninterview soll ein möglichst großes Spektrum an relevanten Details erhoben werden, um einen umfassenden Blick auf die Thematik zu erhalten, und um weiterführend zu einer Beantwortung der Forschungsfragen zu gelangen. Durch den Einsatz eines Leitfadeninterviews unter der von Helfferich (vgl. 2004:161) angestrebten Maxime der möglichst großen Offenheit und Flexibilität, wird der relevante Themenbereich einerseits vorstrukturiert und andererseits, durch erzählauffordernde Einstiegsfragen ein individueller Erzählraum, in der die Arbeitssituation als Community Nurse möglichst frei geschildert werden kann, generiert. Der für vorliegende Arbeit verwendete Interviewleitfaden ist im Anhang ersichtlich. Im Forschungsvorhaben werden alle Namen anonymisiert und unter einem Pseudonym geführt.

3.3 Analysemethode

Als Analysemethode wird die strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen, qualitativen Datenmaterial von Auer-Voigtländer und Schmid (vgl. 2017) verwendet. Da das Forschungsvorhaben an den manifesten Inhalten des Datenmaterials interessiert ist, und die Interviewmethode leitfadengestützt umgesetzt wurde, und somit bereits vorstrukturiert vorliegt, ist ein Wissenstransfer durch diese Methode durchführbar und zielführend. Das Herausarbeiten bestimmter Strukturen des Datenmaterials, mittels dieser Analysemethode, ermöglicht eine Kategorisierung anhand derer die Herausforderungen, Bewältigungsstrategien und Unterstützungsformen, im Bezug zum biopsychosozialen Modell, sichtbar gemacht und anschließend in dieser Arbeit dargestellt werden können.

4 Ergebnisdarstellung

Anhand des durchgeführten Forschungsdesigns wurden zahlreiche Ergebnisse exploriert, welche in diesem Kapitel zusammengefasst dargestellt werden. Um einen umfassenden Blick auf die Thematik zu gewährleisten, wird zu Beginn auf die Einschätzung der Community Nurses im Hinblick auf die Rahmenbedingungen eingegangen. Anschließend werden die Aufgabengebiete der befragten Personen, mit dem Schwerpunkt auf soziale Problemlagen, beleuchtet und fortlaufend in Bezug zum biopsychosozialen Modell gesetzt.

4.1 Rahmenbedingungen aus Sicht der Community Nurse

In diesem Kapitel werden ausgewählte Aspekte der Rahmenbedingungen aus Sicht der Community Nurses behandelt, da diese Gesichtspunkte Einflussfaktoren auf die Gestaltungsmöglichkeiten darstellen.

4.1.1 Zugang / Kontext

In drei der sechs Interviews wurde die Gemeindenähe und der niederschwellige Zugang zum Angebot thematisiert (vgl. TI2 2023:Z626-643, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z496-508, TI6 2023:Z347-350). Da die Gemeinde einen gewissen Vertrauensbonus in der Bevölkerung genießt, wird die Hürde, Kontakt mit der Community Nurse aufzunehmen, als niedriger eingestuft (vgl. TI6 2023:Z52-62). Auch die kurzen Wege - beispielsweise, wenn andere Erledigungen am Gemeindeamt abgewickelt werden, kann in diesem Zuge auch ein Austausch mit der Community Nurse stattfinden - werden als Vorteil durch die Gemeindenähe gesehen (vgl. TI4 Sprecher:in 2 2023:Z508-521). Im Falle der direkten Anstellung über die Gemeinde bzw. des direkten Sitzes auf dem Gemeindeamt, wird die Unabhängigkeit von einer Trägerorganisation oder von einem Pflege- und Betreuungszentrum in einem der Interviews als positiv hervorgehoben (vgl. TI4 Sprecher:in 2 2023:Z2170-2178, Z2191-2197).

Eine Community Nurse einer kleinen Marktgemeinde in Niederösterreich teilt folgendes zum Thema Klient:innenzugang mit:

„Der Vorteil von Community Nursing ist halt wirklich dieser niederschwellige, lokale Zugang und die Gemeinde ist halt da eine gute Institution, weil die Gemeinde einfach eine gute Vertrauensbasis in der Gesellschaft hat und da einfach ein Vertrauensvorschuss in der Bevölkerung schon da ist“ (TI6 2023:Z53-56).

Dies deutet darauf hin, dass die Gemeindenähe eine Art von Sicherheit bietet, die die Hürde der Kontaktaufnahme bzw. Nutzung des Angebotes zu mindern scheint. Im selben Zusammenhang wird in einem weiteren Interview mit einer Community Nurse einer kleinen Stadt in Niederösterreich deutlich gemacht, dass der Zugang über die Gemeinde erhalten bleiben soll, während eine Ablehnung, das Angebot über einen Träger bereitzustellen, ersichtlich wird.

„Und für mich wär, für mich persönlich wäre es ganz wichtig, dass das in XY in der Gemeinde bleibt. Dass das nicht in irgendeinen Träger geht oder irgendeine HKP“ (T14 Sprecher:in 2 2023:Z2170-2171).

Dies wird hier ebenfalls in Zusammenhang mit Sicherheit bzw. Transparenz gebracht und erläutert, dass bei Anstellung über einen Träger ein verborgenes Motiv der Klient:innen aquise dahinterstecken könnte. So wird von ihr weiter thematisiert mit:

„Es gibt schon a Leute wo ich sag im Hintergrund, die haben im Hintergrund dann schon Pflegepersonen oder so, wo die kommen zum Hausbesuch und nachher schicken sie eine Pflegerin. Ja das. Nein, weil dann will ich was verkaufen. Im Endeffekt rennts auf das raus. Das möchten wir eigentlich überhaupt nicht“ (T14 Sprecher:in 2 2023:Z2205-2208).

Um eine biopsychosoziale Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projekts zu ermöglichen, scheint ein niederschwelliger Zugang, der auch Sicherheit bietet, eine Voraussetzung zu sein. Das Erfordernis eines niederschwelligen Zugangs im Rahmen der Primärversorgung, wo auch die Community Nurses verortet sind (vgl. Potzmann 2021), trifft m. E. ebenso auf die Soziale Arbeit zu. Fritz (vgl. 2018:75–79) stellt in diesem Zusammenhang die Bedeutung an niederschwelliger Sozialer Arbeit für eine biopsychosoziale Vorgehensweise heraus, sobald eine medizinisch/biologische Lösung nicht ausreicht. Dies ist unter anderem bei psychosozialen Krisen wie Trennung, Jobverlust, Krankheit, drohender Wohnungsverlust, etc. der Fall. In diesen herausfordernden Situationen scheint ein unmittelbar greifbares Angebot notwendig, um die Betroffenen zu erreichen und somit eine rasche Unterstützung zu ermöglichen (vgl. ebd.:78). Des Weiteren ist aus der Sozialepidemiologie bekannt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung durch soziale Ungleichheiten gekennzeichnet ist. Soziale Arbeit könnte hier einen Beitrag leisten, um diese zu erkennen und geeignete Maßnahmen für mehr Chancengleichheit zu ergreifen (vgl. Homfeldt / Sting 2005:44).

Niederschwelligkeit sowie die Art der Ansiedelung des Angebotes (Gemeinde, Träger, Pflege- und Betreuungszentrum) scheinen Faktoren zu sein, die die Möglichkeit eine biopsychosoziale Versorgung zu gewährleisten, zu determinieren. Ein weiterer Aspekt der Rahmenbedingungen behandelt die Bedarfslage sowie die Ausgestaltung des Community Nursing Projektes, worauf im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

4.1.2 Bedarfslage / Ausgestaltung

Die bedarfsgeleitete Ausgestaltung der Projekte wird von zwei befragten Community Nurses als wichtig erachtet, um die individuellen Bedürfnisse der Bevölkerung der unterschiedlichen Gemeinden abzudecken, während ein Programm, welches pauschal für alle Gemeinden gleich ausgerichtet ist, nicht als zielführend angesehen wird (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z454-458, T12 2023:Z209-213). Die Offenheit in der Pilotphase des Community Nursing Projektes scheint hier die nötige Flexibilität zu ermöglichen. Aussagen der Befragten spiegeln wider, dass eine vorangestellte Bedarfserhebung nötig ist, um ein entsprechendes Angebot bereitzustellen (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z454-458, T12 2023:Z209-213). Der Fokus wurde hier auf den Pflegebereich gelegt. So wurde in einer Stadtgemeinde der Bedarf an Praxiskursen, Schulung und Edukation sowie der präventiven Hausbesuche und der Pflegevorsorge erhoben (vgl. T12 2023:Z39-116). Eine Bedarfserhebung mit Bezugspunkten zum biopsychosozialen Modell,

könnte auch psychosoziale Bedürfnisse sichtbar werden lassen, ist aber aus dem erhobenen Datenmaterial nicht ersichtlich.

Die Aussagen deuten darauf hin, dass das Hauptaugenmerk auf der Förderung biologischer Aspekte liegt. So thematisiert eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark in diesem Zusammenhang folgendes:

„Zum Beispiel beim Backe, backe Kuchen. Oder Kekse ah backen. Das war auch ein Thema da ist es um Fingermobilität gegangen und Arthroseeinschränkungen zum Beispiel. Und es hat halt a immer den Effekt im Hintergrund, dass die soziale Teilhabe gefördert wird“ (TI2 2023:Z79-82).

