

Zugang von Sozialarbeit zum Rettungsdienst bei wiederholter Inanspruchnahme der Rettung im Raum Mostviertel Handlungskonzept

Carina Schönbichler, 1610406052

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2019

Version: 1

Begutachter: Heinz Novosad, BA, MA

Abstrakt

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Erstellung eines sozialarbeiterischen Handlungskonzeptes einer möglichen Implementierung von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen. Diese Forschung bezieht sich dabei auf die wiederholte Inanspruchnahme des Rettungswesens von Patient*innen mit psychosozialen Problemen. Außerdem zeigt diese qualitative Arbeit passende Organisationsformen auf, welche den Prozess der immer wiederkehrenden Hilfeanfragen beeinflussen könnten. Zusätzlich werden die derzeitigen Schwierigkeiten der Rettung mit dieser Klientel aufgezeigt und passende Problemlösungen erarbeitet. Zukünftig soll die Sozialarbeit im Gesundheitswesen integriert werden und somit eine von der Rettung geforderte Ressource darstellen.

Abstract

The following thesis deals with establishing a concept for integrating social work in the field of healthcare. This research refers particularly to patients with psychosocial deficits, who repeatedly call for emergency medical services. Furthermore, this qualitative work shows relevant forms of organization, which affect the process of recurring requests for help. Difficulties, which paramedics face in dealing with such patients will be pointed out, additionally. Social work should prospectively be integrated into the healthcare system and should be an important and demanded resource during emergency medical help.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1.1	Forschungsinteresse und Hypothesen.....	6
1.2	Forschungsfragen.....	7
2	Forschungsmethode und Auswertung	7
2.1	Leitfadengestütztes Expert*innen- Interview	7
2.2	Episodisches Interview	9
2.3	Theoretische Sättigung.....	9
2.4	Analyse des Datenmaterials anhand der Methode der Systemanalyse	9
3	Begriffsdefinitionen.....	10
3.1	Soziale Arbeit.....	10
3.2	Rettungswesen	10
3.3	Gesundheitswesen	11
3.4	Drehtüreffekt.....	11
3.5	Psychosoziale Gesundheit	12
3.6	Handlungskonzept.....	12
4	Darstellung der Forschungsergebnisse	12
4.1	Herausforderungen von Sanitäter*innen im Rettungsdienst	13
4.1.1	Derzeitige Defizite der Rettung.....	13
4.1.2	Aufklärung der Rettung über die Profession Soziale Arbeit	14
4.2	Unterstützende Organisationsformen der Sozialen Arbeit im Rettungsdienst	15
4.2.1	Aufsuchende Sozialarbeit.....	15
4.2.2	Nachgehende Sozialarbeit	15
4.3	Patient*innen mit psychosozialen Problemen im Rettungsdienst	16
4.3.1	Häufigkeit von wiederkehrenden Hilfeanfragen von Patient*innen mit psychosozialen Ursachen.....	16
4.3.2	Mögliche Gründe dieser Patient*innengruppe für eine Kontaktaufnahme mit der Rettung	17
4.3.3	Probleme und Auswirkungen von wiederkehrenden Hilfeanfragen von Patient*innen mit psychosozialen Ursachen auf den Rettungsdienst	18
4.3.4	Soziale Arbeit als brauchbares Mittel im Rettungsdienst	20
4.4	Anforderungen an die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	22
4.4.1	Anwendbare Methoden der Sozialarbeit	22
4.4.2	Passende Grundsätze und Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich.....	23
4.5	Differenzierung der Aufgabenbereiche.....	23
4.5.1	Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit	23
4.5.2	Aufgabenbereich des Sanitätspersonals.....	24
4.6	Stellenwert einheitlicher Begriffsdefinitionen	24
4.6.1	Einheitliches Verständnis des Drehtüreffektes.....	24
4.6.2	Einheitliches Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen.....	26

4.7	Mittel zur Kooperation zwischen Sozialarbeit und dem Rettungswesen	26
4.7.1	Derzeitig bestehend Unterstützungsangebote	26
4.7.2	Mögliches Handlungskonzept.....	27
4.7.3	Wichtige zu beachtende Aspekte bezüglich des Konzepts	29
4.7.4	Reaktion zu dem erstellten Konzept des Rettungs- und Notrufpersonals	
	und der Sozialarbeiter*innen	30
5	Resümee und Ausblick	30
5.1	Mögliche Beiträge der Sozialen Arbeit im Rettungswesen	32
	Literatur	33
	Daten	35
	Abkürzungen	35
	Eidesstattliche Erklärung	36

1 Einleitung

Diese Arbeit setzt sich mit psychosozialen Problemstellungen von Patient*innen, die Rettungsdienst in Anspruch nehmen, und der vorteilbringenden Implementierung der Sozialen Arbeit im Rettungswesen im Raum Mostviertel auseinander.

Die Arbeit wurde im Rahmen eines Forschungsprojektes verfasst, welches sich mit den sozialarbeiterischen Handlungskonzepten bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen beschäftigt und gliedert sich dabei in unterschiedliche Themenschwerpunkte: Soziale Arbeit in Krankenhäusern, in Primärversorgungs-einrichtungen, bei Allgemeinmediziner*innen, bei Notrufdiensten und bei Rettungsdiensten (vgl. Novosad/Böhmer, 2018).

Als Teil der Themenschwerpunkte beforscht diese qualitative Forschungsarbeit die Wahrnehmungen der derzeitigen Herausforderungen und Komplikationen im Rettungswesen, von Sanitäter*innen und Notrufexpert*innen, aber auch von Personen die sowohl eine sozialarbeiterische, als auch eine sanitätsdienstliche Ausbildung erlangen konnten.

Die vorliegende Arbeit und die jeweiligen Einzelergebnisse der gesamten Forschungsgruppe, welche aus zehn Student*innen der Fachhochschule St. Pölten besteht, sollen dazu beitragen, mögliche Handlungskonzepte für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu entwickeln und somit für die in dieser Profession tätigen Menschen eine weitere Grundlage im Gesundheitswesen zu schaffen.

In der Einleitung selbst werden zum einen das persönliche Interesse am beforschten Thema angeführt und die auf Grundlagen der gelesenen Literatur bestehenden Hypothesen und Vorannahmen erläutert. In weiterer Folge wird die Forschungsfrage inklusive der Unterfrage dargestellt und näher darauf eingegangen.

Im zweiten Kapitel dieser Forschungsarbeit werden die angewandten Forschungsmethoden, der Ablauf der Datenerhebung und die Auswahl der Interviewpartner*innen näher erläutert. Danach wird auf die zentralen Begriffe rund um das Thema Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eingegangen. Darauf folgt der Hauptteil der Arbeit, die Darstellung der Forschungsergebnisse. Diese Ergebnisse wurden ausgewertet, in Kategorien präsentiert und anschließend wird ein mögliches Handlungskonzept vorgeschlagen, welches dieser Profession bezüglich des beforschten Schwerpunkts eine vertiefende Vorgehensweise vorschlägt. Das Kapitel Resümee und Ausblick fasst die für diese Forschung wichtigsten Ergebnisse zusammen und zeigt mögliche Beiträge der Sozialen Arbeit im Bereich Rettungswesen auf. Dies soll der Sozialen Arbeit einen weiteren Ausblick bezüglich der vorherrschenden Thematik bieten.

1.1 Forschungsinteresse und Hypothesen

Das Forschungsinteresse dieser Bachelorarbeit II wurde durch ein Pilotprojekt, durchgeführt in Spokane, USA, hervorgerufen. Dieses beschäftigt sich mit der Prävention von Drehtürpatient*innen durch die Implementierung eines „CARE – Teams“, bestehend aus Student*innen des Departments für Soziale Arbeit der Eastern Washington University. Die Aufgabenstellung des „CARE – Teams“ besteht darin, sicherzustellen, dass die limitierten medizinischen Einsatzressourcen ausschließlich für medizinische Notfälle genutzt werden. Durch ein Clearing vor Ort sollen Krisensituationen erkannt und demzufolge nicht-medizinische Patient*innen an geeignete soziale oder pflegerische Einrichtungen verwiesen werden. (vgl. Redelsteiner und Pflegerl, 2015:240-241)

Aufgrund der beabsichtigten Gegenüberstellung der Perspektiven von Sozialarbeiter*innen und des Sanitätspersonals soll erforscht werden, ob eine ähnliche Maßnahme im Raum Mostviertel die Anzahl der Drehtürpatient*innen und unbeabsichtigten Fehladressierungen seitens der Nutzer*innen beeinflusst werden könnte. Ein darüberhinausgehendes Ziel wäre die Umsetzung eines auf die vorherrschende Problematik bezogenen Projektes im Falle einer Verifizierung der folgenden Hypothesen.

Die grundlegende Vorannahme dieser Arbeit ist, dass sich Patient*Innen im Gesundheitssystem bei vorliegenden psychosozialen Problemen selbst falsch adressieren oder von Professionen falsch adressiert werden. Vermehrt erfolgt daher die möglicherweise ungewollte oder irrtümliche Inanspruchnahme des Rettungswesens und es kommt nicht selten zu inadäquaten Behandlungen der Problemlagen der Patient*innen. Aufgrund der nicht Erfolg bringenden Versorgung werden die Probleme nicht gelöst und die Hilfesuchenden wenden sich abermals an das Rettungswesen, Spital oder andere Gesundheitseinrichtungen. Die Betroffenen werden zu sogenannten Drehtürpatient*innen und ein aussichtsloser Kreislauf entsteht. Möglicherweise könnte der Drehtüreffekt beeinflusst werden, wenn bei der Erstversorgung Sozialarbeiter*innen vor Ort zur Verfügung stehen und die Patient*Innen an die jeweiligen Professionen, wie zum Beispiel Psychotherapeut*innen oder Psychiater*innen, weitergeleitet werden.

Es wird die Behauptung aufgestellt, dass durch den Einsatz des folgenden Konzeptes Patient*innen mit psychosozialen Problemstellungen im Rettungswesen von der Sozialarbeit frühzeitig abgefangen werden können und Betroffene somit nicht dem Drehtüreffekt unterliegen, da sie eine passende Behandlung zum erstmöglichen Zeitpunkt erhalten.

Eine zusätzliche Vorannahme besteht darin, dass anhand des erfolgreichen Pilotprojektes in den USA ebenfalls ein ähnliches Projekt in Österreich umsetzbar und erfolgreich sein kann. Da neue Angebote oft kritisch von der Gesellschaft hinterfragt wird, wäre eine Aufklärung über die einzelnen Berufsgruppen und deren Leistungen zwingend.

Eine weitere Hypothese stellt die Beeinflussung der Zahlen von Drehtürpatient*innen durch ein Clearing seitens ausgebildeter Sozialarbeiter*innen der „inadäquaten Adressierungen“ dar. In Anbetracht dessen würden notwendige Ressourcen des Rettungswesens und des

Gesundheitswesens eingespart werden. Ein Resultat daraus könnte die Entlastung der Rettungsstellen und der Spitäler darstellen.

1.2 Forschungsfragen

Durch das oben beschriebene Interessensgebiet und den angeführten Hypothesen ergeben sich folgende Forschungsfrage und Unterfrage:

- Inwiefern wäre Soziale Arbeit im Raum Mostviertel ein brauchbares Mittel zur Bewältigung von psychosozialen Problemen im Rettungsdienst, um eine wiederholte Inanspruchnahme der Rettung zu beeinflussen?
 - Welche Organisationsformen der Sozialen Arbeit könnten im Rettungswesen unterstützend wirken?

In weiter Folge werden die Forschungsfragen aus der Perspektive von Sanitäter*innen erläutert. Hier werden die primären Problemstellungen von immer wiederkehrenden Patient*innen mit psychosozialen Problemen im Rettungsdienst genauer erkennbar gemacht. Die Gruppe der Sanitäter*innen ist insofern für diese Arbeit von großer Relevanz, da mithilfe von Fallgeschichten konkrete Problemlagen besser aufgedeckt werden können.

Die erhobenen Daten werden in den Ergebnissen zusammengeführt dargestellt, um so ein anwendbares Konzept für die Soziale Arbeit entwickeln zu können.

