

Alterseinsamkeitsprävention durch Community Health Nurses - angebotene Maßnahmen, Hürden und Potenziale einer neuen österreichischen Versorgungsstruktur

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Hans Peter Köllner

51805695

Begutachter: Mag. Roland Nagel, MBA

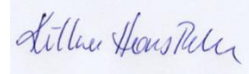
Wien, Mai 2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

01. Mai. 2023

Unterschrift.

A handwritten signature in blue ink, reading "Lilla Hans Peter", is placed on a light blue rectangular background.

Abstract

Community Health Nurses beugen Krankheiten oder unerwünschten Gesundheitszuständen individuell, gruppen- und bevölkerungsbezogen vor. Die Alterseinsamkeit ist ein Zustand, der mit einer Vielzahl an nachteiligen Folgen einhergeht. Im Zuge dieser Bachelorarbeit II wird durch leitfadengestützte Interviews aus der Sichtweise von Community Health Nurses und ihren projektleitenden Verantwortlichen erhoben, wie diese spezialisierten Pflegepersonen Alterseinsamkeit feststellen und welche präventiven Maßnahmen sie daraus ableiten. Dabei werden sowohl Hürden als auch Potenzialbereiche ermittelt, um einerseits zur bedarfs- und bedürfnisorientierten Prävention beizutragen und andererseits die Etablierung einer neuen Versorgungsstruktur innerhalb des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems zu fördern. Die Datenauswertung erfolgte mit einem inhaltsanalytischen Verfahren. Dabei konnte festgestellt werden, dass die Community Health Nurses auf individueller, familiärer und kommunaler Ebene ansetzen, Alterseinsamkeitspotenziale erheben und davon präventive Strategien ableiten. Es kommen beispielsweise präventive Hausbesuche und themenspezifische Stammtische mit Betroffenen zur Anwendung. Datenschutzrechtliche Aspekte sowie auch ein tradiertes Rollenbild von Pflegepersonen behindern jedoch die Tätigkeit. Das handlungsbezogene Profil der Community Health Nurse gilt es daher gesetzlich nachzuschärfen, um so die Effektivität sowie die Handlungskompetenz der Pflegekräfte zu verbessern.

Schlüsselbegriffe: Community Health Nurse, Alterseinsamkeit, Prävention, Österreich

Abstract

Community health nurses prevent diseases or undesirable health conditions on an individual, group, or population basis. Loneliness among older people is a health condition that is associated with a variety of adverse consequences. In the course of this bachelor's thesis, interviews were conducted with community health nurses to determine how these specialized nurses assess loneliness in older people and what preventive measures are employed. Moreover, challenges and opportunities were identified for effective needs-based prevention as well as for the establishment of this new care structure within the Austrian healthcare and welfare system. The data was analyzed using a content analysis method. The data shows that the community health nurse works at the individual, family, and community levels, assessing the potential for loneliness among older people and implementing preventive strategies based on this assessment. For example, the nurse conducts preventive home visits or topic-specific round tables with those affected. However, aspects of data protection law as well as a traditional role model for nurses hinder their professional activity. Consequently, the role and competencies of community health nurses need to be specified through legislation to ensure effective and sustainable practice.

Keywords: community health nurse, loneliness among older people, prevention, Austria

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemdarstellung und aktueller Forschungsstand	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen	3
2	Methodik und Forschungsdesign	4
2.1	Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung	4
2.1.1	Interviewleitfaden	5
2.1.2	Sampling, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Rekrutierung	6
2.1.3	Beschreibung der teilnehmenden Personen	6
2.1.4	Aufnahme und Transkription	7
2.2	Methodisches Vorgehen bei der Datenauswertung.....	7
2.2.1	Bestimmung und Analyse des Ausgangsmaterials	8
2.2.2	Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse	8
2.3	Gütekriterien der qualitativen Forschung.....	10
2.4	Ethische Aspekte	11
3	Ergebnisse	13
3.1	Alterseinsamkeit und deren Erhebung.....	13
3.1.1	Alterseinsamkeitsbezogene Merkmale.....	13
3.1.2	Erhebungsansätze.....	15
3.2	Maßnahmen im Zuge der Alterseinsamkeitsprävention	18
3.2.1	Primärpräventive Maßnahmen	18
3.2.2	Sekundärpräventive Maßnahmen	21
3.2.3	Tertiärpräventive Maßnahmen	22
3.3	Herausforderungen in der Alterseinsamkeitsprävention	24
3.3.1	Fehlendes Gesundheitsbewusstsein	24
3.3.2	Tradiertes und defizitäres Verständnis der Pflegeprofession.....	25
3.3.3	Gesundheitsökonomische Aspekte und strukturelle Rahmenbedingungen	26
3.4	Zukünftige Potentiale in der Alterseinsamkeitsprävention.....	27
4	Diskussion	29
5	Schlussfolgerung und Ausblick	32
	Literaturverzeichnis	33
	Abkürzungsverzeichnis	35
	Tabellenverzeichnis	35
	Anhang	36

1 Einleitung

Spitzer (2018, S. 13 f.) beschreibt die Einsamkeit als einen gesellschaftlichen Megatrend. Dieser sei als eine unerkannte bzw. undefinierte Krankheit zu verstehen und habe durch das fehlende gesellschaftliche Bewusstsein weitreichende und nachteilige Folgen für die Betroffenen. In diesem Zusammenhang warnt die Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (2018, S. 106 ff.), dass vor allem ältere Menschen Risikopotenziale für ein Einsamkeitserleben aufweisen, da sie häufig mit einem schrittweisen sozialen Rückzug, Ausdünnung von An- und Zugehörigen-Netzwerken sowie einer verstärkten sozialen Isolation konfrontiert sind.

Durch diesen Umstand kann auch im Besonderen von Alterseinsamkeit gesprochen werden. Diese führt zu einem subjektiven Einsamkeitserleben und steht in Verbindung mit einem erhöhten Leidensdruck der Betroffenen. Außerdem sind noch weitere Folge- und Begleiterscheinungen dieser Form der Einsamkeit anzuführen. So stellen Paulitsch und Karwautz (2019, S. 252 f.) ein bis zu neunmal höheres Suizidrisiko für ältere Menschen mit Altersdepressionen fest, das meist mit einem Einsamkeitserleben korreliert. Ebenso führen Gale, Westbury und Cooper (2018, S. 394 f.) an, dass Alterseinsamkeit die Entstehung und das Voranschreiten des sogenannten Frailty-Syndroms steigert. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form der Altersgebrechlichkeit, deren Erscheinen vorgebeugt oder zumindest abgemildert werden kann.

Um diesen nachteiligen Effekten auf Bevölkerungsebene entgegenzuwirken, werden Community Health Nurses tätig. Sie identifizieren Personen mit Risikopotenzialen und führen Screenings durch. Außerdem sind sie in der gesundheitsbezogenen Beratung und Edukation tätig, arbeiten vernetzt mit anderen Gesundheitsdienstleister*innen zusammen und setzen präventive sowie auch gesundheitsförderliche Maßnahmen um. Des Weiteren vertreten sie die Interessen von vulnerablen Bevölkerungsgruppen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems (Minnesota Department of Health, 2019, S. 78 ff.).

1.1 Problemdarstellung und aktueller Forschungsstand

Um dem beschriebenen Problem der Alterseinsamkeit entgegenzuwirken, führen die spezialisierten und auf Kommunalebene tätigen Community Health Nurses gezielte Erhebungen und Screenings durch, wie bei Baker und Clark (2020, S. 233) oder Freer und Wallington (2019, S. 488) angeführt, um diesem unerwünschten Gesundheitszustand bzw. dessen Folge- und Begleiterscheinungen vorzubeugen. Außerdem setzen sie auf Bevölkerungsebene spezielle Maßnahmenprojekte um und evaluieren deren Effektivität. Solche Maßnahmen können die Beratung und Edukation von alterseinsamkeitsbetroffenen oder -gefährdeten Personen sowie deren An- und Zugehörigen sein, wie bei Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.) oder

Lapena et al. (2020, S. 1499) beschrieben wird. Aber auch spezielle Maßnahmenprogramme, die unerwünschte Folge- und Begleiterscheinungen von Alterseinsamkeitserleben auf der individuellen, Gruppen- oder Bevölkerungsebene adressieren, kommen zur Anwendung. Sie werden von Community Health Nurses geplant, durchgeführt und evaluiert (Courtin & Knapp, 2017, S. 806; Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2016, S. 151; Lapena et al., 2020, S. 1499). Damit diese Maßnahmen auch nachhaltig umgesetzt werden können, fungieren die Community Health Nurses im Zuge als Verbindungspersonen im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie bedienen sich dabei der Strategien des Disease- sowie auch Case-Managements, fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Gesundheitsdienstleister*innen und verbessern damit die Versorgung von alterseinsamkeitsbetroffenen und -gefährdeten Personen (Rector, 2020, S. 17 f.; Skingley, 2014, S. 87).

In Österreich befinden sich die erwähnten Pflegepersonen und ihr Tätigkeitsprofil in einer projektbezogenen Entwicklungs- und Aufbauphase. Die Grundlage hierfür stellt die seit 2016 im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankerte gemeinde- und bevölkerungsorientierte Ansatzenebene der österreichischen Community Health Nurses dar (Horak & Haubitzer, 2021, S. 30 f.). Es entstehen unterschiedliche Problem- und Spannungsbereiche im Zuge der Etablierung des Rollen- und Tätigkeitsprofils dieser neuen spezialisierten Pflegepersonen im bestehenden österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem.

Neben dem Einführungsstatus dieser Pflegepersonen und den daraus resultierenden Begleitumständen kann aber bereits der alterseinsamkeitsbezogene präventive Tätigkeits- und Aufgabenbereich von Community Health Nurses zusätzliche und weitere Herausforderungen mit sich bringen. So wird unter anderem von Bühlmann (1998, S. 154) angeführt, dass einsamkeitsassoziierte Aspekte in der Pflege wie auch in der Betreuung bedürftiger Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen häufig vom Fachpersonal ignoriert bzw. tabuisiert werden. Außerdem stellt Holtbernd (2018, S. 108) fest, dass Pflegepersonen bei der Einschätzung von Alterseinsamkeit bzw. der damit assoziierten Begleitumstände aufgrund einer fehlenden identitären Reife voreingenommen sein können. Als Konsequenz besteht die Möglichkeit, dass diese Pflegepersonen nicht zwischen einem mit Leid einhergehenden Einsamkeitserleben und dem entwicklungsbedingten gesellschaftlichen Rückzug älterer Personen aufgrund ihrer abschließenden Lebensphase unterscheiden können.

Basierend auf dieser Ausgangslage sollen im folgenden Teil der Bachelorarbeit II eine Zielsetzung und eine Forschungsfragen abgeleitet werden.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

In der vorliegenden Bachelorarbeit II soll durch leitfadengestützte Interviews abgebildet werden, wie aus der Sicht von österreichischen Community Health Nurses bzw. deren projektleitenden Verantwortlichen Alterseinsamkeit erhoben wird und welche präventiven Maßnahmen daraus abgeleitet werden. Im Zuge dessen sollen sowohl die Herausforderungen als auch mögliche Potenzialbereiche dieser pflegeberuflichen Tätigkeit am Beispiel der Alterseinsamkeitsprävention erhoben werden, um die Etablierung von Community Health Nurses auf der Ebene der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem voranzutreiben und zu bestärken. Aus dieser Zielsetzung lassen sich die folgenden Forschungsfragen für die Bachelorarbeit II ableiten:

- Wie stellen österreichische Community Health Nurses Alterseinsamkeit fest und welche präventiven Maßnahmen leiten sie daraus ab?
- Welche Hürden sowie auch Potenzialbereiche können im Zuge dieser präventiven Tätigkeit durch Community Health Nurses identifiziert werden?

Im nächsten Kapitel, dem Methodenteil dieser Bachelorarbeit II, wird das Forschungsdesign zur Beantwortung der Forschungsfragen vorgestellt, näher erläutert sowie dokumentiert.

2 Methodik und Forschungsdesign

Im folgenden Kapitel soll das methodische Vorgehen dargelegt und damit das zugrundeliegende Forschungsdesign dieser Bachelorarbeit II dokumentiert werden. Grundsätzlich ist festzustellen, dass der Erkenntnisgewinn dieser Arbeit darin besteht zu untersuchen, welchen Beitrag österreichische Community Health Nurses zur Alterseinsamkeitsprävention leisten und wie sie dabei vorgehen. Da sich diese neue gesundheitsbezogene Versorgungsinstanz innerhalb des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems in einer projektbezogenen Etablierungsphase befindet, entstehen unterschiedliche kontextuelle Begleiterscheinungen, die im Zuge dieser Bachelorarbeit II erhoben werden sollen.

Dieser Umstand wirkt sich auch auf die eingesetzte Forschungsmethode aus, um einen möglichst großen Erkenntnisgewinn zu generieren. Neben den angewandten Maßnahmen und Strategien zur Alterseinsamkeitsprävention sollen auch die subjektiven Sichtweisen und Einschätzungen der befragten Personen abgebildet werden, weshalb der qualitative Forschungsansatz einen geeigneten Zugang zu dem Thema bietet. Dieser ermöglicht es, verschiedene subjektive Perspektiven zu einem Untersuchungsgegenstand zu erheben und unter Berücksichtigung ihrer sozialen Bedeutungen zu interpretieren und zu analysieren. Dadurch können Interdependenzen sowie soziale Zusammenhänge sichtbar gemacht werden (Flick, 2021, S. 39 ff.).

