

Der Umgang mit psychosozialen Problemlagen im Rettungsdienst

Ein Vergleich zwischen Ober- und Niederösterreich

Niederleitner Iris, so1710406030

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 01.09.2020

Version: 1

Begutachter*Innen: Florian Zahorka, BA MA
und Veronika Böhmer, BA

Abstract (Deutsch)

Viele Einsätze im Rettungsdienst sind nicht ausschließlich medizinischer Natur, sondern verfügen über eine relevante psychosoziale Komponente. Wie wird zwischen diesen psychosozialen und medizinischen Notfällen im Rettungsdienst differenziert? Wie wird mit psychosozialen Notlagen, dem „presented problem“ und Heavy Usern umgegangen? Diese Fragen konnten anhand von zwei leitfadengestützten Expert*inneninterviews, die mithilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden, beantwortet werden. Es stellte sich heraus, dass die Differenzierung über ein Ausschlussverfahren erfolgt und, dass es große Unterschiede in den rettungsdienstlichen Einsatzverläufen gibt, je nachdem, ob psychosoziale Betreuung direkt im Zuge der Notrufereinrichtung geleistet werden kann, oder ob Sanitäter*innen selbst auf diese Hilfeersuchen reagieren müssen.

Schlagwörter: Psychosoziale Problemlagen, Rettungsdienst, Schnittstelle, Akutsozialarbeit

Abstract (Englisch)

Many rescue services are not of an exclusively medical nature but also have a relevant psychosocial component. How is the differentiation made between medical and psychosocial emergencies in the rescue service? How are psychosocial emergencies, the “presented problem” and heavy users dealt with? This Thesis tries to answer these questions using two guideline-based expert interviews, which were evaluated with the summarizing qualitative content analysis. It turned out that the differentiation is made through an elimination process. Furthermore, there are major differences in the course of the rescue service operations, depending on whether psychosocial care can be provided directly by the emergency call facility or whether paramedics have to respond to these requests for help themselves.

Keywords: psychosocial problems, rescue service, emergency-duty-social-work

Inhalt

Abstract (Deutsch)	I
Abstract (Englisch)	I
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Vorannahmen und Forschungsinteresse	2
1.3 Forschungsfrage und Detailfragen	3
2 Forschungskontext und -design	3
2.1 Beschreibung der Einrichtungen	3
2.1.1 Das Rote Kreuz	3
2.1.2 AKUTTeam NÖ.....	4
2.2 Forschungsdesign	4
2.2.1 Datenerhebung – Expert*inneninterviews	4
2.2.2 Feldzugang und Interviewsetting.....	4
2.2.3 Datenauswertung – Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse	5
3 Theorie	6
3.1 Akutsozialarbeit	6
3.2 Einsätze mit psychosozialen Notlagen im Rettungsdienst.....	6
3.2.1 Hospitalisierung von Patient*innen mit psychosozialen Problemlagen.....	7
3.3 Presented Problem.....	7
3.4 Heavy User	9
4 Empirie - Forschungsergebnisse	10
4.1 Der Umgang mit psychosozialen Notfällen im Rettungsdienst	10
4.1.1 Triage bzw. Clearing durch die Leitstelle	10
4.1.2 Ein psychosozialer Notfall in Oberösterreich.....	12
4.1.3 Zuständigkeit von Sanitäter*innen.....	14
4.1.4 Bezug zum biomedizinischen Krankheits-Modell.....	15
4.1.5 Die Ausbildung von Sanitäter*innen	15
4.1.6 Die gleiche Situation in Niederösterreich aber anders... ..	17
4.1.7 Sozialarbeiterische Interventionen bei psychosozialen Problemlagen durch das AKUTTeam	18
4.1.8 Bezug zur Salutogenese	19
4.2 Die Differenzierung von psychosozialen und medizinischen Problemlagen.....	20
4.3 Gängiger Umgang mit dem „presented problem“ im Rettungsdienst.....	21
4.3.1 Sozialarbeiterische Bearbeitungsmöglichkeit des „presented problems“	22
4.4 Schlussfolgerungen für die Arbeit mit Heavy User.....	23
4.4.1 Der Umgang mit Heavy Users in OÖ	24
4.4.2 Der Umgang mit Heavy Users in NÖ	25
5 Resümee und Forschungsausblick	26
5.1 Zusammenfassung	26

5.2	Forschungsausblick und Ausblick für die Soziale Arbeit	28
5.3	Reflexion des Forschungsprozesses (Limitationen)	29
	Abkürzungen	33
	Anhang.....	34
	Interview Leitfaden:.....	34
	Beispiel der Auswertung:	35

Literatur

Gesetze

Daten

Abkürzungen

Anhang

Eidesstattliche Erklärung

1 Einleitung

In diesem Kapitel erfolgt ein Überblick über die Ausgangslage, die als Hintergrund für diese Arbeit zu verstehen ist. Weiters wird mein Forschungsinteresse erläutert und auf meine persönlichen Vorannahmen eingegangen. Im Anschluss werden die Forschungsfragen dieser Arbeit definiert.

1.1 Ausgangslage

Als einzige rund um die Uhr sowie rasch erreichbare, mobile und niederschwellige Ressource wird der Rettungsdienst immer häufiger mit Notfällen konfrontiert, die nicht ausschließlich medizinischer Natur sind, sondern eine relevante psychosoziale Komponente besitzen. Diese psychosozialen Problemlagen reichen von persönlichen Krisen oder Angstzuständen bis zu Obdachlosigkeit, Suchtproblemen und zwischenmenschlichen Konflikten. Auch mit der Pflege überforderte Angehörige kontaktieren mit der Bitte um Hilfe die Rettung (vgl. Pflegerl et al. 2020:3). Die Ursachen warum der rettungsdienstliche Notruf genutzt wird, anstatt sich an eine passendere psychosoziale Einrichtung zu wenden, sind vielfältig. In manchen Fällen verfügen Betroffene über keine Kenntnisse der lokal erreichbaren Hilfsangebote. Als bekannte Notrufnummer wird dann für das Hilfeersuchen der Notruf 144 gewählt. Manchmal sind sich Betroffene auch nicht bewusst, dass es sich in ihrer Situation um keinen medizinischen Notfall handelt oder es fällt ihnen leichter unter Vorwand einer medizinischen Erkrankung um Hilfe zu bitten. Auch der Wunsch nach Begegnung und Berührung sowie Einsamkeit (vor allem bei älteren Menschen) führen gelegentlich zu einem Notruf (vgl. Redelsteiner et al. 2011:582–583). Personen ohne erreichbares soziales Netzwerk können oft den Schweregrad ihrer Beschwerden nicht einschätzen, da es niemanden gibt, der sie dabei unterstützt, ihnen Fürsorge zeigt und ihnen bei der Problemlösung hilft. Daher können auch einfache Gesundheitsprobleme wie leichte Bauchschmerzen, die im Normalfall keine Behandlung durch den Rettungsdienst benötigen, zu einem Notruf führen, obwohl das eigentliche Problem auf das fehlende soziale Netzwerk sowie Einsamkeit zurückzuführen ist (vgl. Pflegerl et al. 2020:3).

Das medizinische Personal des Rettungsdienstes kann zwar kurzfristige Hilfe leisten, die Ursachen dieser Problemlagen jedoch nicht lindern oder lösen (vgl. ebd.). Nach Ankommen der Rettungssanitäter*innen bei den Betroffenen und der Untersuchung der Vitalfunktionen, kommt es anschließend in den überwiegenden Fällen zu einer Überstellung in das nächste Krankenhaus, auch wenn ein psychosoziales Problem vorliegt (vgl. Novosad / Wallner 2017:83–84). Diese unnötigen Hospitalisierungen tragen zur Überbelastung der klinischen Ressourcen bei und verursachen hohe Kosten für das Gesundheitssystem (vgl. Redelsteiner 2013:2–3). Im Krankenhaus angekommen werden Patient*innen ohne eindeutig erkennbarer medizinischer Notlage oft binnen weniger Stunden entlassen, in den meisten Fällen ohne Lageanalyse durch sozialarbeiterisches oder pflegerisches Fachpersonal. Ein Indikator dafür, dass die Hilfe des Rettungsdienstes für diese Patient*innen mit komplexeren psychosozialen Problemlagen nicht ausgereicht hat, ist die erneute Betätigung des Notrufs innerhalb einer

kurzen Zeit (vgl. ebd.). Patient*innen mit psychiatrischem Hintergrund oder sozialen Problemen wie Sucht, lösen zum Beispiel im Schnitt bis zu fünf Einsätze pro Woche aus. Diese Dauerpatient*innen, auch Heavy User genannt, verursachen eine erhöhte „Falllast“ in den Krankenhäusern und stellen eine Herausforderung für den Rettungsdienst dar (vgl. Pfliegerl et al. 2020:3).

1.2 Vorannahmen und Forschungsinteresse

Mit folgenden Vorannahmen habe ich den Forschungsprozess begonnen:

- Es gibt Personen mit psychosozialen Problemen, welche den Notruf wählen, um Hilfe zu bekommen.
 - Weil sie z.B. keine andere Nummer kennen.
- Es gibt Personen, die den Notruf immer wieder betätigen und medizinische Vorwände nennen, um Hilfe zu bekommen.
- Einsamkeit ist oft ein Grund für diese Anrufe.
- Sanitäter sind mit der Betreuung dieser Personen überfordert und wenden daher teilweise fragwürdige Methoden an.
- Personen ohne dringlicher medizinischer Problemlage werden ins Krankenhaus gebracht, obwohl die Situation auf psychosozialer Ebene zu bearbeiten wäre.
- Es entstehen hohe Kosten durch diese Einsätze.

Diese Vorannahmen sind in zwei unterschiedlichen Kontexten, die beide für mein Interesse an dem Thema ausschlaggebend waren, entstanden. Einerseits sind sie aus Erkenntnissen, die ich während des Studiums und beim Lesen von Fachliteratur gesammelt habe, entsprungen. Darunter zähle ich unter anderem den Artikel „Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung“ von Christoph Redelsteiner (2013) aus der Zeitschrift Soziales_Kapital. Dieser hat mich erstmals tiefer in die Materie eingeführt. Andererseits haben auch Gespräche mit Sanitäter*innen aus meinem persönlichen Umfeld mein Interesse geweckt. In diesen Konversationen wurde mir mehrmals von Einsätzen berichtet, in welchen vor allem ältere Patient*innen immer wieder den Notruf betätigten. Oft handle es sich dann aber um keine akuten Schmerzen, sondern um Beschwerden, die über einen längeren Zeitraum aufgetreten sind und bereits behandelt wurden. Diese Personen seien auf der Dienststelle schon bekannt und die Einsätze seien für die Einsatzkräfte sehr frustrierend, da sie als Sanitäter*innen in derartigen Situationen kaum helfen können. Sie vermuten, dass es sich bei den Anrufer*innen oft um einsame Menschen mit sozialem anstatt medizinischem Hilfebedarf handelt.

Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich daher mit Einsätzen, die durch psychosoziale Problemlagen verursacht wurden. Hierfür soll erforscht werden, wie es im System des Rettungsdienstes gelingt, psychosoziale und medizinische Notfälle zu unterscheiden. Einen Fokus legt diese Forschung dabei auf den Einsatz von Sozialer Arbeit im Rettungswesen und wie sich durch die zusätzliche Profession andere Einsatzverläufe ergeben. Auch auf den Umgang mit Heavy Usern und dem „presented problem“ wird näher eingegangen.

1.3 Forschungsfrage und Detailfragen

Aus meinem Forschungsinteresse hat sich folgende **Forschungsfrage** ergeben:

- Wie funktioniert die Differenzierung von psychosozialen und medizinischen Problemlagen im Rettungsdienst?

Die folgenden **Detailfragen** dienen zur inhaltlichen Vertiefung und Erweiterung des Themas:

- Wie lässt sich der alltägliche Umgang mit dem „presented problem“ im Rettungsdienst beschreiben?
- Welche Möglichkeiten bietet die Soziale Arbeit für eine Aufarbeitung des „presented problem“?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich für die Arbeit mit Heavy Usern ziehen?

2 Forschungskontext und -design

In diesem Kapitel wird der Kontext und das Design dieser Forschungsarbeit beschrieben. Zunächst wird der Zugang zum Feld kurz erläutert, darauf folgt eine Beschreibung der Einrichtungen „Rotes Kreuz OÖ“ und „AKUTTeam NÖ“, welche jeweils eine*n Mitarbeiter*in für ein Interview zur Verfügung gestellt haben. Anschließend werden die verwendeten Methoden dieser Forschung erläutert.

2.1 Beschreibung der Einrichtungen

Alle Ergebnisse dieser Forschung beziehen sich auf die Arbeit des Roten Kreuzes OÖ und des AKUTTeams NÖ. Daher ist es notwendig näher auf die Einrichtungen einzugehen.

2.1.1 Das Rote Kreuz

Die Nationale Gesellschaft des Österreichischen Roten Kreuzes ist seit 140 Jahren im Rettungs- bzw. dem Krankentransport-Dienst tätig. Sie betreiben des Weiteren Tätigkeitsfelder, wie Gesundheits- und Soziale Dienste, Aus- und Fortbildungen sowie Suchdienste für abgängige Personen. Auch Blutspendedienste, Katastrophenhilfe und Entwicklungszusammenarbeit werden von der Organisation übernommen. Das Rote Kreuz stellt mit rund 22.000 ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen die größte humanitäre Hilfsorganisation Österreichs dar (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz o.A.).

2.1.2 AKUTTeam NÖ

Das AKUTTeam Niederösterreich wurde 2001 gegründet und 2016 vom 144 Notruf Niederösterreich übernommen. Ihre Aufgabe ist es, Menschen in privaten Krisensituationen professionell zu betreuen. Dazu arbeitet das Team rund um die Uhr und rasch, um Personen in psychosozialen Notlagen auffangen zu können. Die Betreuung ist kostenlos und freiwillig. Das AKUTTeam kann entweder direkt über eine Hotline oder über den Notruf 144 alarmiert werden. Für Notfälle, die nicht am Telefon geklärt werden können, bietet die Einrichtung mobile Betreuung an, welche je nach Bedarf von sozialarbeiterischen oder psychologischen Fachkräften übernommen wird (vgl. Notruf NÖ GmbH o.A.).