2 Forschungsmethode und Auswertung

Das folgende Kapitel beschreibt die angewandten Interviewmethoden, welche in dieser Arbeit genutzt wurden. Ebenso wird auf die Auswertungsmethode und die Interviewpartner*innen näher eingegangen. Vorab soll betont werden, dass der Interviewführenden die verschiedenen Sichtweisen der unterschiedlichen Geschlechter, sprich Männern und Frauen, wichtig war und deshalb darauf geachtet wurde, die Interviewpartner*innen so zu wählen, dass beide Gender vertreten waren, um eine mögliche unterschiedliche Geschlechterwahrnehmung in dieser Arbeit hervorzuheben. Alle durchgeführten Interviews wurden mittels eines Tonbandgerätes aufgezeichnet, daraufhin transkribiert und im Anschluss nach Froschauer und Lueger (2003) ausgewertet.

2.1 Leitfadengestütztes Expert*innen- Interview

Um eine professionelle Meinung zu der Thematik Soziale Arbeit im Rettungswesen und weitere Erfahrungen über die Wahrnehmungen der derzeitigen Problemstellungen der Rettung zu erhalten, wurden leitfadengestützte Expert*innen- Interviews nach Flick (2016) geführt. Ziel dieser qualitativen Erhebungsmethode ist es, mit Hilfe eines vorbereiteten Leitfadens konkrete Informationen von Expert*innen zu einem eingegrenzten Thema zu

erhalten (vgl. Flick 2016:113-115). Diese Interviewmethode wurde für die vorliegende Arbeit gewählt, da der grob vorgefertigte Leitfaden eine gewisse Grundstruktur vorgibt, den Interviewpartner*innen jedoch die Gelegenheit geboten wird, so frei wie möglich zu erzählen. Ein wesentlicher Aspekt dieser Arbeit ist die Schilderung der individuellen Perspektive der Interviewten zu erhalten.

Anhand von Interviews mit zwei Notrufexpert*innen konnten existierende Problematiken im Umgang mit Patient*innen mit psychosozialen Ursachen und den weiteren Folgen erfasst werden. Diese Interviews wurden mit Susanne M., die seit 2015 als Emergency Medical Dispatcher (EMD) tätig ist und Herbert L., der ebenfalls seit 2,5 Jahren als EMD beim Notruf tätig ist, geführt. Als Ort der Durchführung wurde der Arbeitsplatz der beiden, eine Leitstelle des Notrufes in Österreich, gewählt. Die Gespräche wurden von den Beteiligten als sehr angenehm empfunden, da vorab erklärt wurde, dass die erhobenen Daten anonymisiert werden würden. Der Kontakt zu diesen Personen konnte durch Herrn Heinz Novosad, BA, MA, einer der Betreuer*innen dieser Projektgruppe, hergestellt werden. Da sich Herr Novosad beruflich stark im Gesundheitswesen aufhält und Kontakte zu Leitstellen des Notrufes hat, konnten diese Interviewpartner*innen an mich weitergeleitet werden. Die Gespräche wurden getrennt gehalten und hintereinander durchgeführt.

Um die professionelle, berufsspezifische Sichtweise besser beleuchten zu können, wurden zwei Sozialarbeiter*innen, die eine zusätzliche Ausbildung als Rettungssanitäter*innen absolviert haben, interviewt. Die zwei Professionist*innen sind beide beim Roten Kreuz des Landesverbandes Niederösterreich einerseits hauptberuflich, aber auch ehrenamtlich als Sanitäter*in angestellt. Diese geführten Interviews konnten so aus der Perspektive von Sozialarbeiter*innen, aber auch aus der von Sanitäter*innen beleuchtet werden.

Auch hier wurde jeweils eine weibliche Person, Maria K., und eine männliche Person, Gustav H., zu dem oben beschriebenen Thema befragt. Das erste Gespräch wurde mit Frau K. geführt und fand bei ihr zuhause statt. Während des Gesprächs entstand der Eindruck, dass die Anwesenheit ihrer Kinder eine entspannende Wirkung auf Maria hatte. Da sie schon seit einigen Jahren als Sozialarbeiterin, aber auch ehrenamtlich als Rettungssanitäterin tätig ist, konnte die Interviewpartnerin ihre Wahrnehmung über die derzeitigen Herausforderungen der Rettung im Umgang mit immer wiederkehrenden Patient*innen mit psychosozialen Notlagen ausführlich beschreiben. Durch eine bekannte Sozialarbeiterin der Autorin dieser Arbeit wurde eine Kontaktaufnahme mit Frau K. ermöglicht. Das zweite Interview fand mit Gustav H. statt, der mit seiner 10-jährigen Berufserfahrung im Bereich der Sozialen Arbeit sowie als Notfallsanitäter und etwaigen anderen Fortbildungen im Rettungsdienst seine Sichtweise zu den oben genannten Problemlagen äußern konnte. Das Gespräch wurde in einer Leitstelle der Rettung in Niederösterreich durchgeführt. Aufgrund der langjährigen Tätigkeit in den beiden Gebieten konnte Herr H. seine Kompetenzen während des Interviews einbringen, was das Gefühl einer angenehmen Atmosphäre vermittelte.

2.2 Episodisches Interview

Um Erfahrungswerte über den Rettungsdienst und Informationen zu Fallgeschichten zu erhalten, wurden episodische Interviews nach Flick (2016) geführt. Diese Form des Gespräches bietet eine zusammenhängende Darstellung einer Erzählung und ihrer Entstehung. Durch einen vorgefertigten Leitfaden, der von den Interviewpartner*innen beliebig ausgedehnt werden kann, kann selbstständig entschieden werden, welcher Entstehungskontext in der Erzählung von Relevanz ist (vgl. Flick 2016:117-118). Diese Interviewform wurde gewählt, um die Problemlagen im Rettungsdienst von Sanitäter*innen mit Klient*innen mit psychosozialen Ursachen mittels Fallgeschichten besser veranschaulichen zu können.

Die Schwierigkeiten im Rettungsdienst, mit denen die Mitarbeiter*innen der Rettung tagtäglich zu konfrontiert sind, wurden durch drei Sanitäter*innen von verschiedenen Bezirksstellen erhoben, wobei das befragte Sanitätspersonal ebenfalls beim Roten Kreuz des Landesverbandes Niederösterreich beschäftigt sind. Die ersten beiden Interviewpartnerinnen, Angelika R. und Sonja S., sind seit drei Jahren Mitglieder der Rettung und kannten daher einige passende Fallgeschichten. Jürgen A., welcher mittlerweile seit fünf Jahren ehrenamtlich als Sanitäter tätig ist, wurde ebenfalls interviewt. Alle Interviews mit den Sanitäter*innen wurden an unterschiedlichen Bezirksstellen durchgeführt, um eine größere Spannbreite bezüglich dieser Thematik zu erhalten. Das Befragungssetting wurde von allen Gesprächspartner*innen als sehr entspannt und angenehm empfunden und es konnte sehr detailliert auf die Fragen eingegangen werden.

2.3 Theoretische Sättigung

Alle Interviews wurden solange durchgeführt, bis die theoretische Sättigung nach Glaser und Strauss (2008) erreicht wurde. Dieses Konzept beschreibt, wann die Anzahl der geführten Interviews ausreichend ist. Mit der „Sättigung“ wird die Gegebenheit der Vollendung beschrieben. Sie ist demzufolge erst erlangt, wenn trotz neu erhobene Datenmaterials keine neuen wesentlichen Fakten mehr erhoben werden können (vgl. Glaser / Strauss 2008:68 f.).

2.4 Analyse des Datenmaterials anhand der Methode der Systemanalyse

Die Methode der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) wurde für die Auswertung der durchgeführten Interviews für diese Forschungsarbeit verwendet. Durch die Verwendung der Systemanalyse können detailreiche Interviews simpler und komplexer ausgewertet beziehungsweise analysiert werden. Ein weiterer Aspekt dieser Auswertungsmethode ist, dass umfangreiche Antworten bezüglich bestimmter Themenschwerpunkte situationsbedingt erkannt und demzufolge dargestellt werden können. Deshalb besteht bei der Systemanalyse, die auch als eine Feinanalyse verwendet werden kann, die Möglichkeit, größere Abschnitte eines Interviews, welche aus einzelnen Antworten bestehen, in einem schnelleren Verfahren detailliert auswerten zu können. Hinsichtlich der Interviews kann die

interviewführende Person bei einzelnen Fragestellungen zu einer gewissen Thematik Antworten spezifischer auswerten (vgl. Froschauer/ Lueger 2003:142-143). Diese Methode wurde bewusst für diese Forschung gewählt, da durch die erhobenen Interviews eine größere Menge an Datenmaterial zur Verfügung stand, welche angesichts dieser Auswertungsmethode effizient und konkret ausgewertet werden konnte.

3 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden die relevanten Begriffe, die in dieser Forschung von zentraler Bedeutung sind, näher definiert und erläutert. Die Kernbegriffe dieser Arbeit stellen Soziale Arbeit, Rettungswesen, Gesundheitswesen, Drehtüreffekt, psychosoziale Gesundheit und Handlungskonzept dar.

3.1 Soziale Arbeit

Eine einheitliche Definition von Soziale Arbeit ist schwierig, da unterschiedliche Begriffserklärungen dazu existieren. Es benötigt im Zuge dieser Forschung jedoch einer klaren Begriffsbestimmung. Daher wird die des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit herangezogen.

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen.“ (OBDS 2016)

Soziale Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung des Vielfaltbildens sind die Prinzipien auf denen das Konzept der Sozialen Arbeit fußt. Untermauert wird die Profession von der Theorie der sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und von indigenen Wissen. Durch das Einbinden von Strukturen wird es Menschen ermöglicht Herausforderungen des Lebens zu bewerkstelligen und somit ihr Wohlergehen zu verbessern (vgl. OBDS 2016).

3.2 Rettungswesen

Die Begriffsbestimmung des Rettungswesens lässt sich in Notfallrettung und Krankentransport aufschlüsseln. Es handelt sich dabei um eine Aufgabe der Öffentlichkeit, der organisierten, aber nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und der staatlichen Daseinsvorsorge (vgl. Bundesärztekammer o.A.).

Die Notfallrettung stellt Transportmöglichkeiten, wie zum Beispiel Rettungstransportwagen, Rettungshubschrauber oder etwaige Spezialfahrzeuge für Notfallpatient*innen bei Bedarf zur Verfügung. Zusätzlich steht bei einem notfallmedizinischen Einsatz sowohl ein ärztliches, als

auch ein nichtärztliches geschultes Rettungsfachpersonal bereit (vgl. Bundesärztekammer o.A.).

Die Beförderung und Betreuung von Patient*innen die nicht als Notfallpatient*innen eingestuft werden, fallen in den Aufgabenbereich des qualifizierten Krankentransportes. Hier werden ebenfalls Transportmittel, wie der Krankenkraftwagen, bereitgehalten. Der primäre Unterschied zur Notfallrettung besteht darin, dass der qualifizierte Krankentransport ausschließlich mit einem geschulten nichtärztlichen Rettungsfachpersonal besetzt ist (vgl. Bundesärztekammer o.A.).

Im Laufe des Forschungsprozesses wurde ersichtlich, dass sowohl Expert*innen, als auch Sanitäter*innen den Begriff „Rettungswesen“ mit den Begriff „Rettungsdienst“ vermischten. Da dies aber zu Verwirrungen führen könnte, wurde entschlossen, dass der Begriff Rettungsdienst für diese Arbeit ebenfalls einzeln und genau definiert werden sollte.

Der Rettungsdienst kann als System zur notfallmedizinischen Behandlung definiert werden. Optimiert wird diese Begriffsbestimmung mit der eventuellen psychosozialen Erstbetreuung von Personen in akuten Notlagen und erweitert mit einem möglichen Transport in eine weiterbehandelnde Einrichtung (vgl. Redelsteiner 2011:5). Der Krankentransport wird zur Verbringung von betreuungspflichtigen Menschen, welche keine akute vitale Bedrohung aufweisen, in eine weitere Versorgungseinrichtung, eingesetzt (vgl. Redelsteiner 2019:96).

3.3 Gesundheitswesen

Da in dieser Arbeit mehrmals der Begriff Gesundheitswesen verwendet wird, ist es wichtig vorab eine passende Definition für diese Forschungsarbeit festzuhalten und zu erklären. Die Definition des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz beschreibt das Verständnis für den Begriff Gesundheitswesen und in weiterer Folge für das Verständnis dieses Begriffes für die vorliegende Arbeit.

Unter den Begriff Gesundheitswesen werden die Krankenversorgung, die Gesundheitsförderung und die Prävention zusammengefasst. Hinter den beiden letztgenannten Termini stehen alle Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und zur Vermeidung von Krankheit (vgl. BMASGK 2019).