Für die unmittelbare Umsetzung kommen dabei einerseits als Methode der Datenerhebung leitfadengestützte Experten*inneninterviews zur Anwendung, wie bei Kruse (2014, S. 166 f.) beschrieben. Andererseits wird im Zuge der Datenauswertung auf die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 67 ff.) zurückgegriffen. In den folgenden Kapiteln wird dieses Vorgehen näher erläutert und dokumentiert.

2.1 Methodisches Vorgehen bei der Datenerhebung

Für die Zielgruppe dieser Bachelorarbeit II – also praktizierende Community Health Nurses und deren leitende Projektverantwortliche – werden Experten*inneninterviews als geeignete Methode der Datenerhebung gewählt. Nach Kruse (2014, S. 166 f.) ist diese Interviewart den Leitfadeninterviews zuzuordnen. Sie sind durch einen Leitfaden mäßig bis semistrukturiert. Das Besondere an dieser Interviewart ist aber der Experten*innenstatus der befragten Personen. Dieser ist das verbindende Merkmal. Im Fall dieser Bachelorarbeit II kommt dieser Status Community Health Nurses und/oder der projektverantwortlichen Personen zu. Gleichzeitig stellt dieses Merkmal auch das zu beachtende Einschlusskriterium für die Interviewbefragung dar.

Die Fragen für den Leitfaden werden aus dem erhobenen Forschungsstand bzw. aus den Forschungsfragen der Arbeit abgeleitet. Mayring (2015, S. 59 f.) spricht in diesem Zusammenhang von der Differenzierung der Fragestellung einer wissenschaftlichen Studie, die theoriegeleitet erfolgen soll. Basierend auf den Forschungsfragen dieser Bachelorarbeit II und der zugrundeliegenden Problemstellung sowie dem aktuellen Stand der Forschung lassen sich folgende Themenbereiche für den Leitfaden identifizieren: Erhebung von Alterseinsamkeitserleben durch Community Health Nurses, eingesetzte Maßnahmen zur Prävention von Alterseinsamkeit, Einbeziehung von An- und Zugehörigen sowie der Nachbarschaft bzw. Gemeinde, Herausforderungen und Potenziale österreichischer Community Health Nurses am Beispiel der Alterseinsamkeitsprävention sowie inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit und Schnittstellenmanagement.

2.1.1 Interviewleitfaden

Aus den im vorigen Kapitel angeführten Themenbereichen ergeben sich die folgenden Fragestellungen für den Interviewleitfaden:

1. Woran erkennen Sie und Ihr Team Anzeichen für Alterseinsamkeit innerhalb Ihres Tätigkeitsumfeldes?
2. Wie stellen Sie bzw. Ihr Team fest, ob es in Ihrem Tätigkeitsumfeld alterseinsamkeitsbetroffene oder -gefährdete Personen gibt?
3. Welche Maßnahmen planen und setzen Sie und Ihr Team um, um alterseinsamkeitsbetroffene oder -gefährdete Personen zu unterstützen?
4. Wie werden An- und Zugehörige bzw. die Nachbarschaft/Gemeinde bei alterseinsamkeitsbetroffenen oder -gefährdeten Personen einbezogen?
5. Wie gehen Sie oder Ihr Team damit um, wenn eine alterseinsamkeitsbetroffenen oder -gefährdete Person Unterstützungsmaßnahmen ablehnt?
6. Wie arbeiten Sie und Ihr Team mit anderen Berufsgruppen zusammen, um alterseinsamkeitsbetroffene oder -gefährdete zu unterstützen?
7. Wo sehen Sie Hindernisse und Verbesserungspotenziale in der interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. im Schnittstellenmanagement in Bezug auf die Prävention von Alterseinsamkeit?

Der Leitfaden strukturiert die Interviews und bietet einen Rahmen. Da die befragten Personen grundsätzlich einen Experten*innenstatus aufweisen, werden die Fragen entsprechend der gängigen disziplin- bzw. berufsspezifischen Terminologie gestellt. Dadurch wird auch die Nähe zum Untersuchungsgegenstand gewährleistet. Der im Zuge der Datenerhebung verwendete Interviewleitfaden kann im Anhang dieser Bachelorarbeit II eingesehen werden.

2.1.2 Sampling, Ein- und Ausschlusskriterien sowie Rekrutierung

Eingeschlossen in die Befragung wurden einerseits Personen, die als Community Health Nurses arbeiten, und andererseits projektverantwortliche Führungspersonen, die gemeinsam mit Community Health Nurses in der Umsetzung des Projektes *NextGenerationEU-Community Nursing* tätig sind. Es besteht dabei die Möglichkeit, dass Befragte beiden Personengruppen angehören. Ausgeschlossen von der Befragung sind Pflegepersonen, die nicht als Community Health Nurses tätig sind sowie auch andere berufsferne Gesundheits-Fachkräfte sowie politische Verantwortungsträger*innen ohne direkten Bezug zur Projektumsetzung. Im Rahmen der Rekrutierungsstrategie konnten von März bis April 2023 insgesamt sieben Personen rekrutiert und befragt werden, die den Einschlusskriterien entsprachen. Für die Rekrutierung wurde auf die Plattform *Community Health Nursing* und auf das Netzwerk des Pilotprojektes *Community Nursing der Gesundheit Österreich GmbH* zurückgegriffen. Die Teilnehmenden wurden per E-Mail kontaktiert. Dabei wurde ihnen ein Informationsschreiben und eine Einverständniserklärung zugesandt. Die Terminisierung der Interviews erfolgte schriftlich per E-Mail sowie telefonisch.

2.1.3 Beschreibung der teilnehmenden Personen

Das folgende Kapitel widmet sich der Darstellung und Beschreibung der befragten Personen. Dabei wurden das Alter, das Geschlecht und die Tätigkeit erfasst. Es konnten sieben Personen interviewt werden. Davon waren fünf Personen weiblich und zwei männlich. Die jüngste befragte Person war zum Zeitpunkt des Interviews 27 Jahre alt und die älteste Person war 57 Jahre alt. Damit ergibt sich ein Altersmedian von 48 Jahren. Das Durchschnittsalter liegt bei 43 Jahren. Zwei der befragten Personen waren sowohl in der Rolle als projektverantwortliche Leitung als auch als Community Health Nurse tätig. Drei Personen waren ausschließlich als Community Health Nurses beschäftigt und zwei Personen waren in die projektverantwortliche Leitung involviert. In Tabelle 1 werden die teilnehmenden Personen mit den zugehörigen soziodemografischen Daten abgebildet.

Tabelle 1: Darstellung des soziodemografischen Hintergrunds der Teilnehmenden

Teilnehmer*in	Alter in Jahren	Geschlecht	Tätigkeit
B ₁	27 a	weiblich	Community Health Nurse
B ₂	49 a	weiblich	projektverantwortliche Leitung
B ₃	30 a	männlich	projektverantwortliche Leitung, Community Health Nurse
B ₄	48 a	männlich	projektverantwortliche Leitung
B ₅	55 a	weiblich	Community Health Nurse
B ₆	38 a	weiblich	Community Health Nurse
B ₇	57 a	weiblich	projektverantwortliche Leitung, Community Health Nurse

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2023

2.1.4 Aufnahme und Transkription

Die Interviews wurden virtuell mit der Anwendungssoftware *Zoom Video Communications* durchgeführt. Der Verfasser der Bachelorarbeit II führte alle Interviews selbst durch. Für die Aufzeichnung wurde auf die integrierte Aufnahmefunktion dieser Anwendungssoftware zurückgegriffen. Die durchgeführten Interviews dauerten im Durchschnitt 43 Minuten und 14 Sekunden. Das längste Interview hatte dabei eine Länge von 59 Minuten und 31 Sekunden und das kürzeste Interview dauerte 28 Minuten und 13 Sekunden.

Durch die Aufnahme der Interviews konnten MP3-Audio- und MP4-Videodateien generiert werden, die anschließend für die Datenauswertung verschriftlicht wurden. Hierfür wurde auf die von der Ferdinand Porsche Fern FH zur Verfügung gestellten Transkriptionsregeln zurückgegriffen.

Das erhobene Datenmaterial in Form der Originalmitschnitte der Experten*inneninterviews wurden nach der erfolgten Transkription vernichtet und die erstellten Dokumente wurden auf einem passwortgeschützten Computer des Verfassers dieser Bachelorarbeit II abgelegt.

2.2 Methodisches Vorgehen bei der Datenauswertung

Für die Datenauswertung wird auf die von Mayring (2015, S. 67 ff.) beschriebene zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse zurückgegriffen. Das Ziel ist es, im Rahmen dieses methodischen Vorgehens das Datenausgangsmaterial, das aus Interview-Transkripten besteht, einzugrenzen, indem die wesentlichen Inhalte zu einem überschaubaren Korpus zusammengefasst werden. Durch dieses Vorgehen wird das Datenmaterial in ein Kategoriensystem eingeordnet. Dieses stellt somit das datenbezogene Grundmaterial dar, jedoch auf eine abstrahierte und zusammengefasste Art.

Die Zusammenfassung ist dabei als eine der Grundformen des Interpretierens zu verstehen. Sie ist von den anderen inhaltsanalytischen Anwendungsformen – z. B. von der Explikation und der Strukturierung – dadurch abzugrenzen, dass auf induktive Weise ein zusammengefasstes Kategoriensystem generiert wird (Mayring, 2015, S. 67). Mit inhaltsanalytischen Verfahren wird menschliche Kommunikation analysiert, die in Transkripten vorliegt. Der Analysevorgang ist dabei systematisch und regel- sowie auch theoriegeleitet. Es geht dabei aber nicht nur um die Auswertung der kommunizierten Inhalte, sondern es ist ebenso möglich, Rückschlüsse auf latente Aspekte zu ziehen. Inhaltsanalytische Verfahren werden auch als kategoriengeleitete Textanalysen bezeichnet (Mayring, 2015, S. 11 ff.).

2.2.1 Bestimmung und Analyse des Ausgangsmaterials

Jedes inhaltsanalytische Verfahren sieht vor, dass zunächst das Ausgangsmaterial bestimmt wird. Hierfür unterscheidet Mayring (2015, S. 54 f.) drei Analyseschritte. Als erstes wird das zu analysierende Material festgelegt. Im Zuge dieser Bachelorarbeit II besteht das Ausgangsmaterial aus Transkripten von sieben leitfadengestützten Interviews. Als nächstes wird die Entstehungssituation dokumentiert. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es sich um Experten*inneninterviews handelt, die mit Community Health Nurses bzw. Projektverantwortlichen in diesem Bereich geführt wurden. Die Interviewsituation selbst wurde in allen Erhebungen als locker und gelöst eingestuft. In allen Interviews kam schnell eine lebendige Gesprächssituation zustande. Alle Teilnehmenden konnten auf unterschiedliche Erfahrungswerte zum Untersuchungsgegenstand zurückgreifen und diese in den Interviews einbringen. Als letztes Aspekt werden die formalen Charakteristika definiert. Dabei ist festzustellen, dass die Interviews virtuell über die Anwendungssoftware Zoom durchgeführt und auch aufgezeichnet wurden. Damit sind sowohl Audio- als auch Videodateien im MP3- und MP4-Format entstanden, anhand derer die Transkripte angefertigt werden konnten. Nähere Informationen zur Festlegung des Ausgangsmaterials und zur Entstehungssituation wurden im Vorkapitel gegeben, in dem es um das Vorgehen im Zuge der Datenerhebung ging.

Nach dem Festlegen des Ausgangsmaterials führt Mayring (2015, S. 58 ff.) an, dass vor dem weiteren Analyseprozess reflektiert werden muss, was überhaupt anhand des Datenmaterials herausgefunden werden soll. Hierfür unterscheidet er zwei Analyseschritte. Das ist zum einen die Richtung der Analyse, die in einem Kommunikationsmodell festgelegt wird. Dabei ist festzustellen, dass die durchgeführten Interviews die Quelle sind, aus der ein zu analysierender Text entsteht. Die Kommunikator*innen sind dabei der Interviewer und die befragten Personen. Der Text bezieht sich auf Erfahrungen, Emotionen und kognitive Handlungshintergründe aus dem Tätigkeitsfeld der befragten Personen. Diese Analyserichtung wird durchgehend bei allen Auswertungen befolgt. Zum anderen ist als zweiter Analyseschritt eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung durchzuführen. In dieser Bachelorarbeit II wird kein Bezug auf eine rahmende Theorie genommen, um eine induktive Kategorienbildung zu ermöglichen. Für die Differenzierung der Fragestellung wurde aber die aktuelle Forschung betrachtet, wie in der Einleitung nachgelesen werden kann.

2.2.2 Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse

Nachdem das Ausgangsmaterial – wie im Vorkapitel dargelegt – bestimmt und analysiert wurde, kann mit dem eigentlichen inhaltsanalytischen Verfahren begonnen werden. Die in dieser Bachelorarbeit II angewandte zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S.

67 ff.) besteht aus einem Ablaufmodell, das sieben Schritte umfasst. Im Folgenden werden diese für das geplante Forschungsvorhaben dokumentiert.