Die Wirkung der Förderung der sozialen Teilhabe im Rahmen von Praxiskursen wird zwar erkannt, bleibt aber als positiver Nebeneffekt eher im Hintergrund und erscheint fachlich nicht intendiert. Eine Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich merkt in Verbindung zur biologischen Fokussierung an:

„Also wir sehen natürlich oft nur den pflegerischen Aspekt und stehen dann an, wenn es um soziale Dinge geht. Darum ist es meiner Meinung nach extrem wichtig, wenn man eine gute Versorgung in der Gemeinde haben will, dass die Sozialarbeit auch dabei ist“ (TI1 Sprecher:in C 2023:Z120-123).

Dies lässt erkennen, dass neben der eigenen Konzentration auf den pflegerischen Aspekt gleichzeitig auch die Wichtigkeit der Bearbeitung der sozialen Dimension festgestellt wird, was wiederum in Verbindung mit einer guten Versorgung gebracht wird. Die Deckung dieses Bedarfes wird hier der Sozialen Arbeit zugedacht. Darauf aufbauend könnte ein biopsychosozial ausgerichtetes Angebot bereitgestellt werden.

Da wie Engel herausstellt eine Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Komponenten besteht (vgl. Pauls 2011:98), sollte eine biopsychosoziale Ausgestaltung des Angebotes, dem dynamischen Zusammenspiel dieser Ebenen gerecht werden. Die Wichtigkeit des psychosozialen Bestandteiles sollte fachlich gleichrangig behandelt werden, da psychosoziale Integration sowie soziale Unterstützung laut Pauls zu den besten protektiven Faktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sowie zu den besten Heilmitteln zählen (vgl. ebd.:32).

4.1.3 Ziel

Als Ziel des Community Nursing Projektes wird Prävention, der längere Verbleib im Eigenheim und eine damit einhergehende Entlastung des Gesundheitssystems am häufigsten genannt (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z94, Sprecher:in C 2023:Z81-82, TI2 2023:Z97, TI6 2023:Z32-38, Z347-350).

Die Prävention gliedert sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wobei die Primärprävention vor der Entstehung eines Problems ansetzt und auf die gesamte Bevölkerung abzielt. Sekundärprävention versucht bestimmte definierte Risikogruppen (z.B. Männer* mit Migrationsbiografie, Menschen mit einer Suchterkrankung, etc.) zu erreichen,

während sich Tertiärprävention bereits Erkrankten zuwendet (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2023).

In einer Befragung wurde von einer Community Nurse, die für kleine Gemeinden im Burgenland zuständig ist, folgendes thematisiert:

„Ich glaub im österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen sind ma noch im, in der Akut-Care ja, in dem wir schaffens oftmals nicht die Feuer zu löschen und leider noch weit entfernt von der Primärprävention, wo eigentlich Community Nursing laut Projektziel hin soll. Und das seh ich auch in meiner Praxis“ (T13 2024:Z63-67).

Diese Aussage deutet darauf hin, dass die Ausrichtung auf Primärprävention grundsätzlich intendiert, in der Praxis aber noch nicht ausreichend umsetzbar ist. In einem anderen Interview wird hierzu angeführt, dass sie zu Beginn des Projektes meist bei akutem Bedarf kontaktiert wurden, mittlerweile würden sich aber auch die präventiven Anrufe häufen (vgl. T12 2023:Z86-88).

Lampert (vgl. 2007:25f) beschreibt diesbezüglich, dass in der Primärprävention sowie der Gesundheitsförderung oftmals Projekte zur Verhaltensprävention, welche das individuelle Verhalten beeinflussen sollen, priorisiert werden, während auf lebensweltbezogene und partizipativ gestaltete Maßnahmen, die auf die Gestaltung von Lebens- und Umweltverhältnissen (z.B. sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen) abzielen, wenig Bedacht genommen wird. Es stellt sich auch als weniger komplex dar verhaltenspräventive Ansätze anstelle von gesellschaftlichen Veränderungen umzusetzen (vgl. ebd.:26). Auch in den Interviews wird die Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Schulung der Selbsthilfefähigkeiten thematisiert (vgl. T16 2023:Z270-276), was eine Fokussierung auf die individuelle Ebene vermuten lässt. Auf Verhältnisebene werden fehlende Pflegefachkräfte bzw. Pflegedienstleistungen in drei Interviews behandelt (vgl. T13 2024:Z79-85, T14 Sprecher 2 2023:Z169-177, T16 2023:Z347-350), womit ein Hauptaugenmerk auf der biologischen Dimension zu liegen scheint. In zwei Interviews wird auf fehlende soziale Angebote wie ein Nachbarschafts- oder Jugendzentrum in der Gemeinde hingewiesen (vgl. T12 2023:Z519-520, T14 Sprecher 2 2023:Z2607-2609), was auf eine Bedarfserfassung über die biologische Ebene hinaus hindeutet. Hier gibt eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark aber zu bedenken:

„Wir haben nix für Jugendliche irgendwas, ich mein wir haben Jugend am Werk. Das ist wieder was anderes. Aber uns fehlt wirklich so eine Person“ (T12 2023:Z519-521).

Diese Aussage legt die Interpretation nahe, dass sowohl Angebote, die auf die soziale Dimension abzielen, also auch eine Person, die mit dieser Ebene fachlich umzugehen weiß, fehlen.

Zur Stärkung von Primärprävention und Gesundheitsförderung sind partizipative Lebensweltveränderungen zu fördern, die den Zusammenhang zwischen Veränderung von Kontextbedingungen und Stärkung individueller Ressourcen berücksichtigen (vgl. Lampert 2007:27). Franzkowiak (vgl. 2003:6) erwähnt hierzu, dass eine „gelingende, im Sinn des Wortes und der Taten ‚ganzheitliche‘ Gesundheitsarbeit immer eine inter-disziplinäre, inter-

sektorale und multi-professionelle Aufgabe sein kann und muss“. Die Soziale Arbeit versteht sich hier als Profession, die ihren fachlichen Beitrag zur Bearbeitung der sozialen Dimension im Sinne der Prävention bzw. Gesundheitsförderung leisten kann.

4.1.4 Ausbildung / Erfahrung

Bezüglich des Ausbildungsgrades der befragten Community Nurses konnte erhoben werden, dass vier Personen ein Studium im Pflegebereich absolviert haben (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z27-28, TI2 2023:Z1198-1199, TI5 2023:Z152-155, TI6 2023:Z100-101). Der Bedarf an einer einheitlichen Ausbildung wurde in einem Interview von einer Community Nurse aus einer großen Marktgemeinde in Niederösterreich thematisiert mit:

„Also ich hab Advanced Nursing Practice studiert und ich merke auch bei mir Lücken wo ich ma denke okay da fehlt mir eigentlich no was [...] ja obs jetzt Familienkonferenz oder was auch immer is. Also wo ich ma denk ah da sind schon Themen wo ma vielleicht noch besser ansetzen könnte. Und do denk i ma brauchts schon langfristig meiner Ansicht nach ah auch ein einheitliches Niveau was ah Ausbildung und Kenntnisse betrifft und Kompetenzen“ (TI5 2023:Z396-402).

Diese Aussage deutet darauf hin, dass einerseits ein einheitliches Ausbildungsniveau der Community Nurses als angezeigt erachtet wird, während andererseits auch eigene Wissenslücken thematisiert werden. Der dazu angeführte unausgefüllte Lernbereich scheint hier im Zusammenhang mit der sozialen Dimension zu stehen.

Des Weiteren scheint für eine erfolgreiche Tätigkeit als Community Nurse ein breites Spektrum an Vorerfahrung, Engagement, Selbstständigkeit und eine offene, zugängliche Persönlichkeit nötig zu sein (vgl. TI2 2023:Z666-669, Z1041-1044, Z1086, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z484-486, Z2023-2025). Im Hinblick auf Erfahrungheit tätigt eine Community Nurse aus einer kleinen Stadt in Niederösterreich im Rahmen des Interviews diese Aussage:

„Man braucht hoit Erfahrung, man muss schon goarbeit haum und net erst 2 Jahre oder so, sondern ein bisschen länger, wo man wirklich s sicher ist und auch vü gsehen hot, weil durt bist du allan in de Familien und da musst du wissen, was du tust oder was du siehst oder wie du reagierst“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z230-233).

Ausreichend Erfahrungheit in der praktischen Ausübung des Berufes als Pflegefachkraft wird hier als Voraussetzung gesehen, um den Anforderungen, vor die man als Community Nurse gestellt ist, gerecht werden zu können. Eine selbstverantwortliche Arbeitsweise erscheint hier als Notwendigkeit. In Bezug auf Vorerfahrungen mit Sozialer Arbeit führt eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark hierzu folgende Aspekte an:

„Und wir haben das öfters, also ganz oft schon gesagt, uns fehlt wirklich die Soziale Arbeit. Ich kenne das aber. Ich war vorher in Graz in an Geriatischen Gesundheitszentrum da ist so, dass jede Station hat eine Sozialarbeiterin gehabt. [...] Das war wirklich, das war mega. Das Team das woar super. Das hat so toll hinghaut. Des hat die ganzen Entlassungen gmacht ois. Und wir haben das Pflegepart gmocht“ (TI2 2023:Z537-545).

Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit werden hier als positiv bewertet. Scheinbar wird der Anteil des Beitrages der Sozialarbeit soweit erkannt und geschätzt, dass eine Lücke an sozialarbeiterischen Ressourcen festgestellt wird. Man könnte

diese Aussage ebenso in Zusammenhang mit den oben angeführten Wissenslücken der Community Nurses betreffend der sozialen Dimensionen sehen. Die fachliche Bearbeitung dieser Ebene könnte der Sozialen Arbeit zugedacht werden, um in Zusammenarbeit mit den Community Nurses eine optimierte, biopsychosoziale Versorgung bereitstellen zu können, in der jede Profession das eigene Spezialwissen zum jeweiligen Fall einfließen lässt.

