

Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144

Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen

Heinz Novosad, BA

Stefan Wallner, MSc

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades

Master of Arts in Social Sciences

an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2017

ErstbegutachterIn: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc

ZweitbegutachterIn: FH-Prof. DSA Mag. Dr. Peter Pantuček-Eisenbacher

Inhalt

Abstract	3
1. Einleitung.....	8
1.1. Problemstellung und Forschungsinteresse	9
1.2. Ziel der Arbeit	11
1.3. Fragestellung.....	12
1.4. Zugrundeliegendes Forschungsprojekt	13
1.5. Gliederung der Arbeit	14
2. Epistemologische Grundlagen	16
2.1. Begriffsklärungen.....	16
2.1.1. Soziale Netzwerke	16
2.1.2. Case Management	17
2.1.3. Triage.....	19
2.1.4. Kompetenz und Anforderungen.....	20
2.2. Strategien und Vorgehensweisen im Rettungsdienst und am Notruf.....	21
2.2.1. Hilfe vor Ort – Die Perspektive von SanitäterInnen.....	21
2.2.2. Hilfe am Telefon - Telefonische Einschätzung und Interaktion	24
2.2.3. Prozessdarstellung von Hilfsanfragen am Notruf	27
2.3. Best Practice International.....	31
2.3.1. Community Assistance Response Team (CARES) Spokane, USA.....	31
2.3.2. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Holland	32
2.3.3. Medical Transportation Innovation Project (IMTIP) Illinois, USA	32
2.3.4. Mobile Community Care Team (CRT) Colorado, USA.....	33
3. Forschungsprozess	35
3.1. Forschungsstrategie und -ablauf.....	35
3.1.1. Theoretische Vorannahmen und Suchraster.....	37
3.1.2. Konkrete Problemlagen	37
3.1.3. Perspektive der NutzerInnen	37
3.1.4. Auswertung und Diskussion	38
3.2. Explikation der Fragestellung	38
3.3. Feldbeschreibung	41
3.3.1. Gesellschaft - Demographische Daten NÖ	42
3.3.2. Soziale Probleme	43
3.3.3. Kritische Lebensereignisse.....	43
3.3.4. Fall	44
3.4. Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethode	49
3.4.1. ExpertInneninterview	50
3.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse.....	51

4. Ergebnisse	55
4.1. Durch die Brille der Sozialen Arbeit auf zwei ausgewählte Fallbearbeitungen der Rettungsleitstelle	55
4.1.1. Fall einer pflegenden Angehörigen	56
4.1.2. Fall Sorgebekundung	67
4.2. Beantwortung der Forschungsfrage	76
4.2.1. Psychosoziale Hilfsanfragen in Reichweite gegebener Vorstellungen	76
und gewohnter Handhabung.....	76
4.2.2. Motive bestimmter AkteurInnen und ihr Einfluss auf die Einschätzung	77
und Bewältigung	77
4.2.3. Interprofessionelle Fallarbeit zur Erweiterung des Blickfeldes	78
4.2.4. Entwicklung neuer Versorgungsstrategien durch organisierte Vernetzung	78
4.2.5. Strategie des Raushörens durch Wahrnehmung und Markierung	80
charakteristischer Problemmarker	80
4.2.6. Kompetenzen und ihr Beitrag zur Realisierung einer Einschätzung	81
und Bewältigung	81
4.3. Exemplarische Lösungsmodelle zur strategischen Anbindung der Sozialen Arbeit an Rettungsleitstellen	82
4.3.1. Grundlagen und Verortung im Gesamtsystem	83
4.3.2. Hear and Treat	87
4.3.3. Look and Treat	89
4.3.4. Spot and Treat.....	90
 5. Diskussion und Ausblick	 92
 Literaturverzeichnis	 94
 Abkürzungsverzeichnis	 103
 Abbildungsverzeichnis	 105
 Tabellenverzeichnis	 106
 Glossar	 107
 Anhang	 113
Darstellung hypothetisches Modell	113
Antwort NÖ Ethikkommission	114
Leitfaden ExpertInneninterview	115
Einverständniserklärung und Leitfaden NutzerInneninterview	118
Presented-Problem-Analyse Ankerpersonen	121
Transkriptionsbeispiele	125
Autorenprofile.....	132
Eidesstattliche Erklärungen	134

Abstract



Abbildung 1: Projektlogo
Quelle: eigene Darstellung, Wallner

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144

Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im April 2017

Die vorliegende Arbeit untersucht offene und verdeckte psychosoziale Hilfsanfragen an Rettungsleitstellen und entwickelt exemplarische Lösungsmodelle zur differenzierten Verweisung an die Soziale Arbeit. Mithilfe der Analyse typischer Vorgehensweisen bei telefonischen Hilfsanfragen werden mögliche Funktionen und Rollen der Sozialen Arbeit offengelegt. Ziel ist die Entwicklung eines Konzepts zur Positionierung der Sozialen Arbeit durch interdisziplinäre Fallarbeit in Notrufleitstellen und Helplines, um damit die ganzheitliche und wohnortnahe Primärversorgung bereits ab dem ersten telefonischen Kontakt zu begünstigen.

Bei der Untersuchung wurde mittels einer empirisch rekonstruierenden Strategie in einem vierstufigen Verfahren nach Kausalmechanismen gesucht. Zur Erhebung wurden ExpertInneninterviews und ausgewählte einzelfallbezogene Interviews mit AkteurInnen und NutzerInnen durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

- Psychosoziale Hilfsanfragen stellen in Rettungsleitstellen in der Regel eine unsichere Entscheidungszumutung dar.
- Durch Wahrnehmung und Markierung charakteristischer Problemmarker kann eine ganzheitliche Einschätzung bereits ab dem ersten telefonischen Kontakt begonnen werden.

- Die weitere Fallbearbeitung erfordert den Einsatz eines professionellen sozialarbeiterischen Fallverstehens und die Berücksichtigung der besonderen Bedingungen einer unmittelbaren Triage am Telefon.
- Die Markierung von Problemmarkern an der Zugangspforte zum Gesamtsystem ermöglicht eine Verzahnung der beteiligten Professionen und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens.
- Eine deklarierte Zuständigkeitserklärung ist Bedingung des planvollen Einbringens der unterschiedlichen Professionen in die Fallbearbeitung.
- Die strategische Positionierung der Sozialen Arbeit in Notrufleitstellen oder Helplines verbessert den Zugang zu bestehenden sozialen Hilfesystemen.
- Eine erweiterte Abklärung mit aufsuchenden Emergency Social Workern schließt die mögliche disziplinäre Lücke zwischen Notfallmedizin, Krisenintervention und stationärer Sozialberatung.

Stichwörter: telefonische Hilfsanfragen, Notruf, Primärversorgung, interprofessionelle Fallarbeit, Problemmarker, Hear and Treat, Look and Treat, Spot and Treat;

[Heinz Novosad, Stefan Wallner](#)

[Emergency Communication supported by Social Work](#)

[Screening calls for help with psychosocial background and guidance to adequate resources](#)

Masterthesis, to submit to St. Pölten University of Applied Sciences in April 2017

This thesis investigates emergency calls that contain overt and covert psychosocial backgrounds addressed to Emergency Communication Centers. It designs potential solutions based on a referral to the discipline of Social Work. Analyzing typical approaches and handling such calls for help discloses possible functions and roles in screening and guidance. The aim is to develop a concept how to site Social Work and interdisciplinary teamwork into Emergency Communication Centers and Helplines. These efforts promote the integral aspect of primary care close to the community which begins with the first call for help.

The exploration of causal mechanism was organized as an empirical reconstructive four-step-approach. Interviews with participants to selected cases and expert's interviews have been performed for investigation purpose and qualitative content analysis for evaluation.

Findings

- Calls for help with psychosocial background in Emergency Communication Centers are causing unsure decision requests by involved professionals
- Integral assessment could successfully be initiated starting with the first call for help by identifying and flagging characteristic issues with markers.
- A following case treatment requires professional case understanding and consideration of specific circumstances assessed on the phone.
- To flag characteristic issues at the entry point of the health system enables an intended alliance between professions and organizations including healthcare and social welfare.
- Directed integration of different professions to a case requires a declared statement of responsibility.
- Through positioning Social Work strategically into Emergency Communication Centers or Helplines, respective access to social support systems will naturally improve.
- Emergency Social Worker could perform advanced assessment to close possible gaps in between emergency medicine, crisis intervention and social counselling.

Keywords: calls for help over the phone, emergency call, primary care, interdisciplinary case treatment, issue marker, hear and treat, look and treat, spot and treat;

Danksagung

Die beiden Autoren möchten sich an dieser Stelle bei all jenen bedanken, die sie während ihres Studiums und bei der vorliegenden Arbeit unterstützt haben.

In erster Linie gilt unser Dank unseren beiden Betreuern Christoph Redelsteiner und Peter Pantuček-Eisenbacher dafür, dass sie uns ermöglicht haben, eine Masterthese zu dieser aktuellen Thematik zu schreiben. Desgleichen waren die methodischen Hinweise von Frau Sylvia Supper eine große Bereicherung.

Das Verständnis und der Rückhalt unserer Familien und Freunde verdienen einen ganz besonderen Dank. Sie waren unsere Inspiration beim Schreiben und gaben uns die notwendige Ausdauer und Kraft während des Studiums.

Gerne wollen wir auch unserem Kollegen Florian Zahorka vom Management Center Innsbruck und unseren zahlreichen InterviewpartnerInnen für die Bereitschaft ihr Wissen mit uns zu teilen, unseren Dank ausdrücken.

*„Die Durchführung an sich guter Einrichtungen ist oft fehlerhaft oder mangelhaft.
Immer fehlt die Leistungsbilanz, immer die Gesamtschau für jedes Individuum.“*

Ilse Art (1876 –1960)

Pionierin der österreichischen Fürsorge-, Armuts- und Wohlergehensforschung

1. Einleitung

Heinz Novosad

Die Themen Gesundheit und Krankheit tangieren auf nachvollziehbare Weise die Menschen aller Gesellschaften und Kulturen dieser Welt. Jeder Mensch kann im Laufe seines gesamten Lebens von einem unerwarteten medizinischen Notfall betroffen sein. Die telefonischen Hilfsanfragen in solchen Situationen bezeichnet man üblicherweise mit dem Begriff Notruf. Solche Anrufe richten sich über besondere Telefonnummern gezielt an eigens dafür geschaffene Einrichtungen. Die dreistellige Notrufnummer 144 ist in Österreich allgemein als der Notruf des Rettungsdienstes bekannt. Die Hilfsanfragen betroffener Personen werden in sogenannten Rettungsleitstellen entgegengenommen und von speziell für solche Ausnahmesituationen ausgebildetem Personal, sogenannten NotrufexpertInnen, bearbeitet (vgl. NNÖ o.J.). Als Ausnahmesituationen sind sie wohl deshalb zu bezeichnen, weil Betroffene nicht unbedingt erfahren im Umgang mit solchen Situationen sein müssen und für gewöhnlich die Unterstützung durch andere Menschen erforderlich wird. Die Hilfeleistung kann sich sowohl auf die Einschätzung als auf die Bewältigung der jeweiligen Notfallsituation beziehen.

Erst mit der Entwicklung verschiedener Kommunikationstechnologien im 20. Jahrhundert wurde diese Form der telefonischen Hilfeleistung möglich (vgl. Vergeiner / Baumgartl 1999b:20). Die erste Idee von mühelos erreichbaren und leicht zu merkenden Notrufnummern beginnt sich seit dieser Zeit weltweit durchzusetzen. Zugleich folgen Notrufleitstellen und andere Erstkontaktstellen jedoch meist ihrer jeweiligen Profession und spezialisieren sich immer weiter auf unterschiedliche Arten von Hilfsanfragen. Die Vielzahl und thematische Vielfältigkeit heutzutage verfügbarer Notrufnummern und Helplines sind das sichtbare Zeichen eines Wandlungsprozesses entgegen der ursprünglichen Idee (vgl. Schneider 2003:154). Auf diese Weise entwickelten sich unterschiedlichste Strategien zur Einschätzung und Bewältigung vorliegender Situationen. In aller Regel unterscheiden sich viele Bereiche sehr deutlich in ihren Zugängen, Möglichkeiten, Verfügbarkeiten und Arbeitsweisen. Der Lebensalltag der Menschen macht naturgemäß vor solchen disziplinären Trennlinien nicht Halt und hält sich darüber hinaus nicht an Öffnungszeiten.

Nur gelegentlich entstehen oder entwickeln sich Situationen bei denen jemand Unterstützung oder Hilfe benötigen, direkt in den dafür geschaffenen Einrichtungen (z.B. der Herzinfarkt im Krankenhaus, die Überschuldung in der Schuldnerberatung, der Einbruchversuch am Polizeiposten, der Christbaumbrand im Feuerwehrhaus, der akute Pflegebedarf im Pflegeheim), sondern zeitlich und räumlich außerhalb derselben. Ein großes, spezialisiertes Angebot eröffnet den Hilfesuchenden jedoch nicht unmittelbar und selbständig den Blick in Richtung geeigneter und bestmöglicher Unterstützung (vgl. Zahorka 2016:65). Vielmehr führt dies immer wieder dazu, dass im Rahmen telefonischer Hilfsanfragen betroffener Menschen zum Beispiel NotrufexpertInnen mit der Einschätzung basaler Bedürfnisse wie Essen, Pflege oder Obdach beauftragt sind, oder PolizeibeamtInnen Anlaufstelle überforderter Angehöriger bei Drogenproblemen werden. Maria Theresa Völker, Nora Jahn, Udo Kaiser, Sven Laudi, Lars Knebel und Sven Bercker fordern in ihrem Artikel „Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst“ (2016) für betroffene MitarbeiterInnen die erforderliche Unterstützung ein und formulieren die Problematik wie folgt:

Ein zunehmender Anteil der Einsätze besteht aus zuweilen nicht nachvollziehbaren Indikationen, die u.U. durch soziale Probleme getriggert sind. Dabei sind die Mitarbeiter des Rettungsdienstes oftmals nicht ausreichend ausgebildet und haben nicht das notwendige Instrumentarium zur Hand, um solche Probleme zu bearbeiten oder gar zu lösen (vgl. Völker et al. 2016:14).