Im ersten Schritt geht es um die Bestimmung der Analyseeinheiten. Hierfür werden von Mayring (2015, S. 53) drei Formen unterschieden: die Auswertungseinheit, die Kontexteinheit und die Kodiereinheit. Die erste Auswertungseinheit bezieht sich auf die einzelnen Interviewtranskripte, die aus den sieben durchgeführten Interviews erstellt wurden. Die nächste Auswertungseinheit stellt die Kontexteinheit dar. Sie kann als ein Strukturelement verstanden werden, das mehrere Zeilen umfasst, die inhaltlich zusammengehören und unter einer Kategorie zusammengefasst werden können. Beim kleinsten Materialbestandteil handelt es sich um sogenannte Kodiereinheiten. Diese bestehen in dieser Bachelorarbeit II aus vollständigen Sätzen, die sich aus mindestens drei Wörtern zusammensetzen. Im zweiten Schritt erfolgt das Paraphrasieren, in dessen Zuge inhaltstragende Textstellen in allen Interviews auf ein allgemeines und verbindendes Sprachniveau gebracht werden. Anschließend werden im dritten Schritt die Paraphrasen generalisiert, sprachlich aufbereitet und generalisiert. Im vierten Schritt wird die erste sogenannte Reduktion durchgeführt, indem ähnliche oder bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen werden (Mayring, 2016, S. 69 ff.). In der folgenden Tabelle 2 wird dieser Analyseprozess für die vorliegende Bachelorarbeit II exemplarisch veranschaulicht.

Tabelle 2: Exemplarische Darstellung der Inhaltsanalyse

Interviewauszug	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Hauptkategorie: Herausforderungen in der Alters- einsamkeitsprävention
„Um eine sehr deutliche Sprache da zu sprechen: Ein Riesenhindernis ist eindeutig Bürgermeister, Bürgermeisterin. Vor nicht allzu langer Zeit war ich bei einem Bürgermeistersprecher für 32 Gemeinden. Riesenregion. Und er sagt mir, ja, [Name] sehr lieb, was Sie da sagen, aber bei uns gilt der <u>Generationsvertrag</u> und bei uns pflegen nur die Frauen. Punkt.“ (B7, Zeile, 371-375)	Politische Verantwortungsträger*innen weisen ein tradiertes Verständnis vom Pflegeberuf und der gesellschaftlichen Frauenrolle auf.	tradiertes und paternalistisches Verständnis des Pflegeberufs	tradiertes und defizitäres Verständnis der Pflegeprofession - K ₁ tradiertes Verständnis - K ₂ defizitär-kompensatorische Reduktion	
„Also die Personen glauben, da kommt eine Krankenschwester [sic!], und die behandelt mich, weil ich krank bin, nein, eigentlich, das ist das Verständnis, die kommt, damit es länger dauert, bis sie krank werden, dass die einen ganz anderen Fokus hat, das ist einfach zu neu.“ (B4, Zeile, 236-238)	Der Handlungsbereich des Pflegeberufs wird ausschließlich auf die Krankenpflege beschränkt.	defizitäre Reduktion der pflegerischen Tätigkeit.		

Anmerkung: Eigene Darstellung, 2023

In einem weiteren Schritt kann das Datenmaterial im Zuge der zweiten Reduktion durch Bündelung und Integration weiter verdichtet werden. Im sechsten Schritt wird ein neues Kategoriensystem zusammengestellt, das im siebten Schritt auf seinen Rückbezug zum Ausgangsmaterial hin überprüft wird. Das entwickelte Kategoriensystem muss sowohl in sich stimmig und kongruent sein als auch auf das Ausgangsmaterial übertragbar und in weiterer Folge auch wieder zum Kategoriensystem rücküberführbar sein (Mayring, 2015, S. 69 ff.).

Um in allen Analyseschritten ein Höchstmaß an Qualität wie auch Effektivität gewährleisten zu können, gilt es die Gütekriterien qualitativer Forschung berücksichtigend zu reflektieren. Dieser Umstand soll im nächsten Kapitel abgebildet werden.

2.3 Gütekriterien der qualitativen Forschung

Im Zuge des Analyseprozesses wurden die sechs Gütekriterien nach Mayring (2023, S. 122 f.) herangezogen, um eine qualitative Forschung zu gewährleisten. Diese Gütekriterien finden im deutschsprachigen Raum weite Verbreitung, weshalb sie in der vorliegenden Bachelorarbeit berücksichtigt werden.

Das erste Gütekriterium betrifft die *Verfahrensdokumentation*. Dabei muss der Forschungsprozess in seiner Gesamtheit detailliert und nachvollziehbar zu dokumentiert werden. Das Ziel ist es dabei, dass forschungsfremde Dritte nachvollziehen können, wie die dargestellten Ergebnisse einer Studie zustande gekommen sind (Mayring, 2023, S. 123). Dieses Gütekriterium wird im aufbereiteten Methodenkapitel dieser Bachelorarbeit II behandelt.

Als zweites Gütekriterium führt Mayring (2023, S. 123) die *argumentative Interpretationsabsicherung* an. Hierfür muss zunächst festgestellt werden, dass das Interpretieren das Kernstück vieler qualitativer Forschungsmethoden ist. Die argumentative Nachvollziehbarkeit im Zuge dieses Interpretationsprozesses kann einerseits in der im Methodenkapitel dargelegten Verfahrensdokumentation eingesehen werden. Andererseits wird sie auch im Ergebnisteil durch die geordnete Aufbereitung der Resultate der Interviewbefragung dieser Bachelorarbeit II gewährleistet.

In Bezug auf das dritte Gütekriterium betont Mayring (2023, S. 123 f.), dass es ein bestimmendes Kennzeichen der qualitativen Forschung ist, *regelgeleitet* vorzugehen. Zwar sind Offenheit sowie auch Flexibilität zentrale Kennzeichen dieses Forschungsansatzes, jedoch müssen die erhobenen Daten auf regelgeleitete bzw. systematische Art bearbeitet und aufbereitet werden. Für diese Bachelorarbeit wird die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015, S. 67 ff.) herangezogen. Das regelgeleitete Vorgehen kann im Methodenteil dieser Arbeit eingesehen werden.

Als viertes Gütekriterium wird von Mayring (2023, S. 124) die *Nähe zum Gegenstand* genannt, wobei es um eine sogenannte Gegenstandsangemessenheit des gewählten methodischen Zuganges geht. Eine forschende Person soll hierfür in die alltägliche Lebenswelt der Forschungssubjekte eintreten und einen Eindruck von deren Lebenswirklichkeit erhalten. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit II soll eine gelöste und ruhige Gesprächssituation hergestellt werden, um die Erfahrungswirklichkeiten der Teilnehmenden vollumfänglich einsehen zu können.

Das fünfte Gütekriterium ist die *kommunikative Validierung*. Dabei wird den Teilnehmenden die Möglichkeit gegeben, den Ergebnisteil der Arbeit vor Fertigstellung einzusehen, um mögliche Korrekturen vorzunehmen, wenn die Ergebnisse nicht mit ihren Erfahrungen und Lebenswirklichkeiten übereinstimmen (Mayring, 2023, S. 124). Dieses Gütekriterium konnte aufgrund der limitierten Zeitressourcen im Zuge der Abfassung dieser Bachelorarbeit II nicht berücksichtigt werden.

Das sechste und letzte Gütekriterium von Mayring (2023, S. 125) ist die sogenannte *Triangulation*. Hierbei wird das Datenmaterial aus zwei oder mehr Perspektiven kritisch hinterfragt. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit II konnte dieses Gütekriterium aufgrund der limitierten Zeitressourcen lediglich eingeschränkt umgesetzt werden. Mit zwei von der Erhebung unabhängigen Community Health Nurses wurden die Ergebnisse jedoch in Bezug auf die Stimmigkeit kritisch reflektiert und angepasst.

2.4 Ethische Aspekte

In diesem Kapitel werden ethische Aspekte in Zusammenhang mit der Datenerhebung und -auswertung reflektiert und abgebildet. In diesem Zusammenhang muss zunächst festgestellt werden, dass die befragten Personen in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Interviewdurchführenden und Verfasser dieser Bachelorarbeit II standen und keine gesundheitsbezogenen Daten erhoben wurden. Damit kann unter Rückbezug auf Schrems (2020, S. 14 ff.) von keiner vulnerablen Risikogruppe gesprochen werden, weshalb auch nicht die Einholung eines Votums durch eine Ethikkommission notwendig war.

Die inhaltlichen Aspekte des *Informed Consent* wie bei Mayer (2019, S. 63) wurden aber trotzdem vollumfänglich bei der Rekrutierung, Durchführung und Auswertung der Interviews eingehalten, um wissenschaftliche Standards einzuhalten. So gab es zunächst ein Aufklärungsschreiben mit den wesentlichen Informationen und die zu unterzeichnende Einverständniserklärung wurde den möglichen Teilnehmenden übermittelt. Die Inhalte dieser Dokumente wurden vor Interviewbeginn nochmals thematisiert. Die Teilnehmenden wurden dabei erneut aufgeklärt, dass sie jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme zurücktreten können. Ebenso wurden sie drüber in Kenntnis gesetzt, dass sie bis zur Abgabe der Bachelorarbeit II von der Teilnahme zurücktreten können. Mündlich wurde vor dem Interviewstart nochmals rückversichernd gefragt, ob die Teilnehmenden alle Aspekte verstanden haben, bevor mit der Aufnahme begonnen wurde. Ebenso wurden die unterzeichneten Einverständniserklärungen eingeholt. Diese werden für zehn Jahre beim Verfasser aufbewahrt.

Das grundsätzliche Verständnis der Teilnehmenden in Bezug auf die Einwilligung wird deshalb angenommen, da sie als erwachsene und damit prinzipiell geschäftsfähige Personen anzusehen sind. Die Anonymität der Teilnehmenden wird im Zuge der gesamten Datenerhebung

und -auswertung gewahrt. So kann nur der Autor Rückschlüsse auf einzelne Personen ziehen. Aspekte, die Rückschlüsse auf die Person zulassen, werden entweder anonymisiert oder zumindest pseudonymisiert. Im Zuge dessen ist auch zu erwähnen, dass alle datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden.

Als letzter Aspekt wird abgeführt, dass die physische und psychische Integrität der Personen während allen Schritten der Erhebung, Analyse und Auswertung gewahrt werden muss. Da es sich um Experten*inneninterviews handelt und angenommen werden kann, dass diese Personen sich emotional von ihrer Tätigkeit distanzieren können sowie auch reflektiert sind, ist nicht davon auszugehen, dass Gefährdungspotenziale bestehen. Sollten in den Interviews aufwühlende Situationen entstehen, so wird zunächst durch den Interviewdurchführenden versucht, Entlastungsgespräche anzubieten. Im Falle, dass das nicht ausreichend sein sollte, kann eine entsprechende Weitervermittlung an professionelle Entlastungsstellen erfolgen, beispielsweise an den psychosozialen Dienst.

3 Ergebnisse

Im folgenden Teil der Arbeit werden die Ergebnisse aus der Interviewerhebung und dem angeschlossenen Analyseprozesses abgebildet. Die Ergebnisse können in vier Hauptkategorien unterteilt werden. Als erste Kategorie sind hier die *Alterseinsamkeit und deren Erhebung* anzuführen. In der nächsten Kategorie werden die *Maßnahmen im Zuge der Alterseinsamkeitsprävention* abgebildet, die Community Health Nurses umsetzen, um diesem unerwünschten Zustand und seinen Folge- und Begleiterscheinungen vorzubeugen. In der dritten Kategorie werden *Herausforderungen in der Alterseinsamkeitsprävention* angeführt, mit denen die österreichischen Community Health Nurses im Zuge ihrer Tätigkeit konfrontiert sind. Abschließend werden in der vierten und letzten Kategorie die *zukünftigen Potenziale in der Alterseinsamkeitsprävention* adressiert, indem der gewinnbringende Beitrag von österreichischen Community Health Nurses unter Rückbezug auf das zugrundeliegende Phänomen und die strukturellen Bedingungen des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems beschrieben wird.

3.1 Alterseinsamkeit und deren Erhebung

In dieser Kategorie wird abgebildet, mit welchen Merkmalen Community Health Nurses die Alterseinsamkeit bzw. deren Folge- und Begleiterscheinungen in Verbindung bringen und wie sie diese erheben. Dieser Bereich kann in zwei Unterkategorien unterteilt werden: *alterseinsamkeitsbezogenen Merkmale* und die daraus folgenden *Erhebungsansätze*.