4.1.5 Arbeitsbedingungen

Eine weitere Herausforderung, in Bezug auf die Arbeitsbedingungen, scheint die Schwierigkeit der Abgrenzung zum Privatleben zu sein, vor allem, wenn die Personen in der Gemeinde, in der sie arbeiten auch wohnhaft sind (vgl. TI2 2023:Z691-698, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z205-214). Eine der Befragten führt hierzu an, dass ein:e Kolleg:in deshalb die Stelle gewechselt habe (vgl. TI2 2023:Z686-687). Einerseits werden die Community Nurses außerhalb der Dienstzeiten auf berufliche Themen angesprochen, andererseits deuten einzelne Aussagen auch darauf hin, dass fehlende Ressourcen bei psychosozialen Akutfällen durch die Community Nurses abgedeckt werden (müssen). Eine Community Nurse aus einer kleinen Stadt in Niederösterreich thematisiert dies mit:

„Aber die waren alle nicht zuständig. Dann hab ich gesagt, da muss doch irgendeine psychosoziale Einrichtung geben, die jetzt akut sowas wie Rat auf Draht für psychisch kranke Menschen muss es doch geben. Na, es gibt nichts. In Wien gibt es das, aber leider nicht in Niederösterreich“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1160-1163).

Auf der einen Seite wird durch diese Aussage ein erfahrener Zuständigkeitsproblem, auf der anderen Seite erlebte, fehlende Ressourcen, zum Ausdruck gebracht. Im Unterschied zum ländlichen könne im großstädtischen Raum darauf zugegriffen werden. Im selben Zusammenhang geht eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark auf folgendes ein:

„Und das war an einem Sonntag wo ich eigentlich keinen Dienst hab. Und das ist halt auch der Nachteil von uns Community Nurses, weil viele haben unsere private Nummer haben oder so. Wenn man dort wohnt, wo man arbeitet. Und nachdem der gesagt hat, er weiß nicht, ob er noch lebt, ist das von meinem Berufsgesetz her. Ich muss agieren. Also bin ich dort hingefahren und im Endeffekt war es dann so, dass er noch gelebt hat und er war nur sehr mit also Drogenkonsum und Alkohol spülte a Rolle“ (TI2 2023:Z421-426).

Die Übereinstimmung von Arbeitsort mit dem Wohnort wird hier als Nachteil thematisiert, da eine Abgrenzung zum Privatleben erschwert erscheint. Ethische/Moralische bzw. berufsgesetzliche Gründe werden in diesem Beispiel von der Befragten angegeben, weswegen sie der geschilderten Anforderung entspricht.

Bezogen auf die psychosoziale Versorgung dürfte das Engagement der einzelnen Community Nurses entscheidend sein, um Lücken im Versorgungssystem hinsichtlich der sozialen Dimensionen zu schließen. Erfolg oder Misserfolg, in der Bearbeitung der psychosozialen Ebene des biopsychosozialen Modells, hängen infolgedessen vermutlich nicht von professionellen Ansätzen ab, sondern von individuellen, persönlichen Faktoren der Community Nurses. Um die erlebten Zuständigkeits- bzw. Ressourcenprobleme zu schließen

und eine fachliche Bearbeitung psychosozialer Themenstellungen zu gewährleisten, wäre der Einsatz einer niederschwellig sowie gemeindenah angesiedelten Sozialen Arbeit m. E. erstrebenswert.

Um weitere Aspekte der biopsychosozialen Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes herauszuarbeiten, wird im folgenden Kapitel auf das Aufgabengebiet aus Sicht der Befragten eingegangen.

4.2 Aufgabengebiet aus Sicht der Community Nurse

Bevor der Aufgabenbereich mittels Schilderungen über einen typischen Fall behandelt wird, geben die Vorstellungen und die Ausgangslagen die Möglichkeit auch diese Gesichtspunkte in die Betrachtung der Thematik miteinzubeziehen.

4.2.1 Vorstellungen / Ausgangslage

Die Vorstellungen der Tätigkeiten vor Arbeitsbeginn betreffend, geben zwei der Community Nurses an ein recht klares Bild darüber gehabt zu haben (vgl. TI5 2023:Z23-28, TI6 2023:Z141-143), während eine lediglich ein ungefähres Wissen durch das Studium besessen habe (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z27). Die befragte Person ohne Studium sei mit dem Begriff Community Nursing bis zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht in Berührung gekommen. Sie habe sich aber in die Thematik eingelesen (vgl. TI4 Sprecher:in 2 2023:Z358-359). In einem der Interviews wurde angeführt das Aufgabenfeld nahe am Bereich der Primärversorgung gesehen zu haben, um konkrete Probleme im häuslichen Setting zu bearbeiten. Dies könne laut dieser Aussage aber nur im Team funktionieren (vgl. TI3 2024:Z25-30).

Über die Auffassungen der Auftraggeber:innen in Bezug auf den Tätigkeitsbereich, wurde in vier Befragungen von den Community Nurses angegeben, dass über Schlagworte wie Gesundheitsförderung und Prävention hinaus, keine spezifischen Vorstellungen geherrscht hätten (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z33-36, TI2 2023:Z1185-1193, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z367-375, TI6 2023:Z48-52). So merkt eine Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich an:

„Und es hat niemand genau gewusst, was wir jetzt zu tun haben“ (TI1 Sprecher:in C 2023:Z46).

Dies lässt eine anfängliche Unwissenheit über den Tätigkeitsbereich vermuten. Auch die Community Nurse aus einer Kleinstadt in Niederösterreich folgert:

„Weul aum Aunfaung woar ma net gaunz kloar, was wir so für was wir alles so zuaständig san“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z18-19).

Diese Aussage legt ebenfalls die Interpretation nahe, dass zu Beginn Unklarheit bezüglich der Aufgaben geherrscht hat. Positiv wird von derselben Community Nurse im Interview angemerkt, dass dies eine unabhängige freie Arbeitsweise ermöglichen würde (vgl. TI4

Sprecher:in 2 2023:Z385-387). Es lässt sich aber ebenso davon ausgehen, dass diese Unklarheit auch Unsicherheiten bewirken könnte.

Vermutlich könnte die Abgrenzung des Tätigkeitsfeldes, die bereits bei den Arbeitsbedingungen behandelt wurde, ebenso durch diese Unklarheiten des Zuständigkeitsbereiches Probleme verursachen. Vorstellungen über eine biopsychosoziale Versorgungsweise vor Arbeitsbeginn wurden in den Interviews nicht konkretisiert.

4.2.2 Tätigkeitsbereich / Der typische Fall

Die Schilderungen über das Aufgabenfeld bzw. einen typischen Fall legen die Interpretation nahe, dass der gesetzte Fokus der Community Nurses auf Pflege Themen liegt. Die Kontaktaufnahme wird häufig aufgrund einer plötzlich auftretenden Pflegesituation initiiert (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z76-78, Z798-801, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z554-591). Zusammenfassend sind in den Daten primär die Optimierung der Pflegesituation zu Hause, Schulung und Edukation, Präventionsarbeit beispielsweise mittels Workshops, Vorbereitung auf Operationen, Unterstützung bei Anträgen (z.B. Pflegegeld) sowie die Unterstützung von pflegenden Angehörigen zu finden (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z8-10, Sprecher:in B 2023:Z393-408, Z51-53, Z101-104, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z48-52, Z56-57). Aber auch Netzwerkarbeit stellt einen großen Teil des Aufgabengebietes der Community Nurses dar (vgl. TI2 2023:Z172-176, Z626-643), sowie eine Lotsenfunktion (vgl. TI5 2023:Z193-201), um den Nutzer:innen einen Überblick über bzw. einen Zugang zu diversen Angeboten zu verschaffen.

Wenn der pflegerische Fokus, in den für typisch geschilderten Fällen (Vor- und Nachversorgung bei einer Operation, plötzlich auftretender Pflegebedarf, etc.) ausreicht, scheint der Bedarf an einer Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit eine untergeordnete Rolle zu spielen. So führt eine Community Nurse einer kleinen Marktgemeinde in Niederösterreich dazu folgendes aus:

„Do sieh i halt grad bei diesem klassischen Fall für die Community Nurse ahm eher wenig Anknüpfungspunkte mit der Sozialarbeit. Ich seh halt da wirklich diese... Anknüpfungspunkte mit der Sozialarbeit wos wirklich darum geht ahm Wohnungslosigkeit ähm Sucht wann des a Thema is“ (TI6 2023:Z130-133).

Hier wird ersichtlich, dass die klassischen, pflegebezogenen Themen als eigenständig bewältigbar erlebt werden. Bei psychosozialen Themen wie Wohnungslosigkeit oder Sucht, wird der Bedarf an Sozialer Arbeit bei dieser Aussage erkennbar.

Während der weiteren Erzählungen deuten Aussagen in den Interviews erneut auf eine fehlende Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches hin. So gibt die Community Nurse aus der Kleinstadt in Niederösterreich an:

„Wir san nämlich für relativ vü zuaständig (lacht), hob i schon mitkrieagt“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z19-20).

„Wir machen so viel. Heizkostenzuschuss, das haben wir auch zum Beispiel gemacht, das gehört zwar nicht zu unserer Aufgabe, aber wennst scho duart bist mochst des ois glei mit. Das ist völlig klar“ (T14 Sprecher:in 2 2023:Z34-36).