3.4 Drehtüreffekt

Diese Definition ist ein wesentlicher Bestandteil der Gruppenforschung und wurde deshalb von den gesamten Forschungsmitgliedern gemeinsam festgelegt. Der Begriff ist auch für die vorliegende Einzelarbeit von großer Bedeutung und wird wie folgt verwendet:

„Der metaphorische Begriff „Drehtüreffekt“ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient*innen an Allgemeinmediziner*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben struk-

turellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.“ (Projektgruppe 2019)

3.5 Psychosoziale Gesundheit

Da in dieser Forschungsarbeit vermehrt über psychosoziale Probleme gesprochen wird ist es notwendig, psychosoziale Gesundheit zu definieren. Anhand von dieser Definition soll ermöglicht werden, sich psychosoziale Probleme abzuleiten.

Der Begriff leitet sich von der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab. Laut dieser ist die psychosoziale Gesundheit ein Zustand eines vollständigen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens. Folglich bedeutet dies, dass jemand seine Fähigkeiten gekonnt einsetzen kann und sich ganzheitlich gesehen wohl fühlt. Weiterhin meint die Begrifflichkeit die Kompetenz, mit einer normalen Menge an Belastungen im Leben umgehen, produktiv sein und somit einen Beitrag in die Gesellschaft einbringen zu können (vgl. BMASGK 2014).

3.6 Handlungskonzept

Da in dieser Arbeit auch über das Handlungskonzept gesprochen wird, soll die Begrifflichkeit erklärt werden, um diese besser nachvollziehen zu können.

Der Begriff kommt ursprünglich aus der Sozialpädagogik und ist mit dem Wort Methode in der Sozialen Arbeit gleichzusetzen. Im sozialarbeiterischen Kontext bezeichnet der Begriff Methode einen detaillierten planbaren und zielorientierten Weg zur Problemlösung. Dazu zählen die Anamnese, also die Analyse des Problems, die Diagnose, sprich die diagnostische Einschätzung, die Klärungsfrage des gewünschten Zieles, die Intervention, demnach ein erstellter Handlungsplan zur Zielerreichung und die Evaluation, welche mit der Auswertung des Prozesses zu übersetzen wäre.

Als sozialarbeiterische Methoden werden auch allgemeine Handlungskonzepte benannt, wie zum Beispiel das Klient*innen orientierte Beratungskonzept, die Lebensweltorientierung oder gewisse Ansätze zum Empowerment. Sowohl die Einzelfallhilfe, die soziale Gruppenarbeit als auch die Gemeinwesenarbeit zählen zu den gängigsten Methoden der Sozialen Arbeit (vgl. Universität Hamburg 2003).

4 Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Erkenntnisse und Ergebnisse, die während des Forschungsprozesses gewonnen werden konnten, dargestellt. Die erhobenen Ergebnisse werden in unterschiedliche Kategorien gegliedert und infolgedessen näher erläutert.

4.1 Herausforderungen von Sanitäter*innen im Rettungsdienst

In dieser Arbeit wird vermehrt auf die am häufigsten von den Interviewpartner*innen erwähnten Schwierigkeiten im Rettungswesen eingegangen. Etwaige andere auftretende Problematiken werden im Folgenden ausgespart, da sie für das Forschungsergebnis nicht relevant sind.

4.1.1 Derzeitige Defizite der Rettung

Die unmittelbare Situation des Rettungsdienstes weist einige Lücken im System auf, welche nachstehend aufgezählt und detaillierter beschrieben werden.

Niederschwelligkeit und ungewollter Zuständigkeitsbereich:

Durch die Niederschwelligkeit und den Fakt, dass die Rettung als eine rund um die Uhr erreichbare Einrichtung angesehen wird, ergäbe sich laut Redelsteiner zwangsläufig die Konfrontation mit nicht dringlichen, „einfachen“ sozialen, pflegerischen und medizinischen Aufgabenstellungen. Deshalb würden die Sanitäter*innen meist unfreiwillig Funktionen von psychosozialen, pflegerischen und auch medizinischen Fachpersonal übernehmen müssen (vgl. Redelsteiner 2018b:245-246).

In manchen Fällen würden Betroffene eher die netten Gehilf*innen der Rettung und nicht Seelsorger*innen oder Psychiater*innen in Betracht ziehen, welche jedoch besser für die Problemlösung in Frage kämen (vgl. Redelsteiner 2011:582).

Jürgen A. spricht gleichfalls diese Problematik an und äußert: „Do hauma ka Ausbildung dafür, des miasad daun eigentlich wer aundara mochn.“ (T7 2019:Z. 30-31)

Alle Interviewpartner*innen waren der Meinung, dass ein großes Defizit im Rettungsdienst die nicht gegebene Zuständigkeit für gewisse Problembereiche sei, etwa psychosoziale Faktoren und dementsprechend fehlende Schulungen in Bezug auf bestimmte Einsätze (vgl. T4 2019; vgl. T5 2019; vgl. T6 2019; vgl. T7 2019). Im Kapitel 4.3 wird dies deutlich sichtbar.

Primäre Vorgangsweise - Hospitalisierung:

Zu späteren Zeiten am Abend oder in der Nacht steht laut Angelika R. den Sanitäter*innen meist nur als einzige Handlungsoption der Transport in ein nahegelegenes Krankenhaus zu Verfügung (vgl. T5 2019:Z. 46-48).

Viele Personen nutzen den Rettungsdienst und in weiter Folge den Transport in eine klinische Einrichtung, weil dessen Finanzierung von der Krankenkasse erstattet wird. Die Rettung, welche als mobiles Auffangnetz tätig sei, würde die Patient*innen somit an ein stationäres Auffangnetz weiterleiten und trüge demnach zur Ressourcenüberlastung der Krankenhäuser bei (vgl. Redelsteiner 2018b:246).

Mithilfe der erhobenen Fallgeschichten des Sanitätspersonals und der Betrachtung der Wahrnehmung der anderen Interviewpartner*innen, welche allesamt im Kapitel 4.3 noch ausführlicher dargestellt werden, könnte vermutet werden, dass ein Großteil der Patient*innen keinen Transport in ein Spital benötigt hätte, sondern mit einer einfachen Versorgung in den folgenden Tagen oder direkt vor Ort gut behandelbar gewesen wäre (vgl. T1 2019; vgl. T2 2019; vgl. T3 2019; vgl. T4 2019; vgl. T5 2019; vgl. T6 2019; vgl. T7 2019).

Gustav H. erwähnt ebenfalls, dass dem Rettungsdienst um zwei Uhr in der Früh nur die einzige Handlungsoption eines Transportes in ein Krankenhaus bleibt, um der Pflicht als Sanitäter*in nachzukommen und somit eine adäquate Versorgung der Patient*innen gewährleisten zu können. Das Problem bestünde darin, dass Hausärzt*innen und Beratungsstellen auf bestimmte Dienst- oder Öffnungszeiten beschränkt seien und insofern für die Klient*innen und in weiterer Folge für den Rettungsdienst nicht zur Verfügung stehen könnten (vgl. T4 2019:Z. 57-61).

Nicht ausreichendes Wissen über andere Gesundheitsprofessionen:

Die meisten Mitglieder einer Rettungsorganisation wissen kaum etwas über andere Gesundheitsberufe, welche für die Rettung möglicherweise positiv unterstützend sein könnten. Im Zuge dieser Forschung wird zu diesem Thema genauer auf die Profession der Sozialen Arbeit Bezug genommen. Nahezu alle befragten Sanitäter*innen konnten sich unter dem Begriff Sozialarbeiter*in wenig vorstellen. Auf die genauen Erzählungen wird jedoch im Kapitel 4.1.2 näher eingegangen.

4.1.2 Aufklärung der Rettung über die Profession Soziale Arbeit

Wie oben schon einleitend erwähnt, wurde relativ schnell ersichtlich, dass Sanitätspersonal über Soziale Arbeit nicht ausreichend informiert ist. Die Frage, was unter dem Begriff Sozialarbeit zu verstehen sei, resultierte vermehrt in ähnlichen Antworten.

So meinte Jürgen A: „Do wasi ned recht vü drüwa.“ (T7 2019:Z. 40)

Angelika R. gab an, dass sie sich nicht viel unter dieser Profession vorstellen könne, weil sie eben auch nicht wisse, was sich im möglichen Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit befinde (vgl. T5 2019:Z. 72-73).

Die einzige Sanitäterin, die sich in geringer Menge etwas unter dieser Profession vorstellen konnte, war Sonja S. Dieses Wissen stand ihr jedoch nur zur Verfügung, weil Freund*innen von dem Studiengang Soziale Arbeit besuchten oder bereits als Sozialarbeiter*innen tätig seien. Ihr Verständnis über die Profession beschränkte sich auf die Erkenntnis der Gesprächsführung, der Stärkung der sozialen Netzwerke und Antragsstellungen (vgl. T6 2019:Z. 56-59).

Um Soziale Arbeit als Unterstützungsmöglichkeit für eine Zusammenarbeit mit dem Rettungswesen in Betracht ziehen zu können, müsste vorab eine ausführliche Aufklärung des Rettungspersonals über die möglichen Leistungen und Tätigkeitsbereiche der

Sozialarbeit stattfinden. Gustav H. beschreibt die Notwendigkeit der Schaffung eines klaren Berufsbildes der Sozialen Arbeit im Setting der Gemeinwesenarbeit. Dies könnte im Rettungswesen in Form von Fortbildungen umgesetzt werden, um so zu kommunizieren, was der Berufsstand der Sozialarbeiter*innen alles umfasst (vgl. T4 2019:Z. 112-115). Gegebenenfalls könnte dieser Aufklärungsprozess in den folgenden Jahren in die Sanitäter*innenausbildung integriert werden.

4.2 Unterstützende Organisationsformen der Sozialen Arbeit im Rettungsdienst

In der Sozialen Arbeit gibt es verschiedene Organisationsformen die bei der Arbeit mit Klient*innen gewählt werden können. Es werden anhand der ausgewerteten Ergebnisse und der vorhandenen Literatur die zwei passendsten Formen angeführt.

4.2.1 Aufsuchende Sozialarbeit

Einerseits wird vermehrt auf die *aufsuchende Sozialarbeit* eingegangen. Laut Gustav H. ist die aufsuchende Organisationsform eine passende unterstützende Maßnahme für Patient*innen. Dies ist in dem Sinne zu verstehen, als dass die Betroffenen nach einer rettungsdienstlichen Intervention Zuhause belassen werden oder werden müssten. Hier sieht er eine mögliche Option, wie die Soziale Arbeit in diesem Bereich unterstützend wirken könnte (vgl. T4 2019:Z. 102-105).

Nach Redelsteiner (vgl. 2019:109) beschäftigt sich die aufsuchende Organisationsform der Sozialen Arbeit mit Personen in deren Sozialraum und demzufolge mit den konkreten Lebenswelten und Lebenswirklichkeiten dieser Menschen.

4.2.2 Nachgehende Sozialarbeit

Andererseits wird auch die *nachgehende Sozialarbeit* mehrfach erwähnt. Gustav H. betont, dass die nachgehende Soziale Arbeit sich mit Klient*innen beschäftigt, die durch den Rettungsdienst hospitalisiert werden. Daher wären Sozialarbeiter*innen gerade nach der Krankenhausentlassung von großer Relevanz, um ihnen in dieser Zeit eine größtmögliche Stütze sein zu können (vgl. T4 2019:Z. 106-108).

Die nachgehende Sozialarbeit beschäftigt sich mit Menschen, welche besonders von Exklusion gefährdet sind. Daher sollte auch proaktiv in deren Sozialraum und in ihrem „Straßenleben“ professionell nachgegangen werden (vgl. Redelsteiner 2019:109).

4.3 Patient*innen mit psychosozialen Problemen im Rettungsdienst

Eine wesentliche Thematik von immer wiederkehrenden Hilfeanfragen bei der Rettung sind vermehrt Patient*innen mit psychosozialen Problemstellungen. Daher wird im Folgenden näher auf die diesbezüglich primären Aspekte eingegangen.