2.2 Forschungsdesign

Im folgenden Unterkapitel wird das Forschungsdesign dieser Arbeit erläutert. Zuerst werden die verwendeten Methoden der Forschung konkret beschrieben. Im Anschluss erfolgt die Darstellung des Samplings, des Interviewsettings und der Durchführung. Abschließend wird die Auswertungsmethode „zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse“ erklärt.

2.2.1 Datenerhebung – Expert*inneninterviews

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden zwei leitfadengeführte Expert*inneninterviews nach Flick (2016) durchgeführt. Diese Interviewmethode wurde gewählt, um gezielte, vorformulierte Fragen stellen zu können. Der Leitfaden bietet auch die Möglichkeit ein Gespräch in einer vorab überlegten Reihenfolge zu führen. Die Fragen werden im Interview offen gestellt und geben keine Auswahlmöglichkeiten vor, sodass die Antworten möglichst nicht beeinflusst werden. Dadurch kann ein strukturierter Dialog entstehen (vgl. Flick 2016:113–115).

2.2.2 Feldzugang und Interviewsetting

Für diese Arbeit habe ich Kontakt mit einem Bezirksgeschäftsleiter und Kommandanten des Roten Kreuz OÖ aufgenommen. Dieser wurde mir aufgrund seiner langjährigen Erfahrung sowohl als Berufssanitäter bzw. Notfallsanitäter als auch in organisatorischen Führungspositionen von meinem Bruder, welcher ehrenamtlich beim Roten Kreuz OÖ tätig ist, als Interviewpartner empfohlen. Das Gespräch dauerte eine Stunde und fand in dessen Büro statt.

Die Interviewpartnerin des AKUTTeams Niederösterreich wurde mir von meiner Bachelorbetreuerin, welche das Team leitet, vermittelt. Wegen der Covid-19 bedingten Ausgangsbeschränkungen musste dieses Gespräch auf ein 40-minütiges Skype Videotelefonat verlegt werden.

Beide Interviews wurden per Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert.

2.2.3 Datenauswertung – Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Sämtliche Daten aus den Interviews wurden anhand der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2019) ausgewertet. Hierfür wurde das Computer Programm MAXQDA verwendet, welches eine übersichtliche Datenbearbeitung ermöglicht. Die qualitative Inhaltsanalyse wurde nach dem allgemeinen inhaltsanalytischen Aufbaumodell durchgeführt. Dieses beinhaltet folgende Schritte (vgl. Mayring / Fenzl 2019:54–72):

1. Festlegung des Materials:

Als Material dienten die Transkripte der beiden Interviews.

2. Analyse der Entstehungssituation:

Das Datenmaterial entstand in zwei leitfadengestützten Expert*inneninterviews. Eines davon fand online und das andere im Büro der interviewten Person statt. Beide Interviewpartner*innen wurden aktiv durch mich kontaktiert und haben dem Gespräch freiwillig zugestimmt. Sie wurden vor Interviewbeginn über die Gewährleistung ihrer Anonymität informiert und haben die Datenschutzerklärung unterschrieben. Es gab keine finanzielle Entschädigung für den Zeitaufwand.

3. Festlegung der formalen Charakteristika:

Die Gespräche wurden per Tonbandaufnahme aufgenommen. Diese wurden anschließend mit dem Programm EasyTranscript transkribiert.

4. Bestimmung der Analyserichtung, -technik, -einheit:

Richtung der Analyse: Von dem Material ausgehend werden die behandelten Themen beschrieben und sowohl mit dem aktuellen Stand der Forschung als auch miteinander verglichen.

Technik: Es kam die induktive Kategorienentwicklung zum Einsatz.

Einheit: Als Einheit wurde der Beginn einer Antwort bis zum Schluss oder einer Unterbrechung der Antwort gewählt.

5. Kategorienbildung:

Die induktive Kategorienbildung wurde nach der Paraphrasierung des Datenmaterials durchgeführt.

6. Analyse und Interpretation:

Die Textbestandteile und die entstandenen Kategorien wurden anhand des Summary Grids in MAXQDA analysiert. Die daraus folgenden Erkenntnisse werden im Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit beschrieben und mit den Erkenntnissen aus der Literatur verglichen sowie verbunden. Weiters beinhaltet diese Arbeit persönliche Schlussfolgerungen und Interpretationen.

3 Theorie

Dieses Kapitel dient als Einführung in die Thematik und zur inhaltlichen Vertiefung. Für ein besseres Verständnis der Forschungsergebnisse wird auf einige zentrale Begriffe genauer eingegangen.

3.1 Akutsozialarbeit

Im Zuge des Forschungsprojekts ist eine Definition für Akutsozialarbeit entstanden, welche Böhmer, Redelsteiner und Zahorka (2020) wie folgt definieren:

„Akutsozialarbeit ist eine rund um die Uhr erreichbare und bei Bedarf rasche mobile Interventionsstrategie um Situationen durch persönlichen Kontakt mit den Betroffenen zu klären, deren Selbsthilferessourcen und familiäre Ressourcen zu stärken und ggfs. Anbindungen an formelle Hilfeformen im Sozialsystem durchzuführen. Dabei kommen Techniken aus der sozialarbeiterischen Diagnostik, motivierenden Gesprächsführung, Krisenintervention und Empowerment zum Einsatz. Plötzlich eingetretene, die eigenen Copingstrategien überfordernde Situationen sind ebenso Indikationen, wie auch chronifizierte Verläufe mit dem Versuch durch Interventionstechniken diese zu pausieren oder zu durchbrechen. Dabei sind die Wahrung der Autonomie der Betroffenen und deren Aktivierung zur Stärkung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit zu beachten. Zwang, Wunder und Hoffnungslosigkeit sind dabei keine sozialarbeiterischen Kategorien, sondern die gemeinsame Suche nach alltagsnahen und verwirklichtbaren Lösungen, oft in kleinen Schritten unter Akzeptanz von Rückfällen und scheinbar unlogischen Entscheidungen der Betroffenen.“

Die Akutsozialarbeit umfasst demnach alle üblichen Aufgabengebiete und Methoden der Sozialen Arbeit. Sie ist als rund um die Uhr erreichbare sowie mobile Unterstützung für Menschen mit psychosozialen Problemlagen gedacht. Ziel ist es, gemeinsam Lösungen und Copingstrategien zu finden und die Betroffenen bei der Umsetzung soweit wie nötig zu unterstützen. Diese Arbeit beschäftigt sich unter anderem mit dem AKUTTeam NÖ, welches als Beispiel für Akutsozialarbeit dient.

3.2 Einsätze mit psychosozialen Notlagen im Rettungsdienst

Das Thema psychosoziale Problemlagen zeigt die Mehrdimensionalität sowie Komplexität von Problemen im Leben eines Menschen auf (vgl. Innerhofer et al. 1993:5). Ein psychosozialer Notfall entsteht dann, wenn soziale Ressourcen einer Person, wie das soziale Netzwerk, das Arbeits- bzw. Wohnumfeld oder die Gesellschaft versagen und durch diese Mangelsituation eine Verschlechterung der psychischen Verfassung des*der Betroffenen entsteht. Im Gegensatz zur Krise, kann ein psychosozialer Notfall eine unmittelbare gesundheitliche Gefahr für die Person darstellen (vgl. Luiz et al. 2002:505). Beispiele für psychosoziale Notfälle sind:

- „Folgen von Substanzmissbrauch,
- Angst- und Panikstörungen,
- akute Belastungsreaktionen,
- Suizidgedanken bei fehlender psychiatrischer Grunderkrankung,
- familiäre Konfliktsituationen und Gewalt,
- antisoziales Verhalten und Delinquenz
- pathologische Trauerreaktion,
- Folgen von Trennung und Isolation,
- Verelendung“ (ebd.:505–506)

Rettungsdienstliche Einsätze, verursacht durch psychosoziale Notlagen und Lebenskrisen, nehmen stetig zu. Häufig handelt es sich bei den Betroffenen um Angehörige von Randgruppen, die oft Kombinationen von Sucht- oder psychischen Erkrankungen aufweisen. Wegen der mangelnden Erfahrung mit diesen Patient*innen, geringem sozialem Orientierungswissen und fehlender Vernetzung des Rettungsdienstes mit sozialen Einrichtungen, kann oftmals keine nachhaltige Hilfe gewährt werden (vgl. ebd.).

3.2.1 Hospitalisierung von Patient*innen mit psychosozialen Problemlagen

Diese Patient*innen werden vom Rettungsdienst meist an die Notaufnahmen von Kliniken übergeben, welche jedoch ebenfalls nicht die Voraussetzungen für eine wirksame Intervention erfüllen, und somit lediglich als „Auffangbecken“ dienen (vgl. ebd.:505). Ein weiterer Grund für die Hospitalisierung dieser Patient*innen ist mit Kosten verbunden, da ein Transport in soziale bzw. nichtklinische Einrichtungen, wie Notschlafstellen oder Frauenhäuser, von den Krankenkassen nicht bezahlt wird. Dies trägt zur Ressourcenüberbelastung der Spitäler bei (vgl. Redelsteiner 2018:246).

3.3 Presented Problem

Der Begriff „presented Problem“ lässt sich aus dem Englischen herleiten. „Presented“ bedeutet „präsentiertes“ und das Wort „Problem“ ist auf Englisch bedeutungsgleich. Im Gegensatz zum presented Problem gibt es auch das so genannte „present Problem“, wobei dies auf das gegenwärtig vorliegende Problem verweist.

Den Unterschied zwischen den beiden Begriffen, welche in der sozialarbeiterischen Theorie genutzt werden, stellt die Problemdefinition dar. Wie bereits im vorhergehenden Unterkapitel erwähnt, sind (psycho-)soziale Probleme mehrdimensional und komplex (vgl. Innerhofer et al. 1993:5). Sie sind als Interpretationen bzw. Deutungsmuster innerhalb eines gesellschaftlichen Diskurses zu verstehen. Etwas wird von außen betrachtet also nur dann zum Problem, wenn es dem kollektiven Handeln der Gesellschaft widerspricht. Demnach sind soziale Probleme immer auch soziale Konstruktionen (vgl. Otte et al.: 2018:1497–1501). Hier ist jedoch anzumerken, dass die Problemdefinition der Gesellschaft nicht zwingend mit der Sichtweise des*der Betroffenen übereinstimmen muss.

Die Soziale Arbeit ist in der gegebenen Gesellschaft tätig und bearbeitet die Lebensführung von Menschen mit sozialen Problemen, allerdings ohne dabei eine eigene Sichtweise auf eine richtige Lebensführung miteinzubringen, da Akzeptanz für unterschiedliche Lebenskonzepte und Toleranz Teil der Wertebasis der Profession ausmachen. Eingreifen können Sozialarbeiter*innen daher also nur dann, wenn die Situation auch von den Betroffenen als problematisch erachtet wird¹. Sie sind also auf die Problemdefinition anderer angewiesen² (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2012:44). Pantuček-Eisenbacher (2012) schreibt in seinem Buch über Soziale Diagnostik:

„Die Problemdefinition ist notwendigerweise subjektiv (von einem sozialen Ort aus formuliert). Sie enthält noch nicht notwendigerweise die Beschreibung des Problems, aber sie muss die Beschreibung einer Situation enthalten, die dann als problematisch markiert wird.“

Diese Erkenntnis wird im Sinne dieser Forschungsarbeit dann relevant, wenn Hilfesuchende einen Notruf an die Rettung tätigen und eine problematische Situation schildern. Dabei wird eine Rettungskette ausgelöst, das tatsächliche (present) Problem muss allerdings noch nicht zwingend beschrieben worden sein. Es handelt sich hierbei oftmals um Situationsbeschreibungen anstatt von Problembeschreibungen.

Die Gründe warum Hilfesuchende ihr present Problem nicht genau beschreiben sind unterschiedlich. Sie variieren von fehlender Problemeinsicht, Missverständigung zwischen Hilfesuchenden und Helfer*in und Scham. Redelsteiner (2013) beschreibt dies anhand eines Fallbeispiels eines bettlägerigen Patienten, dessen Fernbedienung nachts auf den Boden fällt, sodass die Person diesen nicht mehr ausschalten kann:

„Ob der dort arbeitende Mitarbeiter in der Eile „Schwindel, hab Angst zu fallen“ statt „Fernbedienung runtergefallen“ versteht oder der Patient ihm das so durch den nicht immer kristallklar klingenden „Äther“ mitteilt – laut Datenblatt im Callcenter hat der Betroffene keine rasch erreichbaren Angehörigen, die Sozialeinrichtung keine rasche und qualifizierte Ressource zum Klären der Lage. Also springt das Gesundheitssystem in Form der niedrigschwelligen Institution Rettung ein. Auch ist es für den „Patienten“ manchmal weniger beschämend wegen leichtem Schwindel die Rettung zu rufen und nach Eintreffen der Crew eine Symptomverbesserung zu haben, als die eigene Einsamkeit bewusst erkennen oder gar nach außen kommunizieren zu müssen.“

Im Ergebnisteil dieser Arbeit wird näher darauf eingegangen, wie üblicherweise mit dem presented Problem im Rettungsdienst umgegangen wird und welche Möglichkeiten zur Bearbeitung dessen die Soziale Arbeit bietet.

¹ Dies bezieht sich auf die übliche Arbeitsweise und die Handlungsrichtlinien der Sozialen Arbeit. Hierbei ist jedoch der Zwangskontext ausgenommen, in welchen in eine Situation auch dann eingeschritten wird, wenn unmittelbar Betroffene keine Problemeinsicht besitzen. (Z.B.: Gewalt gegenüber Kindern).

² Sowohl die Problemdefinition des*der Betroffenen als auch die der Gesellschaft muss in der Sozialen Arbeit beachtet werden. Die Profession arbeitet in einem so genannten Doppelten Mandat, das unter anderem durch die Begriffspaare Normalität versus abweichendes Verhalten geprägt ist. Sozialarbeiter*innen befinden sich oft in einem Rollenkonflikt, da sie im Dienste der Klient*innen stehen und gleichzeitig einen gesellschaftlichen Auftrag verfolgen (vgl. Otto et. al. 2018:433, 719).