3.1.1 Alterseinsamkeitsbezogene Merkmale

Die befragten Personen gaben an, dass Alterseinsamkeit implizit-latent sowie auch explizit-manifest in Erscheinung tritt. Bei der ersten explizit-manifesten Form berichteten die betroffenen Personen von subjektivem Einsamkeitserleben, das als unangenehm oder unerwünscht empfunden wird und damit die Lebensqualität beeinträchtigt. Eine solche Erscheinungsform tritt aber laut den befragten Personen eher seltener auf. Die Befragten führen diesen Umstand zum einen darauf zurück, dass sich Alterseinsamkeit und ihre Folge- und Begleiterscheinungen schleichend und sukzessive manifestieren. Damit werden sie von den Betroffenen nicht mehr als störend oder unangenehm wahrgenommen, da die frühere Normalität in Bezug auf das gewohnte Verhaltensrepertoire vergessen wird. Eine befragte Person beschrieb dies folgendermaßen:

[...] und wir haben gemerkt [...], wie ihre Kreise damals, [...] ihre Kreise immer kleiner geworden sind, wo sie dann zum Schluss immer in der Wohnung war und dann im Zimmer war zum Schluss, und auch rund herum, wie sukzessive all ihre Freundinnen verstorben sind, und zum Schluss, dann sind von den zehn Leuten nunmehr zu zwei. (B₄, Zeile, 69-73)

Zum anderen führte eine weitere teilnehmende Person eine Form des sozial gehemmten Verhaltens als Ursache an. Ein rückläufiges soziales Netz und die immer weiter limitierten Anknüpfungspunkte mit der gegenwärtigen Gesellschaft führen dazu, dass Betroffene verunsichert werden und dann mit einem Vermeidungsverhalten reagieren. Als eine Konsequenz kommt es zum sozialen Rückzug bzw. zur sozialen Isolation. Diese führen in weiterer Folge dazu, dass durch das gehemmte Sozialverhalten keine gegenregulierenden Strategien für eine verbesserte soziale Integration von den Betroffenen ergriffen werden können, wodurch es zu einem als unangenehm empfundenen Einsamkeitserleben kommt. „Sie wollen halt oft dann schon irgendwie unter die Leute kommen, aber irgendwie hat man das Gefühl, sie können das gar nicht mehr annehmen, als hätten sie Angst, dass sie was falsch machen in der Gesellschaft [...]“ (B₁, Zeile, 219-222)

Wesentlich häufiger als die eingangs angeführte explizit-manifeste Form ist die implizit-latente Form von Alterseinsamkeit zu beobachten. Dabei versuchen die betroffenen Personen die Community Health Nurses in Gesprächen zu binden. In manchen Fällen wurde beschrieben, dass sie die Pflegepersonen hoch-frequent per Telefon, aber auch persönlich für redundante Informationen kontaktieren würden. Eine Teilnehmende gab in diesem Zusammenhang an, dass der hausärztliche Dienst an sie herangetreten sei, da die betroffenen Personen in manchen Fällen täglich die Praxis aufsuchen würden. Eine teilnehmende Person beschrieb diesen Umstand wie folgt: „Die Ärzte sagen dann halt oft, die wohnt eh schon bei ihm in der Praxis. Da merkt man halt, dass sie niemanden haben. [...]. Sagen tun sie das eh nicht.“ (B₅, Zeile, 403-405)

Dabei ist aber festzustellen, dass alterseinsamkeitsbezogene Symptome oder Begleitumstände von psychiatrischen Erkrankungen abzugrenzen sind. Der wiederholte Informationsbedarf kann auch auf eine Demenzerkrankung hinweisen. Zudem wurde von den teilnehmenden Personen angegeben, dass auch eine Abgrenzung von anderen psychiatrischen Komorbiditäten erfolgen müsse. In Zusammenhang mit der Alterseinsamkeit werden unter anderem Depression bzw. depressive Verstimmung sowie auch Angststörungen und Suizidalität angeführt. Erfolgt keine Abklärung, so sind situative Überforderungsmomente in der Betreuung möglich, da die Community Health Nurses Verhaltensauffälligkeiten im Zuge der Versorgung nicht abschließend einschätzen können. Eine Teilnehmende berichtete von der folgenden Erfahrung: „Einer hat einmal gesagt zu mir, ich rede schon mit mir selber, weil ich einfach niemanden habe. [...]. Was sage ich da dann“ (B₁, Zeile, 79-80).

Neben diesen dargestellten Merkmalen für Alterseinsamkeit führten die befragten Personen auch einige assoziierte Begleitzustände bzw. Begleitumstände von Alterseinsamkeit an. Zum einen nannten sie eine eingeschränkte körperliche Mobilität bis Bettlägerigkeit, fehlenden barrierefreien Zugang zur Wohnung und chronische Erkrankungen als häufige Begleitumstände von Alterseinsamkeit.

[...] wie sind sie mit ihren Körperfunktionen beeinträchtigt, dann habe ich auch schon ein Risiko, also wenn derjenige bettlägerig ist, habe ich schon wieder ein Risiko, ja [...], was wieder mehr dazu führen könnte, für eine Einsamkeit, weil derjenige in seiner Selbstständigkeit einfach reduziert ist [...]. (B₃, Zeile, 104-109)

Daneben gibt es des Weiteren soziale Einflussfaktoren auf das Alterseinsamkeitserleben, die von den befragten Personen geäußert wurden. So wurde angegeben, dass der sozioökonomische Status beeinflusst, wie und ob Alterseinsamkeit erlebt wird. Personen, die auf bessere sozioökonomische Mittel zurückgreifen können, sind den befragten Personen zufolge auch weniger häufig von Alterseinsamkeit und ihren Folge- und Begleiterscheinungen betroffen. Mit dem sozioökonomischen Status steht meist auch das Bildungsniveau in Verbindung. Hier beobachteten die Teilnehmenden ebenso, dass Personen mit höheren Bildungsabschlüssen tendenziell auch weniger von Alterseinsamkeit betroffen sind.

Wobei ich sagen möchte, dass also vom höheren Bildungsniveau eher wenige dabei sind, also es sind eher, glaube ich [...], also gefühlsmäßig, ich habe sie jetzt nicht abgefragt, aber eher Personen, sag ich jetzt mal, die einerseits, ich sage, vom Einkommen her nicht so gut situiert sind, weil die Formate alle, die wir anbieten, gratis sind, das merkt man schon, also weil wir ja eben wirklich diese soziale Teilhabe auch in dem Sinne stärken wollen, dass man sagt, der Mindestpensionist kann dort genauso teilnehmen.“ (B₂, Zeile, 311-316)

Als weiterer sozialer Einflussfaktor wurde wiederholt das Geschlecht angeführt. Zwar gibt es tendenziell mehr von Alterseinsamkeit betroffene Frauen, dieser Umstand steht jedoch in Verbindung mit der demografischen Geschlechterverteilung im Alter. Männer hätten aber ein höheres Risiko für ein unerwünschtes Alterseinsamkeitserleben, da sie laut den befragten Personen im gesamten Lebensverlauf ein defensiveres Sozialverhalten aufweisen als Frauen, was sich dann im Alter doppelt nachteilig auswirkt.

3.1.2 Erhebungsansätze

Von den Teilnehmenden wurden zwar unterschiedliche Erhebungsstrategien im Zuge der Ermittlung von Alterseinsamkeit bzw. der Identifikation von alterseinsamkeitsgefährdeten Personen angeführt, die eingesetzten Community-based Erhebungsinstrumente und deren Standardisierungsgrad variieren jedoch stark. Diesen Umstand beschrieb eine teilnehmende Person wie folgt: „Genau, also grundsätzlich, jede Community-Nurse darf sich das selber zusammenstellen, ich mache schon Assessments, aber eben nicht so direkt beim ersten Besuch [...]. Für die Alterseinsamkeit selbst ist mir kein Assessment bekannt.“ (B₁, Zeile, 122-127)

Die Alterseinsamkeit wird in vielen Fällen auch mit anderen standardisierten Assessmentinstrumenten miterhoben. Angeführt werden hier beispielsweise ein Dekubitus-, Sturz-, oder Ernährungs-Assessment, bei denen die Community Health Nurses Aspekte der sozialen Integration miterheben.

Grundsätzlich ist hier aber anzuführen, dass eine Community Health Nurse Aspekte, die mit Alterseinsamkeit in Zusammenhang stehen, auf individueller, familiärer und kommunaler Ansatzebene erhebt. Besonders auf der letzten Ansatzebene muss bevölkerungsorientiert analysiert werden, welche Gruppen es in Bezug auf Unterstützungs- sowie auch Förderpotenziale gibt und wie sich diese unter Umständen gegenseitig positiv beeinflussen können. Eine teilnehmende Person beschrieb das folgendermaßen:

[...] wo ist jetzt Alterseinsamkeit? Gehen wir mal von unserem Projekt aus, quasi wie schaut Alterseinsamkeit in der Kommune, wo wir gerade tätig sind [...]. Das heißt quasi, erstens einmal schauen wir mal an, also rein nur im Monitoring, wie ist es quasi in der Altersstruktur, wie viel Leute habe ich quasi welchen Alters, [...] wie ist soziales Umfeld, wie viel Angehörige sind eigentlich noch vorhanden strukturiert oder sind sie ganz weit entfernt, ja, wie ist quasi auch die soziale [...] Kleingemeinschaften, [...] Familien-Struktur, also das ist einmal alles wichtig her zu nehmen und ein Gesamtbild einmal zu machen. Ja, wissen Sie eigentlich, was sind so quasi die Kriterien, dass man sich einsam fühlt, dass die Leute einmal überhaupt sich beschäftigen, [...] jetzt einmal einsam. Ja, was ist noch? Ich meine, es ist halt wirklich breit, also quasi, im Grunde genommen gehört das natürlich systemisch einfach aufbereitet, ja, zu sagen, okay, wie schaut die Lage aus, was habe ich. (B₃, Zeile, 194-210)

Für die Erhebung selbst wurden zunächst die aufmerksame Beobachtung sowohl bei präventiven Hausbesuchen als auch bei anderen Maßnahmen angeführt, zum Beispiel bei durch die Community Health Nurses geleiteten Stammtischen. Als effektives Mittel der Wahl zur Erhebung wurden darauf aufbauend wiederholte und tiefgreifende Gespräche mit den möglichen Betroffenen oder deren An- und Zugehörigen erwähnt. Hier werden Aspekte der Alterseinsamkeit direkt sowie auch indirekt angesprochen und erhoben. Eine teilnehmende Person machte hier die folgende Bemerkung:

Der Anfang ist der, dass man im Prinzip die Rahmenbedingungen, glaube ich, mal beobachtet und dann abfragt, ja, wie oft kommt er vorbei, wann ist er da, und da muss man schauen, wie er sich bei diesen oberflächlichen Themen, [...], ja, wenn Sie das wirklich ins Innere hinein lassen [...], (lachen) ist es eine Vertrauenssache. [...] dann fängt er eh schon bei oberflächlichen Fragen, geht es eh schon weiter, und da kann ich schon in die Tiefe rein gehen und das konkret ansprechen. (B₄, Zeile, 131-137)

Im Zuge der Erhebungen wird dem Familiensystem bzw. dem gesamten An- und Zugehörigensystem eine entscheidende Priorität im Assessment und über alle Assessmentbereiche hinweg zugeschrieben. Besonders das Familiensystem kann durch die gegenseitige emotionale sowie auch rechtliche Verpflichtung effektiv als Ressource genutzt werden, um der Alterseinsamkeit bzw. deren unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen vorzubeugen. Eine teilnehmende Person führte dies wie folgt aus:

„Ich nehme jetzt quasi einmal her, du hast den Verwandtschaftsgrad, du hast die Basis, dein soziales Umfeld, wer ist alles drin, und wenn du jetzt nur die Familie hernimmst, [...] und gerade im ländlichen Bereich sind die recht groß, ja, aber meistens ist immer das Problem dort, dass das quasi auf ein, zwei Familien-Mitglieder haftet, einfach nur schon die Zeit damit zu nutzen, wer fährt jetzt zur Oma ein und tut es einfach versuchen? Gerade im Alter, das meiste, was sich ältere Personen wünschen, ist Zeit, Zeit mit ihren Liebsten zu verbringen.“ (B₃, Zeile, 337-342)

Für die Erhebung der familienbezogenen Potenziale und gegebenenfalls der Problembereiche wird das 15-Minuten-Familiengespräch im Rahmen der familienzentrierten Gesundheits- und Krankenpflege als standardisierte Erhebungsstrategie von den meisten Community Health Nurses eingesetzt. Darauf basierend werden Öko- und Genogramme zu den familienbezogenen Zusammenhängen erstellt, um Ressourcen, Problembereiche und Entwicklungspotenziale zu identifizieren, die in weiterer Folge zur Prävention der Alterseinsamkeit bzw. ihrer unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen eingesetzt werden können.

Neben diesen Erhebungsstrategien und Assessmentbereichen wurde von den Teilnehmenden angegeben, dass eine objektivierte und vergleichbare Feststellung von Alterseinsamkeitserleben erschwert sei. In diesem Zusammenhang wurde näher ausgeführt, dass die Personen durch wiederholte Gespräche ganzheitlich und vollumfänglich kennengelernt werden müssten, um zwischen einem selbstbestimmten und frei gewählten sozial zurückgezogenem Leben und einem leidvollen Einsamkeitserleben unterscheiden zu können. Eine teilnehmende Person beschrieb diesen Umstand mit der folgenden Aussage:

Aber ich denke mal, gerade in unserem Bereich ist es auch extrem wichtig, immer nachzufragen, ob die Leute [...] weil okay, ich denke mir jetzt, der ist einsam oder so. Aber die Frage ist, belastet das die Leute wirklich? Ich meine, vielleicht lebt der gerne so eigenbrötlerisch und ist froh, dass er von niemandem hört und sieht. (B₆, Zeile, 132-135)

Als besonders herausfordernd wird hier außerdem die Erhebung von möglichem selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten angegeben sowie die Einschätzung, ab welchem Zeitpunkt andere Professionalisten*innen hinzugezogen werden müssen. Die Unterscheidung zwischen lebensüberdrüssigen oder suizidalen Äußerungen kann von Community Health Nurses nicht vorgenommen werden. Trotzdem gaben die befragten Personen an, dass sie durchaus für eine dahingehende niederschwellige Abklärung angefragt werden würden. Diese Situationen beschrieben sie als belastend, was durch den folgenden Interviewauszug veranschaulicht werden soll:

Wenn es in eine Selbst- oder Fremdgefährdung geht, dann kann ich aktiv werden. [...] Teilweise kriegen wir zum Beispiel Meldungen vom Bürgermeister, ‚schaut einmal dort vorbei‘, und das ist dann oftmals so in Richtung Messie oder eine völlige Verwahrlosung. [...] Also ich denke mir, es darf zu keiner Gefahrensituation in dem Sinne kommen, aber jeder Mensch hat das Recht, zu leben, wie er mag. Die Frage ist, ob er es schafft. (B₇, Zeile, 318-325)

In diesem Zusammenhang müssen die berufsrechtlichen und kompetenzbezogenen Rahmenbedingungen geklärt werden. Teilnehmende gaben an, dass sie unsicher seien, welche Aspekte sie tatsächlich im Zuge ihres Kompetenzprofils erheben dürfen. Wenn hier Zweifel auftreten, bleibt die Erhebung durch Community Health Nurses auf Pflegebedarfe reduziert, wodurch aber Assessmentbereiche in Bezug auf die Gesundheitsförderung und die Prävention

nicht weiter adressiert werden. Das schränkt in weiterer Folge die Identifikation von Ressourcen oder Bedarfsbereichen ein, sodass auch keine gezielten gegenregulierende Maßnahmen abgeleitet werden könnten.