4.3.1 Häufigkeit von wiederkehrenden Hilfeanfragen von Patient*innen mit psychosozialen Ursachen

„Ahm, oiso de meisten Einsätze bei uns san scho auf medizinische Ursochn zurückzuführen, owa es gibt ah immer wieder psychosoziale Einsätze und de psychosozialen Einsätze san hoid vo unsara Seitn, oiso fias Rote Kreuz, eigentlich negativ. [...] Oiso es kummt wirklich häufiger vor ois maunche glauben und es is anfoch gängig.“ (T6 2019:Z. 28-36)

Angelika R. bestätigt die Aussage von Sonja S., dass medizinische Einsätze gegenüber psychosozialer Einsätze überwiegen, diese jedoch nicht so selten auftreten, wie allgemein bekannt sein dürfte. Vor allem am späten Abend oder in der Nacht kämen solche Patient*innen gehäufter vor und die einzige Option, die der Rettung dabei bleibe, sei der Transport in das nächstgelegene Krankenhaus (vgl. T5 2019:Z. 45-48).

Auch Jürgen A. bestärkt die Vermutung, dass medizinische Einsätze häufiger vorkommen. Er erwähnt aber auch, dass psychosoziale Einsätze vorhanden seien. Die Problemstellung bezüglich dieser Thematik sei die, dass die Einsatzkräfte der Rettung nicht auf diese psychosozialen Aspekte geschult werden würden beziehungsweise nicht dafür zuständig seien (vgl. T7 2019:Z. 29-30).

Der Notrufexperte Herbert L. betont mehrmals, dass eine immer wiederkehrende Hilfeanfrage auch eine Kombination aus medizinischer und psychosozialer Problemstellung sein kann, aber im Endeffekt überwiegend einfach Hilfe von den Anrufer*innen gesucht wird. Gerade bei psychosozialen Anliegen könnte die Schwierigkeit bestehen, dass Patient*innen einfach nicht wissen würden, wie sie mit dem akuten Problem umgehen sollten. Seiner Meinung nach würde sich hier eben der Notruf am besten anbieten, da die Notrufleitungen rund um die Uhr besetzt seien (vgl. T2 2019:Z. 53-55).

Dass eine psychosoziale Einschränkung bei vielen Klient*innen mitschwingt und spürbar wäre, würden alle befragten Sanitäter*innen zur Kenntnis nehmen. Prozentuell kann Maria K. nicht sagen, wie häufig solche Einsätze vorkommen, jedoch kämen sie in der Regel häufiger vor (vgl. T3 2019:Z. 50-53).

Durch die langjährige Erfahrung im Rettungswesen kann Gustav H. berichten, dass es an der Dokumentation solcher Einsätze mangelt und es unseriös wäre, Zahlen zu nennen. Es käme jedoch öfters vor, dass der Rettungsdienst Personen behandeln müsse, bei denen keine oder keine rein medizinische Versorgung erforderlich sei. Bis dato würde hier der

Rettung ausschließlich die Hospitalisierung übrig bleiben, um eine ordnungsgemäße Patient*innenversorgung ermöglichen zu können (vgl. T4 2019:Z. 54-61).

Ebenso äußert Gustav H. diesbezüglich: „Denn um 2 Uhr in der Früh wird kein Hausarzt und keine Beratungsstelle mehr geöffnet haben und daher bleibt uns nur eine Option...das Krankenhaus.“ (T4 2019:Z. 59-61)

4.3.2 Mögliche Gründe dieser Patient*innengruppe für eine Kontaktaufnahme mit der Rettung

Sonja S. berichtet über eine Fallgeschichte, welche in ihren Augen eine mögliche Ursache für eine Kontaktaufnahme mit der Rettung darstellen könnte. Ein Patient, welcher 88 Jahre, körperlich aber immer noch in einem guten Zustand gewesen sei habe sich ein Band im Fuß gerissen. Die Einschränkung des Mannes, aufgrund eines Gipses, habe sich auf sechs Wochen bezogen. Er habe jeden Sonntag die Rettung alarmiert und es nach ihrem Empfinden womöglich als eine Art Ausflug angesehen. Im Rettungsdienst seien sie jeder Alarmierung des Herrn nachgegangen und wären mit ihm jeden Sonntag unnötigerweise ins Krankenhaus gefahren. Laut Sonjas Schilderungen vermutet sie, dass ihm in dieser Zeit die sozialen Kontakte fehlten, da er vor seinem Unfall ein sehr aktiver Mann gewesen sei (vgl. T6 2019:Z. 42-48).

Es wird hiermit schon leichter ersichtlich, dass eine Kontaktaufnahme mit der Rettung nicht immer eine medizinische Ursache haben muss.

Des Weiteren nennt Gustav H. ein anderes Beispiel eines älteren Mannes, der vermehrt in der Nacht die Rettung kontaktierte. Nach kurzer Zeit habe sich herausgestellt, dass der Mann seit vor Kurzem Witwer geworden sei und er sich einfach einsam fühlte. Angesichts der ständigen Einsamkeit habe der Herr binnen einiger Wochen große Verlustängste und Angstzustände entwickelt und somit den Notruf für seine soziale Problematik genutzt (vgl. T4 2019:Z. 89-92).

Durch diese Fallgeschichte wird bemerkbar, dass Einsamkeit sich rapide auf das Leben einer zuvor gesunden Person auswirken kann und psychosoziale Symptome auftreten können.

Häufig sei das Problem der Patient*innen komplexer als die beim telefonischen Notruf oder bei der Anamnese am Einsatzort erhobenen medizinischen Symptome. Laut Redelsteiner können psychosoziale Faktoren, wie Einsamkeit, mangelnde Pflege, psychische Erkrankungen oder überforderte Angehörige, zusätzlich zu der bestehenden medizinischen Problematik dazu beitragen, die Gesundheit zu beeinträchtigen (vgl. Redelsteiner 2018b:248).

Durch Fühlen des Pulses würden Sanitäter*innen den Herzschlag überprüfen können. Diese Berufsgruppe ist aber auch jene, welche den allgemeinen Puls der Gesellschaft fühlen könnte. Das Einsamkeit, Partnerschaftsprobleme, Wohnungslosigkeit, Ausländerfeindlichkeit,

aber auch seelische Probleme, wie Depressionen oder Angstzustände psychosoziale Probleme herbeiführen könnten, wäre dem Sanitätspersonal aus der Praxis jedoch bekannt. Einige Notfälle seien deshalb auf psychosozialen Faktoren zurückzuführen. Beispielsweise sei die Wahl der Nummer 144 in Krisensituationen leichter, als die 133, um Konsequenzen von Gewaltsituationen oder Substanzenmissbrauch ausweichen zu können. Teilweise würden die Betroffenen auch nicht erkennen, dass es sich bei ihrem Notfall um keinen medizinischen, sondern um ein psychosozialen handle. Es gäbe auch Personen denen es leichter fiele, ihre psychosoziale Problemstellung über eine scheinbare medizinische Erkrankung zu äußern. Ein Grund für eine mögliche Kontaktaufnahme mit der Rettung könnte auch mit einer gewisser Vertrauensbasis zu tun haben, in dem Sinne, als dass die freundlichen Helfer gerne unterstützend helfen würden. Der Fakt, dass der Rettungsdienst eine schnell reagierende, rund um die Uhr erreichbare mobile soziale Einrichtung sei, könnte bei einer gewollten Kontaktierung eine wesentliche Rolle spielen. Häufig würden auch vereinsamte Personen, welche lediglich auf der Suche nach Begegnungen seien und ein Gespräch suchen würden oder denen es an Aufmerksamkeit im Leben fehle, den Notruf wählen (vgl. Redelsteiner 2011:582-583).

So könnten schwierige Lebensabschnitte oder schwierige Lebensbedingungen, Ressourcenmangel, biographische Ereignisse, Krankheiten oder von der Bevölkerung nicht erwünschte Lebensmuster Gründe für einen Unterstützungsbedarf oder bezüglich dieser Thematik für eine Kontaktierung der Rettung darstellen (vgl. Redelsteiner 2019:109).

Da das Rettungswesen ohnehin schon genug ausgelastet sei, kann laut Redelsteiner eine negative Sichtweise von Rettungssanitäter*innen auf - aus medizinischer Sicht - „Nicht-Notfällen“ vermutet werden. Durch die begrenzten Filtermöglichkeiten des Rettungsdienstes, sei und würde es immer die Entscheidung der Patient*innen sein, welche Nummer sie wählen und welche Symptome beim Anruf angegeben werden würden (vgl. Redelsteiner 2011:583).

4.3.3 Probleme und Auswirkungen von wiederkehrenden Hilfeanfragen von Patient*innen mit psychosozialen Ursachen auf den Rettungsdienst

Die Sanitäterin Sonja S. berichtet von einer Dame, welche jeden Sonntag, wegen unterschiedlicher medizinischer Ursachen den Notruf wählt. Einmal sei sie gestürzt oder sie könne auf einmal nicht mehr gehen, jedoch würde vor Ort relativ schnell ersichtlich werden, dass die Frau keine körperlichen Beschwerden vorzuweisen hätte. Sonja S. vermutet, dass die Dame entweder Aufmerksamkeit benötigt, oder einfach einen Kontakt zu Menschen sucht, da sie eventuell jemanden zum Reden braucht. Die einzige Option, die der Rettung in solchen Fällen bleibe, sei der Transport in das Krankenhaus, da für die Sanitäter*innen keine weiteren Möglichkeiten vorhanden seien (vgl. T6 2019:Z. 6-14).

„Des Problem bei de psychosozialen Einsätze is, dass wir ned auf de gschuid san, oiso vo da Sanitäterausbildung her und wie scho gsogt es foid a eigentlich ned in unsa Aufgabengebiet, weilma eigentlich fia Notfälle do san und ned dasma daun mid soiche Einsätze ins Kraunk-

haus foahn, wo de daun ah nix mochn kinnan und de Patienten daun wieder Ham gschickt werden und de Ursache anfoch ned behoben wird.“ (T6 2019:Z. 31-35)

Sonja S. bezieht sich hier vorrangig auf das fehlende Wissen über den Umgang mit Patient*innen mit psychosozialen Problemen. Demzufolge fehle den Sanitäter*innen eine passende Ausbildung über diese Thematik. Außerdem erwähnt sie den Zeitfaktor. Damit verbindet sie die fehlende Zeit für einen akuten medizinischen Notfall, der wegen eines nicht medizinischen Einsatzes, etwa einem psychosozialen, verzögert wird oder dem nicht zeitgerecht nachgekommen werden könne. Als weiteren Punkt nennt Sonja S. den Tätigkeitsbereich. Sanitäter*innen seien eben nicht auf psychosoziale Fälle geschult und dementsprechend könne den Patient*innen nicht adäquat geholfen werden (vgl. T6 2019:Z. 17-25). Ebenso erwähnt sie die Problematik, dass Krankenhäuser die vorherrschenden psychosozialen Ursachen nicht beheben könnten und Betroffene, die den Rettungsdienst in Anspruch nehmen, somit nicht die Hilfe bekommen würden, die sie eigentlich benötigen würden. Die einzige Problemlösung, die der Rettung jedoch bleiben würde und in jeder Situation bestehe, sei der Krankentransport in das nächstgelegene Spital (vgl. T6 2019:Z. 50-54).

Generell würden Einsätze mit Personen mit psychosozialen Problemstellungen von Sanitäter*innen als sehr schwierig erlebt werden, weil es nicht viele Handlungsmöglichkeiten seitens der Rettung gäbe. Auch wenn bei einer Alarmierung der Rettungsmitglieder eine medizinische Ursache im Vordergrund stehe, würde vor Ort sehr häufig eine psychosoziale Problemstellung zusätzlich erhoben werden können. Hier bleibt der Rettung wieder nur die Möglichkeit des Transportes in das nächstgelegene Krankenhaus, betont Angelika R. Es käme im Rettungsdienst auch manchmal vor, dass bei Einsätzen das Notarztteam hinzugezogen werden würde, welches in dieser Zeit für akute medizinische Notfälle nicht zur Verfügung stehe (vgl. T5 2019:Z. 6-19).

Jürgen A. spricht über ein Fallbeispiel, welchem er im Zuge seiner Ausbildung am Notarzteeinsatzfahrzeug beiwohnte, bei welchem eine Alarmierung zu dem Wohnsitz eines Patienten erfolgte. Vor Ort sei schon das zuständige Rettungssanitäter- Team gewesen, welches dem zu Versorgenden umfassende Betreuung zukommen ließ. Die Notärztin klärte jedoch in kurzer Zeit über die Person auf, da dieser Patient dazu neige, sich durch die Rettung Kontakt zur Außenwelt zu schaffen und die Notärztin schon mehrere Male zu ihm gerufen worden wäre. Er wolle sich stets wegen medizinischen Ursachen behandeln lassen, die sich jedoch rein auf psychosozialer Ebene befänden. Die vorhandenen Ressourcen sind laut Jürgen A. für wichtige akute Einsätze, etwa für einen Herzinfarkt, gedacht. In diesem Fall seien diese jedoch für eine halbe bis dreiviertel Stunde verplant gewesen und demzufolge verschwendet worden. In so einer Zeitspanne kann auch ein medizinischer Notfall vom Rettungsdienst behandelt werden, betont Jürgen. Auch laut diesem Gesprächspartner spielt demnach der Zeitfaktor bei solchen Einsätzen eine wichtige Rolle. (vgl. T7 2019:Z. 6-19; vgl. T7 2019:Z. 22-23).