3.4 Heavy User

Eine besondere Patient*innengruppe stellen Heavy User dar. Zahorka definiert den Begriff wie folgt:

„Dabei handelt es sich um jene Patient_innengruppe, die innerhalb eines definierten Zeitraums Rettungsdienste in Anspruch nimmt oder Notaufnahmen visitiert. Diese Einsätze können chronischen Krankheitszuständen, aber auch psychisch-sozialen Umständen geschuldet sein“ (Zahorka 2018:117).

Es handelt sich demnach um Personen, die innerhalb von kurzen Zeiträumen mehrmals Rettungsdienste nutzen. Heavy User machen insgesamt 10-13% aller Patient*innen aus und nehmen 50%-80% der Ressourcen des Systems in Anspruch. Es handelt sich also um eine eher kleine Personenanzahl mit sehr hohem Ressourcenverbrauch (vgl. ebd.) In einer Studie wurde untersucht, wie häufig es zu weiteren Einsätzen nach der Erstintervention kommt, wenn psychosoziale Problemlagen eine Rolle spielen. Dabei konnte festgestellt werden, dass für die drei Patient*innen mit den meisten Notrufen, insgesamt 82, 75 und 57 Interventionen innerhalb von 36 Stunden notwendig waren (vgl. Ander 2009: 37 f. zit. in Redelsteiner 2018:248). In einer Untersuchung der Wiener Berufsrettung konnten weitere Notrufe durch Heavy User aufgezeigt werden. Hier zeigte sich, dass es bei 174.434 Einsätzen im Jahr 2007 zu 2670 Folgeinterventionen von namentlich bekannten Patient*innen kam (vgl. Ander 2009:37-48 zit. in Redelsteiner 2013:3). Diese Zahlen dienen als Hinweis, dass nicht alle Hilfeanfragen, welche die Rettung bekommt, medizinisch lösbar sind. Sie zeigen auf, dass auch Menschen mit komplexeren primär psychosozialen Problemlagen den rettungsdienstlichen Notruf nutzen, dass sie jedoch keine für ihre Situation adäquate Hilfe empfangen und schließlich, da es zu keiner Lösung des Problems kommt, immer weiter um Hilfe bitten (vgl. Redelsteiner 2013:2–3).

Wie bereits in 3.2 „Einsätze mit psychosozialen Notlagen im Rettungsdienst“ erwähnt wurde, wird ein Großteil dieser Hilfesuchenden im Zuge eines Krankentransportes an Kliniken übergeben, was zudem zur Ressourcenüberbelastung der Krankenhäuser beiträgt. Ein einziger Einsatz inklusive Transport, Hospitalisierung und Versorgung des*der Patient*in in der Klinik wird auf mindestens 700€ geschätzt und stellt somit auch eine finanzielle Hürde für das System dar. Es liegt daher auch im Sinne der Einsatzorganisationen und der klinischen Institutionen, dass Betroffene mit psychosozialen Problemlagen passgenaue Hilfe empfangen, um wiederholte Einsätze ohne Problemlösung zu vermeiden. Hierfür sind sowohl die Vernetzung mit unterschiedlichen Institutionen bzw. die Weiterleitung an diese als auch das richtige Erfassen der Situation und das Erkennen der nicht medizinischen Notlage (vgl. ebd.) ausschlaggebend. Redelsteiner (2013) verweist damit darauf, wie wichtig der richtige Umgang mit presented Problem ist:

„Die Hilfe kommt – um den manchmal unverletzten Gestürzten auf die Beine zu stellen. Nicht selten ist das präsentierte medizinische Problem des Patienten real ein komplexeres – Einsamkeit, mangelnde Pflege, psychische Erkrankung, überforderte „significant others“. Bleibt die Versorgungskette auf das „presented problem“ konzentriert und das tatsächliche Problem ohne Erkennung und Lösungsversuch, wird der Patient weiter Hilfe suchen.“ (Redelsteiner 2013:3)

Andere Bezeichnungen, die im Zusammenhang mit dieser Patient*innengruppe häufig genutzt werden, sind „Frequent Flyers“ oder „Drehtürpatient*innen“. Für diese Arbeit wird allerdings ausschließlich der Begriff Heavy User verwendet. Sie beschäftigt sich zudem nicht mit Heavy Usern, die aus medizinischen Gründen Rettungsdienste in Anspruch nehmen müssen (z.B. Dialyse-Patient*innen), sondern es geht ausschließlich um Patient*innen, deren Hintergründe für das wiederholte Hilfersuchen auf psychosozialer Ebene zu finden sind.

4 Empirie - Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse vorgestellt. Diese Ergebnisse sind durch die Analyse des gesammelten Datenmaterials entstanden.

4.1 Der Umgang mit psychosozialen Notfällen im Rettungsdienst

Um der Antwort auf die Forschungsfrage, wie die Differenzierung von psychosozialen und medizinischen Problemlagen im Rettungsdienst funktioniert, näher zu kommen, musste zunächst klargestellt werden, wie der übliche Ablauf eines Einsatzes, der eine psychosoziale Notlage betrifft, verläuft. Da für diese Arbeit Expert*innen aus zwei unterschiedlichen Bundesländern in Österreich befragt wurden, konnten zwei auseinandergelagerte Arbeitsweisen festgestellt werden und daher divergierende Erkenntnisse über den Umgang mit psychosozialen Problemlagen gesammelt werden. In den folgenden Unterkapiteln wird auf die übliche Vorgehensweise bei Einsätzen mit psychosozialer Relevanz eingegangen. Da jeder Einsatz mit einem Notruf an die Leitstelle beginnt, fängt auch die Beschreibung hier an. Dadurch, dass die Unterschiede in den Verläufen erst nach dem Telefonat entstehen, wird daran anschließend zwischen Ober- und Niederösterreich verglichen. Zur Vertiefung des Themas sind Exkurse in die Themen Zuständigkeit, Ausbildung und zwei unterschiedliche Krankheitsmodelle in diesem Kapitel enthalten.

4.1.1 Triage bzw. Clearing durch die Leitstelle

Entscheidend dafür wie sich der Einsatzverlauf entwickelt und ob es überhaupt zu einem Einsatz kommt, ist das Telefonat des*der Hilfesuchenden mit der Leitstelle. Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass in den Leitstellen standardisierte Abfrageschemata genutzt werden (vgl. TI2 2020:178), die weltweit in Verwendung sind. Dafür gibt es unterschiedliche Anbieter, wie zum Beispiel das Programm „Advanced Medical Priority Dispatch System“, das weltweit von 40.000 Disponenten genutzt wird (vgl. Kappus 2010:790) oder das Produkt NOAS der Notrufabfragesystem GmbH, das unter anderem in Tirol verwendet wird (vgl. o.A. 2016:1). Während sich die Softwares, die weltweit in Verwendung sind, unterscheiden, sind die Abfrageschemata gleich. Durch die vorgefertigten Fragebögen können die Leitstellenmitarbeiter*innen die im Notruf genannten Symptome näher bestimmen und

zielgerichtet Rettungsmittel entsenden (vgl. Stenzel 2012) bzw. akute von nicht akuten Situationen unterscheiden, um so unnötige Einsätze zu vermeiden (Völker, Maria Theresa et al. 2015:305). Durch diese Standards, von welchen Abweichungen nicht möglich sind, kann eine gleichbleibend qualitativ hochwertige Triage durch die Leitstelle erfolgen (vgl. Kappus 2010:791).

Bei Betrachtung dieser durchdachten und standardisierten Systeme kann von einer erfolgreichen Rettungskette für medizinische Notlagen ausgegangen werden. Es stellt sich nun aber die Frage, inwiefern die Leitstellen auf Hilfeanfragen basierend auf psychosozialen Problemlagen vorbereitet sind, vor allem wenn diese nicht offen, sondern nur verdeckt übermittelt werden. Schließlich ist es eher unwahrscheinlich, dass ein*e Hilfesuchende*r auf Antrieb die richtige Einrichtung (zudem während deren Öffnungszeiten) für dessen*deren Problemlage kontaktiert (vgl. Novosad / Wallner 2017:9). Als rund um die Uhr erreichbare und niederschwellige Hilfsorganisation wird daher der Rettungsdienst in hoher Frequenz zu nicht medizinischen Problemlagen hinzugezogen (vgl. Redelsteiner 2018:245).

„Ein zunehmender Anteil der Einsätze besteht aus zuweilen nicht nachvollziehbaren Indikationen, die u.U. durch soziale Probleme getriggert sind. Dabei sind die Mitarbeiter[*innen] des Rettungsdienstes oftmals nicht ausreichend ausgebildet und haben nicht das notwendige Instrumentarium zu Hand, um solche Probleme zu bearbeiten oder gar zu lösen.“ (Völker, Maria Theresia et al. 2016:14 zit. in Novosad / Wallner 2017: 9)

Wie bereits in Kapitel 3.3 „Presented Problem“ erwähnt wurde, werden psychosoziale Problemlagen bei einem Notruf nicht immer genau geschildert, sondern es wird häufig eine Situation beschrieben, die sich auf gesundheitliche Belange bezieht. In manchen Fällen führen auch nicht abgeklärte somatische Beschwerden zu dem Anruf, was die Unterscheidung zwischen medizinischen und psychosozialen Notlagen erschwert. Wenn die psychosoziale Problemlage verdeckt übermittelt wurde und körperliche Beschwerden genannt wurden, kann es für die Mitarbeiter*innen der Leitstelle schwierig sein die Hintergründe des Notrufes zu erkennen. Da sie auf rein akustische Informationsbeschaffung angewiesen sind und dem strikten standardisierten Abfrageschema Folge leisten müssen, ist eine Lageanalyse nur eingeschränkt möglich (vgl. Novosad / Wallner 2017: 24-29)³. Oftmals kann daher erst nach Ankommen der Sanitäter*innen am Einsatzort festgestellt werden, dass es sich um keinen medizinischen Notfall handelt.

In anderen Fällen wird wiederum bereits beim Telefonat offen angesprochen, dass es ein psychosoziales Problem vorliegt und keine medizinische Hilfe benötigt wird (vgl. TI2 2020: 188-190).

„Naja ich sag Mal, dass sich soziale Problematik, psychische Sachen auch oft somatisch äußern und die Leute dann schon Bauch- oder Kopfschmerzen haben oder ihnen schwindelig ist. Und

³ Die Masterarbeit „Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen“ von Hein Novosad und Stefan Wallner (2017) setzt sich näher mit der Bearbeitung der Hilfsanfragen durch die Leitstelle auseinander und versucht ein Konzept zu entwickeln, wie durch interdisziplinäre Fallarbeit ganzheitliche und wohnortnahe Primärversorgung möglich wird und bereits beim ersten Telefonat begünstigt wird (vgl. Novosad / Wallner 2017: 3).

das die Leute dann schon auch oft dazu sagen, dass die Leute sagen, ich brauche keine Rettung, ich brauche keinen Arzt, ich will nur mit jemanden reden.“ (T12 2020: 185-192)

Die Notrufleitstelle hat bereits während des Telefonats zu entscheiden welches Rettungsmittel zum Einsatz kommt. Da es in Ober- und Niederösterreich unterschiedliche Umgangsweisen mit psychosozialen Problemlagen gibt, kommt es in diesem telefonischen Gespräch es zu ersten Abweichung in den Einsatzverläufen. Hierbei sind zwei Faktoren entscheidend:

1. Ob es durch das standardisierte Abfrageschema gelingt, psychosoziale Notfälle bereits vor Entsendung der Helfer*innen zu erkennen.
2. Welche Hilfeleistungen die Dienststelle für Betroffene anbieten kann.

Durch den Vergleich der Arbeitsweise in Ober- und Niederösterreich, kann in dieser Arbeit verdeutlicht werden, wie zentral dieser zweite Punkt für Bearbeitung psychosozialer Problemlagen im rettungsdienstlichen Alltag ist.

Zunächst wird nun auf die Situation in Oberösterreich eingegangen. Das Rote Kreuz Oberösterreich hat selbst keine Angebote zur psychosozialen Betreuung von Hilfesuchenden. Demnach können diese Hilfeansuchen nur weitergeleitet, oder durch Sanitäter*innen kurzfristig betreut werden.

Im Anschluss wird die Situation in Niederösterreich beschrieben. Da in Niederösterreich das AKUTTeam im Rettungsdienst verankert ist, können psychosoziale Notlagen direkt aufgegriffen und durch sie behandelt werden. Aus diesem unterschiedlichen Hilfsangebot entstehen zwei sehr unterschiedliche Einsatzverläufe.

4.1.2 Ein psychosozialer Notfall in Oberösterreich

Wird in Oberösterreich eine psychosoziale Notlage bereits von der Leitstelle erkannt, so hat diese die Möglichkeit auf andere passendere Einrichtungen zu verweisen. Genannt wurde im Interview hierfür unter anderem der Notruf 142 (Telefonseelsorge) oder der Psychosoziale Notdienst. Die Rettung wird erst dann entsandt, wenn ein Bedarf an medizinischer Hilfe durch Sanitäter*innen erkannt wurde (vgl. T11 2020: 191-196, 304-323). Vernetzung mit anderen Einrichtungen ist demnach ein wichtiger Bestandteil für den Erfolg dieser Weiterleitungen⁴ (vgl. T11 2020: 330-340,486-491,541-545). Da das Rote Kreuz selbst keine professionelle psychosoziale Betreuung anbietet, hat die Leitstelle in diesen Fällen keine andere Möglichkeit als an andere Einrichtungen zu verweisen (vgl. T11 2020: 107-119,191-196), was jedoch eine gute Vernetzung mit diesen Hilfsträgern voraussetzt.