1.1. Problemstellung und Forschungsinteresse

Heinz Novosad

Hilfesysteme, welche in ihrem Aufgabenbereich telefonische Erstkontaktstellen betreiben wie Notrufleitstellen oder Helplines, sollten sich derartiger Umstände bewusst sein und nach leistungsfähigen Strategien zur professionsübergreifenden Einschätzung streben. Mit der oben dargestellten Praktik ist jedoch davon auszugehen, dass die Einschätzung von psychosozialen Anliegen mit der Handlungslogik des jeweils gewählten Hilfsdienstes vorgenommen wird. Für die Notrufnummer des Rettungsdienstes bedeutet dies eine Beurteilung psychosozialer Hilfsanfragen mit den notfallmedizinischen Zugängen, Möglichkeiten, Verfügbarkeiten und Arbeitsweisen und nicht mit jenen der Sozialen Arbeit.

Damit ist zum Ausdruck gebracht, dass die Autoren des vorliegenden Forschungsprojekts von drei Vorannahmen ausgehen.

- Rettungsleitstellen werden in der Praxis mit offenen und verdeckten psychosozialen Anliegen konfrontiert.
- Solche Anliegen werden von Rettungsleitstellen auf Basis ihrer eigenen disziplinären Handlungslogik bearbeitet.
- Eine Einschätzung durch Rettungsleitstellen führt in der Regel nicht zu einer Kooperation mit der Sozialen Arbeit.

Dies obwohl seit rund zwei Jahrzehnten Rettungsleitstellen nicht mehr nur als einfache telefonische Erstkontaktstellen konzipiert werden, sondern vermehrt entsprechend ihrer eigentümlichen Problemstellungen aufgestellt und zunehmend professionalisiert werden. Die wesentlichsten Gründe dieses internationalen und nationalen Umdenkens in zentralen Kommunikations- und Entscheidungs-drehscheiben sind der Anspruch nach sicherer, effizienter und qualitativ hochwertiger Behandlung, bei dem gleichzeitigen ökonomischen Anspruch nach Reduktion vermeidbarer Kosten. Die betroffenen Kostenträger im Gesundheits- und Sozialwesen und die politisch Verantwortlichen sind im selben Maße sensibel für eine „teure“ Versorgung, wie dies die Gesellschaft und die Betroffenen für eine „schlechte“ Behandlung sind. Dieses Umdenken erfordert aber auch, gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen ins Auge zu sehen, Verbesserungs- und Handlungsbedarf festzustellen, aufzuzeigen und durchzusetzen.

Alleine im Bundesland Niederösterreich bearbeitet jede/jeder einzelne NotrufexpertIn der Rettungsleitstelle nach eigenen Angaben pro Jahr:

- Rund 15.000 Problemlösungen telefonisch gemeldeter Belange in der Spannweite des gesamten Gesundheits- und Sozialbereichs (z.B. Obdachlosigkeit, häusliche Gewalt, Alkohol- und Drogenprobleme).
- Rund 2.500 Notrufgespräche zu unversorgten und unbehandelten Erkrankungen und Verletzungen oder sonstigen Hilfsanfragen, gefolgt von situativ erforderlichen Erste Hilfe Beratung (z.B. 552 erkrankte Patienten, 160 Stürze oder 71 Verkehrsunfälle)

- Rund 80 Notrufe zu akut lebensbedrohlichen Situationen mit unmittelbaren Anleitungen zu Sofortmaßnahmen (z.B. 14 Wiederbelebungen, 5 geburtshilfliche Notfälle, 25 Atemwegssicherungsmaßnahmen bewusstloser Patienten).

Eine umfassende empirische Auswertung der Erfahrungen telefonischer Hilfsanfragen von Betroffenen, ZeugInnen, NachbarInnen, etc. gefolgt von einer strukturierten Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in diesem sehr spezifischen Arbeitsumfeld erscheint erforderlich und möglich.

1.2. Ziel der Arbeit

Heinz Novosad

Mit dieser Arbeit soll zuallererst das grundlegende Erfordernis eines Einbezugs der Sozialen Arbeit bei der Einschätzung und Bewältigung von psychosozialen Hilfsanfragen dargestellt werden. Bei diesem Vorhaben ist der Blick der Autoren gleichermaßen auf das System wie auf den Einzelfall gerichtet.

Eine interdisziplinäre Einschätzung und Bewältigung erfordert jedenfalls nach Peter Pantuček die Differenzierung zwischen dem eigenen und dem fremden Anteil, um zwischen den verschiedenen Gesichtspunkten der unterschiedlichen Professionen einen fallbezogenen Diskurs einzubringen (vgl. Pantuček 2012:24). Dieses Phänomen ließ sich in interprofessionellen Workshop-Simulationen zwischen RettungssanitäterInnen und SozialarbeiterInnen im Rahmen des Ilse Arit Symposium mehrmals beobachten (Kritz / Wallner 2016). Das Ermitteln möglicher Anteile und Einbringen der Perspektiven Sozialer Arbeit ist dementsprechend ein zweites Ziel der Arbeit.

Mit der Entwicklung eines interdisziplinären Konzepts und anschließender fallbezogener Diskurse könnten bestenfalls psychosoziale Hilfsanfragen betroffener Menschen differenzierter adressiert werden, die MitarbeiterInnen im Rettungsdienst professionell unterstützt und das Gesundheitssystem entlastet werden.

1.3. Fragestellung

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Aus der dargelegten Problemstellung und dem Ziel der Arbeit lässt sich folgende zentrale Forschungsfrage ableiten:

„Wie kann eine interdisziplinäre und bedürfnisgerechte Einschätzung und Bewältigung telefonischer Hilfsanfragen an ausgewählte Hilfs- und Sozialdienste realisiert werden?“

Die vorliegende Untersuchung zur Beantwortung dieser Forschungsfrage begründet eine Reihe weiterer relevanter Fragenstellungen.

- a. Woran lassen sich psychosoziale Hilfsanfragen gegenwärtig von medizinischen Notfällen unterscheiden?
- b. Welche Erwartungen und Ziele haben AnruferInnen, NotrufexpertInnen und beteiligte Organisationen in psychosozialen Problemlagen?
- c. Welche Einflussfaktoren beeinflussen das Gelingen oder Versagen der Einschätzung und Bewältigung?
- d. Welche Rahmenbedingungen bei der Bearbeitung telefonisch gemeldeter psychosozialer Problemlagen in Rettungsleitstellen herrschen vor?
- e. Wie müssen die Rahmenbedingungen hinsichtlich direkter Verweisung durch die Notrufleitstelle gestaltet sein?
- f. Welche Rolle spielen Problemmarker bei einer „Markierung“ psychosozialer Hilfsanfragen?
- g. Erfordert das Erkennen und die Bewältigung telefonischer psychosozialer Problemstellungen bestimmte Kompetenzen (Qualifikationen)?

1.4. Zugrundeliegendes Forschungsprojekt

Heinz Novosad

Das gleichnamige Forschungsprojekt wird auf der Homepage der Fachhochschule St. Pölten folgendermaßen beschrieben:

„Notrufleitstellen des Rettungsdienstes werden häufig mit Anliegen konfrontiert, die primär als psychosoziale Notfälle oder Hilfebedarf einzustufen sind. Es handelt sich dabei um Obdachlosigkeit, Einsamkeit, Überforderung von Angehörigen, sozialpsychiatrische Situationen, häusliche Gewalt bis hin zu Situationen, die stärkere medizinische Aspekte beinhalten, wie Alkohol- oder Drogenprobleme. Dieses Projekt geht den Fragen nach, welche psychosozialen Anliegen an Notrufleitstellen herangetragen oder vor Ort identifiziert werden und wie deren zeitliche und räumliche Verteilung ist. Wie werden im internationalen Vergleich in Notrufleitstellen psychosoziale Anfragen von medizinischen Notfällen differenziert? Werden in diesen Fällen AnruferInnen bereits am Telefon weg von medizinischen Ressourcen hin zu psychosozialen Hilfeeinrichtungen vermittelt? Wie kann eine solche Verweisung aussehen? Welche Ausbildungsmaßnahmen und Qualifikationen wären für diese Form der sozialarbeiterischen Telefontriage erforderlich?“ (vgl. FH St. Pölten, 2017)

Die folgende Grafik veranschaulicht zugleich die gemeinsame Ausgangslage des Forschungsprojekts auf der Fallebene, als auch die unterschiedlichen Untersuchungsfelder der beiden studentischen Forschungsteams. Eine ForscherInnengruppe beschäftigt sich mit der Untersuchung alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade zur Entlastung des notfallmedizinischen Bereichs, während die offenen und verdeckten psychosozialen Anliegen an die Rettungsleitstelle und deren differenzierte Verweisung an die Soziale Arbeit Gegenstand der systematischen Erfassung und Deutung in der hier vorliegenden Masterthese sind.

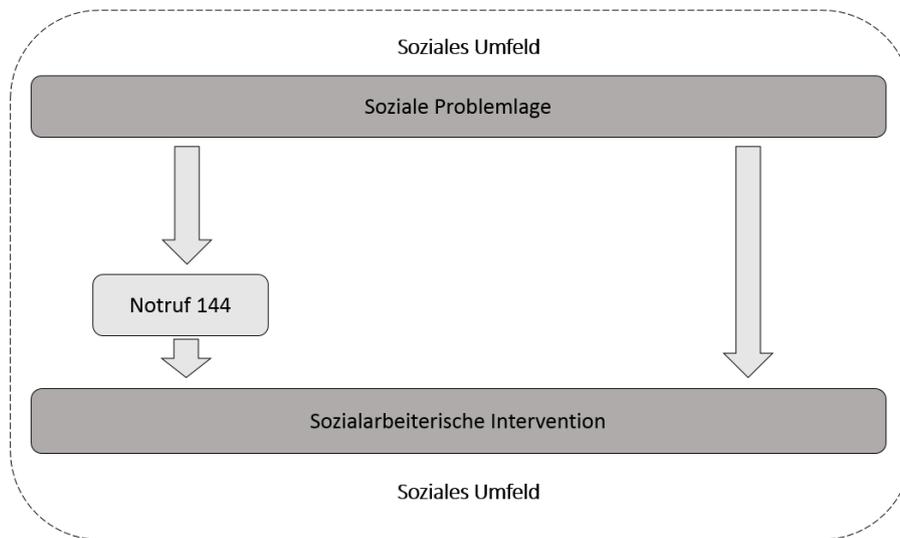


Abbildung 2: gemeinsame Ausgangslage des zugrundeliegenden Forschungsprojektes
Quelle: eigene Darstellung

1.5. Gliederung der Arbeit

Stefan Wallner

Zur Orientierung wird hier die grundlegende Gliederung der Arbeit vorgestellt.

Im Kapitel 2 werden basierend auf der Literaturrecherche zentrale Begriffe auf ihre Verwendung im Forschungsfeld hin untersucht und ausgewählte Definitionen dazu vorgestellt. Die wichtigsten leitenden Begriffe sind darüber hinaus in einem abgestimmten Verständnis zwischen den beiden ForscherInnengruppen in einem Glossar zusammengefasst. Des Weiteren werden nationale rettungsdienstliche Paradigmen und Strategien vorgestellt und sowie internationale Best Practice Projekte von verzahnter Gesundheits- und Sozialarbeit dargestellt.

Kapitel 3 beinhaltet den vierstufigen Aufbau des Forschungsprozesses SAT 144. Dazu werden die Forschungsstrategie und -ablauf sowie die Explikation der Fragestellung detailliert aufbereitet. Des Weiteren erfolgen hier die differenzierte Feldbeschreibung sowie die Darstellung der gewählten wissenschaftlichen Methode dieser Arbeit.

Das Kapitel 4 werden die Kausalzusammenhänge zwischen der allgemeinen sozialen Situation von FallgeberInnen und den auslösenden Aspekten einer Hilfsanfrage anhand zweier Fallbearbeitungen aufgezeigt. Weiters stellen die Autoren hier die Ergebnisse des zentralen Forschungsprozesses dar und beantworten damit die leitende Forschungsfrage. Darüber hinaus werden drei mögliche Modelle einer sozialarbeiterischen Triage auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse skizziert.

Im abschließenden Kapitel 5 werden eine mögliche Implikation in die bestehenden Netzwerke beleuchtet, erste Empfehlungen für eine zukünftige praktische Umsetzung formuliert und ein Ausblick auf weiterführende Forschungsthemen und -projekte gegeben.

2. Epistemologische Grundlagen

Heinz Novosad

Die Einordnung und Eingrenzung der Arbeit in den vorhandenen Wissensstand wird in diesem Kapitel vorgenommen. Eine primäre Literaturrecherche wurde durch die Erhebung von ExpertInnenwissen aus Rettungsleitstellen und Sozialen Diensten bzw. weiteren Helplines und durch statistische Daten von Leitstellensystemen bzw. anonymisierten Notrufdialogen ergänzt. In drei Abschnitten werden nun relevante Begriffe definiert, Paradigmen und Strategien in Notrufleitstellen und internationale Best Practice Modelle erläutert.

2.1. Begriffsklärungen

2.1.1. Soziale Netzwerke

Stefan Wallner

Soziale Netzwerke entstehen durch Einbindung von Individuen in das Soziale einer Gesellschaft. Soziale Netzwerke sind einerseits horizontal als "natürliche" Beziehungen, wie Verwandtschaften und Nachbarschaften mit Austauschverhältnissen strukturiert. Vertikal dazu stehen "künstlich" erschaffene Funktionssysteme mit sozialen Adressen. Dementsprechend erfährt das Individuum eine In- oder Exklusion an gesellschaftlichen Möglichkeiten (vgl. Pantuček 2012:184f, Wolf 2002:664-665).

Einteilung in ein primäres, sekundäres und tertiäres Netzwerk:

Das primäre *persönliche* Netzwerk sind Familienangehörige und Verwandtschaft und darüber hinaus freundschaftliche und nachbarschaftliche Netzwerke. Aber auch altersspezifische, geschlechtsspezifische oder arbeitsplatzspezifische, zumeist selbst gewählte Netzwerke gehören dazu.

Sekundäre *gesellschaftliche* Netzwerke setzen sich aus persönlichen institutionellen Kontakten wie zum Beispiel ArbeitskollegInnen oder AkteurInnen in Produktions-, Verkehrs- und Gewerbebetrieben, DienstleistungsanbieterInnen oder auch öffentliche Einrichtungen wie Kindergärten oder Bildungseinrichtungen aller Art zusammen.

Das tertiäre *vermittelnde* Netzwerk steht zwischen dem Primären und Sekundären. Es besteht aus professionellen AkteurInnen wie zum Beispiel ÄrztInnen, Pflegefachkräfte, SozialarbeiterInnen, aber auch aus ehrenamtlichen HelferInnen, Selbsthilfegruppen, religiösen Gemeinschaften oder Vereinen. (Modell nach Alf Trojan 2003 in Lenzen 2008:74f).