Gustav H. berichtet durch seine langjährige Erfahrung im Rettungsdienst folgendes:

„Der Rettungsdienst ist mit der aktuellen rechtlichen Situation nahezu verpflichtet, jede hilfsbedürftige Person dem Krankenhaus beziehungsweise einem Arzt zuzuführen. Es ist schwierig, den Patientinnen und Patienten als Rettungsdienst andere als medizinische Hilfeleistung zukommen zu lassen. Dies hat meines Erachtens zwei Gründe. Entweder ist das Personal hierfür nicht ausgebildet oder es mangelt an außerklinischen und nicht-medizinischen Versorgungs- und Beratungsstellen. Ich denke, dass Soziale Arbeit hier einen wichtigen Beitrag im Gesundheitswesen leisten könnte, unter der Voraussetzung, dass sich Soziale Arbeit nicht alleine als Beratungsstelle unter der Woche und zu Bürozeiten sieht. Hier müsste ein großes Engagement von Sozialarbeiter*innen geboten werden, welches sich auf keine fixen Dienste beziehen sollte, sondern hier sollte die Erreichbarkeit von Sozialarbeiter*innen 24 Stunden gegeben werden.“ (T4 2019:Z. 40-50)

4.3.4 Soziale Arbeit als brauchbares Mittel im Rettungsdienst

Aus sozialarbeiterischer und sanitätsdienstlicher Perspektive behauptet Maria K., dass es genügend Menschen gibt, die den Schritt, in eine soziale Einrichtung zu gehen, um professionelle Hilfe zu erhalten, nicht wagen. Hier erwähnt sie den Aspekt der Vertrautheit, also die mögliche Schwierigkeit, Hilfe von fremden Personen in Anspruch nehmen zu können. Durch ihre praktische Erfahrung als Sanitäterin kann sie von dem Phänomen der Sicherheit sprechen, da sie dies schon mehrmals im Dienst erlebt hätte. Maria K. erläutert das Gesagte durch die Tatsache, dass in einer Dienststelle oft ortsansässige Personen tätig sind und somit die Hemmschwelle, den Notruf zu wählen, für Patient*innen aufgrund der möglichen Bekanntschaft sinkt. Ebenfalls teilt sie die Klient*innen in zwei Kategorien ein. Einerseits handele es sich um Menschen, die keine akute Notfallsymptomatik aufweisen, aber trotzdem Hilfe benötigen würden. Hier ist es ihrer Meinung nach sinnvoller, den Patient*innen als vertraute Person vor Ort mitteilen zu können, dass es eine Person gäbe, die sich um ihrer annehmen könne. Andererseits kennt sie Personen, die anrufen, weil sie wirklich medizinischer Hilfe bedürfen. Als Beispiel hierfür nennt Maria K. eine substanzabhängige Dame, die die Rettung zwei bis dreimal pro Woche wegen einer eingenommenen Überdosis kontaktiere. Bei dieser Person hätte sie das Gefühl, als würde die Patientin eher die Nähe zu Menschen suchen, anstatt sich einen Entzug in einer stationären Einrichtung zu unterziehen (vgl. T3 2019:Z. 221-231).

Auch Gustav H., welcher als Sozialarbeiter und im Rettungswesen tätig ist, ist fest davon überzeugt, dass die Soziale Arbeit den Rettungsdienst entlasten kann und in Zukunft auch entlasten sollte (vgl. T4 2019:Z. 121-122). In weiterer Folge schildert er die möglichen Auswirkungen durch die Einbeziehung von Sozialarbeit im Rettungsdienst:

„Meiner Meinung nach wird jeder davon profitieren. Auf der einen Seite der Rettungsdienst, weil er auf eine Versorgungseinheit abseits des Krankenhauses zurückgreifen kann und andererseits die Patientinnen und Patienten, weil sie die für sie erforderliche Versorgung endlich bekommen. Eine medizinische Versorgung, die sie eventuell gar nicht benötigen und trotzdem beansprucht werden muss, nur weil das Angebot zu gewissen Zeit ziemlich mager ist, zeigt von einem nicht ganz durchdachten und ausgereiften Gesundheitssystem.“ (T4 2019:Z. 75-81)

Die Sanitäter*in Angelika R. nimmt Bezug auf eine Patientin und schildert eine Fallgeschichte. Eine leidende Person habe an einem Tag innerhalb von ein paar Stunden zweimal die Rettung angerufen. Ihr Anliegen sei auf Nervosität zurückzuführen, wenn sie Dinge im Haus nicht sofort finde oder einfach jemanden benötige, der ihr zur Seite stehe und sie unterstütze. Im Rettungsdienst bleibe nur die Option die Patientin ins Krankenhaus zu transportieren. Dort erhalte sie keine aktive Behandlung, weil die Problemursache nicht medizinisch sei und sie dementsprechend vom Spital wieder nachhause geschickt werden würde. Laut Angelika R. wiederholt sich das Problem dieser Dame immer wieder, weil erstens die Rettung nicht die Möglichkeit hat, Sozialarbeiter*innen separat nachzufordern und zweitens die Patienten meist nichts von der Möglichkeit wissen, die Unterstützung von Professionist*innen selbst in Anspruch nehmen zu können (vgl. T5 2019:Z. 19-27). Mithilfe dieses Fallbeispiels erklärt die Sanitäterin, dass Soziale Arbeit auch im Rettungsdienst von Vorteil wäre, da sich Sozialarbeiter*innen um spezifische Angelegenheiten der Patient*innen kümmern könnten und der Rettung somit Arbeit abgenommen werden würde (vgl. T5 2019:Z. 114-119).

Jürgen A. ist der Meinung, dass Soziale Arbeit für Patient*innen, aber auch für Rettung und Krankenhäuser sinnvoll ist, da die Ursachen der Problemstellung der Patient*innen ausgeforscht und behoben werden können, weil die Zeit dafür gegeben sein wird. Außerdem wäre dies eine Entlastung der Notfallambulanzen und Rettungsmittel, die für akute medizinische Notfälle eingesetzt werden sollten (vgl. T7 2019:Z. 63-66).

Der Notrufexperte Herbert L. empfindet die Sozialarbeit beim Umgang mit psychosozialen Patient*innen im Rettungsdienst ebenfalls als brauchbares Mittel. Er denkt, dass Angebote für passende Unterstützungsmöglichkeiten den Weg zur Problemlösung möglicherweise erleichtern würden. Meist würden Patient*innen erst Hilfe beanspruchen wollen, wenn sie jemanden zum Reden oder Pflegen benötigen würden. Herbert L. ist der festen Überzeugung, dass nach einer Lösung gesucht werden sollte, die den betroffenen Personen auch wirklich weiterhelfen kann (vgl. T2 2019:Z. 207-212).

Die Notrufexpertin Susanne M. meint: „Ja. Weil ich denke, dass das Hauptproblem von diesen psychosozialen Problemen ist, dass die Leute in Wirklichkeit nicht wissen, wo sie sich hinwenden sollen.“ (T1 2019:Z. 92-93)

Das oben beschriebene Anliegen von Susanne M. lässt zwei Ursachen vermuten. Erstens, dass ein Überangebot an Hilfsangeboten bestehe und die Patient*innen dadurch den Überblick verlieren würden und zweitens, dass in der heutigen Gesellschaft ein Unterangebot an Aufklärungsarbeit der unterschiedlichen Professionen und deren möglichen Leistungen vorherrschen würde.

4.4 Anforderungen an die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

4.4.1 Anwendbare Methoden der Sozialarbeit

Die Methoden der Sozialen Arbeit können laut Galuske allgemein als adressat*innenbezogen bezeichnet werden und in soziale Einzelfallhilfe, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit gegliedert werden. Die Profession verfügt demnach über ein breites Spektrum an allgemeinen und spezialisierten Verfahren. Konkretisierte Maßnahmen der Sozialarbeit sind zum Beispiel die sozialarbeiterische Beratung, die Vernetzung, die Grundsicherungsberatung, die Verweisung an weitere Hilferessourcen. Ebenfalls zählen zu diesen Methoden die verschiedenen Arten der Gesprächsführung, welche etwa motivierend, klient*innenzentriert oder konfrontativ sein können. Empowerment, Case Management, Screening, Clearing, multiperspektifische Fallarbeit, Krisenintervention, Mediation, zählen beispielsweise zu diesen Methoden. Familienrat, Sozialraumorientierung, Street Work, Supervision, Prävention, Evaluationsverfahren, Sozialmanagement oder soziales Marketing gehören gleichermaßen zu den anwendbaren Vorgehensweisen der Sozialen Arbeit (vgl. Galuske 2013:15ff, 75-115).

Alleine in der sozialen Diagnostik existieren mehr als 30 verschiedene Verfahren, welche situationsbedingt und individuell eingesetzt werden könnten. Beispielhalber gäbe es folgende diagnostische Vorgehensweisen, welche bei der Klient*innenarbeit herangezogen werden könnten: Presented Problem Analyse (PPA), Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Scale) im DSM IV zur Erhebung von psychischen Erkrankungen, Sozialanamnese, Zielplanungsraster, Inklusions- Chart (IC4), Netzwerkkarten, biografischer Zeitbalken, und viele weitere (vgl. Pantuček 2012; vgl. Pantuček 2017).

Meist würde bei einer direkten Anwendung der in der Sozialen Arbeit eingesetzten Verfahren die Analyse in dichter Zusammenarbeit mit den Klient*innen und unter Beteiligung dieser stattfinden und deshalb würden diese Methoden auch als Interventionsmittel gelten (vgl. Redelsteiner 2018b:147).

Das Dokument „Ottawa Charta“ der ersten internationalen Konferenz der Gesundheitsförderung von 1986 gilt bis heute als Anhaltspunkt zur Gesundheitsförderung. Es soll die Staaten dazu befähigen, gemeinsam Strategien und Programme umzusetzen. Die genannten Strategien beziehen sich auf Advocacy, Empowerment und Vernetzung. Unter dem Begriff Advocacy wird das Vertreten der Interessen der Klient*innen verstanden und soll so die Gesundheit der Nutzer*innen positiv beeinflussen. Empowerment hingegen kann mit dem Wort Befähigung gleichgestellt werden und meint die Befähigung von Betroffenen um aktiv handelnd zu werden. Vernetzung beschreibt ein koordiniertes Zusammenwirken der beteiligten Akteur*innen (vgl. FGOE o.A.).

4.4.2 Passende Grundsätze und Aufgabengebiete der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich

„Wunder und Hoffnungslosigkeit sind keine Begriffe der Sozialen Arbeit.“ (Redelsteiner 2018a:145)

Der Sozialen Arbeit liegt eine alltagsnahe Arbeitsweise zugrunde. Spezifische Haltungen der Sozialen Arbeit in der Praxis, wie Anteilnahme, Empathie oder die Wahrung der Autonomie der Betroffenen sind wesentliche begleitende Charakterzüge der Profession (vgl. Redelsteiner 2018a:145).

Grundsätze und Aufgabengebiete für Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind zum Beispiel eine zielstrebige Verfolgung eines „offenen Tür“ Zugangs für hilfeschuchende Menschen, eine Betreuung von Klient*innen, welche häufig Kontakt mit dem Gesundheitswesen suchen würden, aber die Selbsthilfe und Betreuungssituation nicht ausreichend sein würde. Ein weiterer Aufgabenbereich der Profession ist eine psychosoziale Krisenintervention nach Verkehrsunfällen, Vergewaltigungen et cetera. Ein Casemanagement bei Betroffenen von komplexen Multiproblemlagen oder eine Hilfe von Informationsbeschaffung über rechtliche und finanzielle Ansprüche zählen auch zu den Grundsätzen der Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit (vgl. Redelsteiner 2018a:145-146).