Im Interview in Oberösterreich wurde deutlich, dass sich die Rettung nicht für psychosoziale Notfälle zuständig sieht (vgl. T11 2020: 512-532). Diese Sichtweise könnte mitunter Grund dafür sein, warum es nach wie vor keine Angebote für psychosoziale Notlagen in dem

⁴ Wie gut diese Vernetzung der Rettungsdienststelle mit psychosozialen Hilfeinrichtungen bereits gelingt, konnte in der Analyse des Interviews nicht eindeutig ausgearbeitet werden. Auffällig war jedoch, dass im Gespräch kaum Einrichtungen und Kooperationspartner genannt werden konnten, und sie teilweise auch falsch beschrieben wurden. Daraus schlussfolgere ich, dass es noch Verbesserungsmöglichkeiten in punkto Vernetzung geben könnte. Dies könnte jedoch auch ein Hinweis auf eine mögliche Praxisferne des Interviewpartners sein.

Bundesland gibt. In den folgenden Unterkapiteln 4.1.3 Zuständigkeit von Sanitäter*innen und 4.1.4 Bezug zum biomedizinischen Krankheits-Modell wird darauf näher eingegangen.

Hilfesuchende mit psychosozialen Notlagen nutzen, wie bereits mehrmals erwähnt, dennoch, unabhängig von der offiziellen Zuständigkeit der Sanitäter*innen, häufig den rettungsdienstlichen Notruf. In manchen Fällen können die Betroffenen erfolgreich weiterverwiesen werden, weil der psychosoziale Hilfsbedarf eindeutig ist und der*die Betroffene die Möglichkeit hat auf ein passenderes Hilfsangebot zurückzugreifen. Ist dies nicht gegeben, kann ein medizinischer Hilfsbedarf nicht ausgeschlossen werden, oder wird der psychosoziale Ursprung des Notrufs nicht erkannt, weil zum Beispiel somatische Beschwerden schwerwiegender erscheinen (vgl. TI2 2020:400), wird versucht dem Hilfeersuchen durch die Rettungsorganisation nachzukommen.

„Aber sich umdrehen und zu gehen, das können wir nicht machen, weil wenn da was wäre, dann bekommen wir eine Anzeige, und zwar nicht nur wir sondern auch der Mitarbeiter mit unter Umständen unterlassener Hilfeleistung. Weil es ist zumutbar, dass er erkennt, was dort ist. Also schwierig, eine schwierige Situation.“ (TI1 2020: 395-397)

Daher wird versucht trotzdem zu helfen, auch wenn Sanitäter*innen nicht zuständig sind und keine professionelle psychosoziale Hilfe anbieten können, um der Verantwortung des Berufs gerecht zu werden. Am Einsatzort haben Sanitäter*innen, wie sich im Interview herausgestellt hat, dann nur wenig Handlungsspielraum. Folgend werden ihre drei Möglichkeiten und die Einschätzung dieser Optionen beschrieben:

1. Auf andere Einrichtungen verweisen
 - Zieht professionelle Hilfe mit ein, anstatt Laienhilfe zu leisten (vgl. TI1 2020: 569-574)
 - Abhängig von der Kenntnis der Soziallandschaft der Sanitäter*innen im Einsatz
2. Ratschläge oder Tipps geben (vgl. TI1 2020: 462-476)
 - Abhängig von der Lebenserfahrung der Sanitäter*innen (vgl. TI1 2020: 207, 338)
 - Beruht auf persönlicher Ebene, anstatt professioneller Sichtweise
3. Krankentransport in ein Krankenhaus (vgl. TI1 2020: 201-202, 390-392)

Der Transport in ein Krankenhaus wird häufig als kurzfristige Lösung für das psychosoziale Problem genutzt. „Der Rettungsdienst als mobiles Auffangnetz' leitet den Patienten an die Klinik als stationäres Auffangnetz weiter und trägt so zur weiteren Ressourcenüberlastung der Spitäler bei“ (Redelsteiner 2018:246). Redelsteiner bezeichnet dies sogar als die primäre Strategie des Rettungsdienstes im Umgang mit Patient*innen mit psychosozialen Hilfsbedarf (vgl. ebd.). Diese Patient*innen werden schließlich meistens ohne sozialarbeiterische oder pflegerische Lageanalyse wieder entlassen, nachdem im Krankenhaus keine medizinische Notwendigkeit festgestellt werden konnte (vgl. Redelsteiner 2013:2). In manchen Fällen kommt es dann, da das eigentliche Problem nicht gelöst werden konnte, innerhalb von kurzer Zeit zu einem erneuten Hilfeersuchen (vgl. Pfliegerl et al. 2020:116).

Zusammengefasst lässt sich die Situation wie folgt beschreiben: Menschen mit psychosozialen Problemlagen nutzen den Notruf als schnelle und rund um die Uhr erreichbare Ressource, um um Hilfe zu bitten (vgl. ebd.). Wird das Problem beim Anruf offen angesprochen wird versucht zu vermitteln, ansonsten wird ein Einsatzwagen mit Sanitäter*innen entsandt. Es gibt in Oberösterreich keine professionellen Standards wie mit diesen Patient*innen umgegangen werden soll. Die Sanitäter*innen sind daher auf ihre eigene Intuition angewiesen, was von ihnen oft als frustrierend (vgl. T11 2020: 427-440) erlebt wird. Die gängige Lösung für diese Patient*innen ist ein Transport ins Krankenhaus, was zu unnötiger Hospitalisierung der Betroffenen führt und zur Überlastung der Ressourcen des Gesundheitssystems beiträgt (vgl. Redelsteiner 2018:246).

4.1.3 Zuständigkeit von Sanitäter*innen

Wie im Interview herauskam, sieht sich der Rettungsdienst nicht zuständig für psychosoziale Notfälle. Folgend soll erläutert werden, was ihre Zuständigkeit wirklich umfasst, worauf das Tätigkeitsfeld basiert und wie sich dies auf die Ausbildung der Sanitäter*innen auswirkt. Dass es keine psychosoziale Betreuung durch die Rettungsorganisation gibt, ist auf den biomedizinischen Fokus der Berufsgruppe der (oft ehrenamtlichen) Rettungssanitäter*innen zurückzuführen. Dieser Fokus ergibt sich aus dem Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter*innen (Sanitätärgesetz 2020 - SanG):

„§ 9. (1) Der Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters umfasst:

1. die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung,
2. die Übernahme sowie die Übergabe des Patienten oder der betreuten Person im Zusammenhang mit einem Transport,
3. Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff,
4. eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie
5. die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten.

(2) Lebensrettende Sofortmaßnahmen im Sinne des Abs. 1 Z 4 sind insbesondere

1. die Beurteilung, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen,
2. die Defibrillation mit halbautomatischen Geräten,
3. die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die sanitätsdienstliche Durchführung des Transports, solange und soweit ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt nicht zur Verfügung steht. Eine unverzügliche Anforderung des Notarztes ist zu veranlassen.“

4.1.4 Bezug zum biomedizinischen Krankheits-Modell

Wie in dem Gesetzesausschnitt über die Tätigkeitsbereiche der Rettungssanitäter*innen zu erkennen ist, umfasst ihr Zuständigkeitsbereich nur „hilfsbedürftige Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen“ (SanG 2020 §9 (1)). Menschen mit psychosozialen Notlagen werden darin nicht erwähnt. Dies stimmt mit dem biomedizinischen Modell von Gesundheit und Krankheit überein, welches sich auf den Körper des Menschen konzentriert und diesen als biologischen Organismus versteht. Krankheit wird dabei als Störung von Organfunktionen verstanden und auf innerkörperliche Vorgänge reduziert. Der Zustand der Psyche wird dabei getrennt vom Körper gesehen (vgl. Rief 1999 zit. in: Woschnak 2000:3), Körper und Geist funktionieren also unabhängig voneinander. Dabei kann eine körperliche Krankheit Auswirkungen auf den psychischen Zustand eines Menschen haben, psychologische Veränderungen können aber keine Krankheit auslösen. Für die Behandlung von Krankheiten sind ausschließlich professionelle Ärzte mit medizinischem Wissen verantwortlich (vgl. Ogden 1996 zit. in: Woschnak 2000:3-4). Vergleicht man dieses Modell mit dem Sanitätärgesetz, sind die Gemeinsamkeiten darin zu erkennen, dass in beiden die körperliche Krankheit des Menschen im Fokus steht und psychosoziales Leiden keine Rolle spielt. Die Betreuung der betroffenen Patient*innengruppe wird daher nicht als Aufgabe des Rettungsdienstes gesehen.

Auch im Interview wurde das biomedizinische Modell deutlich. So wurden Psychosoziale Problemlagen zum Beispiel als Begleitsymptome oder Begleiterscheinung von medizinischen Erkrankungen benannt (vgl. TI1 2020: 143-148, 169-172). Sie sind demnach in ihrer Wichtigkeit und Dringlichkeit den organischen Funktionen des Menschen untergeordnet.

Die einseitige Beschreibung von Krankheit des biomedizinischen Modells führt dazu, dass nicht organische Beschwerden und Leiden verdeckt bzw. als subjektives Erleben abgetan wird (vgl. Rief 1999 zit. in: Woschnak 2000:3). Diese pathogenetische Orientierung enthält kein positives Verständnis von Gesundheit, da sie Gesundheit ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit versteht. Das Modell begreift den Körper des kranken Menschen als Objekt, das passiv physikalischen Prozessen ausgeliefert ist. Da soziale Probleme und gesundheitliche Belastungen oft untrennbare Auswirkungen aufeinander haben und sich das Krankheitsspektrum erweitert⁵, wird das biomedizinische Modell zunehmend gesellschaftlich hinterfragt (vgl. Otto et. al. 2018:566–568).

4.1.5 Die Ausbildung von Sanitäter*innen

Wie nun klargestellt werden konnte, ist der Rettungsdienst offiziell nicht zuständig für die Behandlung von psychosozialen Problemlagen (vgl. TI1 2020: 512-532). Unabhängig von der durch das Sanitätärgesetz vorgeschriebenen Zuständigkeit, wird der rettungsdienstliche Notruf allerdings trotzdem von Menschen in psychosozialen Notlagen genutzt. Daher wäre eine logische Schlussfolgerung, dass sich das System an die gegebene Situation anpassen muss

⁵ Hier wird sich vor allem auf chronische Krankheiten bezogen, die oft in Zusammenhang mit psychosozialer Gesundheit und der Lebensqualität der Betroffenen stehen (vgl. Otto et. al. 2018:566–568).

und Sanitäter*innen bereits während der Ausbildung auf Einsätze mit psychosozialen Hilfsbedarf vorbereitet werden sollten. Redelsteiner, Ledermüller und Wallner (2011) beschreiben dies im Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter*innen wie folgt:

„Umfassende psychosoziale Krisenintervention kann nicht Aufgabe des Rettungsdienstes sein. Allerdings sollte der Sanitäter einen Überblick über die wichtigsten Interventionsmöglichkeiten haben und dem Patienten eine geeignete Einrichtung empfehlen können“ (Redelsteiner et al. 2011:583)

Sie stellen aus dieser Situation folgende Lernziele:

„Ein Sanitäter muss:

- Die Bedeutung menschlicher Erstintervention im Fall psychosozialer Problemstellungen kennen,
- In der Lage sein, eine entsprechende Erstintervention durchzuführen,
- Als Vermittler für weitere Hilfe durch psychosoziales Fachpersonal oder entsprechende Hilfeinrichtungen agieren können.“ (ebd.:582)

Das Handbuch umfasst einen Überblick über die gängigsten psychosozialen Notfälle, wie zum Beispiel Depression, Drogensucht oder Kindesmisshandlung, und den Umgang mit diesen. Zudem wird in dem Buch eine Tabelle vorgestellt, welche es Sanitäter*innen ermöglicht eigenständig Kontaktinformationen für psychosoziale Problemlagen zu sammeln. Sie enthält zudem Informationen, welche Art von Institution als Hilfeleistung in Frage kommt (vgl. ebd.:582–591). Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter*innen dient als Nachschlagewerk und als fundierte Grundlage für die Ausbildung von Sanitäter*innen. Durch dieses können sie auf die interdisziplinären Herausforderungen des rettungsdienstlichen Alltags vorbereitet werden.

Das Interview hat diesem entgegen jedoch ergeben, dass psychosoziale Problemlagen kaum in der Ausbildung von Sanitäter*innen behandelt werden. Die psychosozialen Ausbildungsthemen sind auf den psychiatrischen Blickwinkel fokussiert und lassen soziale Problemlagen außen vor. Die Ausbildung umfasst einen Überblick über psychiatrische Krankheitsbilder und den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen (vgl. T11 2020:213-215). Zusätzlich werden Empfehlungen wie, den Betroffenen Zuspruch zu geben, das Problem in Ruhe zu erkennen, eventuell Angehörige miteinzubeziehen oder an andere Einrichtungen zu verweisen ausgesprochen. Diese Empfehlungen zu nutzen unterliegt bei den Einsätzen dann der Einschätzung und der zeitlichen Ressourcen der Sanitäter*innen (vgl. T11 2020: 216-221). Es wurde auch darauf verwiesen, dass versucht wird bei Einsätzen, die einen psychosozialen Hilfebedarf enthalten, Sanitäter*innen mit mehr Lebens- und Berufserfahrung zu entsenden, da die Ausbildung nur ein Fundament darstellt, während Erfahrung entscheidend für die Qualität psychosozialer Hilfeleistungen ist (vgl. T11 2020: 231-237). Weiters wurde betont, dass es sinnvoll ist, psychosoziale Themen in Weiterbildungen anzusprechen, und, dass engagierte Mitarbeiter*innen bei ihrem Bestreben sich in diesem Feld weiterzubilden unterstützt werden (vgl. T11 2020: 257-268).

Schlussfolgerung:

Aus den unterschiedlichen Herangehensweisen an das Thema psychosoziale Problemlagen, die aus dem Handbuch und dem Interview hervorgehen, lässt sich ableiten, dass es bereits fundierte Anleitungen für den Umgang mit der betroffenen Patient*innengruppe gäbe, diese jedoch kaum gelehrt und genutzt werden. Da das Rettungswesen auf dem biomedizinischen Modell basiert, werden psychosoziale Problemlagen nicht als wichtig genug anerkannt, um sie genauer und professioneller in der Ausbildung zu behandeln. Die Lehrmeinung hat sich in dieser Hinsicht also noch nicht modernisiert.