Das Kartographieren der lebensweltlichen Netzwerke der Ankerperson lässt die Beziehungen und das Funktionssystem sichtbar werden. Dies kann durch Notations- und Diagnoseverfahren mit unterschiedlichen theoretischen Fundierungen erfolgen (vgl. Pantuček 2012). In dieser Arbeit wird für die Analyse des sozialen Netzwerks einer Anruferin die Netzwerkkarte nach Peter Pantuček herangezogen (vgl. Kapitel 4.1.1.2., Abbildung 3: Netzwerkkartenvergleich).

2.1.2. Case Management

Stefan Wallner

Ein weiterer ordnender Aspekt in der Bearbeitung von psychosozialen Hilfsanfragen könnte in einem zukünftigen Lösungsmodell mit dem strukturierten Handlungsansatz Case Management (CM) umgesetzt werden.

Dieses Konzept könnte als handlungsleitendes Konstrukt bei psychosozialen Anliegen von AnruferInnen bei Notruf 144 zur Anwendung kommen und wird im Folgenden definiert als

„ein an eine Zielvorstellung orientierter, auf integrierte, kontinuierliche Versorgung ausgerichteter Prozess“ (Ewers / Schaeffer 2000:54-55).

Dieser verläuft klassisch quer über alle Grenzen von Versorgungssektoren, Einrichtungen, Professionen, Kostenträgern und Lebensbereichen/ - abschnitten der Betroffenen (vgl. Ewers / Schaeffer ebd.).

Mit diesem Verständnis nach Ewers und Schaeffer erbringt der CM-Ansatz wichtige Voraussetzungen für die sozialarbeiterische Bearbeitung von telefonisch gemeldeten kritischen Lebensereignissen (vgl. 3.3.3.). Es gilt rasch einen gemeinschaftlichen

stabilisierenden Prozess in Gang zu setzen, der nicht alleine den notfallmedizinisch ausgerichteten Telefonprotokollen und Untersuchungsschemata folgen muss.

Die Case Management Society of America, die die gültigen Case Management Standards in den USA nachhaltig mitentwickelt hat, definiert folgendermaßen:

„Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation and advocacy for options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes“
(CMSA 2016).

Sie betont den gemeinschaftlichen Prozess, der in einer anwaltschaftlichen Suche nach Optionen und Dienstleistungen für die Betroffenen (Individuum) verläuft, um ihren Bedarf bestmöglich zu decken. Durch kommunikative Abstimmung und Einsatz der vorhandenen Ressourcen soll ein bestmöglich effektives und effizientes Ergebnis erzielt werden (Wallner 2011:16).

Die Notwendigkeit einer transprofessionellen Interventionssprache zwischen NotrufexpertInnen, RettungssanitäterInnen und SozialarbeiterInnen würde dem Ansatz der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) entsprechen. In Anlehnung an die Definitionen des Netzwerk Case Management Schweiz und des Deutschen Dachverbands (DGCC) wurde Case Management als ein spezieller Handlungsansatz zusammengefasst. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes einer Person („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“), ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert wird (ÖGCC 2011).

Basierend auf diesen Definitionen wird der Handlungsansatz Case Management im Rahmen einer sozialarbeiterischen Triage (SAT) auf seine Anwendbarkeit in Akutsituationen, in denen rasches sozialarbeiterisches Handeln erforderlich ist (vgl. Pantuček 2014:25), hin untersucht.

2.1.3. Triage

Stefan Wallner

Triage leitet sich vom Französischen „*trieur*“ Sortieren (Duden online 2017, Triage) ab und wird im medizinisch-logistischen Sinn als Einteilen der Verletzten nach der Schwere ihrer Verletzungen verwendet (Duden ebd.).

Dieses Verfahren ist im zwanzigsten Jahrhundert durch Anwendung bei Katastrophen und Großschadensereignissen vom ursprünglich militärischen in den Zivilbereich übernommen worden. Ziel der Triage ist die Schaffung von Prioritäten (Ellebrecht 2009:229ff).

Sie besitzt drei charakteristische Merkmale:

- Ein Mangel an zumeist medizinischen Ressourcen verlangt eine Verteilungsentscheidung gegenüber einer zu großen Zahl an zu versorgenden Menschen.
- Die Durchführung obliegt einschlägigen fachlichen ExpertInnen, die die Betroffenen nach bestimmten Versorgungsprioritäten klassifizieren. Diese sind eigens qualifizierte Triage-ÄrztInnen und in den USA bei zivilen Einsatzkräften sogenannte „*triage-officers*“ mit besonderen Kompetenzen.
- Die Einteilung bzw. Diagnose orientiert sich dabei an einem im Vorfeld entwickelten Konzept, das vorgibt wie zu triagieren ist (Iserson / Moskop 2007; vgl. Ellebrecht 2009:231).

Ein für den Forschungsansatz dieser Arbeit besonderer Nutzen des Triage-Konzepts ist *„dass die am Schadensort konkret zu leistende Entscheidungsarbeit teilweise in das zeitliche Vorfeld des Notfalls vorverlagert und so von ihr entlastet wird.“* Ellebrecht (ebd.).

Weitere bei Nils Ellebrecht vorgefundene Aspekte erscheinen für die geplante Anwendung in einer sozialarbeiterischen Triage (SAT) bedeutsam:

- Die Triage ist kein einmaliger Einschätzung- und Verweisungsprozess. Es bedeutet in einem Notfallgeschehen ein System anzuwenden, das der psychodynamischen Entwicklung der AkteurInnen und den sich veränderten Ressourcen- und Verweisungsoptionen fortlaufend Rechnung trägt.
- Die Triage baut auf einer Gleichheitsannahme aller AkteurInnen in einem Case auf. Sie beginnt vor Ort immer mit einer Besichtigung aller Verwundeten. *„Sie ist eine realistische und keine idealistische Technik“* und *„nur vor dem Hintergrund prinzipieller Gleichheit*

existiert die Triage und kann sie als ein „ethisch bitteres Handeln“ (Rossetti 1988:25; Mayer 1987) empfunden werden“ (Ellebrecht 2009:235).

- Bei der Einstufung wird das betreffende Kollektiv nicht nur medizinisch behandelt, sondern in einer organisatorischen Maßnahme erfasst, strukturiert und passend(er) verwiesen.
- *„Die Triage ist als Verfahren zum Gewinn von Ordnung zu verstehen, daneben kann sie auch als eine mentale Technik betrachtet werden. Die Triage ist ein Modus des Handelns, der auf einer emotionalen Distanz zum äußeren Geschehen wie zum inneren Verlagen beruht.“ (Ellebrecht 2009:240)*
- Besonders in der strukturarmen ländlichen Notfallmedizin kommt es nicht nur bei notfallmedizinischen Ereignissen zu einer Vorsichtung durch die zuerst eintreffenden Rettungsmannschaften. Beim Fehlen von NotärztInnen, EinsatzleiterInnen und anderen Spezialkräften sind diese gezwungen, eine erste Gesamt-Lagebeurteilung und Sortierung, also eine Triage einzuleiten.

Vor einer möglichen Triage von Menschen mit akuten psychosozialen Hilfsanfragen durch aufsuchende SozialarbeiterInnen, „Emergency Sozial Worker“ (vgl. Redelsteiner in Vock 2016), müssen die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geklärt werden.

Dass dies für einen zukünftig noch zu führenden berufspolitischen Diskurs notwendig ist, zeigte vor acht Jahren eine Debatte in Deutschland darüber, ob und wann dort die RettungsassistentInnen triagieren sollten (vgl. Ellebrecht 2009)?

2.1.4. Kompetenz und Anforderungen

Stefan Wallner

Um im praktischen Teil dieser Arbeit eine grundlegende Struktur für die Befragung der ExpertInnen und die Auswertung ihrer Stellungnahmen zu haben, ziehen die Autoren für den Kompetenzbegriff die Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (EQR 2008) und die globalen Richtlinien der Sozialarbeit (IFSW 2014) heran.

Kompetenz ist die nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen. In deutschen sozial- und pflegeberuflichen Publikationen wird dies als Ausnutzen eines ganzheitlichen

Handlungspotentials mit Subjekt- und Situationsbezug gedeutet (Dütthorn 2010:132). Im Europäischen Qualifikationsrahmen wird Kompetenz im Sinne der Übernahme von Verantwortung und Selbstständigkeit beschrieben (EQR 2008:C 111/4).

Im Kompetenzfeld der Sozialen Arbeit wird mit und nicht für Menschen gearbeitet. Entsprechend ihrer Paradigmen der sozialen Entwicklung können SozialarbeiterInnen auf ein großes Spektrum an Fertigkeiten, Techniken, Strategien, Grundsätzen und Handlungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen des Systems zugreifen (vgl. IFSW 2014, DBSA 2014) Ein dementsprechendes Berufsbild mit Kompetenz- und Qualifizierungsvorgaben liegt derzeit für Österreich nur als Entwurf vor (OBDS 2016:3).

Anforderung - Der deutsche Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisation (REFA 1993:14) definiert Anforderung als „die Gesamtheit der physischen und psychischen Voraussetzungen zur Ausführung der Arbeit“.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollen erste grundlegende Kompetenzen und Anforderungen für Emergency Social Worker (ESW) erkannt und aus dem Handlungsfeld heraus beschrieben werden.

2.2. Strategien und Vorgehensweisen im Rettungsdienst und am Notruf

2.2.1. Hilfe vor Ort – Die Perspektive von SanitäterInnen

Heinz Novosad

Mit der Schilderung eines persönlich erlebten rettungsdienstlichen Einsatzgeschehens werden am konkreten Beispiel typische Abläufe des Handlungsfeldes von rettungsdienstlichen HelferInnen vor Ort nachgezeichnet.

Es war kurz vor 10.00 Uhr vormittags als der Alarm das Notarztteam erreichte. Dabei wurde zu einem nicht ganz seltenen Einsatzgrund rund 10 km vom Stützpunkt entfernt alarmiert. In der Sprache des Rettungsdienstes wird dieser Einsatz als „Wohnungstüröffnung“ bezeichnet. Ein Anruf einer verzweifelten Hauskrankenpflegerin am Rettungsnotruf ging der Alarmierung unmittelbar voraus. Sie hätte eine 76jährige Patientin zu betreuen, könne allerdings trotz

Schlüssel nicht in deren Wohnung. Sie vermutete, dass die Patientin den Schlüssel innenseitig angesteckt habe und ihr möglicherweise innerhalb der eigenen Wohnung etwas zugestoßen sein könnte. Alle Versuche in die Wohnung zu gelangen – auch durch lautes Klopfen und Schreien und den Versuch einer Kontaktaufnahme zur Schwiegertochter, die im Erdgeschoß des gleichen Mehrfamilienhauses wohnt und zur Hausmeisterin – wären gescheitert, weshalb sie via Notruf um Hilfe gerufen hätte. Auch die ersteingetroffene Mannschaft eines Rettungswagens konnte von der Patientin weder ein Lebenszeichen ausmachen noch auf irgendeinem Weg in die Wohnung gelangen.

Nachdem die Feuerwehr im Beisein der Exekutive die Tür letztlich gewaltsam öffnete, fanden die SanitäterInnen eine - atmende und scheinbar unverletzte - betagte Patientin im Wohnzimmer liegend vor. Vor über zwölf Stunden war sie in der eigenen Wohnung gestürzt und konnte sich aus eigener Kraft nicht mehr aus ihrer misslichen Lage befreien und weder etwas trinken noch auf die Toilette gehen. Es ist zu vermuten, dass niemand außer der Patientin selbst, nachvollziehen kann, wie es sich anfühlt in der eigenen Wohnung solcherart gefangen zu sein und den Dingen aus Hilflosigkeit irgendwann einfach seinen Lauf zu lassen. Sehr schnell stand fest, dass eine Therapie mangels Krankheit nicht erforderlich war und die Dame der weiteren Betreuung durch die Hauskrankenpflegerin anvertraut werden konnte.

Erfahrene SanitäterInnen bereiten sich bei derartigen Einsätzen hinter verschlossenen Türen normalerweise auf das Schlimmste vor. Der Erleichterung des Teams folgte nach diesem Einsatz eine intensive Reflexion darüber, warum die ältere Dame so unglaublich lange auf Hilfe warten musste, obwohl bereits verschiedene Ressourcen ihres unmittelbaren Sozialraumes mobilisiert zu sein scheinen (hilferufende Hauskrankenpflege, Angehörige und informierte Hausmeisterin im selben Mehrfamilienhaus). Zusätzlich war für die Patientin ein funktionierendes technisches Hilfesystem (SeniorInnennotrufsystem) in Form eines Armbandes eingerichtet, welches sie aber nicht benutzt hatte.

Wie so oft in solchen Fällen, konnte sich die ältere Dame weder selbst helfen, noch konnte die nahe Familie, die informierte Nachbarin oder der professionelle Hilfsdienst sie aus ihrer misslichen Lage befreien. Alle helfenden Hände und Techniken waren im geschilderten Anlassfall offensichtlich nicht in der Lage, ihre hilflose Situation zu verbessern. Mit dem Notruf an die Rettungsleitstelle wurde diese Dame also gegen jede Indikation - auch wenn sich das

mangels Zugang erst später herausstellte - zur Patientin. Es ist obendrein davon auszugehen, dass sie dies auch grundsätzlich gegen ihren Willen wurde, da sie andernfalls sehr wahrscheinlich den Notrufknopf an ihrem Senioren-Notrufsystem aktiv betätigt hätte. Die Deutung eines Notfalls oder einer Notlage durch die Betroffenen entspricht in vielen Situationen nicht derjenigen von professionellen HelferInnen im Rettungsdienst. Menschen mit unterschiedlichen sozialen Biografien, Kontexten und Kulturen haben naturgemäß andere Auffassungen von einem „Notfall“ und deuten die „erforderliche Hilfe“ demnach auch unterschiedlich. (vgl. Dallmann / Volz 2006:55)

Viele Hilfesuchende werden aufgrund solcher oder ähnlicher Umstände im weiteren Verlauf entsprechend rettungsdienstlicher Logik „behandelt“ und als PatientIn ins Krankenhaus gebracht. In der Regel kann nur die aktive Willensbekundung von Betroffenen eine weitere Therapie ausschließen, selbst wenn sie „nur zur Sicherheit“ erfolgt. Es gibt unter Umständen sogar die paradoxe Situation, dass Betroffene gerade aufgrund des sozialen Umfeldes als PatientIn weiter behandelt werden (vgl. Redelsteiner 2016:23).