In diesen Äußerungen wird erkennbar, dass ein großes Aufgabenfeld wahrgenommen wird. Fehlende Zuständigkeit für eine Aufgabe wird hier zwar erkannt, aber durch eine pragmatische Herangehensweise dennoch bearbeitet. Auch in dem Interview mit einer Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark wird der Tätigkeitsbereich thematisiert mit:

„Also unser Aufgabenfeld ist (seufzt) kommt mir manchmal vor, never-ending-stories in der Richtung“ (T12 2023:Z1036-1037).

Diese Aussage legt ebenso die Interpretation nahe, dass eine Unbegrenztheit des Aufgabenbereiches in der Tätigkeit als Community Nurse erlebt wird.

Zusammenfassend lässt sich davon ausgehen, dass die Schwerpunktsetzung im Tätigkeitsfeld der Community Nurses zwar in der Pflegeethematik, und damit auf der biologischen Ebene des biopsychosozialen Modells, zu liegen scheint. Des Weiteren deuten die Inhalte der Befragungen aber auf eine zusätzliche Konfrontation mit einer Vielzahl von psychosozialen Belangen hin (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z140-142, T12 2023:Z418-424, T14 Sprecher:in 2 2023:Z1093-1108, T15 2023:Z143-145). In folgendem Kapitel wird demzufolge auf die sozialen Problemlagen sowie den damit in Verbindung stehenden Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen des Community Nursing Projektes, Bezug genommen.

4.3 Soziale Problemlagen aus Sicht der Community Nurse

Der Fokus in diesem Kapitel liegt auf den sozialen Problemlagen, mit denen sich die befragten Community Nurses befassen sehen, sowie auf deren Umgang bzw. der erlebten Unterstützung in der Bearbeitung. Dies soll weitere Hinweise liefern, wie sich die biopsychosoziale Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes darstellt. Ein Augenmerk wird anschließend auf die Wahrnehmung der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit gelegt.

4.3.1 Soziale Problemlagen

„Da sind schon viele soziale Notstände, die man nicht festmachen kann, an einem Ding. Also da sind ganz, ganz viele Fälle und ganz, ganz viele Punkte zu beachten“ (T11 Sprecher:in C 2023:Z140-142).

Diese Aussage der Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich deutet darauf hin, dass sie sich mit zahlreichen, sozialen Problemstellungen konfrontiert sieht, deren Ursachen und Wirkungen nicht eindeutig einzuordnen, aber bei deren Bearbeitung eine Vielzahl von Aspekten zu beachten sind. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne des biopsychosozialen Modells könnte die Bearbeitung dieser komplexen Fälle im Sinne der Nutzer:innen erleichtern (vgl. Pauls 2013:21).

In fünf der sechs Interviews werden Berührungspunkte mit sozialen Problemlagen erwähnt (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z140-142, TI2 2023:Z418-424, TI3 2024:Z169-172, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1093-1108, TI5 2023:Z143-145). Auch die Community Nurse, die angibt vor keine Herausforderungen mit sozialen Zusammenhängen gestellt zu sein (vgl. TI6 2023:Z159-165), ist auf der Webseite „Plattform gegen Einsamkeit“ gelistet (vgl. Verein Social Innovation Wien 2023), was auf eine Sensibilisierung für die Problematik von Isolation und Vereinsamung, und damit der sozialen Dimension, hindeutet.

Die Befragten (vgl. TI1, TI2, TI3, TI4, TI5) nennen zusammenfassend folgende Bereiche an sozialen Herausforderungen:

- Verwahrlosung
- pathologisches Horten
- Einsamkeit und Isolation
- psychische Erkrankungen
- Sucht
- drohender Wohnungsverlust (Delogierung)
- finanzielle Probleme
- Überforderungen (z.B. mit der Pflegesituation oder im Zusammenhang mit Kindern)

Verwahrlosung sowie Einsamkeit und Isolation wurden in den Befragungen am häufigsten als vorherrschende soziale Problemlagen identifiziert.

Zwei Community Nurses führen im Zusammenhang mit sozialen Problemlagen Unterschiede zu urbanem und ländlichem Raum an. So gibt eine der Befragten an im ländlichen Bereich differente Bedürfnisse im Vergleich zu städtischen Gebieten zu erkennen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z517-522), während in dem anderen Interview zu bedenken gegeben wird, dass einerseits in ländlichen Gegenden noch mehr aktivere Nachbarschaftshilfe zu finden sei und hier auch ein geringeres Ausmaß an „Sozialproblemen“ vorliegen würde (vgl. TI6 2023:Z160-165). Dies lässt eine gewisse Romantisierung des ländlichen Raums vermuten, welche soziale Ungleichheiten ausblendet. So herrscht in ländlichen Gegenden eine stärkere soziale Kontrolle, die sozialen Rahmenbedingungen sind für Selbstbestimmung und individueller Lebensplanung nicht immer förderlich und die Gleichberechtigung der Geschlechter, beispielsweise bei der gerechten Aufteilung der Reproduktionsarbeit, hinkt städtischen Gebieten hinterher (vgl. Schmitt et al. 2015:347–349). Dies stellt vor allem im Hinblick auf Care-Arbeit (bezahlte oder unbezahlte Sorgetätigkeiten wie Pflege, Kindererziehung, Familien- und Hausarbeit, etc.), welche vornehmlich von Frauen übernommen wird, eine wesentliche, determinierende, soziale Komponente dar (vgl. Scharf-Buchner 2022:248). In Bezug auf diese sozialen Lebensverhältnisse kann die Soziale Arbeit auf Mikro-, Meso- und Makroebene einen wesentlichen Beitrag leisten (vgl. Rerrich / Thiessen 2015:25). Ob eine starke Einmischung in sozialpolitische Debatten erwünscht ist, bleibt fraglich. Jedoch ist die Sichtbarmachung der essenziellen Bedeutung (ökonomisch wie gesellschaftlich) von Care-Arbeit und dessen Zusammenhänge unerlässlich, um Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Des Weiteren erweist sich eine individuelle Unterstützung der Betroffenen, die die Care-Problematiken im Sozialraum berücksichtigt und bearbeitet als geboten, um einer

biopsychosozialen Versorgung gerecht zu werden. Das Community Nursing Projekt, welches sich hauptsächlich mit Pflege und somit mit Care-Arbeit beschäftigt, kommt aller Voraussicht nach unweigerlich mit diesem Themenkomplex in Berührung.

Als herausfordernd in der Bearbeitung der sozialen Problemlagen werden unterschiedliche Dimensionen beschrieben. Es existieren Schwierigkeiten auf der Mikroebene, wie von Einsamkeit und Isolation betroffene Gemeindemitglieder zu erreichen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z174-178), der Umgang mit und das Verständnis für differente Lebensweisen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z171-173), der Begegnung von Scham und Widerstand (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z167-169) und der Bearbeitung von Multiproblemlagen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z140-142).

Auf Mesoebene herrscht die Problematik diese Komplexität, und den damit in Verbindung stehenden Bedarf an multiprofessioneller Bearbeitung, im bestehenden regionalen Netzwerk abzudecken. Aussagen in vier der sechs Interviews (vgl. TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1135-1192, TI2 2023:Z525-540, TI3 2024:Z285-290, Z183-186, TI1 2023:Z149-152, Z233-235) deuten hier auf fehlende Möglichkeiten der Kooperation mit Sozialer Arbeit bei gleichzeitiger Notwendigkeit hin. Einerseits werden Zuständigkeitsprobleme, beispielsweise bei psychosozialen Krisen, wo keine psychische Erkrankung diagnostiziert ist, beschrieben (vgl. TI2 2023:Z421-426, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1121-1131, Z1160-1163, TI3 2024:Z183-185), andererseits herrscht die Schwierigkeit fehlender Ressourcen von Sozialer Arbeit (vgl. TI1 2023:Z149-152, Z233-235, TI2 2023:Z485-511, TI3 2024:Z185, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1061-1064). Eine Community Nurse aus einer Kleinstadt in Niederösterreich beschreibt hier:

„Weil wir haben auch schon Fälle gehabt wo wir gesagt haben, wir brauchen da jetzt eine Wohnung. Eine 82jährige Dame wird quasi delogiert und die sitzt dann auf der Straße und ich brauche da jetzt eine eine Bleibe für diejenige wo ich mir gedacht habe. Ma da rufe ich die Sozialarbeiterin. Na. Also da gibt es leider keine Hilfe, da musst du dann selber irgendwie aktiv werden. Das war aber eine schöne Challenge“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1064-1068).

Diese Äußerung deutet darauf hin, dass eine Zuständigkeit in dieser Situation bei der Sozialen Arbeit (in diesem Fall bei der Behörde) gesehen aber dieser nicht entsprochen wurde. Die Bearbeitung dieser Problemstellung wurde hier scheinbar als herausfordernd erlebt. In einer anderen Befragung wurde von einer Community Nurse, die für kleine Gemeinden im Burgenland zuständig ist, folgendes thematisiert:

„In der möglichen Alltagsproblemen hab ich versucht Sozialarbeit zu aktivieren. Also einerseits über den Psychosozialen Dienst, mit der großen Problematik, dass psychische Erkrankungen vielleicht nicht vorhanden sind und dann der PSD sagt mach ich nicht. Die BH Sozialarbeit nicht diese Case Not stemmt und das sehr langwieriger ist“ (TI3 2024:Z182-185).