4.1.6 Die gleiche Situation in Niederösterreich aber anders...

Auch in Niederösterreich wird auf Notrufe von der Leitstelle mit dem standardisierten Abfrageschema reagiert. Hier gibt es keine nennenswerten Abweichungen. Der große Unterschied im Umgang mit psychosozialen Problemlagen im Rettungsdienst ergibt sich schließlich aus dem speziellen und professionellen Angebot für die Betreuung dieser Patient*innengruppe durch das AKUTTeam. Da das AKUTTeam direkt im 144 Notruf Niederösterreich verankert ist (vgl. Notruf NÖ GmbH o.A.), haben die Disponent*innen in der Leitstelle die Möglichkeit, direkt an Expert*innen für psychosoziale Notlagen und Krisenintervention weiterzuleiten. Das Team besteht aus psychologischen Fachkräften, welche bei akuten Notfällen die Krisenintervention übernehmen und Sozialarbeiter*innen, deren Aufgabe es ist, Betroffene bei der Lösung von psychosozialen Problemlagen zu unterstützen (vgl. TI2 2020: 80-92) bzw. sie, wenn nötig, an Hilfseinrichtungen in deren Umgebung für die mittel- bis langfristige Betreuung weiterzuvermitteln (vgl. TI2 2020: 99-101).

Die Leitstelle hat demnach die Möglichkeit direkt auf Anrufer*innen, die sich in einer psychosozialen Notlage befinden, zu reagieren und kann professionelle Unterstützung anbieten. Sollte der psychosoziale Hilfsbedarf während des Telefonats nicht erkannt werden, können auch Sanitäter*innen vor Ort noch das AKUTTeam alarmieren (vgl. TI2 2020: 185-192). Sie sind daher nicht wie in Oberösterreich auf ihre eigene Erfahrung bzw. Intuition angewiesen um die Patient*innen zu betreuen, sondern können professionelle Hilfe innerhalb der eigenen Einrichtung nachfordern. In beiden Interviews wurde betont, dass es sehr hilfreich sein kann, wenn eine Nachfrage um kollegiale Unterstützung innerhalb der eigenen Einrichtung möglich ist (vgl. TI1 2020: 356-367, TI2 2020: 127-129).

„Ja hilfreich... hilfreich ist's sag ich mal, wenn man selbst eine Ahnung hat, was passieren kann. Aber die Ausprägungen sind natürlich unter Umständen sehr sehr breit. [...] Ich denke mir mal vieles ist... auch wenn's.... ein bisschen das Gefühl und das Gespür. Das kann natürlich auch genauso gut daneben gehen, ganz klar. Aber wenn man jetzt sagt okay, das Problem hab ich, dann gibts da vielleicht jemanden den man anrufen kann. Das man sagt, was tatest denn du?“ (TI1 2020: 356-367)

Wenn auch die Sanitäter*innen am Einsatzort den psychosozialen Hilfsbedarf nicht erkennen und demnach das AKUTTeam nicht miteinbezogen wurde, kann als letzte Zuweisungsmöglichkeit noch die Notruf-Qualitätsmanagement-Evaluierung dienen. Wird im Rahmen dieser Evaluierung ein Fall als unzureichend versorgt oder fachlich falsch abgeklärt

eingeschätzt, kann das mobile AKUTTeam nachträglich für eine sozialarbeiterische Abklärung sorgen (vgl. Novosad / Wallner 2017:57).

Durch das Angebot von professioneller psychosozialer Betreuung innerhalb des Notrufes können mehrere Vorteile entstehen:

- Sanitäter*innen werden von ihrem Handlungsdruck befreit und können Verantwortung für psychosoziale Notfälle abgeben. (vgl. TI1 2020: 350-353)
- Ressourcenschonung:
 - Sanitäter*innen können sich auf ihre medizinische Zuständigkeit konzentrieren (vgl. TI1 2020: 523-525).
 - Unnötige Krankenhausaufenthalte können verhindert werden (vgl. TI2 2020: 197-198).
- Betroffene empfangen passgenauere Hilfe (vgl. TI2 2020: 197-201).
 - Es kann eine tatsächliche Problemlösung erreicht werden.
 - Erneute Hilfeersuchen können vermieden werden.

4.1.7 Sozialarbeiterische Interventionen bei psychosozialen Problemlagen durch das AKUT-Team

Wird das AKUTTeam alarmiert, wird wie folgt vorgegangen: Handelt es sich um eine akute Krise, werden psychologische Fachkräfte für die Krisenintervention und zur Stabilisierung entsandt. Handelt es sich allerdings um keine akute Krise, sondern ein psychosoziales Problem, oder sind bereits einige Tage seit dem krisenhaften Anlassfall vergangen, nehmen Sozialarbeiter*innen des AKUTTeams⁶ aktiv Kontakt mit den Betroffenen auf. Es wird hierbei bewusst einige Tage gewartet, um zu entschleunigen, damit die Betroffenen Zeit haben, um sich in der Situation zu stabilisieren und ihre Handlungsfähigkeit wieder zu erlangen (vgl. TI2 2020: 80-92). Die aktive Kontaktaufnahme stellt eine Besonderheit dar, da dies sonst für Notdienstorganisationen unüblich ist (vgl. TI1 2020: 465-467). Bereits am Telefon wird versucht die aktuelle Situation abzuklären und die Grunddaten der Person zu sammeln, um sich anschließend auf den Unterstützungsbedarf vorzubereiten. Es wird dann entschieden, ob der Hilfebedarf durch telefonische Beratung abgedeckt werden kann, oder ein Hausbesuch notwendig ist. Damit zeitliche Ressourcen gespart werden können, werden bereits vor dem Hausbesuch notwendige Anträge (z.B.: Antrag auf Witwen*Witwer-, Waisenspension, GIS-Gebührenbefreiung) vorbereitet. Vor Ort beginnt schließlich die Beziehungsaufbauphase und es wird versucht, so bald wie möglich erste Schritte in Richtung Problemlösung einzuleiten (vgl. TI2 2020: 38-45). Hierfür werden die wichtigsten Daten, wie die finanzielle Situation, Wohnsituation oder persönliche Beziehungen, für die Soziale Anamnese gesammelt. Dies variiert je nach Bedarfsfall, Standards gibt es dazu keine (vgl. TI2 2020: 60-67). Ist die Situation ausreichend abgeklärt, wird versucht gemeinsam mit dem*der Hilfesuchenden Lösungen zu finden. Dafür bringen Sozialarbeiter*innen ihr eigenes Wissen bezüglich der Unterstützungsmöglichkeiten ein. Im Sinne der Ressourcenorientierung, wird eruiert, welche

⁶ Diese Forschungsarbeit beschäftigt sich aufgrund des sozialarbeiterischen Fokus bzw. dem Fokus auf psychosoziale Problemlagen (nicht Krisen) ausschließlich mit der Arbeitsweise der Sozialarbeiter*innen des AKUTTeams.

Ressourcen bereits vorhanden sind und welche Ressourcen (re-)aktiviert werden können. Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, damit Betroffene Eigenständigkeit wiedererlangen und Abhängigkeit vom AKUTTeam vermieden werden kann. Bei Bedarf wird versucht an lokale Hilfsträger zu vermitteln, um ein mittel- bis langfristiges Unterstützungssystem aufzubauen. Das AKUTTeam setzt zur Weitervermittlung aktive Schritte, indem zum Beispiel gemeinsam bei einer passenden Organisation angerufen wird, um einen Termin zu vereinbaren (vgl. TI2 2020: 60-62,80-86). Das oberste Ziel der Interventionen des AKUTTeams ist es, dass Betroffene zu der Hilfe kommen, die sie brauchen, sodass kein erneuter Notruf mehr notwendig ist.

4.1.8 Bezug zur Salutogenese

Die Einbindung psychosozialer Fachkräfte im Rettungswesen ist auf das Umdenken weg vom pathogenetischen biomedizinischen Modell hin zu einer salutogenetischen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit zurückzuführen (vgl. Otto et. al. 2018:566–568). Die Salutogenese versteht Gesundheit als individuellen Entwicklungs- und Erhaltungsprozess. Es wird daher nicht zwischen den zwei Zuständen gesund oder krank unterschieden, sondern Menschen befinden sich immer in einem Prozess dessen Übergänge fließend sind. Sie verfügen gleichzeitig über sowohl gesunde als auch kranke Aspekte. Lebensweltliche Ressourcen haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitliche Erhaltung oder Verbesserung des Menschen (vgl. Bundesministerium 2020).

Diese neue Sichtweise auf die Gesundheit des Menschen spiegelt sich auch in den Rahmen-Gesundheitszielen (2012) wider, welche richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich enthalten. In diesen Zielen wird Gesundheit als mehrdimensional verstanden und die Relevanz der psychosozialen Gesundheit anerkannt. Ziel neun umfasst:

„Ziel 9:

Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf der Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen der Suchtprävention [...] gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden, mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung. Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige [...] müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt und in der Gesellschaft integriert bleiben bzw. in sie integriert werden.“

Schlussfolgerung:

Ein Umdenken weg vom biomedizinischen Modell und hin zur Salutogenese ist, wie an den offiziellen Rahmengesundheitszielen Österreichs zu erkennen ist, bereits im Gange. Der

Einsatz der Sozialen Arbeit⁷ durch das AKUTTeam im Rettungswesen ist ein Schritt diesem Ziel näher zu kommen, da sie durch ihren Fokus auf die Ressourcenorientierung und die ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen, zur psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung beiträgt. Dieses Umdenken ist allerdings ein Prozess, der noch nicht sein Ziel erreicht hat. In der Analyse des Interviews mit dem Rot-Kreuz-Mitarbeiter in Oberösterreich wurde das vorherrschende biomedizinische Modell in der Denk- und Arbeitsweise des Rettungswesens eindeutig sichtbar.

4.2 Die Differenzierung von psychosozialen und medizinischen Problemlagen

Ob Patient*innen mit psychosozialen Hilfebedarf die passende Hilfe nach einem Notruf empfangen, ist schlussendlich auch in Niederösterreich davon abhängig, ob die Situation richtig erfasst wird und die Differenzierung zwischen psychosozialer und medizinischer Problemlage gelingt.

Diese Forschungsfrage lässt sich durch die Interviews einfach beantworten. Hilfesuchende vermitteln ihre psychosozialen Problemlagen wie bereits erwähnt entweder offen oder verdeckt. Wird das Problem offen angesprochen, wie etwa: „ich brauche keine Rettung, ich brauche keinen Arzt, ich will nur mit jemanden reden“ (TI2 2020: 87-88), dann ist die Differenzierung bereits geschehen und je nach Möglichkeiten der Dienststelle wird darauf reagiert. Wird das Problem aber verdeckt vermittelt (oft in Zusammenhang mit somatischen Beschwerden) gibt es zwei⁸ Instanzen, in welchen die psychosoziale Problemlage erkannt werden kann. Die erste Instanz ist noch während des Telefonats mit der Leitstelle, die zweite Instanz ist während des Einsatzes vor Ort.

Die Differenzierung von medizinischen und verdeckten psychosozialen Problemlagen im Rettungsdienst funktioniert in der Regel anhand eines **Ausschlussverfahrens**.

In der Notrufleitstelle wird das weltweit standardisierte Abfrageschema genutzt, welches dazu konzipiert ist, medizinische Notfälle herauszufiltern, indem es Krankheitsbilder priorisiert und Gefahrensituationen sowie Verletzungsmechanismen einschätzt. (vgl. Novosad / Wallner 2017:24–25). Nachdem die lebenserhaltenden Fragen (Atmung, Bewusstsein, Blutungen, Herzstillstand) abgeklärt wurden, wird versucht den Anlass für den Notruf zu eruieren. Konnte keine medizinische Relevanz im Hilfeersuchen entdeckt werden, ist die Schlussfolgerung naheliegend, dass es sich um eine persönliche Krise oder eine psychosoziale Problematik handelt (vgl. TI2 2020: 162-166). Wenn schließlich ein medizinischer Notfall mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wird in Niederösterreich das AKUTTeam alarmiert (vgl. TI2 2020: 136-148). Ist diese Sicherheit, dass keine medizinische Intervention notwendig ist, nicht gegeben, oder hat die Dienststelle wie in Oberösterreich kein Angebot für psychosoziale Notfälle bzw. konnte die Leitstelle nicht erfolgreich weiterverweisen, werden Sanitäter*innen zur Abklärung und Hilfeleistung entsandt.

⁷ Die Gesundheitsförderung stellt eine wichtige Säule der Sozialen Arbeit dar (vgl. Otto et. al. 2018:566).

⁸ In Niederösterreich stellt die Notruf-Qualitätsmanagement-Evaluierung eine dritte Instanz dar, in der es zur Differenzierung zwischen psychosozialen und medizinischen Problemlagen kommen kann.

Wenn Sanitäter*innen geschickt wurden um einem*einer dieser Betroffenen zu helfen, gibt es eine zweite Chance die psychosoziale Problemlage zu erkennen. Auch in diesem Fall kann dies durch ein Ausschlussverfahren gelingen. Denn können auch Sanitäter*innen keine medizinische Notwendigkeit erkennen bzw. stimmt die Situation vor Ort nicht mit der Berufungsdiagnose überein, so sollte die Schlussfolgerung gezogen werden, dass ein psychosoziales Problem vorliegt (vgl. T11 2020: 376-379).

„Aber natürlich wirds auch die geben. Das ist ein Zustand, wo die Leute was Somatisches präsentieren. Dann fährt halt die Rettung vor Ort und sagt, das ist es nicht, also schon, aber kein medizinischer Notfall. Da kann es dann auch sein, dass die Rettung uns dann anfordert und sagt da brauchts jetzt kein Krankenhaus und keinen Arzt, sondern da brauchts jetzt wen zum Aufarbeiten und Reden“ (T12 2020: 185-192).

Ob Hilfesuchende mit psychosozialer Problemlage nach Erkennen der Problematik zu der Hilfe kommen, die sie brauchen, hängt schlussendlich wieder davon ab, welche Angebote zur Behandlung psychosozialer Probleme die Dienststelle hat, oder wie gut sie mit anderen Einrichtungen vernetzt ist.