Welche Interventionen aber trotzdem bereits zur Prävention von Alterseinsamkeit bzw. deren Folge- und Begleiterscheinungen durch österreichische Community Health Nurses umgesetzt werden, wird im nächsten Kapitel beleuchtet.

3.2 Maßnahmen im Zuge der Alterseinsamkeitsprävention

Im Rahmen dieser Kategorie werden Maßnahmen dargelegt, die bereits von Community Health Nurses im Rahmen der Alterseinsamkeitsprävention umgesetzt werden. Für die strukturierte Darstellung wird auf die einzelnen Präventionsstufen Rückbezug genommen. Daher ergeben sich die folgenden drei Unterkategorien: *primärpräventive Maßnahmen*, *sekundärpräventive Maßnahmen* und *tertiärpräventive Maßnahmen*.

3.2.1 Primärpräventive Maßnahmen

Auf der primärpräventiven Ansatzebene werden Maßnahmen umgesetzt, wenn noch keine Krankheitsmanifestation eingetreten ist. Die Zielgruppe dieser Präventionsstufe ist die Gesamtbevölkerung (Leppin, 2018, S. 48).

Die Community Health Nurses können hier auf unterschiedliche Weise tätig werden, um die intergenerationale soziale Teilhabe zu fördern und somit Alterseinsamkeit und deren unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen niederschwellig vorzubeugen. Zum einen wurden von allen Teilnehmenden Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen angesprochen, die bei der gesamten Bevölkerung ansetzen. Hierfür wird auf infrastrukturelle Gegebenheiten und gemeindebezogene Rahmenbedingungen zurückgegriffen. Eine teilnehmende Person beschrieb dies wie folgt:

In Begegnungs-Zentren [findet es] statt, das wird sehr gut angenommen, und haben jetzt im Rahmen von Community-Nursing einen kompletten Vital-Gastvortrag für Senioren sozusagen eingeführt, der sich auf drei Gebiete eben spezialisiert, das ist einmal Ernährung, Bewegung und soziale Teilhabe, und die soziale Teilhabe, also diese Maßnahmen sollen eben helfen um auch die Leute sozusagen zu unterschiedlichsten Formaten dazu zu bewegen, dass sie halt sozusagen teilnehmen und dann die Alterseinsamkeit sozusagen auch reduziert wird. (B₂, Zeile, 233-239)

Für die Distribution von Wissen und Informationen muss auch auf die sozialen Strukturen der Gemeinde zurückgegriffen werden. Gleichzeitig ist es hier von Bedeutung, dass den Community Health Nurses Akzeptanz, Anerkennung und professionelles Vertrauen entgegengebracht wird. Hierfür wurde im Besonderen erwähnt, dass diese Pflegepersonen selbst ins soziale Leben der Gemeinde integriert sein sollten und einen gewissen Wiedererkennungswert in ihrer professionellen Tätigkeit aufweisen müssten. Eine teilnehmende Person beschrieb diesen Umstand folgendermaßen:

ja, also du merkst da schon, wo du schon einmal, ein-, zweimal drin warst, dann ist das wie so, ja [...], also das verselbstständigt sich dann selber, durch Mundpropaganda, durch Leute, die dort sind, da gibt es die, die mehr schauen, also niederschwellig geht es weiter. (B₃, Zeile, 397-399)

Eine weitere niederschwellige Möglichkeit zur Distribution von Wissen und Informationen in Bezug auf die Alterseinsamkeit und ihre Folgen stellen soziale Medien, die Gemeindezeitung oder themenspezifische Flyer dar, die bei Gesundheitsdienstleister*innen ausliegen. Eine teilnehmende Person machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Ja, wir sind natürlich, das ist das Wichtigste, überall, wir haben Flyer, wir haben da quasi Vorlagen von der GÖG [Gesundheit Österreich GmbH] zur Verfügung gestellt, da haben wir natürlich welche erstellt für unser Projekt, die liegen überall auf, vernetzt mit allen Ärzten, Gesundheitszentren, [...] Und in der Gemeinde-Zeitung sind wir jedes Mal drinnen, jede Woche [...] also Öffentlichkeitsarbeit ist das Um und Auf. (B₅, Zeile, 330-335)

Für die unmittelbare zielgruppenspezifische Primärprävention von Alterseinsamkeit werden von allen Community Health Nurses zum einen sogenannte präventive Hausbesuche durchgeführt, die alle älteren Personen einer Region oder Gemeinde in Anspruch nehmen können. Der präventive Hausbesuch ist dabei eine zentrale Tätigkeit von Community Health Nurses und wird von der Gesundheit Österreich GmbH auch als eine Standardintervention im Zuge des Projektes Community Nursing definiert. Die primären Adressaten*innen dieser Intervention sind Personen über 75 Jahre, die auch eine definierte Zielgruppe der Alterseinsamkeitsprävention darstellen. Von den interviewten Teilnehmenden wurde hier beschrieben, dass im Zuge der präventiven Hausbesuche Anzeichen von Alterseinsamkeit durch die zur Verfügung stehenden Zeitressourcen umfassend erhoben werden können. Diese tiefgreifenden Gespräche wurden gleichzeitig bereits als eine regulierende Maßnahme zur Reduktion von Alterseinsamkeitserleben beschrieben, wodurch sie effektiv zur Prävention eingesetzt werden können. Eine teilnehmende Person machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Also das stimmt, weil wir ja noch den Luxus haben uns Zeit nehmen zu dürfen, ja, und diese Zeit ist so wichtig, weil die Leute öffnen sich nur, wenn man Vertrauen aufbaut, und wie will ich in fünf Minuten Vertrauen aufbauen? Ja, und meistens kommt man von einem Gespräch in das andere, ja, und dann merkt man, okay, mit der Person kann man, und mit der nicht. (B₅, Zeile, 65-69)

Bei dieser Umsetzung muss aber limitierend angeführt werden, dass oft nicht alle gefährdeten Adressaten*innen dieser primärpräventiven Maßnahmen erreicht werden können, da aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen keine flächendeckende bevölkerungsbezogene Kontaktaufnahme durch die Community Health Nurse möglich ist. Damit sind neben Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen in der Gesamtbevölkerung auch das gezielte Informieren und Beraten von An- und Zugehörigen von großer Bedeutung. Eine befragte Person hat in diesem Zusammenhang die folgende Erfahrung gemacht:

ja, und sonst ist es, wenn jemand anruft, dann will er eh schon was, da haben wir eh schon den Fuß drinnen, ja, die lehnen dann kaum ab, ja. Und es scheint auch so zu sein, dass wenn Angehörige herantreten, dass sie ein Problem haben oder eine Beratung wünschen, dass anscheinend schon, wenn man dann zu den Betroffenen

wirklich kommt, dass die dann auch offen sind und es da keinen Widerstand gibt.
(B₄, Zeile, 312-316)

Als eine weitere effektive Maßnahme zur Prävention von Alterseinsamkeit wurde von den teilnehmenden Personen die Durchführung von themenspezifischen Stammtischen angeführt, die von Community Health Nurses organisiert, geleitet und evaluiert werden. Diese Stammtische werden von den Adressaten*innen gut angenommen, da sie oft auch in der Lebenswelt der betroffenen Personen umgesetzt werden können. Sie können unter Umständen auch in einem Wirtshaus stattfinden. Stammtische können themenunabhängig sowie auch intergenerational sein und fördern die soziale Teilhabe, womit sie als eine effektive regulierende Maßnahme zur Alterseinsamkeitsprävention eingesetzt werden können. Eine teilnehmende Person beschrieb diese Stammtische wie folgt:

Die Community Nurses haben bei uns jetzt einen Stammtisch auch gegründet, einmal im Monat treffen sie sich im Wirtshaus, und der wächst interessanterweise super, da kommen schon zwanzig Leute. [...] Und das ist diese Altersgruppe, die dann nicht ganz so, die es natürlich nicht brauchen, aber die doch in dem Thema dann doch irgendwie relevante Fragen haben (B₄, Zeile, 239-244)

Durch die heterogene Zusammensetzung der teilnehmenden Personen der Stammtische ist es für die Community Health Nurse bedeutsam, dass gruppendynamische Prozesse vorausschauend adressiert werden und gegenregulierende Strategien angewendet werden, um eine flexible und situative Lenkung möglich zu machen. Eine teilnehmende Person sprach diesen Umstand mit der folgenden Aussage an:

Da gibt es dann wieder eine, die alle anderen mobilisiert, die nur, also die teilweise wirklich, ich würde jetzt wirklich fast behaupten, irgendwelche psychischen Probleme schon dahinter liegen, die so dominant sind, weil sie so, also wie gesagt, mit ihrer Präsenz und so dominant sind, dass die, die einfach nur hinkommen wollen, sich unterhalten wollen oder eben auch, ja, die einfach gestört werden damit, weil zwei, drei einfach dabei sind, die diese ganze Harmonie stören, sage ich jetzt einmal. (B₂, Zeile, 284-290)

Als weitere primärpräventive Maßnahme kann sich die Community Health Nurse auch in der Städte- und Raumplanung einbringen, um politische Verantwortungsträger*innen bei entsprechenden gemeinwohlbezogenen Wohnprojekten beratend zu unterstützen. In diesem Zusammenhang werden vor allem alternative bzw. intergenerationale Wohnkonzepte empfohlen. Eine teilnehmende Person führte das mit der folgenden Aussage näher aus:

Man nennt das so, Senioren-Wohnhäuser, sind aber halt normale Mietwohnungen, aber weil die halt vorwiegend oder fast nur an Senioren sozusagen vermietet werden, und das sind drei Wohnhäuser zu je 79 Wohneinheiten in der Innenstadt, eigentlich beste Lage, und zu jedem Haus gibt es sozusagen eine Seniorenbeauftragte, weil Betreuerin ist immer so ein bisschen schwierig, weil wie gesagt, es ist kein betreutes Wohnen. (B₂, Zeile, 72-77)

3.2.2 Sekundärpräventive Maßnahmen

Bei dieser zweiten sekundären Präventionsstufe befindet sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand in einem Frühstadium, weshalb es noch keine oder nur unspezifische Anzeichen bzw. Symptome gibt. Somit zählen zur Zielgruppe neben symptomlosen Personen auch solche, die ein unspezifisches Symptomerleben aufweisen (Leppin, 2018, S. 48 f.).

In dieser Präventionsstufe werden Community Health Nurses tätig, um bei definierten Risikogruppen Maßnahmenprogramme umzusetzen. Hierfür ist die inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit von essenzieller Notwendigkeit. Die Community Health Nurse wird dabei zu einem Dreh- und Angelpunkt in der gesundheitsbezogenen Versorgung von älteren Personen. Von den Teilnehmenden wurden hierbei Berufsgruppen im Zuge der Zusammenarbeit genannt, die sich in einen engeren und weiteren Kontext unterteilen lassen. Zu den Berufsgruppen im engeren Kontext zählen unter anderem die hausärztliche Medizin, die Soziale Arbeit und therapeutische Berufe, beispielsweise die Ergo- oder Physiotherapie. Im weiteren Kontext kommen noch Berufsgruppen hinzu, die in der Verwaltung der Gemeinden oder Bezirkshauptmannschaften bzw. Magistrate tätig sind, aber auch Angehörige der Polizei oder Feuerwehr sind inbegriffen. Eine teilnehmende Person beschrieb diesen Umstand mit der folgenden Äußerung:

Also ich glaube, das Tätigkeitsfeld ist [...] ein ganz großes Vernetzungsfeld. Genau, also das ist sicher eines der wichtigsten Felder, weil man dann überhaupt einmal erst weiß, was braucht es dort. Ich meine, deshalb haben wir zum Beispiel die Gesundheitsdrehscheibe [...] kreiert, was eine digitale Plattform ist, damit wir dort überhaupt die Gesundheitsdienstleister sichtbar machen und dass es eben eine zentrale Anlaufstelle gibt und das ist die Community Health Nurse. (B7, Zeile, 465-470)

Besonders bedeutsam ist dabei die abgestimmte Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement aller Krankenhäuser der Umgebung. Hier kann die Vermittlung von alterseinsamkeitsgefährdeten Personen, die zwar primär keine unmittelbaren pflegerischen Versorgungsbedarfe haben, aber bestimmte soziale Risikopotenziale aufweisen, bereits im Zuge des standardisierten Entlassungsprozederes erfolgen, um eine soziale Nachsorge in der häuslichen Umgebung gewährleisten zu können. Im Einverständnis mit den betroffenen Personen kann die Community Health Nurse dann Check-Up-Anrufe nach der erfolgten Entlassung durchführen bzw. den präventiven Hausbesuch als sekundärpräventive Maßnahme einsetzen. Eine teilnehmende Person beschrieb dieses Vorgehen mit der folgenden Aussage: „Mit Entlassungsmanagement haben wir auch noch Kontakte. [...] waren überall Vorstellungen. Die Entlassungsmanager weisen auch super zu.“ (B6, Zeile, 436-438)

Zur erweiterten Zielgruppe von Community Health Nurses können zudem auch Personen zählen, die mit unterschiedlichen pflegerischen Bedürfnissen aus dem Krankenhaus entlassen werden und zusätzlich auch soziale Risikofaktoren aufweisen. Da hier aber in den meisten Fällen die mobile Hauskrankenpflege involviert ist, besteht – anders als bei den erstgenannten

Adressaten*innen – kein unmittelbares Risiko für soziale Vereinsamung. Aber auch diese Zielgruppe kann von den präventiven Maßnahmen der Community Health Nurses profitieren.