Auch wenn eine solche Vorgehensweise nicht intendierte rettungsdienstliche Handlungslogik ist (vgl. Redelsteiner 2006:5), so dokumentiert sie doch am Beispiel wie stabil eine solcherart entstandene Krankenrolle sein kann. Strukturierte rettungsdienstliche Vorgehensweisen sind bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und gefährlichen Unfällen zur Abwendung von Lebensgefahr von essentieller Bedeutung (vgl. Strauß 2002:129). Mit einer medizinisch-therapeutischen Handlungslogik ist naturgemäß ein hohes Maß an Ausschluss- und Sicherheitsdenken verbunden. Bei vielen Notfalleinsätzen liegt tatsächlich keine Lebensgefahr vor, während aber jeder einzelne Einsatz innerhalb der sozialen Lebenswirklichkeit geschieht; darin oft sogar die Ursache zu finden sein dürfte (vgl. Redelsteiner / Pflegerl 2015:239). Eine professionelle Wahrnehmung sozialer Hintergründe als ergänzende Strategie ist in der rettungsdienstlichen Handlungslogik nicht präsent.

Auf diese Weise bleiben primär getroffene Entscheidungen von Helfern und Helferinnen oft viel zu lange bestehen. Eine systematische Verweisung oder zumindest das „Anstoßen“ anderer Unterstützungsmöglichkeiten findet in der Praxis selten statt. Daraus entwickeln sich mitunter sogar sogenannte „Drehtüreffekte“ (Redelsteiner 2013:4), bei denen die Einschätzung oder Unterstützung bei der Bewältigung von sozialen Aspekten wie Einsamkeit,

Überforderung von Angehörigen oder die sozialpsychiatrische Situation von Betroffenen wiederholt ausbleiben. Obwohl der Rettungsdienst vor Ort genauso wie die Soziale Arbeit im unmittelbaren Lebensumfeld der betroffenen Menschen tätig ist, gibt es mit wenigen Ausnahmen keine bewusste Annäherung.

Mit der vorliegenden Untersuchung soll unter anderem das gegenseitige Kennenlernen und das Wissen bzw. die Aufmerksamkeit für die jeweils andere Profession geschärft werden. Mechanisierte Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Disziplinen verweisen meist prozesshaft auf die jeweiligen Verantwortlichkeiten, streben aber per se nicht nach einer gemeinsamen Theorie oder übergeordneten Prinzipien. Eine bewusste Orientierung an Theorien und Leitideen der Sozialen Arbeit in der Alltagspraxis des Rettungsdienstes ist eine Chance einen ganzheitlichen Ansatz zur Hilfeleistung zu stärken.

2.2.2. Hilfe am Telefon - Telefonische Einschätzung und Interaktion

Ähnliche institutionelle Bedingungen und die entsprechende disziplinäre Handlungslogik sind auch im Umfeld sogenannter Notrufleitstellen vorzufinden. Eine wesentliche Bedeutung im Sinne ihrer Wirkungsmacht auf Menschen und Gesellschaft ergibt sich aber darüber hinaus aus ihrer zentralen Stellung, weil Notfälle jeden Menschen unterschiedlichster Gesellschaften und Kulturen betreffen und grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt des menschlichen Lebens möglich sind. (vgl. Clawson / Dernocoeur 2009:1.2)

Hinzu kommt, dass sich einmal von Notrufleitstellen getroffene disziplinäre Zuordnungen im Alltag meist als sehr stabil erweisen (vgl. Kritz / Wallner 2016). Die einseitige Legitimation der jeweils eigenen Profession kategorisiert die hilfeschenden Personen und spricht sie ausnahmslos mit dem gleichen Verhältnisbegriff an. Ein Patient oder eine Patientin kann auf diese Weise niemals zu einem Klienten oder einer Klientin werden (vgl. Dallmann / Volz 2006:59).

Als wesentliche Technik der Annäherung kennen Notrufleitstellen derzeit überwiegend nur das Gespräch. Diese Einschränkung auf einen akustischen Kanal zur Informationsbeschaffung und telefonischen Hilfeleistung erfordert spezielle Strategien zur Einschätzung und Bewältigung. Weltweit standardisierte Vorgehensweisen bestimmen dabei die Beurteilung und

Priorisierung von Krankheitsbildern, Gefahrensituationen oder Verletzungsmechanismen. Die Vermittlung zwischen dem Ergebnis der Einschätzung und der verfügbaren Hilfeleistung basiert ebenfalls auf standardisierten Kategorien, sogenannten Einsatzcodes. Sie wird jedoch auf dem Weg einer Zuordnung von Einsatzcodes zu regional verfügbaren unterschiedlichen Qualifikationen der medizinischen Versorgung unter medizinischer Aufsicht lokal definiert. Eine besondere Qualifikation der medizinischen Versorgung im Notfall stellt die Hilfeleistung durch Anweisungen der Leitstelle dar. Im Rahmen jeder einzelnen Notrufbearbeitung erfolgt eine telefonische Beratung zur Unterstützung bei der Anwendung einfacher Erster Hilfe Maßnahmen. Bei rund 8 % aller Notrufe in der niederösterreichischen Rettungsleitstelle kann eine solche Beratung durch NotrufexpertInnen lebensrettend sein oder helfen weiteren Schaden abzuwenden (vgl. NNÖ o.J.). In solchen speziellen Situationen (z.B. Kreislaufstillstand, Erstickten, Ertrinken, Gefahr, starke Blutung, etc.) muss sofort nach Auftreten des Problems gehandelt werden und nicht erst auf das Eintreffen der HelferInnen vor Ort gewartet werden. Diese Form der Beratung wird in Notrufleitstellen als Anleitungen zu Sofortmaßnahmen bezeichnet. Diese werden nach wissenschaftlicher Auswertung globaler medizinischer Erkenntnisse von Fachgesellschaften wie zum Beispiel dem European Resuscitation Council (ERC) oder den International Academies of Emergency Dispatch (IAED) regelmäßig weiterentwickelt. Damit verbunden ist ein sehr hoher Grad an Standardisierung. Naturgemäß lässt sich eine erfolgreiche Beratungsleistung nicht auf den standardisierten Inhalt reduzieren, weshalb die konsequente Auseinandersetzung mit dem Prozess der Interaktion, beabsichtigte und unbeabsichtigte Einflussnahme während der Beratung und der erforderliche Beziehungsaufbau eine wesentliche Rolle spielen. Auch im Handlungsfeld von Notrufleitstellen lässt sich zwischen der Einschätzung und der Bewältigung kein deutlicher Unterschied machen. Damit wird eine interessante Analogie der Entwicklung bei der Kultivierung der Annäherungsprozesse zwischen jenen der Sozialen Arbeit und der Notrufleitstellen angedeutet (vgl. Pantuček 2012:13).

Nach Claessens meint Interaktion „aufeinander bezogenes und rückbezogenes Verhalten“ (Krüger 2011; o. A. zit. in Michel-Schwartz 2002:97) zwischen zwei kommunizierenden Personen. Beratung ist im Idealfall als Beziehung und Prozess zu verstehen. Eine belastende oder einschränkende Lebenssituation der hilfeschuchenden Person soll durch fortlaufende Unterstützung verändert werden (Krüger 2011: o. A. zit. in Dimmel / Schmid 2013:21). Die telefonische Kommunikation zeichnet sich durch eine räumliche Trennung von SenderIn und

EmpfängerIn aus. Zur Überbrückung dieser Entfernung werden technische Hilfsmittel verwendet. Bei technischer Übertragung basiert die Verständigung typischerweise auf einem akustischen Kanal – zum Beispiel dem gesprochenen Wort. Nonverbale Informationen wie Umgebung, Aufenthalt, Stimmung, Gesichtsausdruck, Situationskontext sind nicht wahrnehmbar (vgl. Seidlitz / Theiss 2007:24).

Aus verschiedensten Gründen sind Techniken zum Austausch über visuelle Kanäle (z.B. Videotelefonie) selbst in modernsten Notrufleitstellen derzeit nur sehr rudimentär in Verwendung. Interaktion bedeutet also am Notruf grundsätzlich, dass die/der AnruferIn auf der „visuellen Seite“ und die/der ErstberaterIn auf der „nicht visuellen Seite“ sein/ihr Verhalten aufeinander beziehen und rückbeziehen.

Friedemann Schulz von Thun beschreibt diesen Prozess eher plastisch als das gemeinsame Spiel von Sender und Empfänger und meint damit, dass Kommunikation nicht damit beendet ist, dass jemand etwas von sich gibt und bei jemand anderem etwas ankommt. Interaktion bedeutet vielmehr: „Der Empfänger reagiert, wird dadurch zum Sender und umgekehrt, und beide nehmen aufeinander Einfluss.“ (Schulz von Thun 2011:91) Es ist für diese wechselseitige Einflussnahme in der Praxis zwischen NotrufexpertInnen und PatientInnen kennzeichnend, dass sie zwischen Angehörigen zweier Welten stattfindet. Durch die Begleitumstände des Zusammenkommens, sowie unterschiedlicher Deutungsmuster oder ungleicher Begriffshorizonte droht jedoch wechselseitige Verständnislosigkeit (vgl. Michel-Schwartz 2002:97). Über das von Brigitta Michel-Schwartz beschriebene strukturdeterminierte Handeln hinausgehend, muss auch die oben angesprochene Problematik des „nicht visuellen“ Handlungsfeldes bei telefonischer Kommunikation kritisch dargelegt werden.

In der folgenden Beschreibung des typischen Prozessverlaufs einer Hilfsanfrage am Notruf werden die bisher analysierten Perspektiven zusammengefügt, um die Strategien der gegenwärtigen Praxis deutlich sichtbar zu machen.

2.2.3. Prozessdarstellung von Hilfsanfragen am Notruf

Über den Weg der Standardisierung des Prozesses wird üblicherweise versucht bei der Informationsgewinnung, Problemdefinition und Entscheidungsfindung größtmögliche Objektivität herzustellen und subjektive Deutungsmuster systematisch zu unterbinden. Schon 1999 beschreibt Gernot Vergeiner in seinem Buch „Leitstellen im Rettungsdienst“ die Wichtigkeit sich aus dem Chaos der Notfallmeldung in der Phase der Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme ein strukturiertes Bild zu machen und dabei die sachlichen und örtlichen Gegebenheiten und die soziale Realität am Notfallort zu erkennen (vgl. Vergeiner 1999b:154).

Mit der anschließenden Grafik wird die Komplexität des gesamten Prozesses der Leistungserbringung der Notrufleitstelle und des Rettungsdienstes zur besseren Übersicht stark vereinfacht. Mit dieser Vorgehensweise sollen die wesentlichen Prozesselemente, die Verantwortlichkeiten und eingesetzten Strategien zur Einschätzung und Bewältigung aufgedeckt werden. Diese Vorgehensweise dient der Einordnung der Arbeit in den vorhandenen Wissensstand und unterstützt den späteren Analyseprozess und die Modellbildung.

Auf der linken Seite der Grafik sind die einzelnen Prozessschritte eingezeichnet; beginnend mit der Hilfsanfrage am Notruf bis zur Versorgung und dem Transport des/der Betroffenen in eine medizinische Versorgungseinrichtung. Auf der rechten Seite der Grafik werden in tabellarischer Form die AkteurInnen dem Prozess gegenübergestellt und Verantwortlichkeiten für die Durchführung, Entscheidung, Information und Mitarbeit zugeordnet.

Es werden folgende Abkürzungen (in alphabetischer Reihenfolge) in der Grafik verwendet:

D	=	Durchführung
E	=	Entscheidung
I	=	Information
M	=	Mitarbeit

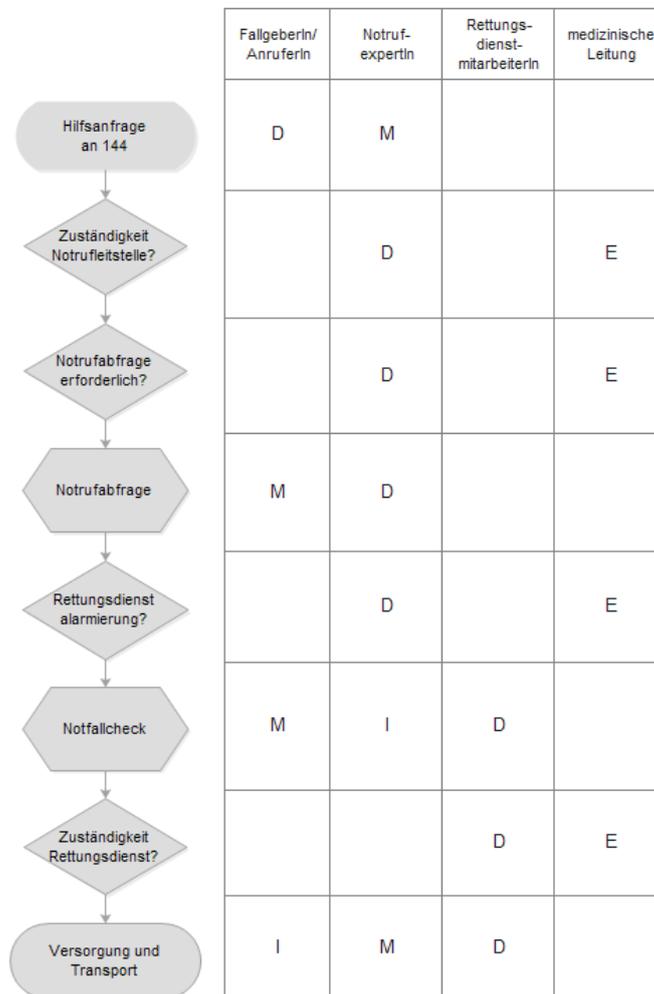


Abbildung 3: Prozessdarstellung Notrufleitstelle und Rettungsdienst
 Quelle: eigene Darstellung Novosad

Nach Ansicht der Autoren prägen zwei charakteristische Gegebenheiten den Prozess der Leistungserbringung der Notrufleitstelle und des Rettungsdienstes.