4.3 Gängiger Umgang mit dem „presented problem“ im Rettungsdienst

Der Umgang mit dem presented Problem ist entscheidend dafür, ob eine verdeckte psychosoziale Problematik erkannt wird, oder nicht. Dabei handelt es sich um die unterschiedliche Vorgehensweise der Helfer*innen, nachdem sie mit der Problemdefinition des*der Hilfesuchenden konfrontiert wurden. Der Unterschied entsteht dadurch, ob das präsentierte Problem als die einzige Wahrheit anerkannt wird, oder ob die Problematik als mehrdimensional anerkannt wird und demnach die Definition des Problems bzw. die Intention des Hilfesuchens auch hinterfragt wird.

Wie sich im Interview ergeben hat, lässt sich der Umgang mit dem presented problem im Rettungsdienst auf den zentralen Punkt des Patient*innenwillens reduzieren. Dieser steht im Fokus jeder Intervention und ihm soll in der Regel auch Folge geleistet werden. Zu hinterfragen ist das Hilfesuchen nur dann, wenn die Situation vor Ort nicht mit der Berufungsdiagnose übereinstimmt bzw. keine Notwendigkeit zur Intervention am Einsatzort erkannt werden kann. Diese Unterscheidung kann jedoch aufgrund des hohen Handlungsdrucks und der Verantwortung der Rettungssanitäter*innen herausfordernd sein (vgl. T11 2020: 304-323, 330-340). Auch der Mangel an Wissensübermittlung bezüglich psychosozialer Themen in der Ausbildung der Sanitäter*innen trägt dazu bei. Wie Redelsteiner beschreibt kommt es darum häufig zu unnötigen Einlieferungen in klinische Einrichtungen:

„Ist der Betroffene auf Grund der Einschätzung des Teams in der mentalen Lage einen „Revers“ (Transportverweigerung) zu unterschreiben, kann er glücklicherweise zu Hause bleiben. Ist er dazu nicht in der Lage und ein SanitäterInnenteam (Stichwort „Erfolgsmodell Zivildienst“) im Einsatz das sich die riskante Einschätzung der „Belassungsfähigkeit“ nicht (zu)traut wird der

Betroffene sicherheitshalber hospitalisiert. Geschätzte Kosten: zumindest 700 € für Transport und die Versorgung im Krankenhaus.“ (Redelsteiner 2013: 2)

4.3.1 Sozialarbeiterische Bearbeitungsmöglichkeit des „presented problems“

Für den Erfolg einer Intervention kann der richtige Umgang mit dem präsentierten Problem und dessen sorgfältige Bearbeitung entscheidend sein. Eine sozialarbeiterische Möglichkeit für einen strukturierten Umgang mit dem presented Problem stellt die „Presented-Problem-Analyse“ (kurz PPA) nach Pantuček-Eisenbacher (2012) dar. Sie wird als Interventions- und Diagnose-Instrument in der Sozialen Arbeit eingesetzt und beruht auf gängigen sozialarbeiterischen Gesprächstechniken sowie der Problemlösungsmethodik (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2012:149–154). Bei dieser Methode wird wie folgt vorgegangen:

Wenn ein*e Hilfesuchende*r sich an eine Einrichtung wendet, steht das Problem zu Beginn im Vordergrund, da es als Einstieg in das Hilffssystem dient. Das presented Problem ist daher als Ausgangspunkt für die Fallbearbeitung zu sehen, für eine erfolgreiche Behandlung des Problems ist dann allerdings eine geeignete Problemformulierung essenziell. Viele präsentierte Probleme befinden sich in einer Form wie: die Situation sollte nicht so sein/ jemand anderes hat ein Problem/ jemand anderes ist ein Problem oder machen Sie etwas für mich. Diese Problemformulierung muss dann so abgewandelt werden, dass sie den*die Hilfesuchende als Akteur benennt und eine Beschreibung der schwierigen Handlungs- oder Entscheidungssituation enthält (vgl. ebd.). Ein Beispiel dafür wäre:

Presented Problem (PP1): „Mein Bruder äußert Selbstmordgedanken“ (ebd.)

Geeignete Problemdefinition (PP2): „Ich fühle mich für ihn verantwortlich und will nichts unterlassen was ihm helfen könnte“ (ebd.)

Beim presented Problem im Typus PP1 wird davon ausgegangen, dass der*die Zuhörer*in selbst die Problematik erkennt und einen Handlungsbedarf sieht. Dadurch wird manchmal versucht, das Problem und dessen Lösung an den*die Helfer*in abzugeben. Durch die Umformulierung wird der*die Hilfesuchende in die Position des*der Akteur*in versetzt, sodass dann eine kooperative Zusammenarbeit möglich wird (vgl. ebd.).

In manchen Fällen präsentieren Personen kein Problem, sondern stellen eine Frage, die die Weitergabe von Information erfordern. Hierbei ist es wichtig nur Informationen zu geben, die mit Sicherheit richtig sind. Wenn dies zu dem Zeitpunkt nicht möglich ist, sollte der*dem fragenden Person versichert werden, dass der*die Berater*in sich damit auseinandersetzen wird und die richtige Information beschaffen wird. Eine vorerst einfache Frage kann allerdings auch ein Indiz auf einen Unterstützungsbedarf sein. Dies kann erkannt werden, indem die Situation, für welche die Information benötigt wird, genauer erfasst wird und der emotionale Zustand des*der Frager*in eingeschätzt wird. Auch die Frage, ob sich die Situation durch die gegebene Information ändert, kann aufklären ob ein Unterstützungsbedarf notwendig ist. Wenn dies der Fall ist, wird wieder wie zuvor beschrieben versucht eine geeignete Problemformulierung zu finden (vgl. ebd.).

Wenn sich die Problemdefinition schließlich in der Form PP2 befindet, kann die Presented-Problem-Analyse erfolgen. In dieser werden Fragen in den folgenden Bereichen gestellt:

- Kontexterkundung
- Kontexteinschätzung
- Engeres Problemfeld
- Problemgeschichte
- Bisherige Lösungsversuche
- Anlass der Thematisierung (vgl. ebd.)

Welche Fragen diese Bereiche umfassen wird genauer im Buch über Soziale Diagnostik von Pantuček-Eisenbacher (2012) beschrieben. Durch die PPA als kooperatives diagnostisches Verfahren, können Hilfesuchende ihre Problemdefinition ändern und im Gespräch ihre Eigendiagnose ändern, was eine Ausgangsposition für die weitere Fallbearbeitung schafft (vgl. ebd.).

„Genau darauf zielt eine zentrale sozialarbeiterische Beratungsstrategie: Sie versucht KlientInnen dorthin zu bringen, dass sie ein Problem als ihr Handlungsproblem formulieren. Erst wenn das geschehen ist, kann die eigentliche Problembearbeitung einsetzen.“ (Pantuček-Eisenbacher 2012: 47)“

4.4 Schlussfolgerungen für die Arbeit mit Heavy User

In diesem abschließenden Kapitel des Ergebnisteils sollen aus den gesammelten Erkenntnissen Schlussfolgerungen für die Arbeit mit Heavy Usern gezogen werden. Bei Heavy Usern handelt es sich, wie bereits in 3.4 Heavy User genauer beschrieben, um Personen mit psychosozialen Hilfsbedarf, deren Problemlage nicht gelöst werden konnte und deshalb innerhalb eines kurzen Zeitraums gehäuft Rettungsdienste in Anspruch nehmen. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein hoher Leidensdruck Betroffene zu diesen vermehrten Notrufen veranlasst.

In den Interviews haben sich zwei auseinander gehende Umgangsweisen mit dieser Patient*innengruppe herausgestellt. In der Arbeitsweise in Niederösterreich konnten klare Vorgehensweisen erkannt werden, die dazu dienen können, dass Heavy User die Hilfe empfangen, die sie brauchen, um langfristig erneute Notrufe vermeiden zu können und Ressourcen des Gesundheitssystems zu sparen. In Oberösterreich hingegen konnte ein Umgang mit der Patient*innengruppe festgestellt werden, der zu keiner Problemlösung der Heavy User führt und stattdessen zur Ressourcenüberbelastung beiträgt. Der entscheidende Unterschied für die Arbeit mit Heavy Usern entsteht aus der *Haltung* der Helfer*innen.

4.4.1 Der Umgang mit Heavy Usern in OÖ

Das Rote Kreuz in Oberösterreich hat kaum Möglichkeiten, um angemessene Hilfe für Heavy User zu leisten⁹. Sie können versuchen auf andere Hilfsorganisationen zu verweisen (vgl. T11 2020: 569-574), dies setzt allerdings voraus, dass die Dienststelle gut mit anderen psychosozialen Einrichtungen vernetzt ist und die Sanitäter*innen im Einsatz sich in der Soziallandschaft der Umgebung des*der Betroffenen auskennen. Sie können auch selbst versuchen Ratschläge zu geben (vgl. T11 2020: 477-478), was allerdings als Laienhilfe zu benennen ist. Da Sanitäter*innen medizinische und keine psychosozialen Helfer*innen sind, können sie selbst diesen Patient*innen kaum helfen (vgl. T11 2020: 569-574), müssen aber als Notruforganisation dennoch dem Hilfeersuchen nachkommen. Diese vermehrten Einsätze werden laut dem Interviewpartner von den Sanitäter*innen als frustrierend erlebt, da sie helfen wollen, aber nicht können. Dieser Frust kann sich mit der Zeit auch als Ärger äußern (vgl. T11 2020: 442-449, 581-587). In diesen Fällen kann von der Hilfslosigkeit der Helfer*innen gesprochen werden.

„Wichtig ist glaub ich, dass unser Personal das erkennen muss, dass die eine oder andere Nuance noch offen ist, dass man auf spezielle Notfälle einmal eingeht, und dass man halt weiß, wenn das Ende des eigenen Wissens erreicht ist und dass man dann zumindest eine gute Chance hat, dass man sich Hilfe holt, oder nicht einmal für sich selbst Hilfe holt, sondern für den Patienten. Das was man nicht beeinflussen kann, ist ob sich der Patient helfen lässt. Wenn der sagt - nein danke, tschüss, das wars - und ruft drei Tage später wieder an, dann werden wir das nicht ändern können. Wir ärgern uns dann vielleicht darüber, weil wir waren eh gerade erst dort und er ruft öfters an. Dann melden wir es Mal der Polizei und dann schauen wir Mal dorthin.... Aber der Weg bis da jemand Mal... bis das Mal amtsseitig gelöst wird, ist dann wahrscheinlich häufiger als, dass wir jetzt uns großartig darstellen.“ (T11 2020: 578-587)

Im Interview wurde erwähnt, dass Fälle mit Heavy Usern zwar regelmäßig, aber dennoch in einer kleinen Menge vorkommen und daher kein Bedarf gesehen wird, noch näher auf dessen Hilfeersuchen einzugehen, da sie als medizinische Rettungseinrichtung nicht für psychosoziale Probleme zuständig sind. Es wird stattdessen gewartet, bis sich die Probleme der (oft amtsbekannten) Betroffenen anderwärtig lösen. Bis zu diesem Zeitpunkt muss die Organisation den Notrufen nachkommen, auch wenn nicht geholfen werden kann (vgl. T11 2020: 406-417). Das Interview bestätigt, wie auch Redelsteiner (2013) beschrieben hat, dass diese Patient*innen immer wieder ohne Erfolg hospitalisiert werden (vgl. T11 2020: 201-204, 280-281, 337-338).

Schlussfolgerung:

In diesem Punkt zeichnet sich das biomedizinische Modell wieder klar ab. Im Interview werden Einsätze mit Heavy Usern als etwas beschrieben *gegen das man sich nicht wehren kann* und das *Ärger* verursacht. Heavy User scheinen in der Einrichtung demnach als störend empfunden zu werden. Der Umgang mit der Patient*innengruppe ist eine klare Handlungsfrage.

⁹ Diese geringen Möglichkeiten sind ebenfalls nur dann relevant, wenn das psychosoziale Problem auch erkannt wurde.

Es unterscheidet sich je nachdem ob eine Haltung vertreten wird, die das durch psychosoziale Problemlagen verursachte Leiden als belangreich anerkennt oder nicht. In Oberösterreich scheint die Haltung rein pathogenetisch zu sein. Demnach sind psychosoziale Umstände für den Gesundheitszustand einer Person nicht relevant (genug) und eine Intervention durch das Rettungswesen nicht notwendig, auch wenn sich Hilfesuchende vermehrt an sie wenden. Es werden dadurch wertvolle Ressourcen des Gesundheitssystem aufgewendet, ohne jemals zu einer Problemlösung zu kommen. Dies stellt eine frustrierende und hilflose Situation sowohl für den*die Betroffenen als auch die Helfer*innen dar.

In Niederösterreich wird eine alternative Haltung gelebt, in dieser wird ein erneuter Notruf als verfehlter Hilfeversuch mit zusätzlichem Bedarf verstanden. Daher wird diesen gehäuften Anrufen nicht mit Ärger begegnet, sondern es wird versucht noch genauer zu arbeiten, um schließlich doch noch eine Problemlösung zu erreichen. Die unterschiedliche Haltung zu dem Thema kann auf die auseinandergehenden Krankheitsmodelle und den fehlenden Anteil an Wissensübermittlung bezüglich psychosozialer Notlagen in der Ausbildung von Sanitäter*innen zurückgeführt werden.