Zu den weiteren Gruppen mit gesundheitsbezogenen Risikofaktoren zählen laut den Teilnehmenden auch Personen mit chronischen Erkrankungen oder Mobilitätseinschränkungen durch Pflegebedürftigkeit. Außerdem sind auch geschlechts- bzw. diversitätsbezogene Risikopotenziale im Zusammenhang mit der Alterseinsamkeit anzuführen. Zum einen wird den Männern aufgrund ihres defensiven Sozialverhaltens attestiert, sich eher sozial zurückzuziehen und keine Versorgungsangebote zur Alterseinsamkeitsprävention anzunehmen. Damit stellen sie eine geschlechtsbezogene Risikogruppe dar. Zum anderen sind Frauen ebenso eine geschlechtsbezogene Risikogruppe. Aufgrund ihres eigenen Rollenselbstverständnisses als Frau bzw. durch das gesellschaftlich etablierte Frauenbild der älteren Generation, demzufolge Frauen nicht allein am sozialen Leben teilnehmen, sondern nur in Begleitung eines*r Partner*in, würden präventive Versorgungsangebote nicht in Anspruch genommen. Dieser mögliche sozial erwünschte Umstand dieser Generation ist auch deshalb besonders ausschlaggebend, weil viele ältere Frauen verwitwet oder alleinstehend sind oder eine*n Partner*in pflegen, der nicht mehr am sozialen Leben teilnehmen kann. Eine befragte Person beschrieb das mit der folgenden Aussage:

Gerade Frauen, wie ich sie auch anspreche, sind ja halt auch ein Stück [...] weit von der Gesellschaft so [...] gerade die Generation der Frauen, die jetzt in diesem Alter ist, ist so sozialisiert worden, dass man das eigentlich nicht macht. (B7, Zeile, 196-198)

Damit weisen laut den befragten Personen sowohl Männer als auch Frauen geschlechtsspezifische Risikofaktoren für Alterseinsamkeit auf. Angepasste Konzepte, die ausschließlich eine Geschlechter-Zielgruppe adressieren, zum Beispiel Frauen- oder Männerabende, können sinnvoll sein, um für mehr Motivation zu sorgen oder um Hemmungen abzubauen. Trotzdem müssen Community Health Nurses die Gesellschaft als Ganzes verstehen und im bevölkerungsorientierten Verständnis eher zur Zusammenführung als zur Teilung beitragen. Folglich sind auch primär geschlechterübergreifende Interventionen umzusetzen.

3.2.3 Tertiärpräventive Maßnahmen

Beim dritten und letzten Präventionsansatz, der Tertiärprävention, geht es darum, den bei einer manifestierten Krankheit möglichen Folge- und Begleiterscheinungen regulierend vorzubeugen. Die dabei umgesetzten Maßnahmen zielen darauf ab, für Nachhaltigkeit zu sorgen und Rückfälle zu vermeiden (Leppin, 2018, S. 49).

Neben der Schlüsselfunktion in der inter- und multidisziplinären Gesundheitsversorgung, die bereits auf der Stufe der Sekundärprävention angesprochen wurde, nimmt die Community Health Nurse in der Tertiärprävention des Weiteren eine umfassende Verbindungsfunktion ein,

um die Folge- und Begleiterscheinungen von Alterseinsamkeit im Zuge des Case- bzw. Disease-Managements entsprechend zu adressieren. In diesem Zusammenhang werden vor allem die herausfordernden Folge- und Begleiterscheinungen von Alterseinsamkeit angeführt, deren Regulation ein abgestimmtes inter- und multidisziplinäres Zusammenwirken vieler Berufsgruppen erfordert. Dabei wurden von den Teilnehmenden unter anderem die Verwahrlosung bzw. die Selbst- und Fremdgefährdung als besonders herausfordernd angeführt. Eine teilnehmende Person beschrieb das wie folgt:

[...] und wenn es um Verwahrlosung in die Richtung geht, da muss man so mit die Sozialmitarbeiter von der BH [Bezirkshauptmannschaft] vernetzen, also da haben wir regelmäßige Treffen, also jetzt gestartet mit den regelmäßigen Treffen, weil das immer mehr der Fall wird, ja [...], und das sind ja auch viele Leute, die anonym anrufen, [...] und sagt uns aber die Adresse nicht, wo die glauben, da sind Gefährdungen, ja. Und das ist ein Thema, was [...] auch mit der Polizei [...] wollen wir jetzt vernetzen, die können auch nichts machen, jetzt in Bezug auf Verwahrlosung oder so, wenn der alleine ist, man weiß ja nicht, was da alles passiert. (B₅, Zeile, 376-384)

Auf dieser tertiären Präventionsstufe kommen auch die für die betroffenen Personen entwickelten Maßnahmenprogramme zur Anwendung, um den unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen von Alterseinsamkeit vorzubeugen. Hier muss aber auf bestehende Ressourcen sowie auch strukturelle Rahmenbedingungen zurückgegriffen werden können. Das sind die Familien der betroffenen Personen, deren An- und Zugehörigen-Netzwerk sowie auch das nachbarschaftliche Unterstützungssystem. Ein dahingehender Versorgungsansatz durch die Community Health Nurses wird von den Teilnehmenden mit dem Konzept des *Social Prescriptions* zusammengefasst.

So wird zunächst auf der Familienebene, basierend auf einem Familien-Assessment, ein gemeinsamer Maßnahmenplan erstellt, um die unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen von Alterseinsamkeit zu adressieren. Dabei müssen die Community Health Nurses Familienprozesse neu organisieren, Maßnahmenbündel identifizieren und deren Umsetzung auf die Effektivität hin evaluieren. Festzustellen ist hierbei aber, dass die Community Health Nurse ausschließlich der Rolle eines Coaches nachkommt und sich selbst im Umsetzungsprozess interventionell nicht unmittelbar beteiligt. Eine teilnehmende Person erklärte diese Rolle folgendermaßen:

Ja, die Frage ist natürlich, wie niederschwellig, du musst natürlich auch die Leute, [...] das ist ein System, die müssen lernen in ihrem eigenen System zu arbeiten, ja. [...] also ich übernehme ja nicht die Durchführung dann der Familienmaßnahmen, sondern ich organisiere nur die Prozesse neu. Ich kann nur der beratende Coach auf der Seite sein. (B₃, Zeile, 375-379)

Dieser interventionelle Rückgriff auf das Familiensystem kann aber auch bereits im Zuge der Primär- und Sekundärprävention erfolgen. Auf der tertiären Präventionsstufe ist er jedoch immer erforderlich. Dabei ist jedoch festzustellen, dass eine Vielzahl an älteren Personen über kein Familiensystem mehr verfügt, bzw. dass dieses aufgrund von Konflikten oder räumlicher Trennung ineffektiv geworden ist. In diesem Zusammenhang muss, wie bereits angeführt, auf

das erweiterte An- und Zugehörigen-Netzwerk oder das nachbarschaftliche Unterstützungssystem zurückgegriffen werden. Hier werden von den Teilnehmenden neben alternativen intergenerationalen Wohnkonzepten auch Maßnahmen im Zuge eines sogenannten *Befriendings* angeführt. Bei diesem interventionellen Ansatz führt die Community Health Nurse basierend auf einem Community-based Assessment Personen in der Nachbarschaft gezielt zusammen, um freundschaftliche Beziehungen anzustoßen und eine gegenseitige soziale Verantwortlichkeit zu fördern. Eine Teilnehmende machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage: „[...] dort sehe ich schon eine Hauptaufgabe der Community Health Nurse, diese Verbindungen herzustellen und die Nachbarschaftshilfe ganz proaktiv reinholen.“ (B7, Zeile, 292-294)

Als eine weitere spezielle dahingehende Maßnahme ist die Verwaltung von sogenannten Zeitbanken durch Community Health Nurses anzuführen. Bei dieser speziellen organisierten Nachbarschaftshilfe erhalten Bürger*innen für eine Freiwilligentätigkeit Stunden auf einer Art Konto gutgeschrieben. Diese angesammelten Stunden können dann gegen die Hilfestellung durch andere Freiwillige eingetauscht werden. Es handelt sich um eine niederschwellige Form einer Gemeinwohl-Tauschbörse, die zudem soziale Beziehungen in der Nachbarschaft stärkt, gegenseitige Verantwortlichkeit fördert und Inklusion ermöglicht.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen bringt aber gewisse Spannungs- und Problembereiche mit sich, im Besonderen auch dadurch, dass das Berufsbild und die Rolle von Community Health Nurses im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem noch im Aufbau sind. Dieser Aspekt wird im nächsten Kapitel analysiert.

3.3 Herausforderungen in der Alterseinsamkeitsprävention

Im Rahmen dieser Kategorie wird abgebildet, mit welchen Herausforderungen Community Health Nurses im Rahmen ihrer Tätigkeit konfrontiert werden. Der Bereich lässt sich dabei in drei Unterkategorien unterteilen: *fehlendes Gesundheitsbewusstsein*, ein *tradiertes und defizitäres Verständnis der Pflegeprofession* und *gesundheitsökonomische Aspekte und strukturelle Rahmenbedingungen*. Diese werden im Folgenden abgebildet.

3.3.1 Fehlendes Gesundheitsbewusstsein

Wiederholt wurde von allen Teilnehmenden vorgebracht, dass in der Bevölkerung ein fehlendes Gesundheitsbewusstsein festzustellen ist, das in weiterer Folge dazu führt, dass präventive sowie auch gesundheitsförderliche Maßnahmen nicht in Anspruch genommen werden. Besonders in der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ist dieser Umstand deutlich, also genau bei den Personen, die auch aufgrund ihres Alters die Zielgruppe für Maßnahmen zur Alterseinsamkeitsprävention sind. Eine teilnehmende Person beschrieb dieses Phänomen mit der folgenden Aussage:

Und ansonsten ist halt das Bewusstsein noch gar nicht da, in der Bevölkerung noch nicht da, dass ich vielleicht auf mein Leben, auf meine Gesundheit schauen soll, sondern es ist eine sehr, [...] sehr starke Vollkasko-Mentalität da, wo man sagt, die Politik hat mir das versprochen und jetzt lege ich mich hin. Es ist tatsächlich so, je kränker, desto kostenloser [...] (B7, Zeile, 418-422)

Community Health Nurses müssen in diesem Zusammenhang Aufklärungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen auf Individualebene umsetzen, um für ein verbessertes Gesundheitsbewusstsein zu sorgen. Des Weiteren müssen sowohl die Politiker*innen als auch die unmittelbaren politischen Verantwortungsträger*innen innerhalb der Gemeinde sensibilisiert werden und die Bevölkerung muss stärker aufgeklärt werden, um neben der Akzeptanz von gesundheitsförderlichen sowie auch präventiven Tätigkeiten durch die Community Health Nurse auch eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung anzustoßen.

Aufgrund des angeführten Ablehnungsverhalten von älteren Personen bzw. auch durch die Nichtinanspruchnahme von Versorgungsangeboten, wird das fehlende Gesundheitsbewusstsein außerdem mit einer Form der mangelnden Gesundheitskompetenz in Verbindung gebracht. Die betroffenen älteren Personen verfügen nicht über die notwendigen Fähigkeiten, sich Wissen über den eigenen Gesundheitszustand anzueignen, Zusammenhänge zu verstehen und davon gesundheitsförderliche Verhaltensstrategien abzuleiten. Dieser Umstand wirkt sich damit stark auf ihren Gesundheitszustand aus und beeinflusst in weiterer Folge die Lebensqualität nachteilig.