Der Versuch der Involvierung von Sozialer Arbeit durch psychosoziale Organisationen bzw. der Behörde in gewisse Problemstellungen, scheint hier durch Zuständigkeits- bzw. Ressourcenthematiken erschwert. Ein weiterer Aspekt wird von einer Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich folgendermaßen hinzugefügt:

„Ich finde, dass das sehr schwach besetzt ist. Zumindest bei uns gibt es nur die Sozialberatungsstelle, die auch nur zu (...) bei uns eigentlich zwei Stunden in der Woche ist“ (T11 2023:Z233-234).

Diese Aussage deutet darauf hin, dass der Zugang zu Sozialer Arbeit als mangelhaft angesehen wird, woraus wiederum gefolgert werden kann, dass ein Bedarf durchaus gegeben zu sein scheint.

Ein Zusammenhang mit der Ressourcenknappheit der behördlichen Sozialarbeit für ältere Personen wird mit einer Fokussierung auf die Kinder- und Jugendhilfe gesehen und von einer Community Nurse aus einer Kleinstadt in Niederösterreich folgendermaßen beschrieben:

„Ja. Es ist oft schwierig, weil, weil. Sie sagen. Die sind ja oft. Ich hab das Gefühl manchmal die Hände sind gebunden. Sie sind mehr auf die Jugendlichen und und Kinder fixiert und nicht wenig also was eh klar ist, weil die muss man natürlich zuerst. Das ist auch klar. Aber es ist halt schwierig“ (T14 Sprecher:in 2 2023:Z1061-1064).

Die Vorrangigkeit der behördlichen Bearbeitung von Themen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, im Vergleich zur Erwachsenensozialarbeit, scheint hier für die befragte Person zwar nachvollziehbar zu sein, trotzdem wird die Situation als schwierig bezeichnet, was wiederum einen Bedarf an Sozialer Arbeit im Erwachsenenbereich erkennbar macht.

Diese wahrgenommenen, fehlenden Ressourcen an Sozialer Arbeit, sowie die Zuständigkeitsproblematik, scheinen dazu beizutragen, die Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches zu erschweren. So führt eine Community Nurse, die für kleine Gemeinden im Burgenland zuständig ist, sowie eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark folgendes an:

„Und wir werden da irgendwie schon bisschen in diese Soziale Arbeit einidaun, wobei uns das wirklich net unser Part ist. Aber die Gemeinde waß sie daun ah net zhöfn“ (T12 2023:Z526-528).

„Das ist der Bedarf, den es, den es gibt, der nicht gedeckt ist, wo ich oft diese sozialarbeiterische Rolle übernehmen muss, die ich nicht möchte“ (T13 2024:Z239-241).

Diese Äußerungen legen die Interpretation nahe, dass sich die Befragten in die Rolle der Sozialen Arbeit hineingedrängt fühlen, da andere Möglichkeiten der Bedarfsdeckung fehlen. Diese Rolle scheint aber einerseits für sich selbst als nicht vorgesehen eingestuft zu werden bzw. auch als nicht gewünscht.

Lediglich bei Gefährdungsthemen, die im Zusammenhang mit Kindern stehen (z.B. Verwahrlosung), wird eine klare Abgrenzung zum Aufgabenbereich der Community Nurses ersichtlich (vgl. T12 2023:440-450, T15 2023:Z129-141). Die behördliche Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe scheint hier außer Frage zu stehen. Dies könnte in der langjährigen Verfestigung dieser Institution in unserer Gesellschaft, inklusive dementsprechender öffentlicher, finanzieller Mittel, und dem verbreiteten Alltagswissen über deren Verantwortungsbereich, begründet liegen.

Im Hinblick auf eine professionelle, biopsychosoziale Versorgung, in Bezug auf die soziale Dimension, gibt eine Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark folgendes zu bedenken:

„Wenn ich jetzt eine Krankenschwester bin, und ich mach die Arbeit von einer Sozialarbeiterin ahm, das ist nicht meine Kompetenz. Ich meine, ich kann schon was wissen, so wie wenn Sie jetzt was wissen, wie man einen Verbaundswechsel durchführt beim Kind, das ist das Gleiche. Aber ich finde, I hob. Es gibt ja einen Grund, warum man den Beruf studieren kann und warum man das macht“ (T12 2023:Z602-606).

Hier spielt vermutlich die Abgrenzung zwischen Alltagswissen und professionellem Wissen eine Rolle. Die befragte Community Nurse macht hier allem Anschein nach deutlich, dass es einen Unterschied zwischen professioneller und laienhafter Vorgehensweise gibt und, dass die Legitimierung der Sozialen Arbeit allein schon in der Tatsache zu sehen ist, dass zur Ausübung der Tätigkeit ein Studium benötigt wird. Hier scheint ebenso deutlich zu werden, dass eine professionelle Bearbeitung der sozialen Problemstellungen durch die Soziale Arbeit als notwendig erachtet wird.

Aber wie gehen die befragten Personen in der Praxis mit dieser Thematik um? Wie werden Herausforderungen, die nicht allein durch Interventionen aus dem Pflegebereich bewältigt werden können, bearbeitet? Einen Einblick in die Umgangs- und Bewältigungsstrategien der Community Nurses soll folgendes Kapitel liefern.

4.3.2 Umgang / Bewältigung

Der Umgang und die Bewältigung der oben beschriebenen komplexen Herausforderungen zeigen sich wiederum auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Auf Mikroebene wird beispielsweise versucht mittels präventiven Hausbesuchen einen umfassenden Blick auf die Lebenssituation herzustellen (vgl. T12 2023:Z736-760). Beziehungsarbeit stellt ebenfalls eine verwendete Vorgehensweise (vgl. T14 Sprecher:in 2 2023:Z1832-1853, T11 Sprecher:in C 2023:Z144-145, Z169-171) dar, um durch Vertrauen eine Möglichkeit zu finden die Betroffenen zu unterstützen. Das Problem der Einsamkeit und Isolation, aber auch der Überforderung von pflegenden Angehörigen, wird einerseits durch das Angebot von Gesprächen und Telefonaten mit den Community Nurses (vgl. T14 Sprecher:in 2 2023:Z1289-1292), andererseits durch das Angebot von regelmäßigen Stammtischen und Workshops versucht zu bewältigen (vgl. T11 Sprecher:in B 2023:Z189-193, T14 Sprecher:in 3 2023:Z94-100). Die Erreichbarkeit der von Einsamkeit und Isolation betroffenen Klient:innen scheint hier aber einen schwierigen Faktor darzustellen (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z174-178). Eine weitere Herangehensweise, die auch etliche Parallelen mit der Sozialen Arbeit aufweist, ist die Strategie der Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z10-12, Z78-82), der Förderung der Selbstständigkeit (vgl. T12 2023:Z793-806, T11 Sprecher:in C 2023:Z104-109) und der Vermeidung von Abhängigkeiten (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z84-88). Wie bereits im Kapitel „Arbeitsbedingungen“ beschrieben, scheint im Rahmen der Bewältigungsmechanismen das individuelle Engagement der Community Nurses von Bedeutung zu sein (vgl. T14 Sprecher:in 2 2023:Z2023-2029). Aber sind soziale Problemlagen durch Engagement allein fachlich bewältigbar? Nach Einschätzung einer Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in Niederösterreich fehle eine Schulung in

psychosozialen Belangen (vgl. TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1108-1115). Auch eine Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich thematisiert den Bereich Fortbildung folgendermaßen:

„Also Thema Fortbildung ist was, was uns am Anfang extrem begleitet hat, weil wir mit dem nichts zu tun hatten, am Anfang. Wir wussten nicht, was gibt es, was tun wir, wie tun wir richtig beraten, wie fange ich ein Gespräch an. Da war viel an fachlichen und sozialen Fortbildungen für uns notwendig“ (TI1 Sprecher:in C 2023:Z446-449).

In dieser Aussage wird die Notwendigkeit an Expertise in sozialen Belangen sichtbar. So scheint hier zu Beginn wenig Kompetenz in diesem Bereich vorhanden gewesen zu sein, womit mittels Fortbildungen versucht wurde entgegenzuwirken. Dennoch wird neben dem individuellen Wissenserwerb von derselben befragten Community Nurse angeführt:

„Also Community Nursing allein, ohne Soziale Arbeit, ist unmöglich, das komplett abzudecken. Das geht nicht, weil es ein riesiges Feld ist“ (TI1 Sprecher:in C 2023:Z155-156).

Diese Äußerung deutet darauf hin, dass der scheinbar unbegrenzte Tätigkeitsbereich, mit dem sich Community Nurses konfrontiert sehen, ohne Sozialer Arbeit als nicht bewältigbar eingestuft wird. Dies bringt uns zu den Umgangs- und Bewältigungsstrategien, die auf Mesooebene von den befragten Personen angewendet werden, um den Herausforderungen mit sozialen Problemlagen gerecht zu werden.

In einem Interview, mit einer Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in der Steiermark, wird angeführt, dass sie versuchen den Blick auf das gesamte Familiensystem zu richten (vgl. TI2 2023:Z201-204). Dies führt zu einer multiprofessionellen Zusammenarbeit, die die befragte Person folgendermaßen schildert:

„Das Fallmanagement schaut dann so aus, dass zum Beispiel die Pflegedrehscheibe arbeitet mit dem Klienten, der wirklich Pflege braucht ahm. Das Psychosoziale Zentrum arbeitet mit die Enkelkinder, weil die das mitkriegen wie schlecht es dem Opa geht. Und wir arbeiten mit die pflegenden Angehörigen und fahren mehrmals hin und schulen seiner in der Betreuung von pflegenden Angehörigen. Also das ist dann wirklich jeder, macht sein Part aber als Ganzes zsammen arbeiten wir alle gemeinsam zsamm“ (TI2 2023:Z367-376).