Die Durchführungsverantwortung entwickelt sich im Verlauf quer zum Prozess, weil sie ausgehend vom Anruf im weiteren zeitlichen Verlauf zwischen den AkteurInnen weitergereicht wird. Mit den jeweils gegebenen unterschiedlichen Möglichkeiten zur Einschätzung und Bewältigung der HelferInnen am Telefon und der HelferInnen vor Ort (siehe Kapitel 2.2.1. und 2.2.2.) lässt sich ein hoher Spezialisierungsgrad verbinden. Die gegebene Einschränkung der Möglichkeiten der NotrufexpertInnen auf den akustischen Kanal zur Informationsbeschaffung und telefonischen Hilfeleistung führt zu einer entsprechenden Konzentration bei der

Standardisierung. Standardisierte Vorgehensweisen bei der Notrufabfrage fokussieren deshalb innerhalb des medizinischen Handlungsfeldes besonders auf Kommunikation, Sprache, AnruferInnenverhalten, AnruferInnenführung, menschliche Verhaltensweisen, Beratung, Handlungsanweisungen und technische Unterstützung. Von großer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung ist, dass trotz allem die identifizierten Probleme in der Person verortet werden und den AnruferInnen/FallgeberInnen eher die Aufgabe von InformationslieferantInnen zukommt. Diese Umstände resultieren aus der medizinischen Handlungslogik und der letztgültigen Entscheidungsverantwortung (siehe Abbildung 3).

In jenen vier Prozessschritten, die einer Entscheidung bedürfen, kann man die reale Entscheidungsverantwortung identifizieren. Es scheint dabei nicht besonders ungewöhnlich, dass diese in Notrufleitstellen und Rettungsdienst Aufgabe der medizinischen Leitung ist. Dessen ungeachtet unterstützt dieses konzentrierte und analytische Hinsehen bei der Erforschung und Modellbildung der Möglichkeiten zur Filterung und Lenkung psychosozialer Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen. Um den fachlichen Beitrag der Sozialen Arbeit in einem solchen Handlungsfeld zum Beitrag der medizinischen Profession in Bezug zu setzen, muss diese nämlich auf der Ebene beider Verantwortlichkeiten angesiedelt werden. Auf diese Weise könnte beim Versuch einer interdisziplinären Einschätzung und Bewältigung eine harmonisierende Nivellierung nach unten oder Etablierung einer informellen Hierarchie verhindert werden (vgl. Pantuček 2012:24).

Nachdem nun die relevanten, dem gegenwärtigen System zugrundeliegenden Umstände exploriert sind, kann darauf weiter aufgebaut werden. Mit einer modifizierten Prozessdarstellung können so bereits mögliche „entscheidende Andockstellen“ zur Erforschung und Modellbildung einer sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144 sichtbar gemacht werden.

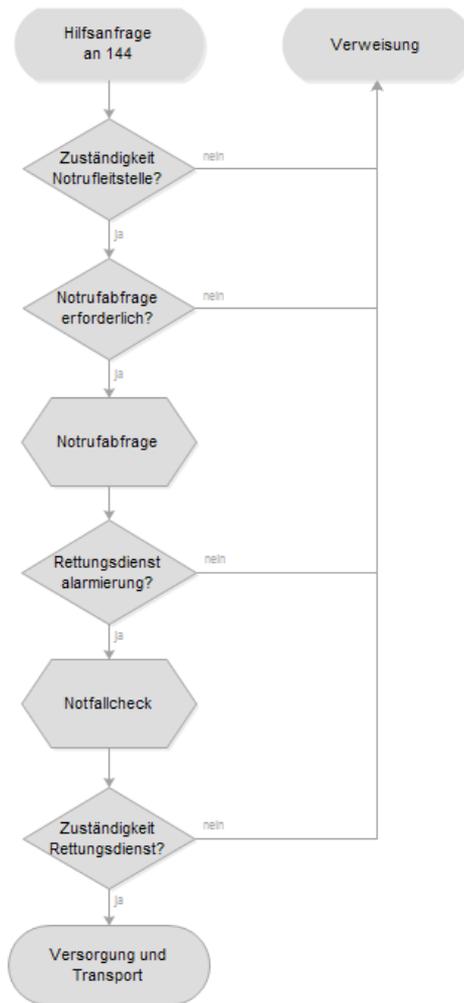


Abbildung 4: Prozessdarstellung mit Verweisung
 Quelle: eigene Darstellung Novosad

2.3. Best Practice International

Heinz Novosad

Die Konsequenzen mangelnder Verzahnung der Professionen und Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens werden von Christoph Redelsteiner in seiner Abhandlung „Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich“ (2016) bereits umfassend dargelegt. Mit seiner Analyse der Ursachen ist die Verortung und Ausgangslage der gegenständlichen Arbeit (siehe Kapitel 1.1) begründet. Aus der Fokussierung auf ein präsentiertes medizinisches Problem lässt sich eine fehlende Wahrnehmung komplexer Aspekte herleiten (vgl. Redelsteiner 2016:27).

Hilary Campbell und Brian Rasmussen untersuchten im Jahr 2012 in einer Studie mit dem Titel „Riding Third: Social Work in Ambulance Work“ die mögliche Rolle der Sozialen Arbeit im Rettungsdienst. Sie beschreiben eine beobachtbare Versorgungslücke, da SanitäterInnen per Definition psychosoziale Situation nicht versorgen und auch keine anschließenden Verweisungen anbieten können. Sowohl Betroffene als auch deren Familien würden in vielen Fällen vom Fachwissen der Sozialen Arbeit profitieren. Die Einbeziehung der Sozialen Arbeit als sogenannte „Emergency Social Work“ könnte das Betreuungsangebot wesentlich verbessern, weil sich diese hinreichend mit der Lebenswelt von betroffenen Menschen beschäftigen und diese Verantwortung den SanitäterInnen abnehmen könnten (vgl. Campbell / Rasmussen 2012).

Im internationalen Kontext lassen sich einige Modellverfahren mit Bezug zu diesen Arbeiten identifizieren, welche in alphabetischer Reihung kurz dargestellt werden.

2.3.1. Community Assistance Response Team (CARES) Spokane, USA

Spokane ist die zweitgrößte Stadt im Bundesstaat Washington mit etwas über 200.000 Einwohnern. Das Projekt Community Assistance Response Team (CARES) wurde im Jahr 2008 vom Spokane Fire Department gemeinsam mit der Eastern Washington University begonnen. Die CARES Teams sollen jene Menschen unterstützen, welche Schwierigkeiten dabei haben die Angebote der lokalen Primärversorgung zu identifizieren und in Anspruch zu nehmen. Meist wenden sich Betroffene in solchen Fällen einfach an den Rettungsdienst. Die

SanitäterInnen treffen bei ihrer Ankunft deshalb immer häufiger auf unterschiedlichste menschliche Krisensituationen oder Isolation. In Spokane werden zu jedem Rettungseinsatz ein Feuerwehrfahrzeug mit drei bis vier Feuerwehrleuten und ein Rettungsfahrzeug mit zwei bis drei SanitäterInnen losgeschickt. Mit CARES können Rettungskräfte spezielle Teams anfordern, welche nach dem Einsatz zu den Betroffenen nach Hause kommen. Die Eastern Washington University besetzt diese Teams mit StudentInnen der Sozialen Arbeit. Diese agieren unter professioneller Aufsicht als FürsprecherInnen, analysieren gemeinsam die Situation und suchen passende Hilfestellungen. Mit diesem Vorgehen kann das Spokane Fire Department den Rettungsdienst und die SanitäterInnen entlasten und gleichzeitig einen höheren Servicelevel anbieten (vgl. Schaeffer 2017 und Parise / Wiggins 2016).

2.3.2. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Holland

Der Begriff und die Abkürzung lässt sich am besten mit „psychische Gesundheitsversorgung“ übersetzen. Er beschreibt einen speziellen Aufbau des niederländischen Versorgungssystems. Um dieses System nachvollziehen zu können, muss man vorweg erläutern, dass dabei sowohl medizinische als auch soziale Versorgungsmodelle Anwendung finden. Behandlung, Pflege und Betreuung sind nicht streng voneinander getrennt oder an bestimmte Fachdisziplinen gebunden. Daher ist die Arbeit in interdisziplinären Teams eine gewohnte und übliche Vorgehensweise. PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen arbeiten auf Augenhöhe und haben einen klar bestimmten Zuständigkeitsbereich. Dieser ganzheitliche Ansatz soll dabei Menschen mit ernsthaften psychischen, psychosozialen und psychiatrischen Problemen helfen können. Er umfasst sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich und reicht von der Behandlung bis zur Betreuung und Beratung. Das HausärztInnensystem nimmt dabei eine Gatekeeper-Rolle ein und verweist bei Bedarf die Betroffenen in ein vereinheitlichtes und recht monopolisiertes weiteres Versorgungssystem (vgl. Kok 2007).

2.3.3. Medical Transportation Innovation Project (IMTIP) Illinois, USA

Nach einer umfassenden Analyse im Rettungsdienst begründeten das Illinois Department of Transportation (IDOT), das Center for Rural Health and Social Service Development (CRHSSD) und die Southern Illinois University's School gemeinsam das Illinois Medical Transportation Innovation Project (IMTIP). Illinois ist ein Bundesstaat im sogenannten mittleren

Westen der Vereinigten Staaten von Amerika. Mit dieser formalen Zusammenarbeit soll das Hilfesystem aus einer Gesamtsicht betrachtet werden können. Die PartnerInnen entscheiden sich zur Anwendung eines sogenannten „patient navigator models“ (PN). Es handelt sich dabei um eine proaktive Strategie für die Zusammenarbeit mehrerer PartnerInnen und Professionen. Dieses PN Konzept beinhaltet Aspekte von Case Management, Bildungsarbeit, Soziale Arbeit und Anwaltschaft. Über das IMTIP Projekt werden im Rettungsdienst und in den Notrufleitstellen derartige PNs zum Einsatz gebracht. Erklärtes Ziel dieser Vorgehensweise ist die Ermächtigung der betroffenen Menschen in dem sie Zugang zu Krankentransporten, anderen Gesundheitsdiensteanbietern und Sozialen Diensten erhalten. Erste Ergebnisse des für drei Jahre angelegten Pilotprojektes sind bereits ausgewertet. Diese geben vor allem Aufschluss über jene Problembeschreibungen welche zu Verweisungen an die PNs führen. Am häufigsten werden PatientInnen mit dauerhaften oder wiederkehrenden Schmerzen, Stürze, ärmliche Lebensverhältnisse, fehlende Betreuung, Alkohol oder Drogenprobleme, psychiatrische Problemstellungen oder Kombinationen aus den gerade genannten Umständen an die PNs weitergeleitet (vgl. Bik et al. 2015).

2.3.4. Mobile Community Care Team (CRT) Colorado, USA

Die Vorträge von Frau Lieutenant Juliet L. Stone (2016) vom Colorado Springs Fire Department am Ilse Arlt Symposium und am Peter Safar Symposium 2016, der Fachhochschule St. Pölten und ein darauffolgendes 30minütiges explorierendes Interview via dem Instant-Messaging-Dienst Skype™ sind die Quelle der folgenden Beschreibung.

Das Colorado Springs Fire Department (CSFD), im US-amerikanischen Bundesstaat Colorado, begann sich im Jahr 2012 mit der auffällig großen Anzahl nicht indizierter Inanspruchnahmen der Notfalldienste gezielt auseinanderzusetzen. Zunächst haben die wesentlichen Gesundheits- und Sozialdienste gemeinsam mit dem CSFD das Programm CARES (Community Assistance Referral & Education Services) ins Leben gerufen, um gemeinsam mit Betroffenen geeignete Interventionsmöglichkeiten aufzufinden. Als Reaktion auf die Erkenntnisse von CARES wurde das Projekt CRT (Mobile Community Care Team) entwickelt, um Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen ohne unnötige Hürden und Verzögerung mit der geeigneten medizinischen, sozialen oder psychologischen Betreuung zu verbinden. Die interdisziplinären, mobilen Teams bestehen aus einem Polizisten/einer

Polizistin, einem Sanitäter/einer Sanitäterin und einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin. Die Möglichkeiten dieser CRT Teams sind unter anderem die Krisen-Deeskalation, eine Vor-Ort Beurteilung, der Transport in das lokale CSU (Crisis Stabilization Unit) oder die direkte Zuweisung zur psychiatrischen Behandlung bzw. Schutzverwahrung.

3. Forschungsprozess

3.1. Forschungsstrategie und -ablauf

Heinz Novosad

Das Vorhaben wurde als empirisches Sozialforschungsprojekt konzipiert. Die beiden Autoren beabsichtigen mit ihren Untersuchungen der offenen und verdeckten psychosozialen Anliegen an Rettungsleitstellen und deren differenzierter Verweisung an die Soziale Arbeit zur Weiterentwicklung von Theorien „in diesem bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt“ (Gläser / Laudel 2010:24) beizutragen. Die empirische Suche nach kausalen Erklärungen und die Formulierung der Forschungsfrage, legen eine qualitative Strategie zur Analyse und ausreichenden Interpretation nahe (vgl. Gläser / Laudel 2010:28).

Der Forschungsverlauf lässt sich als vierstufiges Verfahren darstellen. Im ersten Schritt wurden zunächst die theoretischen Vorüberlegungen aus dem internationalen Kontext exploriert. Die qualitative Analyse konkreter Problemlagen und der Perspektive der NutzerInnen verdichtete und konkretisierte die ersten Vorannahmen. Die abschließende qualitative Auswertung und Diskussion diente der Beantwortung der Forschungsfrage und Modellbildung. Die folgende Grafik 5 veranschaulicht die vier Stufen des Forschungsprozesses. Daran anschließend folgen eine genauere Beschreibung der einzelnen Verfahrensschritte sowie eine ausführliche Darstellung der Vorüberlegungen, des Forschungsfeldes, der Erhebungsinstrumente und verwendeten Auswertungsmethoden.