3.3.2 Tradiertes und defizitäres Verständnis der Pflegeprofession

Als ein weiterer herausfordernder Umstand wurde von den Teilnehmenden ein tradiertes und defizitär-geprägtes Verständnis vom Pflegeberuf an sich und dem pflegerischen Professionsstatus vorgebracht. Dieses führe zu einem undifferenzierten Kompetenzprofil sowie auch zu einer ablehnenden Haltung der Bevölkerung und vor allem von politischen Verantwortungsträger*innen in Bezug auf die Tätigkeiten von Community Health Nurses im Zuge der Alterseinsamkeitsprävention. Eine interviewte Person berichtete diesbezüglich von der folgenden Erfahrung:

Um eine sehr deutliche Sprache da zu sprechen: Ein Riesenhindernis ist eindeutig Bürgermeister, Bürgermeisterin. Vor nicht allzu langer Zeit war ich bei einem Bürgermeistersprecher für 32 Gemeinden. Riesenregion. Und er sagt mir, ja, [Name] sehr lieb, was Sie da sagen, aber bei uns gilt der Generationenvertrag und bei uns pflegen nur die Frauen. Punkt.“ (B7, Zeile, 371-375)

Diese paternalistischen Wirkkräfte führe dazu, dass die Rolle und die Versorgungspotenziale von Community Health Nurses in der bevölkerungsorientierten Gesundheitsförderung und Prävention abgelehnt würden. Die Pflegepersonen werden dabei in ihrem Handlungsbereich auf das Kompensieren von Versorgungs- und Lebensführungsdefiziten reduziert. Tätigkeiten

in der Gesundheitsförderung und Prävention werden dem pflegerischen Kompetenzprofil nicht zugesprochen. Eine teilnehmende Person beschrieb das wie folgt:

Also die Personen glauben, da kommt eine Krankenschwester [sic!], und die behandelt mich, weil ich krank bin, nein, eigentlich, das ist das Verständnis, die kommt da mit, damit es länger dauert, bis sie krank werden, dass die einen ganz anderen Fokus hat, das ist einfach zu neu. (B₄, Zeile, 236-238)

Besonders etablierte Sozialvereine, beispielsweise von Parteien organisierte Seniorenclubs, lehnen stellenweise Community Health Nurses in ihren Tätigkeiten ab, da sie der Auffassung sind, dass Personen, die am Club noch teilnehmen können, nicht pflegebedürftig seien und damit nicht zur Zielgruppe dieser pflegerischen Versorgungsstruktur zählen.

Hier sind eine professionsbezogene Nachschärfung, mehr Aufklärungskampagnen in der Gesellschaft und ein Paradigmenwechsel im beruflichen Selbstverständnis in der Berufsgruppe selbst notwendig – weg von der Pathogenese hin zur Salutogenese –, um neben der Herbeiführung einer Veränderung im professionsbezogenen Selbstverständnis auch eine Aufwertung des beruflichen Status sowie eine Steigerung des allgemeinen Bekanntheitsgrades von Community Health Nurses anzustoßen. Eine teilnehmende Person beschrieb das wie folgt:

Dieses Umzudenken, weg von der Pathogenese zur Salutogenese, dass man einfach nicht mehr so denkt wie es bis jetzt war, aber es hat so lange gebraucht das aufzubauen, [...] und dass man da mehr Gemeinsamkeit sieht, sage ich einmal. Und was ist nun? (B₅, Zeile, 429-433)

3.3.3 Gesundheitsökonomische Aspekte und strukturelle Rahmenbedingungen

Ini diesem Bereich beschrieben die Teilnehmenden es als herausfordernd, dass die projektbezogene Etablierung Hürden mit sich bringt. Neben dem stellenweise unscharfen Tätigkeitsprofil wird in den Interviews häufig angeführt, dass die Community Health Nurse nicht als eine alternative, sondern als eine komplementäre Versorgungsinstanz zu verstehen ist. Das heißt, sie ersetzt keine anderen Berufsgruppen, sondern leistet ein weiteres und zusätzliches Versorgungsangebot in der Gesundheitsförderung und Prävention, um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. Im Zuge dieses Etablierungsprozesses können aber Redundanzen und Parallelversorgungsstrukturen mit anderen Gesundheitsprofessionalisten*innen entstehen, die im Sinne der Allokation knapper Ressourcen im gesundheitsökonomischen Verständnis vermieden werden sollten. Eine teilnehmende Person beschrieb das mit den folgenden Worten:

Also wie gesagt, eben keine Parallel-Strukturen aufbauen, dass man sich wirklich dieses komplette Gefüge von der Gesundheit, wirklich Förderung bis zur kurativen Medizin mir überlege, und vor allem was dann ältere Personen betrifft, welche Institutionen gibt es, ist es alles gut abgedeckt, und wo in dem Kontext passt die Community-Nurse hinein? (B₂, 535-539)

Um diesen Umstand zu vermeiden, muss die inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden und es müssen regelmäßige Treffen mit den beteiligten Stakeholdern und den Vertreter*innen der versorgten Personen durchgeführt werden. Ein weiterer herausfordernder

Aspekt in diesem Zusammenhang sind mögliche wettbewerbs- oder konkurrenzbezogene Spannungsbereiche, die durch das Versorgungsrepertoire der Community Health Nurses entstehen können. Hier wird neben den anderen Gesundheitsprofessionalisten*innen vor allem auch die mobile Hauskrankenpflege angeführt, die bereits eine lange Tradition in der kommunalen Versorgung aufweist. Eine gegenseitige Absprache in den Gemeinden ist notwendig, damit keine parallelen Versorgungsangebote entstehen. Eine teilnehmende Person beschrieb das wie folgt:

Die interessiert sich ganz stark dafür, [...] Apotheke, ja, [Trägerorganisation], ja, [Trägerorganisation], wir haben ja eine ganz gute [Trägerorganisation]-Station bei uns in der Ortschaft, und da war eher die Befürchtung, also ich beim Vorbereiten habe mir damals gedacht, [...] Und da war der Hintergrund, wie kommen wir mit der [Trägerorganisation] nicht auf Kriegsfuß?“ (B₄, Zeile, 323-329)

Für die unmittelbare bevölkerungsorientierte Tätigkeit als Community Health Nurse wurden von allen Teilnehmenden die datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen als hinderlich dabei erlebt, ihrem Versorgungsauftrag effizient nachkommen zu können. Im Besonderen wurde hier die Kontaktaufnahme bzw. das Kontakthalten thematisiert. Beides ist essenziell in der Prävention von Alterseinsamkeit bzw. deren unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen. Eine teilnehmende Person machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Also ohne dass ich jetzt den Datenschutz komplett jetzt da schlecht reden zu wollen, aber ich sage jetzt einmal [...], es ist in der ganzen Arbeit für uns eben, wenn es um Kontakthalten mit Menschen geht oder Menschen kontaktieren, einfach extrem schwierig geworden. (B₂, Zeile, 467-470)

Besonders folgenschwer wird dieser Aspekt, wenn Personen Versorgungsangebote ablehnen. Die momentanen gesetzlichen Rahmenbedingungen und das berufsrechtliche Kompetenzprofil der Community Health Nurses lässt hier wenig Handlungsspielraum. Eine Ausnahme ist dabei die Meldung von potenziell selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten, die eine grundlegende Berufspflicht des gehobenen Dienstes im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege darstellt. Davon abgesehen bleibt oft aber nur ein beobachtendes Abwarten sowie das Signalisieren von Unterstützungsbereitschaft für die betroffenen Personen oder deren An- und Zugehörige.

Neben diesen Herausforderungen sollen aber auch Potenzialbereiche identifiziert werden, durch die die Community Health Nurses in Zukunft die bevölkerungsbezogene Alterseinsamkeitsprävention verbessern können. Diese werden im folgenden Kapitel beschrieben.

3.4 Zukünftige Potentiale in der Alterseinsamkeitsprävention

In dieser Kategorie wird dargestellt, welche zukünftigen Potenzialbereiche die Tätigkeit der Community Health Nurses für das Gesundheits- und Sozialsystem bietet. Von allen Teilnehmenden wurde diesen Pflegepersonen attestiert, dass sie eine Bereicherung für das beste-

hende Gesundheits- und Sozialsystem darstellen können. Sie tragen zum gelingenden interdisziplinären Zusammenwirken und zur Entlastung der österreichischen sekundären und tertiären Gesundheitsversorgungsstrukturen bei und verbessern gleichzeitig auch die gesundheitsbezogene Versorgung der Bevölkerung. Besonders die Zusammenarbeit mit Primärversorgungszentren wird als potenzielle Ansatzebene identifiziert. Eine teilnehmende Person präziserte dies in der folgenden Ausführung:

[...] diese Akut-Versorgung in Randzeiten [...] beziehungsweise von chronischen Erkrankungen. Man will ja immer die Spitäler entlasten und die Spitals-Ambulanzen, aber wenn man schaut, gibt es eigentlich, eben gerade so was Wochenend-Dienste jetzt betrifft von Hausärzten und so, das wird immer weniger, und gerade ältere Leute ist noch schwieriger. (B₂, Zeile, 554-558)

Außerdem stellen sie eine zentrale Anlaufstelle für die Umsetzung eines bedarfs- und bedürfnisbezogenen Case- wie auch Disease-Managements dar und fördern damit das Schnittstellenmanagement unter den Gesundheitsprofessionalisten*innen. Das hat besonders für soziale Härte- und Extremfälle Bedeutung, beispielsweise bei einer Verwahrlosung, die eine Folge von Alterseinsamkeit sein kann. Durch die gelingende inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, kann eine bedarfsgerechte und nachhaltige Versorgung angeboten und Extremsituationen vorgebeugt werden. Eine Teilnehmende machte in diesem Zusammenhang die folgende Aussage:

Nein, also wir haben jetzt gerade wieder neu angefangen, jetzt haben wir neue gesucht, weil der hat aufgehört, der Alte [Sozialarbeiter], ja, wir grenzen sich schon gut ab, aber wir [Soziale Arbeit und Community Health Nurse] machen eben auch Sachen gemeinsam, also wir machen auch Hausbesuche gemeinsam, wenn es sein muss oder sein soll, genau. (B₁, Zeile, 327-330)

Die Pflegepersonen sind dabei des Weiteren auch eine Schnittstelle zur 24-Stunden-Betreuung sowie auch zu den pflegenden Angehörigen und tragen dort ebenso zur Prävention von Alterseinsamkeit bei. Durch ihre grundständige pflegerische Qualifikation sind sie hierfür besonders qualifiziert, um Ressourcen, Risikopotenziale und Problembereiche zu identifizieren und regulierende Maßnahmen umzusetzen.

Mit der Darstellung dieser Kategorie schließt gleichzeitig auch das Kapitel der Ergebnisdarstellung. Das nächste Kapitel widmet sich der Diskussion. Dabei werden die erhobenen Ergebnisse dieser Bachelorarbeit II unter Rückbezug auf den aktuellen Forschungsstand und die Problemdarstellung präsentiert, diskutiert und analysiert.

4 Diskussion

Im Zuge dieser Bachelorarbeit II wurde anhand leitfadengestützter Interviews dargelegt, wie Alterseinsamkeit durch österreichische Community Health Nurses erhoben wird und welche präventiven Maßnahmen sie daraus ableiten. Im Besonderen sollten dabei mögliche Herausforderungen sowie auch Potenzialbereiche identifiziert werden, um so einerseits zur bedarfs- und bedürfnisorientierten Prävention von Alterseinsamkeit durch Community Health Nurses in Österreich beizutragen und andererseits die Etablierung sowie auch Professionalisierung dieser spezialisierten Pflegepersonen zu fördern.

Zunächst kann für die Erhebung der Alterseinsamkeit festgestellt werden, dass diese in zwei Ausprägungen in Erscheinung tritt. Das ist einerseits eine implizit-latente Form, die sukzessive voranschreitet und damit von den Betroffenen oder deren An- und Zugehörigen nicht wahrgenommen oder erkannt wird, und andererseits eine explizit-manifeste Form, die mit der Verbalisierung eines Einsamkeitserlebens oder mit korrelierenden Begleiterscheinungen einhergeht, beispielsweise mit einer eingeschränkten Mobilität, chronischen Krankheiten oder einem limitierten sozioökonomischen Status.

Dieser Umstand bringt für die Community Health Nurses Herausforderungen mit sich, die die gezielte Erhebung und das Screening dieses unerwünschten Gesundheitszustandes betreffen. Holtbernd (2018, S. 108) stellt dabei fest, dass Pflegepersonen Schwierigkeiten aufweisen, was die Unterscheidung zwischen einem leidensbezogenen Einsamkeitserleben von älteren Personen und deren bewusst oder selbst gewähltem sozialen Rückzug anbelangt. Bühlmann (1998, S. 154) warnt in diesem Zusammenhang, dass es durch ein professionelles Unvermögen zu einer Tabuisierung oder gar Ignorierung des Einsamkeitserlebens im Rahmen der pflegerischen Erhebung kommen könne, weshalb Pflegepersonen diese Aspekte reflektieren sollten.