Mit dieser Aussage wird ein funktionierendes Fallmanagement beschrieben, in dem jede Profession seine Kompetenzen einbringt, um gemeinsam eine umfassende Unterstützung für das Familiensystem zu bieten. Dieser Umgang scheint eine biopsychosoziale Vorgehensweise ersichtlich zu machen, die wie bereits ausgeführt einer interdisziplinären Zusammenarbeit bedarf (vgl. Pauls 2013:21). Auch in einem anderen Interview wird eine Kooperation nach biopsychosozialen Modell sichtbar, in dem beschrieben wird, dass die medizinischen Belange der:die Hausärzt:in übernimmt, die materiellen Angelegenheiten von der Sozialen Arbeit behandelt werden und die Koordination von der Community Nurse vorgenommen wird (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z129-136). Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit scheint demnach nötig, um dem biopsychosozialen Ansatz gerecht werden zu können. Ein Aspekt, der hierbei allerdings beachtet werden sollte, ist die Wichtigkeit der Fallführung bzw. Fallkoordination, um eine gelingende Zusammenarbeit gewährleisten zu können (vgl. TI2 2023:Z899-930). Welche Organisation bzw. Profession diese übernimmt,

sollte auf den individuellen Fall bzw. die Ressourcen abgestimmt werden. Case Management wird in diesem Zusammenhang als angewendete Methode in vier der sechs Interviews thematisiert (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z50-51, TI2 2023:Z923-924, TI3 2024:Z322-324, TI5 2023:Z107-108).

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wird demnach als Bewältigungsstrategie angewendet, um sozialen Problemstellungen zu begegnen. Im folgenden Kapitel wird auf diese und weitere Unterstützungsformen, sowie auf die Wahrnehmung dieser für eine gelingende Bearbeitung komplexer Fälle, ein spezifisches Augenmerk gelegt.

4.3.3 Unterstützung

Als unterstützend in der Fallbearbeitung wird in den Interviews der Austausch mit anderen Community Nurses thematisiert. So werden bei komplexen Problemstellungen Meinungen und Expertisen der Anderen eingeholt (vgl. TI5 2023:Z323-330, TI6 2023:Z290-296). Dies scheint vor allem für allein arbeitende Community Nurses von Relevanz zu sein (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z681-685, TI6 2023:Z294-296). Es lässt sich ebenso davon ausgehen, dass der Austausch mit anderen Professionen, wie der Sozialen Arbeit, als gewinnbringend und hilfreich angesehen wird (vgl. TI5 2023:Z126-127, TI1 Sprecher:in C 2023:Z123-125). So führt eine Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich aus:

„Bei uns ist das die Sozialberatungsstelle, mit der wir einen engen Kontakt haben, die uns viel unterstützt und uns am Anfang auch viel mitgegeben hat, an Informationen, an Möglichkeiten, wie man Situationen löst“ (TI1 Sprecher:in C 2023:Z123-125).

Diese Aussage deutet auf einen engen Austausch mit der Sozialen Arbeit hin, der vor allem zu Beginn bei der Lösung von Situationen benötigt wurde. Dieser Bedarf scheint in diesem Beispiel wiederum dem geringen Ausmaß an Verfügbarkeit von gemeindenaher, niederschwelliger Sozialarbeit gegenüberzustehen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z149-150).

Ein funktionierendes Netzwerk mit vielfältigen Kooperationspartner:innen wird für das Community Nursing als ein wesentliches Erfolgskriterium angesehen (vgl. TI1 Sprecher:in B 2023:Z552-556, Sprecher:in C 2023:Z118-120, TI3 2024:Z82-83, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z144-148). Bezogen auf die Soziale Arbeit wird in fünf der sechs Interviews auf mangelnde Möglichkeiten (z.B. Zuständigkeitsproblematik, Ressourcenknappheit) bzw. auf Hindernisse (z.B. Erreichbarkeit, da beide Professionen in Teilzeit arbeiten) der Kooperation hingewiesen (vgl. TI1 Sprecher:in C 2023:Z233-237, TI2 2023:Z455-488, Z537-538, TI3 2024:Z237-241, TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1160-1163, TI5 2023:Z205-207). In einem Gespräch mit einer Community Nurse aus einer Kleinstadt in Niederösterreich wird dies folgendermaßen thematisiert:

„Aber, ja, wenn sich keiner annimmt irgendwie, das ist ja die soziale Ader an der Krankenschwester“ (TI4 Sprecher:in 2 2023:Z1191-1192).

Hier scheint deutlich zu werden, dass das Zusammenspiel von Engagement, fehlender Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches, bei zusätzlichem Vorhandensein eines Gefühls der

Verantwortlichkeit, die Community Nurse zum Handeln bewegt. Dies birgt m. E. die Gefahr, dass (komplexe) soziale Problemstellungen nebenbei mitbehandelt oder gar nicht bearbeitet werden können, was eine mangelhafte biopsychosoziale Versorgung darstellen würde.

Um ein genaueres Bild zu erhalten, wie die vorhandene Unterstützung bei der Bearbeitung sozialer Problemlagen durch die Soziale Arbeit von den Community Nurses wahrgenommen wird, erfolgt in der folgenden Passage eine Ausführung der dazu erhobenen Daten.

4.3.4 Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit

Neben den bereits beschriebenen Schwierigkeiten bezüglich der Zuständigkeit und der Ressourcenknappheit, wird die verfügbare Unterstützung durch die Soziale Arbeit größtenteils als hilfreich empfunden (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z123-125, T13 2024:Z261-274, T14 Sprecher:in 2 2023:Z1520-1521, T15 2023:Z211-213). Die Wahrnehmung der Unterstützung hängt jedoch von der Art der Zusammenarbeit mit dem:der zuständigen Sozialarbeiter:in ab, da diese unterschiedlich gestaltet wird. Gemeinsame Hausbesuche werden als unterstützend gewertet, während eine Abgrenzung von diesen seitens der handelnden Sozialarbeiter:in, von einer Community Nurse aus einer Stadtgemeinde in Niederösterreich, als negativ empfunden wird (vgl. T14 Sprecher:in 2 2023:Z1509-1523). Dies wurde in einem der sechs Interviews thematisiert.

Ein anderer, zum Pflegerischen abweichender Blickwinkel, wird als förderlich bei der Bearbeitung von komplexen Fällen betrachtet (vgl. T11 Sprecher:in C 2023:Z120-123, T15 2023:Z179-188). Hierbei spielt vermutlich die durch eine Zweitmeinung erfahrene Absicherung eine wesentliche Rolle, die vor allem bei sozialen Problemstellungen deutlich wird (vgl. T15 2023:Z126-127, Z179-188). Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit, die die psychosozialen Dimensionen fachlich zu bearbeiten weiß, könnte diesem Bedürfnis nach Absicherung Rechnung getragen werden. Dies ist auch im Sinne der Nutzer:innen zu sehen, da damit eine ganzheitliche und somit biopsychosoziale Herangehensweise ermöglicht wird. Hierfür scheint neben der ausreichenden und niederschweligen Verfügbarkeit der Leistungen der Sozialen Arbeit, ein Erkennen der Gemeinsamkeiten in der Zusammenarbeit nötig. Dies wird von einer Community Nurse aus einer mittelgroßen Gemeinde in Oberösterreich folgendermaßen zum Ausdruck gebracht:

„Also ich sehe das nicht so, dass man sagt, das ist meins und das ist deins. Und wir müssen uns da komplett abgrenzen. Und bis daher gehe ich und dann muss ich an dich überweisen. Sondern es gibt Überschneidungen und es ist in Ordnung und es darf auch sein, weil genug an Arbeit und Fällen da ist. Ich sehe das nicht so, dass wir da uns komplett abgrenzen müssen, sondern dass wir gemeinsam arbeiten müssen und kooperieren müssen, um ein gutes Angebot stellen zu können“ (T11 Sprecher:in C 2023:Z157-162).

In dieser Aussage scheint eine strikte Abgrenzung der Zuständigkeiten abgelehnt, während Schnittmengen der Aufgabenbereiche gesehen und akzeptiert werden. Hier wird mit der Quantität der zu bearbeitenden Fälle argumentiert. Die Notwendigkeit für eine Kooperation wird in der Steigerung der Qualität des Angebotes für die Nutzer:innen erkannt. Dies würde

einen mehrperspektivischen Zugang der Fallbearbeitung und somit eine biopsychosoziale Versorgung ermöglichen.

Auch Egger (vgl. 2020:9) stellt in diesem Zusammenhang heraus, dass das biopsychosoziale Modell nicht einzeln zu betrachtende Systembereiche (bio/psycho/sozial), sondern unterschiedliche aber vernetzte Ebenen ein und derselben Wirklichkeit darstellen. Bei einer separierten Betrachtungsweise würden so auch Informationen verloren gehen (vgl. ebd.). Dies kann man ebenso mit den Forschungsergebnissen der WHO verknüpfen, die aus der „Verschränkung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse und Strukturen die Forderung ab[leitet], dass Gesundheit als multidimensional und multiperspektivisch zu bestimmender Gegenstand eine arbeitsteilige und interdisziplinäre Praxis der Behandlung benötigt“ (Pauls 2013:21). Die Ergebnisse vorliegender Arbeit deuten ebenfalls auf die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit bei psychosozialen Problemstellungen hin, um einer biopsychosozialen Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes gerecht werden zu können.