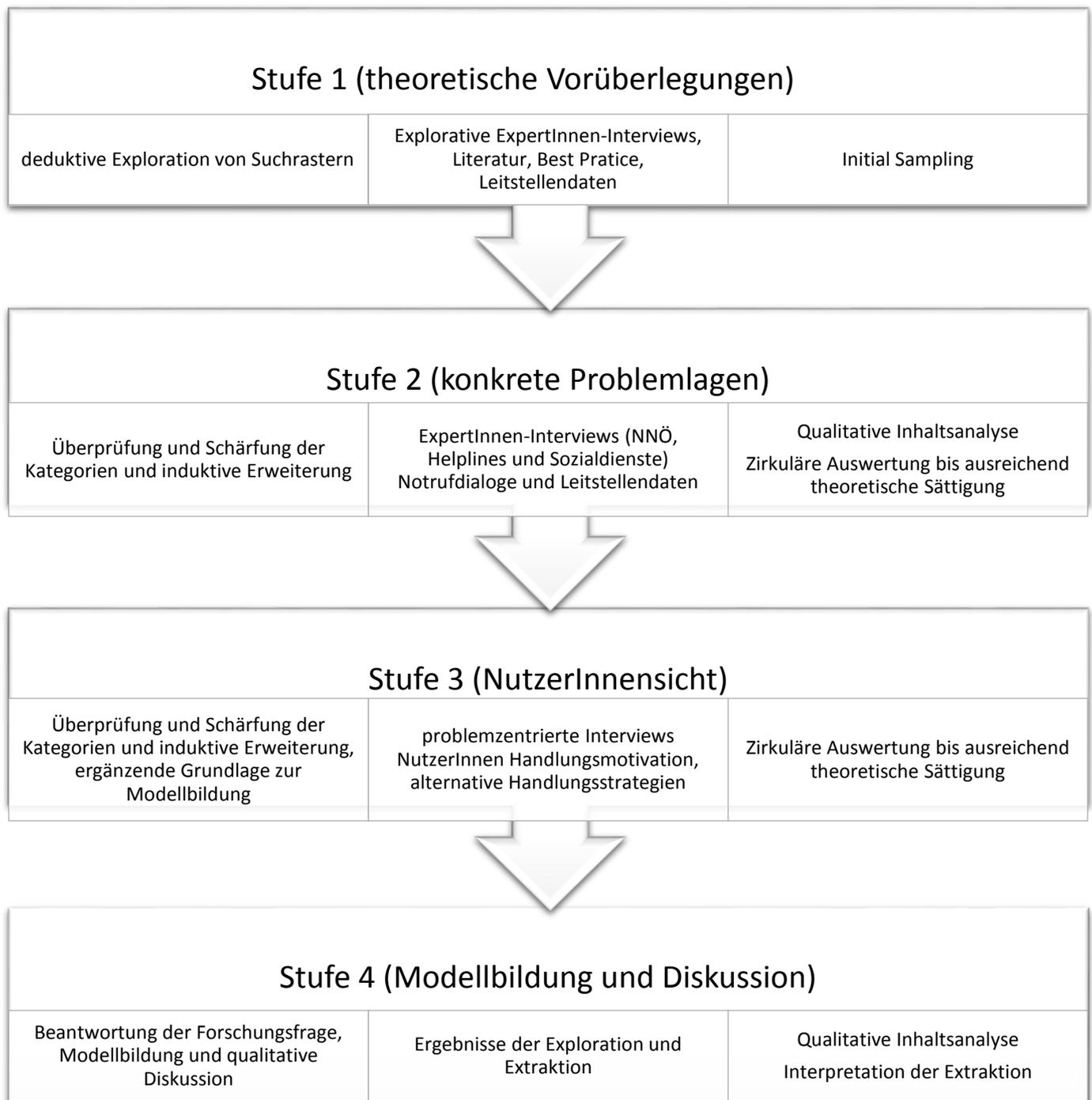


Abbildung 5: Forschungsprozess

Quelle: eigene Darstellung, Novosad, Wallner, Zahorka

3.1.1. Theoretische Vorannahmen und Suchraster

Im ersten Schritt wurden anhand von ExpertInneninterviews, Analyse von Literaturquellen, Best Practice Modellen und Leitstellendaten in deduktiver Weise theoretische Vorannahmen zum Untersuchungsgegenstand exploriert. Die solcherart erkennbaren Suchraster leiteten und strukturierten die spätere Extraktion.

3.1.2. Konkrete Problemlagen

ExpertInnenwissen aus Rettungsleitstellen, aus weiteren Helplines und Sozialdiensten, statistische Daten der Leitstellensysteme und anonymisierte Notrufdialoge waren die Quellen der Erhebung und stellten die Rohdaten für den zweiten Prozessschritt dar. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse, nach Gläser und Laudel (2010) wurden diesem Rohmaterial mittels Extraktion für die Forschungsfrage relevante Informationen entnommen. Dadurch entstand eine vom Ursprungsmaterial unabhängige Informationsbasis, die durch den Suchraster aus dem vorherigen Schritt strukturiert ist. Die Kategorien (Suchraster) der gewählten Analysemethode sind zudem offen d.h. sie konnten während der Extraktion erweitert werden, wenn relevante Informationen auftauchten, die nicht in das bisherige Kategoriensystem passten.

3.1.3. Perspektive der NutzerInnen

Im nächsten Schritt wurden problemzentrierte Interviews mit NutzerInnen durchgeführt. Der durch die Forschungsfrage zum Ausdruck gebrachte diagnostische Aspekt erfordert nach Auffassung der Autoren, die NutzerInnen zum Beteiligten am Prozess einer Annäherung an ihre Lebenssituation zu machen. Die Auswertung wurde auf diese Weise durch eine zusätzliche Dimension bereichert, da während der zweiten und dritten Stufe die Rohdaten weiter extrahiert und aufbereitet wurden. Mit dem Prozessschritt der Einbeziehung der Perspektive von NutzerInnen wurde demnach die Aufklärung möglicher Kausalmechanismen geschärft. Diese Vorgehensweise diente darüber hinaus als fallspezifische Basis für zwei unterschiedliche Exkurse und unterstützte die beabsichtigte Modellbildung.

3.1.4. Auswertung und Diskussion

Das gewählte Verfahren half dem Forscherteam dabei die komplexen Informationen aus den Daten zu entnehmen, die es für die Aufklärung von Kausalmechanismen benötigte. Mit deren qualitativer Auswertung kann die gegenständliche Forschungsfrage beantwortet werden. Die im Forschungsprozess gewonnenen Erkenntnisse wurden im letzten Schritt exemplarisch und modellhaft illustriert und kritisch diskutiert.

3.2. Explikation der Fragestellung

Heinz Novosad

Die im einleitenden Kapitel 1.1. herausgearbeitete Problemstellung bestimmt naturgemäß die Formulierung der Fragestellung. Für die weitere Auslegung der Forschungsfrage, wird diese hier nochmal kurz dargestellt. Das Forschungsteam geht davon aus, dass:

- Rettungsleitstellen in der Praxis mit offenen und verdeckten psychosozialen Anliegen konfrontiert werden.
- Solche Anliegen von Rettungsleitstellen auf Basis ihrer eigenen disziplinären Handlungslogik bearbeitet werden.
- Eine Einschätzung durch Rettungsleitstellen in der Regel nicht zu einer Kooperation mit der Sozialen Arbeit führen.

Diese Ausgangslage erfordert eine zielgerichtete Fragestellung hinsichtlich der Möglichkeit der

- Untersuchung von Vorgehensweisen bei der Bearbeitung telefonischer Hilfsanfragen in Theorie und Praxis und
- Darstellung möglicher Funktionen und Rollen der Sozialen Arbeit bei der Filterung und Verweisung telefonischer psychosozialer Anliegen.

Die konkrete Forschungsfrage lautet daher:

„Wie kann eine interdisziplinäre und bedürfnisgerechte Einschätzung und Bewältigung telefonischer Hilfsanfragen an ausgewählte Hilfs- und Sozialdienste realisiert werden?“

Es handelt sich für die Autoren um eine Fragestellung der Sozialen Arbeit, weil einige Aspekte des definierten Berufsbildes, der Zielgruppen und der Aufgaben substantielle Hinweise für eine solche Verortung liefern. Im Speziellen handelt es sich dabei um folgende Bestimmungen:

■ Berufsbild

- Der Ansatz von Sozialarbeit ist ganzheitlich. Probleme von einzelnen Menschen, Gruppen und dem Gemeinwesen werden in ihrer Gesamtheit erfasst.
- Sozialarbeit ist ein Beruf mit eigener Wissensbasis und eigenen Methoden.

■ Zielgruppen

- Um Sozialarbeit präventiv einzusetzen und eine Stigmatisierung zu vermeiden, richten sich die meisten Angebote der Sozialarbeit an die Gesamtheit der Bevölkerung.

■ Aufgaben

- Sozialarbeit koordiniert Hilfen, die ihrer Klientel materielle Unterstützung, persönliche Betreuung und soziale Integration verschaffen.
- Sozialarbeit entwickelt und verbessert soziale Hilfssysteme und den Zugang zu diesen. (vgl. OBDS 2017)

Zur eindeutigen Explikation der Forschungsfrage werden nun die wesentlichsten begrifflichen Bausteine charakterisiert.

Abgesehen vom tatsächlichen Missbrauch oder Irrtum kann bei aktiven **telefonischen Hilfsanfragen** davon ausgegangen werden, dass diese durch „Probleme der eigenen Lebensbewältigung“ oder „auf dem kurzen Weg der klassischen bürgerlichen Wohltätigkeit“ zustande kommen (vgl. Pantuček 2012:28ff). Die Situationsbeschreibung der AnruferInnen kann gegebenenfalls den Raum für eine sozialarbeiterische Problembearbeitung öffnen oder den Auftrag dazu darstellen. Andere Datenquellen zur Informationsgewinnung als das Telefongespräch werden in der vorliegenden Arbeit lediglich in der abschließenden Diskussion thematisiert.

Mit den Begriffen **interdisziplinär und bedürfnisgerecht** bringt das Forscherteam die intendierte Vernetzung mit der Profession der Sozialen Arbeit, sowie auf die gegebene Fallbezogenheit zum Ausdruck. Die Interdisziplinarität verweist darauf, dass verschiedene Gesundheits- und Sozialberufe eng vernetzt und in gegenseitiger Abhängigkeit zusammenarbeiten. Bei der Lösung komplexer Versorgungsprobleme entsteht eine gewisse

Teamidentifizierung (vgl. Mitzkat et al. 2016). Vor dem Hintergrund, dass fehlende Vernetzung von beteiligten Professionen in hochspezialisierten und arbeitsteiligen Hilfesystemen Probleme verursachen können (vgl. Redelsteiner 2016:77) steht die Ausformung des fachlichen Beitrags der Sozialen Arbeit im Mittelpunkt der gegenständlichen Fragestellung.

Die Aspekte **Einschätzung und Bewältigung** sind für die Autoren eine grundlegende Frage der Annäherungstechnik und der damit verbundenen Interaktion. Im Kapitel 2.2.2. wurde dazu bereits herausgearbeitet, dass Notrufleitstellen seit vielen Jahren spezielle Strategien zur Einschätzung und Bewältigung entwickelt haben. Mit der bisher dargelegten Problemstellung wird zum Ausdruck gebracht, dass naheliegende Informationen zum Verhältnis Mensch und soziales Umfeld derzeit jedoch nicht im Blickfeld von NotrufexpertInnen liegen.

Der Formulierung **ausgewählte Hilfs- und Sozialdienste** kann der/die LeserIn die Reichweite der Untersuchung entnehmen. Der Beitrag dieser Arbeit zur Weiterentwicklung der Theorie bezieht sich konkret auf telefonische Anlaufstellen von Hilfs- und Sozialdiensten, wie zum Beispiel Notrufleitstellen oder soziale Helplines. Die Autoren betrachten den vorgenommenen Fokus als voraussetzungsreiche Bedingung und nicht als Widerspruch zu einem ganzheitlichen Clearing durch fokussierte oder umfangreichere soziale Anamnesen (vgl. Redelsteiner 2016:310) im Sinne eines Gatekeepings und den Konzepten zeitgemäßer Primärversorgung.

Nachdem die Vorgehensweise und die Forschungsfrage detailliert herausgearbeitet wurden, beginnt an dieser Stelle die erste Stufe des Forschungsprozesses. Dabei wird aus den methodischen Vorüberlegungen und Hypothesen ein sogenanntes hypothetisches Modell, entsprechend der empfohlenen Vorgehensweise von Gläser und Laudel, entwickelt (vgl. Gläser / Laudel 2010: 78). Dieses Modell beschreibt das zugrundeliegende Forschungsfeld, die konkreten Erhebungsinstrumente und die eingesetzte Analyseverfahren. Es entwickelt darüber hinaus eine Reihe von forschungsleitenden Fragen auf Basis der explorierten Suchraster. In den folgenden zwei Abschnitten wird das hypothetische Modell ausführlich vorgestellt.

3.3. Feldbeschreibung

Stefan Wallner

Nach den bereits beschriebenen zentralen Begriffen der vorliegenden Arbeit (vgl. 3.1.) werden nun weitere relevante Aspekte zum Fall telefonischer Hilfsanfragen im Forschungsfeld festgelegt.

Das besondere Interesse der Verfasser gilt Fällen

- aus dem strukturärmeren ländlichen Raum Niederösterreichs
- mit Personen, die ein psychosoziales Problem zu einem kritischen Lebensereignis haben
- und dazu eine telefonische Hilfsanfrage an eine Rettungsleitstelle oder Helpline abgegeben haben

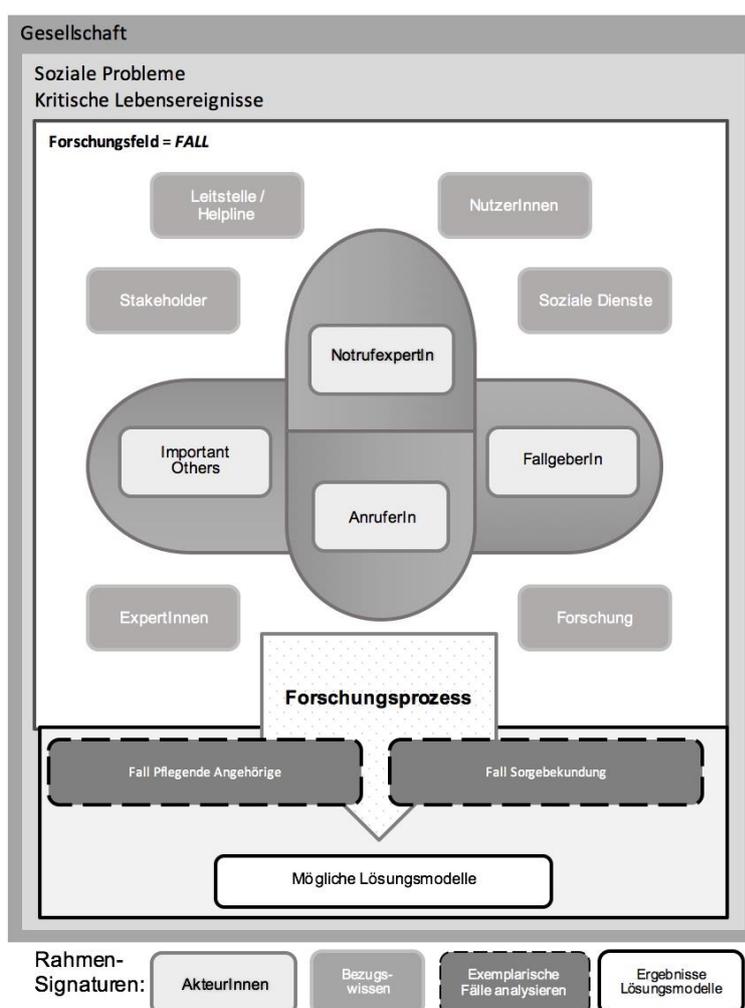


Abbildung 6: Forschungsfeld
Quelle: eigene Darstellung, Wallner

Die vorliegende Abbildung verschafft zum einen Überblick betreffend Anzahl und Zusammensetzung der AkteurInnen eines Anrufs mit psychosozialen Anliegen (Fall). Zum anderen zeigt sie deutlich in welchen umgebenden Feldern wichtiges Bezugswissen zu der Einordnung von unterschiedlichen Cases vorliegt.