4.5 Differenzierung der Aufgabenbereiche

4.5.1 Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, etwa im Krankenhaus, würde eine eigene Tätigkeit, abseits von Ärzt*innen oder Pfleger*innen darstellen. Psychosoziale Krankheitsauslöser müssten dabei frühzeitig erkannt werden und Beziehungen, welche durch die Faktoren Sucht, Unfall oder Krankheit gestört werden können, sollten normalisiert werden (vgl. Auer 1986:7). Die Profession sollte zur Kooperation, Vernetzung und Unterstützung genutzt werden und so einen interdisziplinären Charakter zu erreichen (vgl. Redelsteiner 2018a:146-147). Laut Auer haben Sozialarbeiter*innen Auskunft zu geben, aber auch Beratungsgespräche und individuelle Hilfestellungen zu ermöglichen. Durch die vernetzende Wirkung, welche die Soziale Arbeit mit sich bringe, würde zwangsläufig eine Vielzahl an Zusammenarbeit unterschiedlicher Stellen entstehen. Die erwähnten Stellen könnten unter anderem Ämter der Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsverwaltung, psychiatrische Kliniken und Landeskrankenhäuser mit den jeweiligen Fachpersonal, Suchtberatungsstellen und gemeinnützige Verbände darstellen (vgl. Auer 1986:7).

Redelsteiner gibt in seinem Text an, dass Sozialarbeit bemüht ist, dort professionell zu unterstützen und Hilfe anzubieten, wo sich andere Berufsgruppen als nicht zuständig bezeichnen oder an ihre Handlungsgrenzen gelangen. Es wird dabei versucht, mit allen

Ressourcen zu arbeiten, welche die Betroffenen zur Verfügung stellen können und dabei versucht diese weiter zu stärken und zu sichern (vgl. Redelsteiner 2018a:145).

4.5.2 Aufgabenbereich des Sanitätspersonals

Sanitäter*innen werden von Redelsteiner als Expert*innen im Gesundheitswesen bezeichnet, welche sich durch gewisse Ausbildungen und Schulungen spezifisches Fachwissen angeeignet haben sollten. Dieses Knowhow und die angeeigneten Handfertigkeiten sollten sie unter Einhaltung von Standards und Standesregeln anwenden können. Durch die speziellen Erfahrungen können sie anstehende Aufgaben in Kooperation mit Kolleg*innen des Rettungsdienstes und gegebenenfalls anderer Einsatzorganisationen unter Befolgung aller Aspekte der notfallmedizinischen Patient*innenversorgung bewältigen. Zu den Aufgaben des Rettungspersonals zählt außerdem die Steuerung des Rettungsfahrzeuges unter Beachtung der bestehenden Verkehrsregeln und der Sicherheit anderer Verkehrsteilnehmer*innen. Das oberste Ziel stellt die Sicherheit und Betreuung der Patient*innen dar. Dabei ist sicherzustellen, dass die Würde der Betroffenen erhalten bleibt. Von den Rettungsmitgliedern wird verlangt, dass sie selbst bei Stresssituationen konzentriert, ruhig und höflich arbeiten. Selbst der Umgang mit Angehörigen sollte stets professionell sein, auch wenn sich diese aufgrund der äußeren Begleiterscheinungen der Situation schwierig verhalten können. Sanitäter*innen sind für die notwendige Versorgungs- und Stabilisierungsmaßnahmen der Betroffenen vor und während des Transportes zuständig. Sie sollten sowohl durch selbstgetroffene Entscheidungen arbeiten können, wenn keine Notärzt*innen anwesend sind, aber auch als Helfer*innen für solche fungieren. Die Mitglieder des Rettungsdienstes sollten ihr Können und Wissen in jeder noch so unüberschaubaren Situation abrufbar haben können. Sie sind im Einsatz dazu verpflichtet, alle möglichen zur Verfügung stehenden Maßnahmen, welche zu beherrschen sind, anzuwenden. Natürlich sollten unter Berücksichtigung der jeweiligen Notlagen, nur jene Behandlungen angewendet werden, welche als geeignet erscheinen würden, um somit das ihnen anvertraute Leben retten zu können (vgl. Redelsteiner 2011:11).

4.6 Stellenwert einheitlicher Begriffsdefinitionen

Bei der Durchführung der Interviews wurde ersichtlich, dass es wichtig ist, gleiche Definitionen für dieselben Begriffe zu verwenden, um somit Verständigungsschwierigkeiten präventiv entgegenwirken zu können. Das Verständnis ist somit ein wesentlicher Punkt für eine gute Zusammenarbeit der Professionist*innen.

4.6.1 Einheitliches Verständnis des Drehtüreffektes

Die folgenden Definitionen des Begriffes der Interviewpartner*innen sind nahezu dieselben, jedoch unterscheiden sie sich in gewissen Aspekten. So beschreibt Gustav H. sein Verständnis vom Drehtüreffekt aus sowohl sozialarbeiterischer, als auch der Sanitätsperspektive. Die Begrifflichkeit lautet nach seinem Erachten wie folgt:

„Nun ja, mit dem Begriff Drehtüreffekt verbinde ich Patienten, welche immer wieder beispielsweise vom Rettungsdienst hospitalisiert werden und kurze Zeit später wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden. Ein Kontakt zum Rettungsdienst besteht jedoch nach der Entlassung weiterhin und es beginnt ein geschaffener Kreislauf, sprich die mehrmalige Alarmierung der Rettung, welche wiederum nur die Option der Spitäler anbieten kann und die Patient*innen im Endeffekt wiederholt im Krankenhaus landen.“ (T4 2019:Z. 31-36)

Für die Sanitäter*innen Sonja S., Angelika R. und Jürgen A. bezieht sich die Begrifflichkeit auf Patient*innen, welche des Öfteren die Rettung kontaktieren, in das Krankenhaus überstellt werden, aber eine zweckmäßige Behandlung ausbleibt. Am nächsten Tag fänden sich dieselben Personen wieder im Spital ein, weil die vorliegende Problemursache vom behandelnden Krankenhaus nicht behoben werden könne und ein Kreislauf wäre geschaffen (vgl. T6 2019:Z. 38-42; vgl. T5 2019:Z. 55-60; vgl. T7 2019:Z. 34-3). Drehtürpatient*innen kämen laut Angelika R. öfter vor, als manche glauben würden, da Außenstehende die Problematik nicht wirklich realisieren würden (vgl. T6 2019:Z. 48-50).

Wenn Angelika R. mit Außenstehende voneinander abgegrenzte Professionen assoziiert, dann könnte dies so gedeutet werden, dass die Problematik nur schwer erkennbar für diese Personen ist, weil jede Berufsgruppe einen anderen Fokus bezüglich der Zusammenarbeit mit Klient*innen legt.

Nach Redelsteiner werden unter Drehtürpatient*innen Patient*innen oder deren Angehörige verstanden, welche über eine längere Zeitspanne und wiederholt in kürzeren Abständen um Hilfe im Gesundheitswesen bitten (vgl. Redelsteiner 2018b:247).

Die Notrufexpert*innen Susanne M. und Herbert L. assoziieren mit diesem Ausdruck die Einlieferung von Klient*innen in ein Krankenhaus, welche dort aufgrund der vorliegenden Symptome nicht ordnungsgemäß behandelt werden können. Die Betroffenen würden wieder nachhause geschickt werden und diese würden immer wieder in das Spital zurückkehren, weil vergleichsweise keine Möglichkeit bestehe, eine passende Verweisung an die zuständigen Stellen zu äußern. Beispielsweise erwähnt Herbert L., dass im Rettungsdienst die meisten Menschen vermehrt in das Krankenhaus gebracht werden würden, obwohl ein Spital nicht von allen Betroffenen gebraucht werden würde. Die Rettung habe nicht viele Lösungsmöglichkeiten von Behandlungen und genau diese Patient*innen seien meist die, die sich immer wieder im Gesundheitswesen bewegen würden (vgl. T1 2019:Z. 21-24; vgl. T2 2019:Z. 25-29).

Eine gänzlich andere Auffassung dieses Begriffes hat Maria K., welche ebenso den Blickwinkel als Sozialarbeiterin, aber auch Sanitäterin einnehmen kann. Sie verstehe unter diesem Wort, die Ablieferung von Patient*innen während des Rettungsdienstes in das Krankenhaus. Maria K. beschreibt, wenn sie die Nutzer*innen der Rettung zur Drehtür von den Spitälern bringt, hat sie ihre Arbeit erledigt und die weitere Behandlung der Betroffenen oder die Vorgehensweise der Ärzt*innen zählt nicht mehr zu ihren Aufgaben als Sanitäterin.

Daher mache sie sich ab dem Erreichen der Krankenhausdrehtür keine Gedanken mehr über die Patient*innen (vgl. T3 2019:Z. 14-17).

Anhand der erwähnten ähnlichen Definitionen der Begrifflichkeit Drehtüreffekt, könnte beinahe ein allgemeiner gleicher Wissensstand der unterschiedlichen Berufsgruppen vorausgesetzt werden. Jedoch wird durch das durchaus differierende Verständnis des Terminus Drehtüreffekt von Maria K. ersichtlich, dass ein einheitliches Verständnis von gewissen Begriffen, die wesentlich für die Arbeit mit den Klient*innen seien, innerhalb eines Berufsbildes unterschiedlich definiert werden. Angesichts der variierenden Definitionen innerhalb einer Berufsgruppe, könnte auch angenommen werden, dass sich diese auf eine mögliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen stark auswirken könnte. Um dies genauer zu erläutern, soll sich ein fiktives Szenario vorgestellt werden. Durch die vorher beschriebene Aussage und Definition von Maria K., sind somit alle Patient*innen Drehtürpatient*innen die den Rettungsdienst nutzen. Diese unterschiedlichen Definitionen eines Begriffes könnten verschiedene Auswirkungen auf die Zusammenarbeit der Professionist*innen herbeiführen, aber auch die Behandlung von Patient*innen negativ beeinträchtigen.

4.6.2 Einheitliches Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen

Eine einheitliche Definition der unterschiedlichen Berufsbilder steht in Verbindung mit dem Wissensstand über die jeweiligen Berufe und deren Tätigkeitsbereichen. Wie im Kapitel 4.6.1 schon erwähnt, wird für eine gelingende Kooperation vorausgesetzt, dass ein allgemeines Verständnis von anderen Professionen geschaffen werden muss. Eine Aufklärung hängt mit den ineinandergreifenden Aspekten des Wissens und der verschiedenen Tätigkeitsfeldern zusammen. Gelingt eine solche Aufklärungsarbeit, kann einerseits den Patient*innen die bestmögliche Behandlung geboten werden, da die zuständigen Professionist*innen sich um ihrer annehmen und andererseits müssen sich andere Berufsgruppen nicht irrtümlicherweise mit den „falschen“ Klient*innen auseinandersetzen.

In Bezug auf die Soziale Arbeit könnte durch das Einbeziehen der medizinischen Fachliteratur verdeutlicht werden, dass eine zwingende Voraussetzung für eine, ihren Aufgaben entsprechende, professionelle Autonomie in der gesundheitlichen Versorgung nötig wäre. Teilweise würden im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeiter*innen unmittelbar unter die Gesundheitsberufe, medizinische Assistenzberufe oder gar Heilhilfsberufe geordnet werden (vgl. Schell 1995:92; vgl. Klein- Lange 1998:217 ff.; vgl. Schipperges 1190:193 f.).

4.7 Mittel zur Kooperation zwischen Sozialarbeit und dem Rettungswesen

4.7.1 Derzeitig bestehend Unterstützungsangebote

Das AKUTteam in Niederösterreich:

Eine bereits bestehende Einrichtung, die unter anderem psychosoziale Betreuung im Bereich des Rettungswesens anbietet, ist das AKUTteam des Landes Niederösterreich. Dieses

Angebot richtet sich an Personen, welche einer Traumatisierung ausgesetzt sind oder waren und bei denen sich eine posttraumatische Belastungsstörung abzeichnet. Es steht für bis zu sechs Stunden für alle Menschen im Raum Niederösterreich zur Verfügung und wird von ausgebildeten Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen durchgeführt (vgl. Land Niederösterreich 2019).

Rotes Kreuz:

Auch das Rote Kreuz bietet verschiedene Dienstleistungen im Rahmen der psychosozialen Betreuung an. Beispielsweise wird die Krisenintervention nach belastenden Schicksalsschlägen von ausgebildeten Mitarbeiter*innen des Vereins angeboten. Hierbei wird in den ersten Stunden nach einem Ereignis unterstützend eingegriffen, um eine relative Normalität im Lebensalltag gewährleisten zu können. Andere Angebote des Roten Kreuzes stellen etwa die Sozialbegleitung oder die Seniorenbetreuung dar und werden meistens von ehrenamtlichen Mitgliedern durchgeführt (vgl. Rotes Kreuz Niederösterreich 2019).