5 Fazit

Gesundheit und Krankheit, als ganzheitlich zu betrachtende Begriffe, beinhalten eine Wechselbeziehung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Aspekten (vgl. Egger 2020:5f). Um dem Ziel des Community Nursing Projekts, der Verbesserung der Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen (vgl. Kozisnik et al. 2021:2f), gerecht zu werden, erscheint es notwendig, alle diese Ebenen in die Ansätze einzubeziehen.

Ausgehend von den Rahmenbedingungen wird in den Ergebnissen deutlich, dass ein niederschwelliger Zugang zur Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes eine Voraussetzung für einen biopsychosozialen Ansatz zu sein scheint. So wird offenbar durch die Nähe zur Gemeinde ein Gefühl der Sicherheit vermittelt, welches die Hemmschwelle zur Nutzung der Angebote senkt. Eine individuelle Gestaltung der Angebote, die sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung der jeweiligen Gemeinde orientiert, trägt den Ergebnissen zufolge zum Erfolg von Community Nursing Projekten bei. Durch die spezifische Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, die partizipativ mit den Gemeindemitgliedern erarbeitet werden könnten, könnte eine biopsychosoziale Ausrichtung forciert werden. In Bezug auf die Ausbildung und Erfahrung der befragten Community Nurses wurden sowohl Wissenslücken in Bezug auf psychosoziale Themen als auch die Notwendigkeit einer generalistischen Vorerfahrung deutlich. Vorhandene Erfahrungswerte in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit aus früheren Tätigkeiten wurden als positiv dargestellt. Hier scheint unter anderem auch der wahrgenommene Bedarf an der Kooperation mit dieser Profession anzuknüpfen, wodurch eine biopsychosoziale Versorgung ermöglicht werden könnte.

Als letzter Punkt der Rahmenbedingungen konnte anhand der Interviewergebnisse zu den Arbeitsbedingungen festgestellt werden, dass sich die Abgrenzung zum Privatleben,

insbesondere wenn der Arbeitsort mit dem Wohnort zusammenfällt, als schwierig erweist. Durch individuelles Engagement der Community Nurses scheinen Ressourcenknappheit sowie Zuständigkeitsproblematiken, welche in der Zusammenarbeit mit Organisationen der Sozialen Arbeit auftreten, teilweise abgefedert zu werden. Ob dies eine professionelle Bearbeitung der psychosozialen Dimension ermöglicht, bleibt fraglich. In diesem Zusammenhang deuten die Ergebnisse weiterführend darauf hin, dass wenig spezifische Vorgaben bzw. Vorstellungen, den Tätigkeitsbereich betreffend, geherrscht haben. Dies ermöglicht zwar einerseits eine unabhängige freie Arbeitsweise, andererseits führt dies vermutlich ebenso zu Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des Tätigkeitsbereiches. Multifaktorielle Problemlagen, die eine Überschneidung der Arbeitsbereiche der Pflege mit der Sozialen Arbeit wahrscheinlich werden lassen, scheinen darüber hinaus eine klare Abgrenzung der Aufgaben zu erschweren.

Der gesetzte Fokus im Rahmen des Community Nursing Projekts scheint recht klar auf Themen rund um den Pflegebereich zu liegen. Dennoch wird in den Befragungen ein Aufgabenfeld wahrgenommen, welches weit über die Grenzen des Pflegebereiches hinauszugehen scheint. Mit sozialen Problemlagen wie Verwahrlosung, pathologischem Horten, Einsamkeit und Isolation, psychische Erkrankungen, Sucht, drohender Wohnungsverlust (Delogierung), finanzielle Probleme sowie Überforderungserscheinungen sieht sich die Mehrzahl der befragten Community Nurses konfrontiert. Als herausfordernd in der Bearbeitung wird hier auf Mikroebene unter anderem der Umgang mit Widerstand und differenten Lebensweisen sowie die Bearbeitung von Multiproblemlagen genannt. Auf Mesoebene spielt vermutlich die fehlende Verweisungsmöglichkeit an Soziale Arbeit bzw. die fehlende Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit eine wesentliche Rolle. Zuständigkeitsprobleme sowie Ressourcenknappheit scheinen hier wiederum als herausfordernde Faktoren deutlich zu werden. Dies kann dazu führen, dass sich Community Nurses teilweise in die Rolle der Sozialarbeit gedrängt fühlen. Vor dem Hintergrund der fehlenden fachlichen Ausbildung ist dies m. E. als kritisch zu bewerten. Eine Abgrenzung zwischen Alltagswissen und professionellem Wissen scheint in Themenstellungen rund um die Gefährdung von Kindern von den Community Nurses vorgenommen zu werden. Hier steht allerdings mit der Kinder- und Jugendhilfe eine Institution im Hintergrund, deren Verantwortungsbereiche klar deklariert und dementsprechend finanziert sind.

Zu den Umgangs- und Bewältigungsstrategien bei der Bearbeitung sozialer Problemlagen zählen Hausbesuche, um einen umfassenderen Blick auf die Situation zu erhalten, Beziehungsarbeit, das Angebot von regelmäßigen Stammtischen und Workshops, um Überforderung und Einsamkeit entgegenzuwirken, sowie Ansätze, die der Strategie der Hilfe zur Selbsthilfe folgen. Als Bewältigungsstrategie auf der Mesoebene zeichnet sich eine Kooperation nach dem biopsychosozialen Modell ab, bei der unter Einbezug verschiedener Professionen an einem Fall gearbeitet wird. Dies wird positiv bewertet, erscheint jedoch aufgrund der bereits beschriebenen Ressourcen- und Zuständigkeitsprobleme die Soziale Arbeit betreffend, nur eingeschränkt möglich. Als weiterer Aspekt wurde in diesem Zusammenhang auch die Wichtigkeit der Fallführung herausgestrichen, damit der Gesamtüberblick nicht verloren geht.

Als unterstützend in der Fallbearbeitung wird ein funktionierendes Netzwerk mit vielfältigen Kooperationspartner:innen sichtbar. Darüber hinaus wird der Austausch mit anderen Community Nurses sowie Sozialarbeiter:innen als hilfreich wahrgenommen. Eine Zweitmeinung durch die Soziale Arbeit kann für Community Nurses bei der Fallbearbeitung eine Absicherung darstellen, indem sie eine Perspektive einbringt, die sich von der pflegerischen Sichtweise unterscheidet. Dies würde wiederum einem biopsychosozialen Ansatz gerecht, da die Wechselbeziehungen zwischen den verschiedenen Ebenen mit einer fachübergreifenden Sichtweise besser erfasst werden können, wohingegen bei einer separierten Betrachtungsweise Egger zufolge (vgl. 2020:9) Informationen verloren gehen.

5.1 Limitation

Die zentralen Limitationen dieser Arbeit ergeben sich vor allem aus der Menge der erhobenen Daten. Um die hier dargestellten Ergebnisse zu verifizieren, wäre eine höhere Anzahl von Befragungen nötig, die im Rahmen dieser Bachelorarbeit nicht vorgesehen waren. Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass die Sichtweisen von Organisationen der Sozialen Arbeit, relevanten Stakeholdern, Projektinitiator:innen sowie Nutzer:innen des Community Nursing auf den behandelten Themenbereich, hier ebenso nicht berücksichtigt werden konnten. Um ein umfassenderes Bild auf die Thematik der biopsychosozialen Versorgung im Rahmen des Community Nursing Projektes zu erhalten, sind demzufolge weiterführende Forschungen nötig.

5.2 Ausblick / Handlungsempfehlungen

Um eine biopsychosoziale Versorgung zu ermöglichen, scheint ein niederschwelliger, gemeindenaher Zugang zu Leistungen Sozialer Arbeit nötig. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Community Nurses, in der jede Profession ihre Expertise einbringt, wird eine mehrperspektivische Bearbeitung von Problemstellungen ermöglicht, um im Sinne des biopsychosozialen Modells gemeinsam an Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu arbeiten. Somit wird auch der Gefahr von Interventionen aufgrund von Alltagswissen entgegengewirkt und eine professionelle Herangehensweise im Sinne der Klient:innen gefördert.

Wenn Bedarfserhebungen in den Gemeinden auch psychosoziale Elemente beinhalten, könnte eine Ausrichtung auch diese Aspekte berücksichtigen und somit ein ganzheitlich gestaltetes Angebot ermöglichen. Partizipation als wesentliches Kernelement der Sozialen Arbeit wäre hier eine der Möglichkeiten, die Bedürfnisse der Gemeindemitglieder zu ermitteln und sie an der Gestaltung der Angebote zu beteiligen. Dieser Ansatz deckt sich auch mit den Inhalten der Ottawa-Charta, die im Sinne der Gesundheitsförderung eine stärkere Partizipation der Bevölkerung in Gesundheitsfragen fordert (vgl. World Health Organization 1986:4). Im Hinblick auf Gesundheitsförderung, als intendiertes Ziel des Community Nursing Projektes (vgl. Kozisnik et al. 2021:2f), ist eine Orientierung an sozialen Bedingungen, die Solidarität und Chancengleichheit sowie Partizipation und Empowerment der Bevölkerung fördern,

notwendig. Dies sind Kernelemente der Sozialen Arbeit, die im gemeindenahen Setting, durch Einbezug bzw. Eingliederung dieser Profession in das Community Nursing, bearbeitet werden können.