Die Erhebung von Alterseinsamkeit selbst erfolgt auf individueller, familiärer und kommunaler Ebene. Dabei werden auf allen Präventionsstufen regulierende Maßnahmen abgeleitet. Der Standardisierungsgrad im Zuge dieser Erhebungen und der bevölkerungsbezogene Abdeckungsgrad variieren jedoch stark. Auf der individuellen Ebene kommen vor allem präventive Hausbesuche durch Community Health Nurses bei den älteren Personen zur Anwendung, im Zuge derer Aspekte in Bezug auf die Alterseinsamkeit erhoben werden. Die dabei geführten Gespräche werden gleichzeitig als effektives und interventionelles Mittel zur Alterseinsamkeitsprävention gewertet. Auf der Familienebene werden standardisierte Familien-Assessments durchgeführt. Hier haben Community Health Nurses die Aufgabe, Ressourcen sowie auch Problembereiche im Familiensystem zu identifizieren. Dadurch soll es möglich werden,

Familienprozesse neu zu organisieren und somit auch zur Alterseinsamkeitsprävention beizutragen. Auf der kommunalen Ebene werden Screenings mit sogenannten Community-based Assessments durchgeführt. Dadurch erfolgt gleichzeitig auch die Identifikation von Ressourcenpotenzialen im Nachbarschaftsnetzwerk, um aus ihnen gezielte Maßnahmenprogramme zur Regulation abzuleiten. Ein solches Vorgehen wird unter anderem auch von Courtin und Knapp (2017, S. 806), Gardiner et al. (2016, S. 151) oder Lapenea et al. (2020, S. 1499) beschrieben und empfohlen. In Österreich kommen in diesem Zusammenhang vor allem themenspezifische Stammtische zur Anwendung, die von Community Health Nurses organisiert, geleitet und evaluiert werden. Diese Zusammenkünfte stellen ein niederschwelliges interventionelles Mittel dar, um auf bevölkerungsorientierter Ebene Ressourcenpotenziale zu nutzen und somit der Alterseinsamkeit vorzubeugen und deren unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen zu adressieren.

Als herausfordernd in der Tätigkeit als Community Health Nurse wird unter anderem ein limitiertes Gesundheitsbewusstsein der versorgten Personen in Österreich angeführt, das in Verbindung mit einer reduzierten Gesundheitskompetenz steht. Durch diesen Umstand werden angebotene Maßnahmenprogramme zur Alterseinsamkeitsprävention nicht in Anspruch genommen oder von den Betroffenen abgelehnt. Die Ursachen hierfür sind bestehende Wissensdefizite und die fehlende Bereitschaft, gesundheitsbezogenes Risikoverhalten zu verändern. Als weitere herausfordernde Umstände können die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, aber auch ein undifferenziertes bzw. fehlendes Kompetenzprofil von Community Health Nurses angeführt werden. Diese beeinflussen auf nachteilige Weise die flächendeckende Durchführung von Screeningprogrammen zur Ermittlung von alterseinsamkeitsgefährdeten oder -betroffenen Personen und hindern damit die Community Health Nurse in weiterer Folge daran, ihrem bevölkerungsorientierten Versorgungsauftrag nachzukommen. Damit in Verbindung steht außerdem ein tradiertes und paternalistisches Rollenbild von den Community Health Nurses bei der Gesellschaft, den politischen Verantwortungsträger*innen und stellenweise auch bei anderen Gesundheitsdienstleister*innen. Im Zuge dessen wird das professionsbezogene Aufgabengebiet von Community Health Nurses auf die defizitorientierte pflegerische Individualversorgung reduziert. Eine Anerkennung bzw. das Verständnis, dass die Gesundheits- und Krankenpflege auch präventiv oder gesundheitsförderlich sein kann, bevor noch Krankheiten oder unerwünschte Gesundheitszustände eintreten, fehlt jedoch.

Potenziale zur Verbesserung der österreichischen Gesundheits- und Sozialversorgung durch Community Health Nurses werden vor allem im Zusammenhang des Case- wie auch Disease-Managements identifiziert. Dadurch wird es möglich, drastische und folgenschwere Konsequenzen der Alterseinsamkeit, beispielsweise Verwahrlosung oder Suizidalität, präventiv zu adressieren. Hierfür ist aber eine lücken- und reibungslose inter- und multidisziplinäre Vernetzung notwendig, um bedarfsgerechte Maßnahmen umsetzen zu können. Diese Schlüsselrolle

im Gesundheits- und Sozialsystem wird in der Literatur als ein zentraler Bestandteil der Tätigkeit von Community Health Nurses angesehen, wie bei Rector (2020, S. 17 f.) oder Skingley (2014, S. 87) angeführt.

Limitierend muss im Zuge dieser Bachelorarbeit II erwähnt werden, dass der zweimonatige Erhebungszeitraum der Interviews von März bis April 2023 dazu führte, dass sich mehr potenzielle Teilnehmende anmeldeten als dann aufgrund der limitierten Zeitressourcen schlussendlich auch interviewt werden konnten. Als weiterer limitierender Aspekt muss im Zusammenhang der derzeit in Österreich erhobenen und angewandten Maßnahmen zur Alterseinsamkeitsprävention durch Community Health Nurses berücksichtigt werden, dass sich deren Berufs- und Aufgabengebiet noch im projektbezogenen Aufbau befinden. Daher ist davon auszugehen, dass alle mit der Alterseinsamkeit in Verbindung stehenden präventiven Maßnahmen noch nicht gänzlich umgesetzt werden konnten bzw. die dahingehende Rolle von Community Health Nurses nicht klar festgelegt worden ist.

Mit der Darstellung dieser potenziell limitierenden Faktoren endet das Kapitel der Diskussion. Im letzten Kapitel dieser Bachelorarbeit II, der Schlussfolgerung und dem Ausblick, wird ein abschließendes Resümee formuliert und Implikationen für die Praxis und die weitere Forschung werden abgeleitet.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Community Health Nurses erheben Alterseinsamkeit auf individueller, familiärer und kommunaler Ebene und leiten davon Maßnahmen ab, um diesen unerwünschten Gesundheitszustand und seinen Folge- und Begleiterscheinungen bei Gefährdeten und Betroffenen vorzubeugen. Die in Österreich umgesetzten Maßnahmen zur Alterseinsamkeitsprävention entsprechen jedoch keinen internationalen evidenzbasierten Kriterien, sondern wurden aus dem Erfahrungswissen von Community Health Nurses und unter Rückbezug auf bestehende kontextuelle Bedingungen entwickelt. Interventionelle Studien wären aber indiziert, um die Effektivität solcher Maßnahmen nachweisen zu können. Hierfür muss eine einheitliche Erhebung der Alterseinsamkeit sichergestellt werden, was durch ein standardisiertes Assessmentinstrument gewährleistet werden könnte, das momentan jedoch nicht von den österreichischen Community Health Nurses eingesetzt wird.

Des Weiteren können Community Health Nurses das Disease- und Case-Management bei alterseinsamkeitsgefährdeten oder -betroffenen Personen vorteilhaft beeinflussen, da sie eine Schlüsselposition zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem sowie den regionalen und gemeindebezogenen Versorgungsstrukturen einnehmen. Damit wird eine Entlastung des sekundären und tertiären Gesundheitsversorgungssystems erreicht, indem die betroffenen oder gefährdeten Personen weniger häufig die entsprechenden Strukturen in Anspruch nehmen müssen. Hierfür sind jedoch gemeinsame inter- und multidisziplinäre Seminare sowie auch Fortbildungsprogramme notwendig, um einerseits die Community Health Nurses in ihrer Tätigkeit im Zuge dieses Schnittstellenmanagements zu bestärken und andererseits, um standardisierte Ablaufprozesse für die gelingende Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen zu erarbeiten.

Abschließend müssen für die unmittelbare Tätigkeit von Community Health Nurses die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Zuge des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes näher spezifiziert werden, um dadurch diese pflegerische Spezialaufgabe mit einer definierten Handlungskompetenz auszustatten. Außerdem wird dadurch das rollenbezogene Profil gestärkt, was den Wiedererkennungswert sowie auch das Alleinstellungsmerkmal dieser pflegerischen Profession steigert. Zudem wird eine Akzeptanzförderung für diese neue Versorgungsinstanz erreicht, die sich in der pflegerischen Berufsgruppe selbst, bei den anderen Gesundheitsprofessionalisten*innen und schließlich auch in der Bevölkerung niederschlägt.

Literaturverzeichnis

- Baker, E., & Clark, L. L. (2020). Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 25(5), 231-238. <https://doi.org/doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.5.231>
- Bühlmann, J. (1998). Einsamkeit In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte : Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 1* (S. 133-154). Huber.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Flick, U. (2021). *Qualitative Sozialforschung : Eine Einführung* (10 Auflage). Rowohlt
- Freer, K., & Wallington, S. L. (2019). Social frailty: the importance of social and environmental factors in predicting frailty in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 24(10), 486-492.
- Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*, 47(3), 392-397. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147-157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Holtbernd, T. (2018). Einsamkeit - Eine philosophisch-phänomenologische Betrachtung In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 98-108). Hogrefe.
- Horak, M., & Haubitzer, S. (2021). *Community Health Nurse*. Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. (2 Auflage). Beltz Juventa.
- Lapena, C., Continente, X., Sánchez Mascuñano, A., Pons Vignes, M., Pujol Ribera, E., & López, M. J. (2020). Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health & social care in the community*, 28(5), 1488-1503. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12971>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung : Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Auflage, S. 47-55). Hogrefe.

- Mayer, H. (2019). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (5. Auflage). Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12 Auflage). Beltz Verlag
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Beltz.
- Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken* (7. Auflage). Beltz.
- Minnesota Department of Health. (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (2. Auflage). Minnesota Department of Health - Community Health Division.
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. (2018). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Welle II 2015-2018*. ÖPIA.
- Paulitsch, K., & Karwautz, A. (2019). *Grundlagen der Psychiatrie* (2. Auflage). FacultasUTB.
- Rector, C. (2020). The Journey Begins: Introduction In C. Rector & M. J. Stanley (Hrsg.), *Community and public health nursing* (S. 3-23). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodríguez-Romero, R., Herranz-Rodríguez, C., Kostov, B., Gené-Badia, J., & Sisó-Almirall, A. (2021). Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scand Journal of Caring Sciences*, 35(2), 366-374. <https://doi.org/10.1111/scs.12852>
- Schrems, B. (2020). *Vulnerabilität in der Pflege. Was verletzlich macht und Pflegende darüber wissen müssen*. Beltz Juventa.
- Skingley, A. (2014). Older people, isolation and loneliness: implications for community nursing. *Britisch Journal of Community Nursing*, 18(2), 84-90. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.2.84>
- Spitzer, M. (2018). *Einsamkeit - Die unerkannte Krankheit*. Droemer.

Abkürzungsverzeichnis

bzw.....	beziehungsweise
B ₁₋₇	Befragte Person
f.....	folgende Seite
ff.....	folgenden Seiten
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GÖG.....	Gesundheit Österreich GmbH
S.	Seite

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung des soziodemografischen Hintergrunds der Teilnehmenden	6
Tabelle 2: Exemplarische Darstellung im Zuge der Inhaltsanalyse	9

Anhang

Interview-Leitfaden – Community Health Nursing in Österreich

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Woran erkennen Sie und Ihr Team Anzeichen für Alterseinsamkeit innerhalb Ihres Tätigkeitsumfeldes?		
Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<p><i>An welchen Merkmalen stellen Sie das fest?</i></p> <p><i>Was geben die Betroffene oder An- und Zugehörige an?</i></p> <p><i>Welche Einflussfaktoren nehmen Sie da wahr?</i></p>	<p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit konkret?</p> <p>Und weiter?</p>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie stellen Sie bzw. Ihr Team fest, ob es in ihrem Tätigkeitsumfeld alterseinsamkeitsbetroffene oder -gefährdete Personen gibt?		
Einstiegsfrage/Impuls	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<p><i>Wie gehen Sie vor?</i></p> <p><i>Verwenden Sie standardisierte Assessmentinstrumente?</i></p> <p><i>Gibt es besondere Risikogruppen?</i></p>	<p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit konkret?</p> <p>Und weiter?</p>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Welche Maßnahmen planen und setzen Sie und Ihr Team um, um alterseinsamkeitsbetroffene oder -gefährdete Personen zu unterstützen?		
Reflexion	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<p><i>Gibt es da ein spezielles Vorgehen?</i></p> <p><i>Welche Strukturen nutzen Sie?</i></p>	<p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Können Sie das genauer beschreiben?</p> <p>Uns sonst?</p>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie werden durch Sie oder Ihr Team An- und Zugehörige bzw. die Nachbarschaft/Gemeinde bei alterseinsamkeitsbetroffenen oder -gefährdete Personen einbezogen?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage	Aufrechterhaltungsfragen
	<p><i>Auf wen greifen Sie da zurück?</i></p> <p><i>Wie können sich solche Personen einbringen?</i></p>	<p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit konkret?</p> <p>Und weiter?</p>

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie gehen Sie oder Ihr Team damit um, wenn eine alterseinsamkeitsbetroffenen oder -gefährdete Person Unterstützungsmaßnahmen ablehnt?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage <i>Haben Sie da eine spezielle Vorgehensweise? Wenn kontaktieren Sie in solch einen Fall?</i>	Aufrechterhaltungsfragen Und sonst? Was meinen Sie damit konkret? Und weiter?

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wie arbeiten Sie und Ihr Team mit anderen Berufsgruppen zusammen, um alters-einsamkeitsbetroffene oder -gefährdete zu unterstützen?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage <i>Welche Berufsgruppen sind da im Besonderen involviert?</i>	Aufrechterhaltungsfragen Und sonst? Was meinen Sie damit konkret? Und weiter?

Leitfaden/Stimuli/Erzählaufforderung		
Wo sehen Sie Hindernisse und Verbesserungspotenziale in der interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. im Schnittstellenmanagement in der Prävention von Alters-einsamkeit?		
Selbsterkenntnis	Nachfrage <i>Was würden Sie sich zur besseren Tätigkeit wünschen?</i>	Aufrechterhaltungsfragen Und sonst? Was meinen Sie damit konkret? Und weiter?