4.7.2 Mögliches Handlungskonzept

Eine wesentliche Aufgabe dieser Forschung stellt die Erstellung/ Entwicklung eines sozialarbeiterischen Handlungskonzeptes, welches bei einer wiederholten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens angewendet werden könnte, dar. Bei der vorliegenden Arbeit ist der Fokus auf Patient*innen mit psychosozialen Problemstellungen gerichtet.

Prinzipiell wäre geplant, dass durch die Einbeziehung von Sozialarbeiter*innen psychosoziale Probleme und Anliegen von Patient*innen erkannt und behandelt werden können und somit der Drehtüreffekt möglicherweise beeinflusst werden kann.

Umsetzung:

Folgend würde eine direkte in Verbindungsetzung mit den verfügbaren Sozialarbeiter*innen oder eine Kontaktierung seitens der Sozialen Arbeit mit den Patient*innen der Rettung in den nächsten Stunden/ Tagen/ Wochen stattfinden. Wenn trotz des telefonischen oder persönlichen Erstkontaktes Fragen bei den Patient*innen offen bleiben würden, könnten sich diese weitere Termine auf der Bezirksstelle oder in Form von Hausbesuchen mit den Sozialarbeiter*innen vereinbaren. Ebenfalls könnten Professionist*innen der Sozialen Arbeit hinzugezogen werden, wenn eine medizinische, aber auch psychosoziale Ursache vorliegen würde. Zuerst sollte die medizinische Problemstellung behoben werden und danach das psychosoziale Anliegen mit den Klient*innen gemeinsam erarbeitet werden. Eingesetzt würden die Organisationsformen der aufsuchenden und nachgehenden Sozialen Arbeit werden, welche im Kapitel 4.2 näher erläutert worden sind.

Erreichbarkeit der Sozialarbeiter*innen:

Bei diesem Konzept bestehen zwei Optionen, welche einerseits die zuvor schon erwähnten festgesetzten Arbeitszeiten direkt auf einer Bezirksstelle, sprich eines vorhandenen Dienstortes und andererseits der Bereitschaftsdienst darstellen.

Grundsätzlich wäre geplant, dass den Sozialarbeiter*innen ein Raum (Büro) auf einer Bezirksstelle, wo sie Klient*innen zu festgesetzten Uhrzeiten direkt vor Ort empfangen und die jeweiligen Problemstellungen bearbeiten können, zur Verfügung gestellt wird.

Nach Ablauf der begrenzten Dienstzeit/ Öffnungszeit würden die Professionist*innen einen Pager mit nach Hause nehmen, um so durch Bereitschaftsdienst 24 Stunden erreichbar zu sein. Mittels unterschiedlicher Codes könnte die Dringlichkeit der Kontaktaufnahme der Rettung mit den Sozialarbeiter*innen sofort festgestellt und erhoben werden, sprich ob eine direkte Versorgung vor Ort oder ein telefonischer Anruf mit den Betroffenen innerhalb einer gewissen Zeitspanne notwendig sein würde. Die Zeitspanne wäre abhängig von dem gewählten Code den die Sozialarbeiter*innen von dem Sanitätspersonal erhalten. Wenn professionelle sozialarbeiterische Hilfestellungen direkt am Einsatzort benötigt werden würde, dann können die Sozialarbeiter*innen mittels eines Dienstautos zu den Betroffenen nachfahren.

Erkennen von Patient*innen mit psychosozialen Problemen des Rettungspersonals:

Um den Sanitäter*innen eine Hilfestellung in die Hand zu geben, die sie erkennen ließe, ob eine sozialarbeiterische Intervention nötig wäre, könnte ein Indikationskatalog in Kooperation zwischen Rettungsdienst und Sozialer Arbeit erstellt werden. Dieser Katalog sollte auch Gewissheit über die fallspezifische Relevanz von Sozialarbeiter*innen bei Einsätzen geben. Das Sanitätspersonal könnte anhand von einem Schema (enthalten im Indikationskatalog) die zutreffenden Punkte abarbeiten und würde somit eventuelle Defizite der unterschiedlichen Lebenswelten, welche sich im Aufgabengebiet der Sozialarbeit befänden, einfach und konkret erheben. Würden mehrere Aspekte zutreffen, so könnten sie professionelle Helfer*innen der Sozialarbeit über den Pager und einen gewissen Code im Handumdrehen kontaktieren. Um dieses Vorhaben jedoch umsetzen zu können, bedürfe es vorerst einer breitflächigen Aufklärungsarbeit über die Soziale Arbeit im Rettungsdienst.

Kontaktaufnahme mit Patient*innen:

Aufgrund des Datenschutzgesetzes müsste eine mögliche Kontaktierung der Professionist*innen der Sozialen Arbeit vorab unter Einverständnis von den Betroffenen schriftlich eingeholt werden. Folgend würde eine direkte in Verbindungsetzung mit den verfügbaren Sozialarbeiter*innen oder eine Kontaktierung seitens der Sozialen Arbeit mit den Patient*innen der Rettung stattfinden. Die Dauer bis zur in Verbindungsetzung mit den jeweiligen Klient*innen wäre abhängig von dem erhaltenen Code des Rettungspersonals. Wenn trotz des telefonischen oder persönlichen Erstkontaktes Fragen bei den Patient*innen offen bleiben würden, könnten sich diese weitere Termine auf der Bezirksstelle oder in Form von Hausbesuchen mit den Sozialarbeiter*innen vereinbaren. Wenn eine längere Betreuungsform notwendig wäre, könnten die fallführenden Sozialarbeiter*innen die Patient*innen, wenn gewünscht, an andere Vereine/ Organisationen weitervermitteln.

Sozialarbeiterische Methoden:

Die zur Anwendung kommenden sozialen Diagnostikinstrumente der verwendbaren Methode bei diesem Handlungskonzept, welche im Kapitel 4.4.1 genauer ausgeführt worden sind, könnten bei dem jeweiligen Fall individuell und darauf abgestimmt ausgewählt werden.

Zur Veranschaulichung des oben angeführten Handlungskonzepts folgt ein fiktives Fallbeispiel:

- 1) Ein älterer Herr ruft in wöchentlichen Abständen den Notruf und beschreibt beim Schildern der Symptome meist so schwerwiegende Begleiterscheinungen, dass das Notarzteinsatzfahrzeug mitalarmiert werden muss. Wenn die Sanitäter*innen vor Ort sind, können sie keine medizinischen Probleme bei ihm feststellen.

Nach drei Einsätzen und der vierten Alarmierung, geht das diensthabende Rettungspersonal den Indikationskatalog durch und stellt dadurch fest, dass der Patient keine Familienangehörigen oder andere Angehörige hat. Er verfügt über kein soziales Netzwerk und versucht über den Rettungsnotruf wieder soziale Kontakte knüpfen zu können. Ihm wird angeboten, dass sich die Sozialarbeiter*innen der Bezirksstelle mit ihm in den nächsten Stunden in Kontakt setzen könnten und er willigt ein. Zwei Stunden nach der Abwicklung des Einsatzes meldet sich ein Sozialarbeiter*in und erhebt vorerst über ein Erstgespräch die derzeitige Lage des Mannes. Gleich am selben Tag wird ein Hausbesuch bei dem Mann vereinbart und die vorliegende Problematik wird mittels eines gewählten sozialen Diagnostikverfahrens erhoben. Die Lösung in diesem Fall wäre zum Beispiel die Eingliederung in Pensionist*innen-Stammtischen und -Ausflügen und eine Pflegekraft, welche als Halbtagsbetreuer*in eingesetzt wird, da die hygienischen Standards der Wohnung zu wünschen übrig lassen. Ebenso kümmert sich dieses Pflegepersonal um den Lebensmitteleinkauf und bietet, neben den zu verrichtenden Arbeiten, eine Möglichkeit zur Kommunikation.

4.7.3 Wichtige zu beachtende Aspekte bezüglich des Konzepts

Die relevantesten Vorschläge der Interviewpartner*innen für eine Optimierung des Konzeptes zur Eingliederung von Sozialer Arbeit im Rettungsdienst im Raum Mostviertel werden nachfolgend kurz angeführt.

Laut Gustav H. ist ein *flächendeckendes Angebot* von Sozialarbeit als eine aufsuchende Versorgungseinheit erforderlich, um das Konzept umsetzen zu können (vgl. T4 2019:Z. 65-66). Ebenfalls erwähnt er die Relevanz der *Schaffung eines klaren Berufsbildes der Sozialen Arbeit*, welches im Setting der Gemeinwesenarbeit dringend erforderlich sei. Zusätzlich müsste den Rettungssanitäter*innen in Zuge von Fortbildungen eindeutig kommuniziert werden, was alles der *Tätigkeitsbereich von Sozialarbeiter*innen* beinhalten würde (vgl. T4 2019:Z. 112-115).

Die Sanitäter*innen Sonja S., Angelika R. und Jürgen A. betonen mehrmals die Notwendigkeit einer professionellen *Schulung des Sanitätspersonals* bezüglich Sozialer Arbeit und deren Aufgabengebieten. Die Drei beziehen sich auf eine notwendige *Akzeptanz der Profession als Gesundheitsberuf*, um eine gute Kooperation zwischen den zwei Berufsgruppen ermöglichen zu können. Ein positiver Nebeneffekt sei, dass das Rettungspersonal letztendlich wieder für akute medizinische Notfälle zur Verfügung stehe (vgl. T6 2019:Z. 124-129; vgl. T7 2019:Z. 95-101; vgl. T5 2019:Z. 161-166).

4.7.4 Reaktion zu dem erstellten Konzept des Rettungs- und Notrufpersonals und der Sozialarbeiter*innen

„Ja, find ich eine gute Sache und würde meiner Meinung nach auch Sinn machen, grundsätzlich wirklich Sinn machen.“ (T1 2019:Z. 200-201).

„I finds net schlecht ist eine gute Idee könnten wir probieren. Kommt auch darauf an wie es angenommen wird aber zumindest testen sollte man alles.“ (T2 2019:Z. 98-99)

„Die Idee finde ich sehr gut [...]ich finde dein beziehungsweise euer Projekt sehr gut und finde den Fakt toll, dass junge Leute sich für diese Thematik so engagieren wollen und so das System optimieren wollen.“ (T4 2019:Z. 166-170)

„Oiso i find das si de Idee echt guat ahead muasi song und i muas ah song es warad echt supa waun des recht boid umgesetzt werden darad [...]“.“ (T6 2019:Z. 118-119)

„Jo, na des head si eigentlich gaunz guad au und glauwi kunnt ma sogoa umsetzen.“ (T7 2019:Z. 93)

Anhand der Äußerungen von den Interviewpartner*innen zu dem Vorschlag Soziale Arbeit im Rettungsdienst einzugliedern mithilfe des erstellten Handlungskonzeptes wird vermutet, dass sehr wohl eine Nachfrage zu der vorliegenden Thematik besteht und dass eine Veränderung der derzeitigen Situation im Rettungsdienst in Anbetracht gezogen werden sollte.

5 Resümee und Ausblick

Die vorliegende Forschungsarbeit hat durch die Befragung der Interviewpartner*innen verschiedene Einblicke in Alltag und Struktur von Sanitäter*innen im Umgang mit Drehtürpatient*innen gewährt. Die zentralen Ergebnisse aus Kapitel 4.1 zeigen, dass die Rettung mit einigen Herausforderungen im Dienst konfrontiert ist. So sind die Niederschwelligkeit, die ständige Erreichbarkeit, die Ausübung von Aufgaben anderer Berufsgruppen, die eingeschränkten Handlungsoptionen und das fehlende Wissen über mögliche unterstützende Professionen mehrere Gründe, welche allesamt für eine Optimierung des Rettungswesens sprechen.