4.4.2 Der Umgang mit Heavy Usern in NÖ

Durch das AKUTTeam kann für Betroffene psychosoziale Beratung und Betreuung geleistet werden. Für Heavy User kommen auch hier keine standardisierten Methoden zum Einsatz. Das vermehrte Hilfeersuchen wird der oberösterreichischen Sichtweise entgegengesetzt, als Zeichen dafür verstanden, dass der*die Betroffene noch keine passende Hilfe erhalten hat. Daher wird versucht noch hellhöriger und aufmerksamer zu arbeiten (vgl. TI2 2020: 212-213). In der Analyse des Interviews konnten, obwohl es keine vorgegebenen Standards für den Umgang mit Heavy Usern gibt, folgende Ansätze ausgearbeitet werden, die für die Arbeit mit dieser Patient*innengruppe hilfreich sein können:

- Fokus auf Ressourcenorientierung und -erweiterung:
Heavy User haben oft einen großen Redebedarf. Grund ihrer Notrufe ist mitunter in vielen Fällen Einsamkeit. Es wird daher versucht einen Fokus auf die bereits vorhanden Ressourcen zu legen und zu erkennen, welche Personen sich im sozialen Umfeld der Person befinden. Zusätzlich wird versucht das soziale Netzwerk der Person zu erweitern und zum Beispiel den Kontakt mit Nachbarn (wieder) aufzubauen. Für dessen Gelingen ist manchmal notwendig an der Kontaktfähigkeit des*der Betroffenen zu arbeiten (vgl. TI2 2020: 372-391).
- Eins-zu-eins-Betreuung:
Wichtig in der Arbeit mit dieser Patient*innengruppe ist es eine einheitliche Strategie innerhalb der Einrichtung zu verfolgen. Hierfür ist es sinnvoll eine Eins-zu-eins-Betreuung einzuführen, damit zielgerichtete Interventionen eingesetzt werden. Wechseln die Berater*innen, kann es dazu führen, dass Betroffene vermehrt anrufen, bis sie die*den sympathischste*n Mitarbeiter*in, der*die am meisten Zeit für die Gespräche aufwendet, erreichen. Zudem kann bei wechselnder Betreuung keine Interventionsstrategie verfolgt werden, sondern es wechseln die Lösungsideen mit

jedem*jeder Betreuer*in. Durch eine Einzelbetreuung kann dies vermieden werden (vgl. TI2 2020: 260-282).

- **Lösungsorientierter Fokus:**
In den immer wiederkehrenden Anrufen versuchen viele Heavy User ihren Gesprächsbedarf abzudecken, da sie sonst oft kaum Ansprechpartner*innen in ihrem Umfeld haben. In den Gesprächen erzählen sie dann meistens bei jedem Anruf das gleiche. Sie befinden sich oftmals in einer negativen Schleife und versuchen ihr Problem im Gespräch zu bewältigen. In diesen Fällen wird versucht keine umfassenden und langen Entlastungsgespräche zu führen, sondern diese abzukürzen und den Fokus auf die Lösungsorientierung zu lenken (vgl. TI2 2020: 218-228, 233-240).
- **Telefonische Beratung:**
In der Regel wird bei Heavy Usern auf telefonische Beratung anstatt auf Hausbesuche gesetzt, da diese hauptsächlich dazu dienen, die Situation abzuklären und einzuschätzen. Wurde diese aber bereits erfasst, besteht in der Regel kein Bedarf für erneute Hausbesuche, da als Notrufeinrichtung die zeitlichen Ressourcen hierfür nicht gegeben sind. Das AKUTTeam ist nur für kurzfristige Betreuung zuständig, für längerfristigen Bedarf wird versucht an passendere Einrichtungen zu vermitteln (vgl. 243-247).
- **Aktive Weitervermittlung:**
Der Erfolg der Betreuung von Heavy Usern ist in den meisten Fällen davon abhängig, ob es möglich war, den*die Betroffene an eine passende Einrichtung in dessen*deren Umgebung zu vermitteln. An der Weitervermittlung wird aktiv gearbeitet. Das AKUTTeam nimmt bei Bedarf Kontakt mit den Einrichtungen auf, um sich abzusprechen, oder organisiert Termine für die Betroffenen (vgl. TI2 2020: 210-222).

5 Resümee und Forschungsausblick

In diesem abschließenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit zusammenfassend dargestellt. Daraus ergeben sich Empfehlungen für die Nutzung dieser Informationen für die Soziale Arbeit und ein Ausblick auf weitere Forschungsmöglichkeiten. Zum Schluss erfolgt eine persönliche Reflexion des Forschungsprozesses.

5.1 Zusammenfassung

Die Forschungsfragen für diese Arbeit konnten durch die Analyse des Datenmaterials und durch Literatur beantwortet werden. Es folgen die kurz zusammengefassten Ergebnisse:

Wie funktioniert die Differenzierung von psychosozialen und medizinischen Problemlagen im Rettungsdienst?

Die Unterscheidung zwischen medizinischen und psychosozialen Problemlagen funktioniert durch ein Ausscheidungsverfahren, welches innerhalb von zwei Instanzen erfolgt:

1. Während des Telefonats mit der Leitstelle durch das weltweit standardisierte Abfrageschema.
2. Bei einem Einsatz vor Ort durch die Sanitäter*innen.

Könnte eine psychosoziale Notlage bereits während des Telefonats erkannt werden, so wird versucht an andere Einrichtungen zu verweisen. Könnte die Problemlage jedoch nicht erkannt werden, weil sie zum Beispiel nicht direkt angesprochen wurde und auch körperliche Beschwerden im Hilfeersuchen genannt wurden, konnte nicht erfolgreich verwiesen werden oder kann eine medizinische Relevanz nicht ausgeschlossen werden, so werden Sanitäter*innen zum Einsatzort entsandt. Die zweite Instanz zur Differenzierung stellen die Rettungssanitäter*innen vor Ort dar. Als Mitarbeiter*innen des Rettungsdienstes sind sie dazu ausgebildet medizinische Notfälle zu erkennen und zu behandeln, was ihrem gesetzlich gegebenen Zuständigkeitsbereich entspricht. Eine psychosoziale Notlage müssen sie nicht genau erfassen können, sie sollten sie jedoch durch das Ausschlussverfahren erkennen können. Wenn sie keine medizinische Relevanz für das Hilfeersuchen erkennen können, oder, die vorgefundene Situation nicht mit der Berufungsdiagnose übereinstimmt, können Sanitäter*innen darauf schließen, dass eine psychosoziale Notlage vorliegt.

Rechtlich gesehen sind Sanitäter*innen ausschließlich für medizinische Notfälle zuständig und werden demnach in ihrer Ausbildung auch kaum auf psychosoziale Problemlagen vorbereitet, obwohl Einsätze mit relevanter psychosozialer Komponente regelmäßig vorkommen. In diesen Einsätzen sind sie daher auf ihre persönlichen und beruflichen Erfahrungen angewiesen und ihre Handlungsmöglichkeiten sind sehr eingeschränkt. Diese umfassen: auf andere Einrichtungen verweisen, Ratschläge geben oder ein Transport in eine klinische Einrichtung. Die Weitervermittlung kann allerdings nur dann gelingen, wenn die Dienststelle gut vernetzt ist und die Sanitäter*innen über Kenntnisse der Soziallandschaft verfügen. Ratschläge sind zudem immer subjektiv, können falsch ankommen und sind nicht professionell. Zurückgegriffen wird daher (und zur rechtlichen Absicherung) schließlich meistens auf einen Transport in ein Krankenhaus. Dadurch wird jedoch in den meisten Fällen keine Problemlösung auf psychosozialer Ebene erreicht.

Durch den Handlungsdruck und der Verantwortung der Mitarbeiter*innen im Rettungswesen, muss dennoch versucht werden dem Hilfeersuchen zu folgen, auch wenn keine professionelle psychosoziale Hilfe geleistet werden kann. In Niederösterreich wird eine Alternative Vorgehensweise für diese Fälle eingesetzt. Dort werden im Zuge des AKUTTeams psychosoziale Problemlagen professionell durch sozialarbeiterische und psychologische Fachkräfte bearbeitet. Dieses Team ist im Notruf des Bundeslandes verankert, daher können psychosoziale Notlagen direkt im Rettungswesen aufgegriffen werden.

Wie lässt sich der gängige Umgang mit dem „presented problem“ im Rettungsdienst beschreiben?

Der Patient*innenwille ist im Rettungsdienst maßgebend für alle Interventionen und Maßnahmen. In der Regel wird ihm immer Folge geleistet. Das presented Problem wird nur

dann hinterfragt, wenn die Situation vor Ort nicht mit der Berufungsdiagnose übereinstimmt bzw. keine Notwendigkeit zur Intervention am Einsatzort erkannt werden kann.

Welche Möglichkeiten bietet die Soziale Arbeit für eine komplexere Aufarbeitung des „presented problem“?

Sozialarbeiterische Fachkräfte nutzen einen sehr aufmerksamen und hellhörigen Umgang mit dem presented problem. Für eine komplexere Aufarbeitung dessen kann die Presented-Problem-Analyse als Methode herangezogen werden.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für die Arbeit mit Heavy Usern ziehen?

Der Umgang mit Heavy Usern ist eine Handlungsfrage. Während die gehäuften Hilfsanfragen im Rettungsdienst als unangenehm und störend beschrieben werden, werden sie von psychosozialen Fachkräften, wie dem AKUTTeam, als erweiterter Hilfsbedarf nach gescheiterten Interventionsversuchen gesehen.

Im oberösterreichischen Rettungswesen, werden Heavy User solange geduldet bzw. ertragen, bis sich das Problem der Person anderwärtig löst, oder polizeiliches Einschreiten gerechtfertigt wird.

In Niederösterreich werden Heavy User innerhalb einer Einzelbetreuung durch das AKUTTeam aufgefangen. Es haben sich mehrere hilfreiche Ansätze für den Umgang mit dieser Patient*innengruppe ergeben. Dabei wird vor allem versucht auf das Hilfesuchen so lange lösungsorientiert einzugehen, bis die passende langfristig greifende Hilfe gefunden wurde. So wird versucht unnötigen Hospitalisierungen entgegenzuwirken.

Es konnten also alle Forschungsfragen beantwortet werden und es haben sich inhaltlich interessante Erkenntnisse ergeben. Ein Großteil meiner Vorannahmen vor Beginn der Arbeit, haben sich aus Gesprächen mit Sanitäter*innen aus meinem sozialen Umfeld sowie durch die Beschäftigung mit Literatur während des Studiums entwickelt und haben sich größtenteils bestätigt.

In dieser Forschungsarbeit konnte ein Einblick in die Thematik der psychosozialen Notlagen im Rettungsdienst und den daraus folgenden Problematiken geschaffen werden. Es wurde aufgezeigt, wie sich der Umgang mit den davon betroffenen Patient*innen gestaltet, welche Schwierigkeiten dadurch für sie, aber auch für die Helfer*innen und das System entstehen und welche Alternativen es bereits für diese Situationen gibt. Der Vergleich zwischen den zwei Bundesländern hat es ermöglicht zu verdeutlichen, wie hilfreich der Einsatz von psychosozialen Fachkräften im Rettungswesen für alle Beteiligten sein kann.

5.2 Forschungsausblick und Ausblick für die Soziale Arbeit

Wie in dieser Arbeit zu erkennen ist, haben sich in der Vergangenheit bereits einige Forschungen mit psychosozialen Problemlagen im Rettungsdienst und mit Heavy Usern beschäftigt. Es können daher umfassende Erkenntnisse aus einer Literaturrecherche bezüglich dieser Themen hervorgehen.

Diese Forschungsarbeit zeigt allerdings, dass obwohl es reichlich Wissen über die Relevanz psychosozialer Notlagen für die Gesundheit des Menschen gibt und Studien darauf verweisen,

dass ein wesentlicher Teil der Ressourcen des Rettungs- und Gesundheitswesens für davon betroffene Personen aufgewendet werden, das System des Rettungsdienstes sich nicht an die gegenwärtigen Herausforderungen angepasst hat. Durch den Fokus auf die Umgangsweise mit dieser Patient*innengruppe in Niederösterreich konnte aufgezeigt werden, dass es bereits alternative Bearbeitungsmöglichkeiten für psychosoziale Problemlagen betreffende Notrufe gibt. Diese oder andere Alternativen werden allerdings noch nicht flächendeckend in Österreich umgesetzt, was auf eine veraltete Sichtweise bezüglich des Verhältnisses von Gesundheit und Krankheit bzw. der Auswirkung psychosozialer Missstände zurückzuführen ist.

Für den Forschungsausblick sehe ich daher noch weiteren Bedarf an Forschungen zu diesen Themen. Hierfür wäre es zum Beispiel interessant zu erforschen, wie Sanitäter*innen mit unterschiedlichem Erfahrungsstand diese Einsätze mit Betroffenen von psychosozialen Notlagen erleben. Dabei wäre wieder ein Vergleich zwischen Niederösterreich und einem anderen Bundesland sinnvoll, um erkennen zu können, wie sich das Angebot für Patient*innen mit psychosozialen Betreuungsbedarf auf die Arbeit und Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen auswirkt. Weiters wäre es interessant zu untersuchen, welche Konsequenzen der Einsatz des AKUTTeams statistisch gesehen auf die Ressourcen des Gesundheitssystems hat (z.B. vermeidbare Hospitalisierungen).

Diese Forschungsarbeit kann als Beitrag zur Entwicklung des Arbeitsfeldes der Akutsozialarbeit gesehen werden. Sie geht auf die Schwierigkeiten ein, die durch psychosoziale Problemlagen betreffende Notrufe entstehen und wie die Soziale Arbeit in diesem Feld wirksam werden kann. Zudem werden hilfreiche sozialarbeiterische Methoden und Ansätze geboten, die in der Arbeit mit betroffenen Patient*innen nützlich sein können.