Die Einbindung der Sozialen Arbeit im Rahmen des Community Nursing wird darüber hinaus durch die Konfrontation der Community Nurses mit vielfältigen sozialen Problemlagen gerechtfertigt, die durch Ressourcenknappheit bzw. fehlender Zuständigkeit anderer Institutionen mit Sozialarbeit augenscheinlich im Moment nicht abgedeckt werden können und vermutlich dazu führen, dass sich die Community Nurses in die Rolle der Sozialarbeit gedrängt fühlen. Die biopsychosoziale Versorgung im Rahmen des Community Nursing scheint zwar in Ansätzen vorhanden zu sein, könnte aber mithilfe der Integration von Sozialer Arbeit fachlich besser umgesetzt werden.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verl.

Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit großen strukturierten Interviewmengen. Ein Beitrag zur qualitativen Auswertung vorstrukturierter Datenmaterials. In: soziales_kapital., Jg. 18, 130–143.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2006): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. Erw. Neuaufl., Aufl. 9.3.08.06, Köln: BZgA.

Biermann, Benno (2007): Soziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit. München Basel: Reinhardt.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023): Präventionsarten, https://www.oesterreich.gv.at/themen/hilfe_und_finanzielle_unterstuetzung_erhalten/2/sucht/3/Seite.1520320.html [15.03.2024].

Egger, Josef W (2020): Systemtheoretisch fundierte Lebenswelt-Medizin als integratives, interdisziplinäres Konzept für eine Humanmedizin des 21. Jahrhunderts. In: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.22076.05761>.

Egger, Josef W (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin. Nr. 2, Jg. 16, 3–12.

Franzkowiak, Peter (2003): Zum Verhältnis von Sozialer Arbeit und Gesundheitsförderung. In: Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung. Nr. 23, Jg. 1, 25–28.

Fritz, Gudrun (2018): Biopsychosoziale Arbeit in der Primärversorgung. Fachhochschule FH Campus Wien. <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/download/pdf/3287554?originalFilename=true>.

Gahleitner, Silke Brigitta (2013): Forschung „bio-psycho-sozial“: Bestandsaufnahme und Perspektiven aus Sicht der Sozialen Arbeit. In: Schneider, Armin / Rademaker, Anna Lena / Lenz, Albert / Müller-Baron, Ingo (Hg.): Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit: Forschung: bio-psycho-sozial. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich, 49–59.

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023a): Das Projekt | CN-Österreich, https://cn-oesterreich.at/das_Projekt [09.12.2023].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023b): Was ist eine Community Nurse? | CN-Österreich, <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/was-ist-eine-community-nurse> [09.12.2023].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023c): Ziele | CN-Österreich, <https://cn-oesterreich.at/das-projekt/ziele> [18.12.2023].

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023d): Welche Aufgaben hat eine Community Nurse? | CN-Österreich, <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse> [18.12.2023].

Hafen, Martin (2007): Was ist Gesundheit und wie kann sie gefördert werden?: Gesundheit und Krankheit als Kontinuum. In: Sozial Extra. Nr. 5–6, Jg. 31, 32–36.

Helfferich, Cornelia (2004): Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 1. Auflage, Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Holst, Jens (2022): Biomedizinische Perspektive. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>.

Homfeldt, Hans Günther / Gahleitner, Silke Brigitta (2018): Gesundheit und Krankheit. In: Graßhoff, Gunther / Renker, Anna / Schröer, Wolfgang (Hg.): Soziale Arbeit - Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 43–54. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-15666-4>.

Homfeldt, Hans Günther / Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit: eine Einführung. München: Reinhardt.

Homfeldt, Hans Günther / Sting, Stephan (2005): Soziale Arbeit und Gesundheit: Vergessene Zusammenhänge und Forschungsaufgaben. In: Sozial Extra. Nr. 9, Jg. 29, 41–45.

Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (2022): Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten., Strategien und Methoden.

Jungnitsch, Georg (2009): Klinische Psychologie. 2., überarbeitete Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Keupp, Heiner / Hatmann, Wolfram / Hassel, Holger / Homfeldt, Hans Günther / Mayer, Hermann / Rose, Heidemarie (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/128/1612860.pdf>.

Kozisnik, Petra / Edtmayer, Alice / Rappold, Elisabeth (2021): Aufgaben- und Rollenprofil Community Nurse. [https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/04 Aufgaben und Rollenprofil.pdf](https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/04_Aufgaben_und_Rollenprofil.pdf).

Lampert, Thomas (2007): Soziale Ungleichheit der Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken. In: KrV Kranken- und Pflegeversicherung. Nr. 1, 9.

Medizinische Universität Graz (2023): Medizinische Universität Graz | Studium, <https://www.medunigraz.at/studium> [22.12.2023].

Minnesota Department of Health (2019): Public health interventions: Applications for public health nursing practice. In: Nr. 2nd edition. <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/research/phncouncil/docs/PHInterventions.pdf>.

Ortmann, Karlheinz / Schaub, Heinz-Alex (2002): Klinische Sozialarbeit - Eine kritische Sicht auf ein neues Fachgebiet. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. Nr. 1, Jg. 53, 66–72.

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität. In: E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Nr. 1, Jg. 1, 15–31.

Pauls, Helmut (2011): Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2., überarb. Aufl, Weinheim München: Juventa-Verl.

Potzmann, Elisabeth (2021): Community (Health) Nurse – Versorgungslücken schließen, <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/community-health-nurse/> [29.02.2024].

Prade, Celina (2023): Community Nursing: Aufgaben und Gehalt, <https://www.medi-karriere.at/magazin/community-nursing/> [06.12.2023].

Redelsteiner, Christoph (2023): Gesundheit und Soziales. In: SIÖ Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich. Nr. 2, Jg. 2023 221/59, 8–15.

Rerrich, Maria S. / Thiessen, Barbara (2015): Warum sollte Soziale Arbeit sich um die Care-Debatte kümmern? In: Sozial Extra. Nr. 1, Jg. 39, 24–25.

Scharf-Buchner, Sabine Maria (2022): „Who cares?“ Sorgetätigkeiten in ländlich peripheren Räumen. In: soziales_kapital. Nr. 26, 247–265.

Schmitt, Mathilde / Seiser, Gertraud / Oedl-Wieser, Theresia (2015): Das Ländliche und die Land_Frauen: Sozialwissenschaftliche De_Re_Konstruktionen. In: SWS-Rundschau. Nr. 3, Jg. 55, 335–354.

Swider, Susan M. / Krothe, Joyce / Reyes, David / Cravetz, Michelle (2013): The Quad Council Practice Competencies for Public Health Nursing. In: Public Health Nursing. Nr. 6, Jg. 30, 519–536.

Verein Social Innovation Wien (2023): Plattform Gegen Einsamkeit, <https://plattform-gegen-einsamkeit.at/> [06.03.2024].

World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.

World Health Organization WHO (1948): Constitution of the World Health Organization.

Daten

ITV1, Interview, geführt von Sonja Gießwein mit zwei Community Nurses in Oberösterreich, 20.11.2023, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Sonja Gießwein mit einer Community Nurse in der Steiermark, 06.11.2023, Audiodatei.

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

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

ITV5, Interview, geführt von Maximilian Reuter mit einer Community Nurse in Niederösterreich, 15.11.2023, Audiodatei.

ITV6, Interview, geführt von Maximilian Reuter mit einer Community Nurse in Niederösterreich, 22.11.2023, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Sonja Gießwein, Dezember 2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Sonja Gießwein, Dezember 2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Interview ITV3, erstellt von Maximilian Reuter, Jänner 2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4, Transkript Interview ITV4, erstellt von Sonja Gießwein, Dezember 2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI5, Transkript Interview ITV5, erstellt von Maximilian Reuter, Dezember 2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI6, Transkript Interview ITV6, erstellt von Maximilian Reuter, Dezember 2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungen

Abbildung 1: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2021): Angepasste Darstellung der fünf Sektoren des Public Health Interventionsrades in Anlehnung an das Minnesota Department of Health (2019). Darstellung Unger 2022. <https://cn-oesterreich.at/community-nursing/welche-aufgaben-hat-eine-community-nurse> [18.12.2023].

Abbildung 2: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2023): Grafik der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_dateien [09.12.2023].

Anhang

Konzeption Leitfadeninterview

Einstiegssequenz

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

Leitfaden für das Interview

Notiz an mich

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

Einstieg

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

Thema – Erfahrungen als Community Nurse

- Erzählen Sie mir doch bitte über einen typischen Fall als Community Nurse. Wie fand die Kontaktaufnahme statt (und wie ging es dann weiter?) (Ihre Erfahrungen als Community Nurse?) (Geschichten, Beispiele, Situationen?) Und was ist das Typische daran?

- Erzählen Sie bitte über eine soziale Problemlage, die herausfordernd war? (Ich komme ja aus der SoA – deshalb sehr interessant für mich.) Was war herausfordernd daran? Welche Lösungen gab es? Welche Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?
- Wie sehen die Herausforderungen aus und wie wird damit umgegangen? (Geschichten, Beispiele, Situationen?)
- Wie sieht die Realität der Tätigkeit im Vergleich zum Jobprofil und zu den Vorstellungen aus?

Überleitung zum nächsten Thema:

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

Thema – Soziale Arbeit

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

Überleitung zum nächsten Thema:

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

Thema – Kooperation und Vernetzung

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

Überleitung zum nächsten Thema:

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

Thema – Wünsche / Ausblick

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

- Was würden Sie dazu benötigen?

Abschluss

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

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sonja Gießwein**, geboren am **25.06.1983** in **St. Pölten**, erkläre,

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

St. Pölten, am 17.04.2024


Unterschrift