Es gilt aus den sehr unterschiedlich formulierten Notfallmeldungen typische Cases forschungsgeleitet aufzufinden und zu interpretieren, um im Ausblick dieser Arbeit exemplarische Lösungsmodelle zu entwickeln und zu beschreiben.

3.3.1. Gesellschaft - Demographische Daten NÖ

In der folgenden Tabelle 1 werden die Einwohnerzahlen nach Geschlecht und insbesondere die Altersgruppe der über 65Jährigen im Verhältnis zu den Gesamtanrufen und Notrufen im Bundesland Niederösterreich aus dem Jahr 2016 dargestellt.

Einwohner Niederösterreich (vgl. STATISTIK AUSTRIA o.J.)	Anrufe gesamt und Notrufe an die Rettungsleitstelle (vgl. NNÖ o.J.)
1.653.691 Einwohner gesamt <ul style="list-style-type: none"> ▪ 49,2 % Männer (814.136) ▪ 50,8 % Frauen (839.555) 19,7 % älter als 65 Jahre <ul style="list-style-type: none"> ▪ 43,8 % Männer (142.418) ▪ 56,2 % Frauen (182.935) 	1.558.175 Anrufe gesamt 264.142 Notrufe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 153.203 unversorgte und unbehandelte Erkrankungen oder Verletzungen ▪ 13.322 akut lebensbedrohliche Situationen mit Anleitungen zu Sofortmaßnahmen ▪ 97.617 von Versorgungseinrichtungen

Tabelle 1: Einwohnerzahlen nach Geschlecht und Anrufer in der Rettungsleitstelle 2016
Quelle: eigene Darstellung nach Daten von STATISTIK AUSTRIA (o.J.) und NNÖ (o.J.)

Der Anteil psychosozialer Hilfsanfragen ist bisher kaum wissenschaftlich erhoben. Im Jahr 2016 wurde von Zahorka im Rahmen einer Befragung ein 7%iger Anteil psychosozialer Einsätze erhoben (vgl. Zahorka 2016:76).

3.3.2. Soziale Probleme

Heinz Novosad

Mit dem Gegenstand der Arbeit lässt sich auch die Perspektive der Autoren auf relevante Aspekte bei der Beschreibung des Feldes verbinden. Für die Erläuterung des Verständnisses von „Sozialen Problemen“ möchte das Forscherteam deshalb erneut auf diesen vorliegenden Gegenstand verweisen. Die Untersuchung von aktiven telefonischen Hilfsanfragen von Menschen als Basis verweist auf einen zuvor individuell gestörten Alltag der Betroffenen (vgl. Pantuček 2012:29) und damit auf die Fallbezogenheit dieser Arbeit. Selbstverständlich kann die sozialkonstruktivistische Sicht auf die Konstituierung „Sozialer Probleme“ dabei trotzdem nicht außen vor gelassen werden, weil die Untersuchung ja in einem bestehendem öffentlichen Diskurs darüber eingebunden ist was als „Soziales Problem“ überhaupt wahrgenommen werden kann. Auch wenn die Arbeit nach neuen Wegen der Bearbeitung sucht, kann im Sinne der Identifikation und Passung nur von jenen Hilfsanfragen ausgegangen werden, bei denen gegenwärtig eine Möglichkeit zur Problembearbeitung besteht. Auf diese Weise möchten die Autoren jedoch zugleich ihren Beitrag zur Förderung des öffentlichen Diskurses von nicht adressierbaren individuellen Problemen leisten.

3.3.3. Kritische Lebensereignisse

Stefan Wallner

Kritische Lebensereignisse können sehr heterogene Vorkommnisse im Leben eines Menschen sein, die mit persönlicher Überforderung, stark eingeschränkten Handlungs-/Ressourcen und überproportionalen Stress (Dystress) einhergehen.

„Die Botschaft, die solche Ereignisse transportiert, lautet in aller Regel, dass die Welt nicht mehr die ist, die sie einmal war, und dass auch die Betroffenen nicht mehr die sind, die sie einmal waren. Die bisherige Sicht der Dinge greift nicht mehr; die Person und ihre Umwelt – sie passen nicht mehr zueinander.“ Sigrun-Heide Filipp, Peter Aymanns (2010:13).

Kritisch oder krisenhaft werden sie von den AkteurInnen insofern erlebt, als dass das bis zu dem Zeitpunkt im Leben aufgebaute Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt angegriffen oder sogar zerstört werden könnte. Der Alltag, das vertraute Konstrukt von sozialer, gegenständlicher und räumlicher Umwelt droht mit seiner Vorhersehbarkeit verloren

zu gehen. Dadurch verlieren die Handlungsroutinen ihre Wirksamkeit und persönliche Illusionen von Sicherheit, Ordnung und Wohlbefinden gehen verloren (Fillip, Aymanns ebd.). Potentielle Auslöser können aus persönlicher Rettungs- und Kriseninterventionserfahrung der Autoren sein:

- lebens- oder existenzbedrohliche Ereignisse (als Individuum oder in einer Gruppe)
- Natur- oder technische Großereignisse (wie Hochwässer, Brände, Gasexplosionen,...)
- Drohender oder erlittener Verlust von Angehörigen oder bedeutsamen Personen (Unfall, Krankheit, ...)
- Direkter Gewalt ausgesetzt sein (Übergriff, Überfall, Geiselnahme)
- Kritische psychosoziale Lebensereignisse (Verlust der Arbeit, Pensionierung, Verlust von materiellen Gütern oder Vermögen)
- Bedrohung der persönlichen Integrität, Würde und des Selbstwertgefühls (PartnerInnen- oder Beziehungskonflikte, gesellschaftlicher Statusverlust, Mobbing, persönliche Erniedrigungen im familiären oder sozialen Umfeld)

Pro Tag erfährt nur ein kleinerer Teil der Menschen ein kritisches Lebensereignis im sozialen Umfeld. Welche Individuen dabei die persönliche Dekompensationsgrenzen überschreiten, mit innerem Rückzug oder mit der Suche nach Hilfe im Außen reagieren, wäre ein eigenes weiterführendes Forschungsprojekt.

3.3.4. Fall

Stefan Wallner

„Ein Fall wird erst dann zu einem Fall, wenn ein Helfersystem beginnt, ihn als solchen zu definieren. Zuvor sind es Menschen in schwierigen oder gar verzweifelten Lebenssituationen. Erst durch das Daraufschauen wird eine solche Lebenssituation zu einem Fall für ein äußeres System.“ (Schattenhofer / Thiesmeier 2001:64 in Pantuček 2012:51f)

Das bedeutet, dass nicht nur die sozialen Probleme (vgl. 3.3.2) und kritischen Lebensereignisse (vgl. 3.3.3.) der Menschen innerhalb ihrer Lebenswelt einen Fall konstruieren.

Der Fall wird durch die Brille der BetrachterInnen auf eine bestimmte soziale Konstellation konstruiert.

Dabei bestimmt der gewählte Interaktionsfokus zwischen den befassten Organisationen, den Fachkräften, den NutzerInnen und dem lebensweltlichen Umfeld den Schwerpunkt der

eingeleiteten Befassung. Die große Herausforderung dabei ist, die Übersicht über das gesamte Fallgefüge zu gewinnen beziehungsweise zu behalten und nicht nur den ursprünglich gewählten Abschnitt zu bearbeiten (vgl. Pantuček ebd.).

3.3.4.1. NutzerInnen

Stefan Wallner

Die von sozialen Problemen oder kritischen Lebensereignissen betroffenen Menschen suchen für ihre dringende Hilfsanfrage immer nach passenden AdressatInnen. Wenn sie dazu in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld niemanden oder niemanden als geeignet erscheinenden finden, wenden sie sich an institutionelle Hilfeeinrichtungen. Sie werden so zu Personen die von ihrem Recht Gebrauch machen, einen sozialen Dienst oder eine Help- beziehungsweise Hotline zu nutzen (Duden online 2017, Nutzer).

In einer genaueren sozialarbeiterischen Begriffsbestimmung von NutzerIn wird bei Günther Graßhoff (2015:27) „...weniger auf das Subjekt selbst, sondern auf die Prozesse des Nutzens...“ hingewiesen. Er hebt weiter hervor, dass nicht der alleinige Gebrauch von Dienstleistungen im Vordergrund steht, sondern ein qualitatives Merkmal beschrieben wird – nämlich „Von der zu erwartenden Hilfe einen effektiven persönlichen Nutzen haben!“

Die Aspekte von persönlichem Nutzen, wie dem der raschen rund um die Uhr (07/24) Verfügbarkeit, keine persönlichen Kosten, die professionelle Hilfe kommt ins Haus oder der oben schon angeführte Anspruch „ein Recht darauf haben“ prägen immer mehr die Erfahrungen mobiler Helfer mit den NutzerInnen. So ein Sozialarbeiter und Rettungssanitäter im Interview (L:40.28).

Zum Entscheidungs- und Nutzungsverhalten von NutzerInnen von Helplines in Österreich hat Florian Zahorka eine aktuelle Forschungsarbeit vorgelegt (2016).

Ein Fall entsteht, wenn NutzerInnen mit einem sozialen Problem oder einem kritischen Lebensereignis den Notruf 144 wählen und so zu AkteurInnen werden. Die Rollen, die sie dabei einnehmen werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

3.3.4.2. AkteurInnen

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Bei den AnruferInnen handelt es sich um jene Personen, welche das Telefonat mit der Notrufleitstelle oder der Helpline führen. In Notrufleitstellen werden drei relevante unterschiedliche Typen von AnruferInnen unterschieden:

Erste Hand AnruferIn: Eine Person, die selbst der betroffene Mensch ist und auch selbst das Telefonat führt.

Zweite Hand AnruferIn: Eine Person, die für einen anderen betroffenen Menschen anruft und sich zum Zeitpunkt des Anrufes in seiner/ihrer Nähe befindet.

Dritte Hand AnruferIn: Eine Person, die für einen anderen betroffenen Menschen anruft und sich zum Zeitpunkt des Anrufes nicht in seiner/ihrer Nähe befindet.

Als FallgeberIn wird die Person bezeichnet, mit der oder für welche die fachlich gleichgestellten ExpertInnen der involvierten Gesundheits- und Sozialberufe eine gemeinsame Lösung suchen. Da die Professionen unterschiedliche Termini für das fallgebende Subjekt wie PatientIn, KlientIn, KundIn oder Betroffene benutzen, wird hier der wertfreie Begriff aus der kollegialen Fallarbeit herangezogen.

Als NotrufexpertInnen werden MitarbeiterInnen von Notrufleitstellen bezeichnet, die speziell in Techniken der Notrufbearbeitung z.B. telefonische Informationsbeschaffung und Hilfeleistung bzw. Situationseinschätzung von Hilfsansuchen ausgebildet und zertifiziert sind.

Important Others sind „bedeutsame Personen im lebensweltlichen Umfeld einer Ankerperson“ (Pantuček 2012:379). In dieser Arbeit wird statt des Begriffs Ankerperson die Bezeichnung FallgeberIn verwendet. Important Others können neben den Ehe- oder LebenspartnerInnen weitere Verwandte oder Personen aus dem primären und tertiären Netzwerk (vgl. 2.1.1.) sein, die auf die Lebensführung der FallgeberIn einen größeren Einfluss nehmen. Aus Felderfahrung der Forscher können diese sein:

- NachbarInnen, die als HelferInnen im nahen sozialen Wohnumfeld wichtige Aufgaben des täglichen Lebens und der Versorgung übernommen haben
- 24h Stunden BetreuerInnen, MitarbeiterInnen von mobilen Betreuungs- oder Pflegediensten
- RettungssanitäterInnen, die regelmäßig zu informellen Hilfeleistungen entsandt werden
- Ehrenamtliche BesucherInnen - aus eigener oder Initiative einer Organisation oder Vereins

3.3.4.3. StakeholderInnen

Stefan Wallner

Personen oder Institutionen, für die es aufgrund ihrer Interessenlage von Belang ist, wie sich bestimmte Projekte oder Unternehmen verhalten (Duden online 2017, Stakeholder). Im betriebswirtschaftlichen Kontext sind dies z.B. MitarbeiterInnen, KundInnen, LieferantInnen, MitbewerberInnen. Ein oder eine StakeholderIn wäre übertragen auf das Forschungsfeld gegenwärtige InteressenspartnerInnen, die Erwartungen an einen Gegenstand, ein Thema oder ein Ergebnis haben (vgl. Redelsteiner 2016:107f). Zu zukünftigen Stakeholdern könnten sich die gerade entstehenden Primärversorgungszentren entwickeln (vgl. Mittelbach / Sharifgerami 2016).

InteressenspartnerInnen zum vorliegenden Forschungsfeld sind unter anderen

Interne StakeholderInnen	Externe StakeholderInnen
Forschung FH St. Pölten	Staat: Landesregierung, Behörden
ProjektmitarbeiterInnen	Gesellschaft: NÖ Ethik Kommission, Interessensgruppen
	Kooperationsorganisationen: Leitstellen wie Notruf Niederösterreich, Rettungsdienste wie Rotes Kreuz und Arbeitet Samariterbund, und psychosoziale Einrichtungen wie Akutteam Niederösterreich, Helplines, Zukünftige Primärversorgungszentren in NÖ

Tabelle 2: StakeholderInnen

Quelle: eigene Darstellung

3.3.4.4. Soziale Dienste

Stefan Wallner

Eine klare Abgrenzung des Begriffs „Soziale Dienste“ war in den einleitenden Recherchen im untersuchten Handlungsfeld aufgrund zahlreicher Überschneidung mit anderen Dienstleistungen, wie der Medizin oder der Pflege, aus dem benachbarten Sektor Gesundheit nicht eindeutig auszumachen.