Das Kapitel 4.2 präsentiert die Ergebnisse zur Beantwortung der Detailfrage der vorliegenden Forschungsarbeit. Es gibt Aufschluss über die passenden Organisationsformen der Sozialen Arbeit, die im Rettungswesen unterstützend wirken können. Herr Gustav H. nennt in diesem Zusammenhang die nachgehende und aufsuchende Sozialarbeit, welche auch in der Literatur als passend deklariert werden. Es wird hier argumentiert, dass die Einsetzung der aufsuchenden Sozialarbeit als passend erscheinen würde, da eine Auseinandersetzung mit Menschen in deren Sozialraum und Lebenswelten stattfinden würde. Die Verwendung der nahgehenden Sozialen Arbeit wird begründet, indem sie sich

proaktiv mit Personen in deren Sozialraum, welche eindeutig von Exklusion gefährdet sein könnten, befasse (vgl. Redelsteiner 2019:109).

Im Kapitel zur Patient*innengruppe mit psychosozialen Problemen wird veranschaulicht, dass die Häufigkeit solcher Einsätze unterschätzt wird und deshalb Handlungsbedarf besteht. Es wurde ebenfalls festgestellt, dass eine Kontaktaufnahme von solchen Patient*innen mehrere Gründe haben und diese zum Teil kategorisiert werden können. Die Literaturrecherche von Ursachen für eine Kontaktaufnahme überschneidet sich mit den genannten Erzählungen des Sanitäts- und Notrufpersonals und verdeutlichte dabei, dass es den Patient*innen des Gesundheitswesens immer selbst überlassen sein werde, wann und wieso sie den Notruf tätigen. Die Tatsache, dass Einsätze für Klient*innen mit psychosozialen Anfragen häufiger vorkommen als angenommen, sollte hervorheben, dass es viele Menschen gibt, die die Rettung als passende Versorgungsoption ansehen, obwohl die Konzentration vor allem auf medizinischen Faktoren liegt. Wenn dadurch jedoch komplexere Aspekte unerkannt und ungelöst bleiben würden, würden die Patient*innen immer wieder um Hilfe ansuchen (vgl. Redelsteiner 2018b:248). Aufgrund dieser Vorgehensweisen wird dem Drehtüreffekt in die Hände gespielt. Die größten Belastungen für das Sanitätspersonal, welche durch die Forschung erhoben werden konnten, stellten die nicht Verfügbarkeit für akute medizinische Einsätze, die einzige Möglichkeit des Transportes in ein Krankenhaus und fehlende Schulungen beziehungsweise Sensibilisierungen auf die Arbeit mit solchen Patient*innen dar. Im Rahmen der Forschung wurde ersichtlich, dass die Mitarbeiter*innen des roten Kreuzes keine Sensibilisierung in Form von Schulungen oder in der Sanitäter*innenausbildung zu dieser Thematik erhalten, obwohl die Problematik vielen Praktizierenden im Rettungswesen bekannt ist.

Die Hauptforschungsfrage beschäftigt sich damit, inwiefern Soziale Arbeit als brauchbares Mittel im Umgang mit psychosozialen Patient*innen bei wiederholter Inanspruchnahme des Rettungsdienstes im Raum Mostviertel fungieren kann. Es wird nach Klarstellung der Leistungsmöglichkeiten der sozialen Profession gegenüber den Interviewpartner*innen sichtbar, dass diese eine mögliche Versorgungseinheit abseits des Krankenhauses darstellen kann. Anhand von dieser Feststellung werden die knapp vorhandenen Ressourcen der Rettung besser ersichtlich. Die Einsetzung von Soziale Arbeit im Gesundheitswesen würde gewählt werden, um den mit Krankheiten verbundenen Risiken einer sozialen, beruflichen, aber auch finanziellen Benachteiligung entgegenzuwirken. Ebenso würden psychosoziale Probleme den Heilungsverlauf beeinträchtigen und würden dementsprechend vorab behandelt werden müssen (vgl. Ortmann/ Waller 2005:2). Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen fände primär mit bereits erkrankten Menschen statt, was eine gesundheitsfördernde Sichtweise aber nicht ausschließen. Möglichkeiten der Einsetzungsbereiche der genannten Profession in diesem Setting könnten in Form von sozialer Unterstützung, Empowerment, Selbsthilfe und gesundheitsfördernder Behandlungs- und Rehabilitationsbedingungen eingesetzt werden (vgl. Ortmann/ Waller 2005:3). Wer diesbezüglich keinen sozialarbeiterischen Unterstützungsbedarf der Rettung sehe, würde laut Gustav H. das Leiden der Rettung noch nicht wahrgenommen haben (vgl. T4 2019:Z. 70-71).

Durch die vorhandene, verwendete Literatur für diese Arbeit über die Profession konnte bestätigt werden, dass Soziale Arbeit über genügend methodische Vorgehensweisen besitzt,

die bei Patient*innen mit psychosozialen Problemen des Rettungswesens eingesetzt werden können.

Eine vorausschauende Zusammenarbeit kann nur funktionieren, wenn eine klare Trennung der Tätigkeitsbereiche gemeinsam erarbeitet wird. Eine solche Aufgabenverteilung setzt einheitliche Begriffsdefinitionen voraus. Die Kernergebnisse des Kapitels 4.6 zeigen, wie wichtig einheitlichen Definitionen und Aufklärung über die unterschiedlichen Berufsgruppen sind. Die Sanitäter*innen wussten überwiegend nicht, was die Sozialarbeit leistet und leisten kann. Demnach kann nicht vorausgesetzt werden, dass das Rettungspersonal die soziale Profession als mögliches Unterstützungsmittel ansehen wird, solange keine Aufklärungsarbeit stattfindet.

Das gemeinsame Ziel der Sozialen Arbeit und dem Rettungsdienst ist es, Menschen in besonderen Situationen/ Lebenslagen professionell zu unterstützen, deren Autonomie zu sichern und ihnen das Gefühl von Anteilnahme zu vermitteln. Die aufgezählten Funktionen sollten nicht nur aus der beruflichen Verpflichtung der Professionist*innen umgesetzt, sondern auch im Sinne der Menschlichkeit ausgeübt werden (vgl. Redelsteiner 2019:109).

5.1 Mögliche Beiträge der Sozialen Arbeit im Rettungswesen

Da eine Kooperation verschiedener Berufsgruppen, welche teamorientiert und interprofessionell arbeiten können, im Bereich des Rettungswesens immer notwendiger wird, würde sich die Sozialarbeit als unterstützende Profession anbieten (vgl. Geißler- Piltz 2009:18). Eine gemeinsame Aufgabe findet sich in der Zuweisung von Patient*innen an eine für sie und ihre Problematik passende Einrichtung (vgl. Redelsteiner 2019:97). Methodisch könnte aus Sicht der Sozialen Arbeit mit Klient*innen des Rettungswesens gut gearbeitet werden, da die Profession über viele unterschiedliche methodische Vorgehensweisen verfügt.

Einen weiteren möglichen Fokus stellt das zuvor präsentierte Handlungskonzept dar. Durch dessen Einsatz können Patient*innen mit psychosozialen Problemstellungen im Rettungsdienst frühzeitig erkannt und von der Sozialen Arbeit abgefangen werden. Somit könnte möglicherweise verhindert werden, dass diese Personen zu Drehtürpatient*innen werden, da sie eine passende Behandlung zum ehestmöglichen Zeitpunkt erhalten würden.

Literatur

- Auer, Joachim (1986): Die Rechtsstellung des Sozialarbeiters im Gesundheitswesen. In: Oppl, Hubert/ Weber- Falkensammer, Hartmut (1986): Lebenslagen und Gesundheit - Hilfen durch Soziale Arbeit. Gesundheitswesen und Recht. Band 3, Frankfurt am Main: Diesterweg
- Bundesärztekammer (o.A): Ärzte. Versorgung. Notfallmedizin. Rettungswesen. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/rettungswesen/> [Zugriff am 17.02.2019]
- BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Gesundheitsleistungen. Gesundheitswesen. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/inhalt> [Zugriff am 15.02.219]
- BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Konsumentenschutz (2014): Gesund leben. Gesunde Lebenswelt. Schule. Schule & Psyche. Psychosoziale Gesundheit in der Schule. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/schule/schulpsychologie/psychosoziale-gesundheit> [Zugriff am 15.04.2019]
- FGOE - Fonds Gesundes Österreich (o.A.): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. http://fgoe.org/glossar/ottawa_charta [Zugriff am 15.04.2019]
- Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA- Studiengänge. 3.Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10.Auflage, Weinheim: Beltz Juventa
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm (2008): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber
- Geißler- Piltz, Brigitte (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Geißler- Piltz, Brigitte/ Gerull, Susanne (2009): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen: Budrich UniPress, S. 13-18.
- Klein- Lange, Matthias (1998): Krankenhausversorgung. In: Schwarz, F. W./ Badura, B./ Leidl, R./ Raspe, H./ Siegrist, R./ Klein- Lange, M. (1998): Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg, S. 214-244.
- Land Niederösterreich (2019): Akutteam. https://sozialinfo.noel.gv.at/content/de/9/InstitutionDetail.do?it_1=7343193 [Zugriff am 16.04.2019]
- Novosad, Heinz/ Böhmer, Veronika (2018): Fachhochschule St. Pölten. Soziales. Soziale Arbeit (BA). Projekte. Professionelle aufsuchende Soziale Arbeit. Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff am 04.04.2019]

- OBDS - Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2016): Internationale Definition der Sozialen Arbeit. [https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition soziale arbeit - obds final.pdf](https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/definition_soziale_arbeit_-_obds_final.pdf) [Zugriff am 16.02.2019]
- Ortmann, Karlheinz/ Waller, Heiko (2005): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Stuttgart: Schneider
- Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. aktualisierte Auflage, Wien: Böhlau
- Pantuček, Peter (2017): Soziale Diagnostik. Verfahren. <http://www.pantucek.com/index.php/soziale-diagnostik/verfahren> [Zugriff am 17.04.2019]
- Redelsteiner, Christoph (2018a): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Flemmich, Günter/ Hais, Angelika/ Schmid, Tom (2018): Gesundheitsberufe im Wandel. Festschrift für Brigitte Adler. Wien: LIT VERLAG, S. 137 – 148.
- Redelsteiner, Christoph (2018b): Rettungsdienst – ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, 6/2018,245-254.
- Redelsteiner, Christoph (2019): Primärversorgung. Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit. In: ÖGERN- Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (2019): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Band 6, Wien: Educa Verlag, S. 95-11.
- Redelsteiner, Christoph/ Kuderna, Heinz/ Kühberger, Rudolf/ Baubin, Michael/ Feichtelbauer, Erwin/ Pause, Gerhard/ Lütgendorf, Philipp/ Schreiber, Wolfgang (2011): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen. 2.Auflage, Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung
- Redelsteiner, Christoph/ Pflegerl, Johannes (2015): Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In: Pflegerl, Johannes (Hrsg.): Sozialpolitische Interventionen. Wien: ÖGB GmbH, Seite 233 – 243.
- Rotes Kreuz Niederösterreich (2019): Pflege & Betreuung. Seniorenbegleitung. <https://www.rotekreuz.at/noe/pflege-betreuung/seniorenbetreuung/besuchsdienst/> [Zugriff am 17.04.2019]
- Rotes Kreuz Niederösterreich (2019): Pflege & Betreuung. Psychosoziale Betreuung. Krisenintervention. <https://www.rotekreuz.at/noe/pflege-betreuung/psychosoziale-betreuung/krisenintervention/> [Zugriff am 17.04.2019]
- Schippergers, Heinrich (1990): Geschichte der Medizin in Schlaglichtern. Mannheim: Meyers Lexikonverlag
- Shell, Werner (1995): Das deutsche Gesundheitswesen von A- Z. Ein Nachschlagewerk für die Angehörigen der Gesundheitsberufe und interessierte Laien. Stuttgart: Thiemen
- Universität Hamburg (2003): Fachgebärdlexika. Methoden der Sozialarbeit/ Sozialpädagogik. <https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/152/15293.htm> [Zugriff am 14.04.2019]

Daten

- T1, Transkript Interview 1 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T2, Transkript Interview 2 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T3, Transkript Interview 3 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T4, Transkript Interview 4 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T5, Transkript Interview 5 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T6, Transkript Interview 6 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert
- T7, Transkript Interview 7 ITV, erstellt von Carina Schönbichler, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert

Abkürzungen

OBDS:	Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit
WHO:	Weltgesundheitsorganisation
BMASGK:	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
EMD:	Emergency Medical Dispatcher
FGOE:	Fonds Gesundes Österreich
DSM:	Diagnostic and statistical Manuel of Mental Disorder

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Carina Schönbichler**, geboren am **13.01.1995** in **Melk**, erkläre,

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

Gassen, am **29.04.2019**

Schönbichler Carina