5.3 Reflexion des Forschungsprozesses (Limitationen)

Den Forschungsprozess habe ich als eine der größeren Herausforderungen im Studium erlebt. Ich hatte das Glück an der Projektgruppe mit dem Thema, das mich am meisten interessiert, teilnehmen zu können, fand es dann allerdings schwierig einen Weg zu finden, wie ich mich in die Erforschung des eher theoretischen Konzepts der Akutsozialarbeit einbringen möchte. Nach Abwägung vieler unterschiedlichen Ideen konnte ich mich schließlich für ein Forschungsthema innerhalb des Rahmens festlegen und die angemessenen Schritte dazu setzen. Dafür habe ich mehrere Interviews vereinbart und mich auf diese vorbereitet, bis ich erkannte, dass sich meine Idee einer vorhergehenden Forschungsarbeit zu sehr annäherte. Da ich allerdings neue Aspekte aufarbeiten wollte, empfand ich es als sinnvoll, einen neuen Fokus für meine Arbeit zu wählen. Dabei habe ich darauf geachtet, dass sich dieser neue Fokus nicht zu weit von meinem ursprünglichen Thema entfernt, damit die Interviewtermine trotzdem stattfinden und genutzt werden konnten. Dies führte dazu, dass das Sampling der Interviewpartner*innen im Nachhinein betrachtet nicht mehr optimal zur Beantwortung der Forschungsfrage passte. Ich bin jedoch trotzdem sehr erfreut darüber, welche spannenden Gespräche in den Interviews entstanden sind, die bei genauer Analyse sehr interessante Ergebnisse lieferten, sowohl auf inhaltlicher als auch auf latenter Ebene. Die Aufarbeitung der

Interviews war dem entsprechend herausfordernd, aber gleichzeitig auch sehr lehrreich und informativ. Für die Analyse habe ich eine für mich neue Auswertungsmethode und ein mir zuvor unbekanntes Programm genutzt. Beides davon war zu Beginn gewöhnungsbedürftig, jedoch konnte ich dadurch meine Kenntnisse über mögliche Methoden erweitern, was für zukünftige wissenschaftliche Arbeiten sicherlich nützlich sein wird. Generell habe ich in diesem Forschungsprozess viel gelernt – sowohl über meine eigenen Fähigkeiten und Hindernisse als auch über den richtigen Vorgang bei Forschungsarbeiten.

Herausfordernd habe ich im Prozess vor allem die zeitliche Einschränkung und meine persönliche Denkweise empfunden. Ich bin mir dabei selbst oft im Weg gestanden, indem ich mich durch Schwierigkeiten, die später in der Arbeit auftreten könnten, verunsichern lassen habe und indem ich durch die Fülle an unterschiedlichen vorhergehenden Informationen über wissenschaftliches Arbeiten, meine konkrete Vorstellung über den Arbeitsprozess verloren habe. Durch die Unterstützung meines*meiner Betreuer*in konnte ich diese Schwierigkeiten allerdings gut überwinden und schließlich eine Forschungsarbeit verfassen, mit der ich persönlich zufrieden sein kann, da sie auf persönlichem Interesse und genauer Arbeitsweise aufbaut. Ich habe mich bemüht so präzise wie möglich mit den Daten zu arbeiten, die ich sammeln konnte und meine Erkenntnisse mit dem Stand der Forschung aus der recherchierten Literatur zu vergleichen. Dadurch ist meiner Meinung nach ein interessanter Einblick in die Thematik entstanden. Zeitlicher Natur konnte ich meinen ursprünglichen Plan leider nicht verfolgen. Durch den Ausbruch der Covid-19 Pandemie in Österreich hat sich eines meiner Interviews um mehrere Wochen verschoben und eine passende Arbeitsatmosphäre für die Forschungsarbeit war während des Lockdowns nicht mehr gegeben, daher musste ich den zweiten Abgabetermin nutzen. Dies ermöglichte es mir allerdings mehr zeitliche Ressourcen für die Arbeit aufzuwenden, was sich positiv auf die Qualität ausgewirkt hat. Zusammenfassend würde ich den Forschungsprozess zwar als herausfordernd, dafür aber sehr lehrreich und facettenreich beschreiben.

Literatur

Ander, Gerald (2009): Schon wieder die gleiche Adresse – Problem der Mehrfachinterventionen. Masterthesis, Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement, Donau-Universität Krems. In: Redelsteiner, Christoph (2018): Rettungsdienst – ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit Online. Nr. 6, 245–254.

Ander, Gerald (2009): Schon wieder die gleiche Adresse – Problem der Mehrfachinterventionen. Masterthesis, Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement, Donau-Universität Krems. In: Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: Soziales Kapital. Nr. 9, 3

Böhmer, Veronika / Redelsteiner, Christoph / Zahorka, Florian (2020): Definition Akutsozialarbeit, unveröffentlicht.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Salutogenese, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/s/lexikon-salutogenese> [20.08.2020].

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung: Methoden und Anwendungen: ein Überblick für die BA-Studiengänge. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Innerhofer, Paul / Schuster, B. / Klicpera, Ch. / Lobnig, H. / Weber, G. (1993): Psychosoziale Probleme im Erwachsenenalter. Wien: WUV Universitätsverlag.

Kappus, S. (2010): SMAP – Standardisierte medizinische Notrufabfrage in der Rettungsleitstelle der Feuerwehr Hamburg. In: Notfall + Rettungsmedizin. Nr. 8, Jg. 13, 789–794.

Luiz, Th. / Schmitt, T. K. / Madler, C. (2002): Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. In: Notfall + Rettungsmedizin. Nr. 7, Jg. 5, 505–511.

Mayring, Philipp / Fenzl, Thomas (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_42

Notruf NÖ GmbH (o.A.): Idee&Hintergrund, <https://akutteam.at/idee/> [28.07.2020].

Novosad, Heinz / Wallner, Stefan (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filtrierung und Lenkung von psychosozialen Notfällen. Masterarbeit Fachhochschule St. Pölten.

Odgen, Joy (1996). Health Psychology. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. In: Woschnak, Claudia (2000) Einführung in die Gesundheitspsychologie. Wien: Universität Wien

Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans/ Treptow, Rainer / Ziegler, Holger (Hg.) (2018): Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

o.A. (2016): Neue, standardisierte Notrufabfrage. In: Alarm-Zeit. News aus der Leitstelle Tirol. Nr. 1.

Österreichisches Rotes Kreuz (o.A.): Rotes Kreuz Oberösterreich: Struktur & Organisation, <https://www.rotekruz.at/ooe/organisation/organisation/struktur-organisation/> [29.07.2020a].

Österreichisches Rotes Kreuz (o.A.): Rotes Kreuz Oberösterreich: Freiwillige Mitarbeit, <https://www.roteskreuz.at/ooe/ich-will-helfen/mitarbeit/freiwillige-mitarbeit/> [29.07.2020b].

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2012): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktual. Aufl, Wien: Böhlau-Verl.

Pflegerl, Johannes / Redelsteiner, Christoph / Schmid, Tom (2020): Niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsversorgung. In: Soziale Sicherheit. Nr. 3, 10.

Redelsteiner, Christoph (2018): Rettungsdienst – ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit Online. Nr. 6, 245–254.

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabenfeld der sozialen Arbeit. In: Soziales Kapital. Nr. 9, 17.

Redelsteiner, Christoph / Kuderna, Heinz / Kühberger, Rudolf / Baubin, Michael / Feichtlbauer, Erwin / Prause, Gerhard / Lütgendorf, Philipp / Schreiber, Wolfgang (2011): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter: Patientenbetreuung nach Leitsymptomen. Wien: Braumüller.

Rief, Winfried (1999). Psychologie in der Klinik. Leitfaden für die berufliche Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag. In: In: Woschnak, Claudia (2000) Einführung in die Gesundheitspsychologie. Wien: Universität Wien

Stenzel, Sebastian (2012): Notruf 112 noch effizienter: Feuerwehr Wiesbaden führt „Standardisierte Notabfrage“ ein. <https://www.wiesbaden112.de/notruf-112-noch-effizienter-feuerwehr-wiesbaden-fuhrt-standardisierte-notabfrage-ein/>

Völker, Maria Theresa / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2015): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. In: Der Anaesthesist. Nr. 4, Jg. 64, 304–314.

Völker, Maria Theresia / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst: Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten. In: ProCare. Nr. 1–2, Jg. 21, 14–23.

Zahorka, Florian (2018): Alternative Verweisungspfade für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik. In: soziales_kapital, wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. Nr. 19, 9.

Gesetze

Sanitätergesetz - SanG

Daten

ITV1, Interview, geführt von Iris Niederleitner mit Bezirksgeschäftsleiter und Bezirksrettungskommandant in dessen Büro, 02.03.2020, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Iris Niederleitner mit einer Mitarbeiterin des AKUTTeams NÖ via Skype, 20.03.2020, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Iris Niederleitner, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Iris Niederleitner, Mai 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

OÖ	Oberösterreich
NÖ	Niederösterreich
PPA	Presented-Problem-Analyse
PP1	Presented Problem in der Ursprungsform
PP2	Problemformulierung in der geeigneten Form

Anhang

Interview Leitfaden:

Interviewbeginn:

- Begrüßung und Bedankung
- Erklären, dass Anonymität gewährleistet wird und Ton aufgenommen wird.
- Aspekte, die während des Interviews angesprochen werden, erwähnen.
- **Einstiegsfragen:**
 - Ich möchte Sie bitten mir von ihrem beruflichen Werdegang zu erzählen?
 - Welche Aufgaben nehmen Sie in Ihrer Einrichtung wahr?
 - Wie lange sind Sie schon in diesem Bereich/ in dieser Einrichtung tätig?

Hauptteil:

1. Thema Umgang mit dem „Presented Problem“

- Können Sie mir beschreiben was der Ablauf ist, nachdem Sanitäter*innen/Sie bei der betroffenen Person ankommen? (Welche Daten werden aufgenommen? Wie sieht das Assessment aus?)
- Wie verläuft der anschließende Entscheidungsverlauf, wie die Person behandelt werden soll?
 - Auf welche Faktoren werden bei der Entscheidung geachtet?
 - Wird das Motiv des*der Patient*in hinterfragt?
 - Inwieweit fließt die allgemeine Situation der Person in die Entscheidung ein?
- Worin können die Schwierigkeiten bei dem Entscheidungsprozess liegen?
- Was kann für den Entscheidungsprozess hilfreich sein? Woran wird erkannt, dass es sich um kein ausschließlich medizinisches Problem handelt?
- Wie sieht der weitere Verlauf aus, wenn klar wird, dass es sich um psychosoziales Problem handelt?

2. Thema Heavy Users

- Nun gibt es ja auch einige bekannte Fälle in welchen Personen in kurzen zeitlichen Abständen immer wieder den Notruf verständigen. Die werden dann Heavy Users/ Frequent Flyers oder Drehtürpatient*innen genannt. Wie sieht der Umgang mit diesen Personen aus?
 - Wenn bekannt ist, dass es sich um einen Heavy User handelt, werden dann andere Methoden oder Interventionen ausprobiert?
 - Inwieweit ändert sich der Arbeitsverlauf?
 - Wird das Motiv einen Notruf zu betätigen hinterfragt? Aufklärung? Weiterleitung zu anderen Einrichtungen?

3. Thema Interventionen

- Was würde es aus Ihrer professionellen Sicht brauchen damit Sanitäter*innen psychosoziale Problemlagen erkennen können?
- Braucht es dazu den Einsatz einer weiteren Profession im Rettungsdienst?
- FRAGEN FÜR SA:
- Inwieweit könnte aus Ihrer Sicht hier die Soziale Arbeit hilfreich sein?
- Welche Konzepte oder Arbeitsweisen kann die Soziale Arbeit bieten, um einen nachhaltigeren Umgang mit dem „presented problem“ zu finden?

Interviewende: Welche Aspekte möchten Sie noch erwähnen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?

Beispiel der Auswertung:

The screenshot displays a software interface for analyzing interview transcripts. On the left, there is a list of categories and sub-categories, such as 'Differenzierung des Pro...', 'Klarheit über Gru...', 'Hilffisch', 'Kollektive Unt...', 'Herausforderungen', 'Verantwortung', 'Handlungsd...', 'Zeitdruck', 'Ausschlussverfahren', 'Überwindung...', 'Differenzierte Ab...', 'Umgang mit Mea...', 'Keine Handl...', 'Hilfflosigkeit...', 'Keine Hilfa...', 'Ressourcen...', 'Ressourcen...', 'Haltung', '1:1 Betreuung', 'Einzelliche B...', 'Lösungsorien...', 'Telefonische...', 'Weitervermitt...', 'Aufmerksam...', and 'Entscheidun...'. The central part of the interface shows a timeline with various colored markers and labels, including 'Differenzierung medizinisches und psychosoziales Auslöseverhalten', 'Differenzierte Alarmierung durch Leitstelle', 'Aktive Kontaktaufnahme SA', 'Clearing/Frage', 'Umgang mit dem Presented Problem', 'Klarheit über Grund des Hilfesuchens', 'Somatische Beschwerden', 'Ausschlussverfahren', 'Umgang mit dem Presented Problem', 'Somatische Beschwerden', 'Einschätzung des Systems', 'Vernetzung', 'Einschätzung der Systems', 'Umnötigte Krankenhausunterhalte', and 'Weitervermittlung'. On the right, there is a text transcript of an interview, with several segments highlighted in yellow and corresponding to the markers on the timeline. The transcript includes the interviewer's questions and the responses of Person 1 and Person 2. The highlighted segments are: 'gefunden werden kann, wird an das Akutteam weitergeleitet.', 'Durch das weltweit standardisierte Abfrageschema kann entschieden werden welche Art der Hilfe benötigt wird (RE, KL, ZT). Handelt es sich um ein psychosoziales Problem, wird das Akutteam alarmiert. Sie rufen dann aktiv den/die Hilfesuchende*n an.', 'Auch somatisch begründete Beschwerden können zu einem Notruf führen. Anrufer*innen die keine Rettung, sondern andere Hilfe brauchen, sagen das oft dazu.', 'Manche Anrufer*innen präsentieren nur ihr somatisches Problem, dann wird die Rettung zum* zur Betroffenen geschickt. Erkennen die die Sanitäter*innen keinen medizinischen Notfall kann das Akutteam nachgefordert werden.', 'Frau A. beschreibt das System als sehr gut und straff.', and 'Frau A. findet, dass das System Menschen mit psychosozialer Problemlage vor unnötigen Krankenhausaufenthalten abhält. Als kein System aufgefunden werden ist es erst dann, wenn es gelingt die Person an ein anderes Hilfsangebot anzubinden.'

Linz, am 31.08.2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Iris Niederleitner** geboren am **09.02.1998** in **Wels**, 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,

Linz, am 31.08.2020

A handwritten signature in blue ink that reads "Iris Niederleitner". The signature is written in a cursive, slightly slanted style.

Iris Niederleitner