„Unter Sozialen Diensten werden Organisationen bzw. Einrichtungen subsummiert, die vorwiegend soziale Dienstleistungen erbringen.“ (Trukeschitz 2006: 28f) und weiter

„'Soziale Dienstleistungen' sind Dienstleistungen, die (i) sich an benachteiligte Personen bzw. Personengruppen einer Gesellschaft (Zielgruppe) richten und (ii) die Verbesserung der Lebenssituation dieser Personen(gruppen) dienen (Zielsetzung). Sie umfassen (iii) Beratungs-, Behandlungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen sowie Aktivierungs-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsleistungen, sofern sozial unterstützende Aspekte eine wesentliche Rolle spielen (Abgrenzung der Dienstleistungsbereiche) und werden (iv) in direktem Kontakt mit KlientInnen [anm. in dieser Arbeit 'NutzerInnen'] und damit personenbezogen erstellt (Charakterisierung des Produktionsprozesses).“ (Trukeschitz ebd.)

Auf ihre Funktion im Feld fasst Tom Schmid zusammen: „Soziale Dienste ermächtigen ihre KlientInnen (NutzerInnen, KundInnen). Sie lösen soziale Probleme, entlasten soziale (Sub-) Systeme, entstören soziale Beziehungen und reduzieren gesellschaftliche Folgekosten vor allem profitorientierter ökonomischer Entscheidungen.“ (Dimmel / Schmid 2013:14)

Für diese Arbeit verwenden die Autoren folgendes Verständnis: Soziale Dienste sind Organisationen bzw. Einrichtungen die vorwiegend soziale Dienstleistungen an benachteiligte Personen(gruppen) einer Gesellschaft erbringen um eine Verbesserung der Lebenssituation dieser Personen(-gruppen) zu erreichen.

3.3.4.5. ExpertInnen

Stefan Wallner

ExpertInnen zum Fall sind ProfessionistInnen aus Gesundheits- und Sozialorganisationen, welche in nationalen oder internationalen Best Practice Projekten der Versorgung von psychosozialen Hilfsanfragen tätig sind. Deren Publikationen und von den ForscherInnen in Interviews erhobenen Felderfahrungen fließen als Bezugswissen zu der Konstruktion von Fällen der mobilen Sozialarbeit ein. Diese Quellen sind an den dementsprechenden Stellen in der Arbeit verwiesen.

3.3.4.6. Forschung

Für die Analyse der fallkonstruierenden Elemente wurde von den Autoren als abschließendes Bezugswissen der Stand der Forschung in der systemischen sozialen Arbeit und dem einsatztaktischen Notfallmanagement herangezogen.

Dies soll im Folgenden Kapitel detaillierter ausgeführt werden.

3.4. Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethode

Heinz Novosad

Aufgrund der bisherigen Überlegungen entschied sich das Forscherteam bei der Untersuchung von Vorgehensweisen bei der Bearbeitung telefonischer Hilfsanfragen nicht nach Häufigkeiten, sondern nach Kausalmechanismen zu suchen. Mit einer empirisch rekonstruierenden Strategie sollen soziale Mechanismen identifiziert werden, die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte hervorbringen, sowie damit verbundene Ursachen und Wirkungen ermittelt werden (vgl. Gläser / Laudel 2010:25).

Diese methodische Vorgehensweise ermöglicht nach Ansicht der Autoren eine systematisierte Auseinandersetzung mit den von Pantuček beschriebenen strukturellen Problemen einer wissenschaftlich und methodisch fundierten sozialen Arbeit. Bei der gegebenen Fallbezogenheit dieser Untersuchung soll neben der Komplexität vorliegender Sachverhalte auch die Dynamik der einzuschätzenden Systeme (vgl. Pantuček 2012:14) bedacht werden.

Im Forschungsprozess wurden im Rahmen der Exploration zunächst der Stand der Forschung aufgearbeitet (siehe Kapitel 2.3.) und einzelfallbezogene Interviews mit NutzerInnen durchgeführt (siehe Kapitel 4.1.). Im Rahmen der Erhebung wurden einzelfallunabhängige ExpertInneninterviews geführt und zur Auswertung die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2010) angewendet. Die folgende Darlegung der Erhebungsinstrumente und Auswertungsmethoden wird durch eine detaillierte Darstellung im Anhang der Arbeit ergänzt.

3.4.1. ExpertInneninterview

Die bedeutsamste Erkenntnisquelle der Arbeit sind Menschen die an den interessierenden sozialen Prozessen beteiligt sind. Deren Befragung soll einen essentiellen Beitrag zur Rekonstruktion dieser sozialen Prozesse leisten. Bei der Auswahl einer geeigneten Befragungsmethode folgte das Forscherteam der Empfehlung von Gläser und Laudel (2010), wonach ein leitfadengestütztes Interview für das Gespräch mit ExpertInnen zu empfehlen ist. Mit dem rekonstruierenden Charakter einer Untersuchung lässt sich eine Konzentration auf Handlungen, Beobachtungen und Wissen der interviewten Personen verbinden (vgl. Gläser / Laudel 2010:40). Die weitere Vorbereitung und konkrete Durchführung der Erhebung beruht auf diesen grundlegenden Überlegungen.

Bei der Entwicklung des Leitfadens (siehe Anhang) wurden die im hypothetischen Modell formulierten forschungsleitenden Fragen in leicht verständliche Interviewfragen übersetzt. Dieser Interviewleitfaden bildete die Grundlage der späteren Erhebungen. Er stellt ein einfach anwendbares Gerüst dar, ohne die unter Umständen erforderliche Entscheidungsfreiheit über Reihenfolge und Formulierung während der Interviews einzuschränken.

Gemeinsam mit der Konstruktion des Leitfadens wurden auch die einleitenden Instruktionen zur Ausgangslage, zum Ziel der Untersuchung, zum Schutz der Daten und der Anonymität sowie zur Genehmigung der Aufzeichnungen der Interviews formuliert. Ein Exposé zum Forschungsprojekt wurde der niederösterreichischen Ethikkommission, Gruppe Gesundheit und Soziales im Amt der niederösterreichischen Landesregierung zur Vorentscheidung über ein vollständiges Prüfverfahren vorgelegt. Die Ethikkommission stellte mit Antwortschreiben vom 05. August 2016 fest, dass „keine gesetzliche Einreichpflicht bei der NÖ Ethikkommission besteht“ (vgl. Anhang, Antwort NÖ Ethikkommission 2016).

Gleichzeitig mit den Vorbereitungen legte das Forscherteam auch zwei individuelle Merkmale zur Auswahl der InterviewpartnerInnen fest. Der Auswahlprozess wurde infolgedessen vom vermuteten Vorhandensein relevanter Informationen und der angenommenen Bereitschaft darüber Auskunft zu geben bestimmt. Da davon auszugehen ist, dass keiner der AkteurInnen über alle Informationen verfügen kann, wurden insgesamt 20 potentielle InterviewpartnerInnen ausgemacht.

Die Kontaktaufnahme erfolgte je nach Bekanntheitsgrad telefonisch oder persönlich. Nach der Klärung ihrer freiwilligen Bereitschaft zur Unterstützung, wurden erste Terminvorschläge unterbreitet. Bei der Bestimmung des Interviewortes wurde eine vertraute Umgebung der ExpertInnen bevorzugt vorgeschlagen. Insgesamt erklärten sich schließlich neun ExpertInnen aus unterschiedlichen Rollen im zu rekonstruierenden sozialen Prozess bereit, ihr Wissen darüber zur Verfügung zu stellen. Zwei davon können im internationalen Kontext gesehen werden.

Die ExpertInneninterviews wurden vollständig und inklusive sogenannter paraverbaler Äußerungen transkribiert. Bereits während der Transkription wurden die Gespräche anonymisiert und die Bezeichnungen der Dokumente verschlüsselt.

3.4.2. Qualitative Inhaltsanalyse

Das zuvor ausführlich beschriebene Erhebungsinstrument der ExpertInneninterviews wurde durch die Dokumentenanalyse und problemzentrierte Interviews mit NutzerInnen ergänzt. Diese erste Exploration des Gegenstandsbereiches erfolgte auf Basis der angeführten Literaturquellen, vorhandenen Best Practice Modellen und Dokumenten der Rettungsleitstelle Niederösterreich.

Nach Gläser und Laudel ist es bei der gewählten Erklärungsstrategie ratsam, die theoretischen Vorannahmen „auf die interessierenden Ursachen und Effekte, intervenierenden Einflüsse und die gesuchten Kausalmechanismen zuzuspitzen“ (Gläser / Laudel 2010:78). Diese Zuspitzung wird als hypothetisches Modell bezeichnet und dient der Orientierung indem es die Aufmerksamkeit der Untersuchung auf empirische Sachverhalte lenkt von denen angenommen werden kann, dass sie für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtig sind (vgl. ebd.). Auf Basis der Exploration und Vorüberlegungen wurde damit das der Untersuchung zugrunde liegende Erkenntnisinteresse der konkreten Analyse beschrieben und sogenannte Suchraster gebildet.

Für die Untersuchung wurde zur Strukturierung des Untersuchungsziels deshalb ein erstes Suchraster mit fünf Kategorien konstruiert. Die interessierenden Ursachen, Einflüsse und Kausalmechanismen wurden dementsprechend in folgende Kategorien „zugespitzt“ (vgl. ebd):

- konkrete Vorgehensweisen
- vorliegende Erwartungen, Ziele und Interessen der Beteiligten
- fördernde und hemmende Einflussfaktoren
- rechtlich, disziplinäre und organisatorische Rahmenbedingungen
- Handlungsfelder der Sozialen Arbeit

Im nächsten Schritt wurde die Informationsfülle aus der Datenerhebung mittels der „Brille“ der Suchraster systematisch reduziert und nur jene Information entnommen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren. Die folgende Grafik illustriert diesen ersten Abschnitt der Analyse.

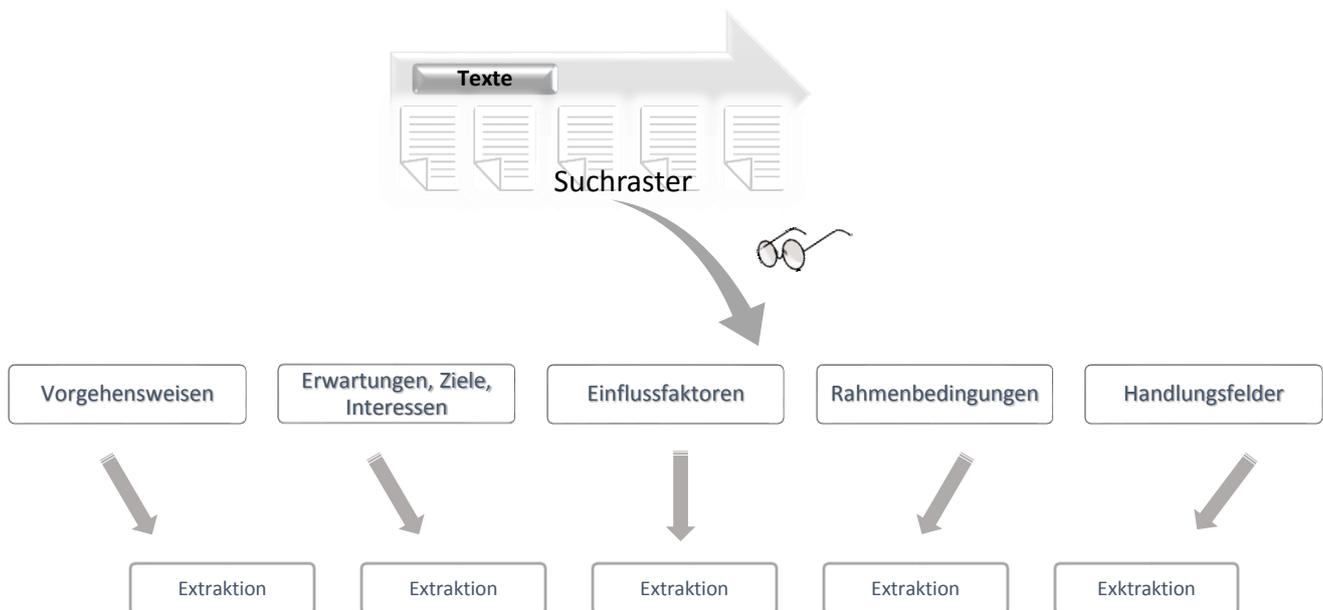


Abbildung 7: Extraktionsverfahren
Quelle: eigene Darstellung, Novosad

Dieses von den theoretischen Vorüberlegungen angeleitete systematisierte Verfahren bezeichnen Gläser und Laudel als Extraktion. Dabei trennt sich die Analyse frühzeitig und konsequent vom auszuwertenden Material und extrahiert Rohdaten. Der ursprüngliche Text wird hinsichtlich relevanter Informationsinhalte interpretiert und einer oder mehreren Kategorien zugeordnet. Als Datenbank wurde die Software MS Excel (Microsoft® Excel® 2013) verwendet. Die folgende Grafik zeigt beispielhaft einen solchen Extraktionsvorgang samt Interpretation und Kategorienzuordnung an einer ausgewählten Textstelle.

Text		Extraktion			
lfd. Nr.	Transkriptionstext	Quelle	Referenzort	Interpretation	Kategorie
80	"Es is jetzt nix passiert, aba mia geht's net guat" (Mhm - Interviewer) "I hab halt glaubt, Sie können ma vielleicht helfn" (Okay - Interviewer) Des is so a Gschicht, (ahm) wo ma sich schon denkt: "Ah, das könnt in eine Richtung gehn" (Ahm) Es is nix passiert, es geht erm schlecht. Dann frag ma natürlich nach, (ahm) ob er Schmerzen hat oder sonstiges und da kristallisiert's sich normal eh schnell raus.	BN	109-114	frühzeitige Unterscheidung medizinischer von psychosozialen Hilfsanfragen über richtungsweisendes Anliegen der AnruferInnen	Vorgehensweisen Erwartungen

Abbildung 8: Extraktionsbeispiel
Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner

Die Offenheit dieses Verfahren kommt dadurch zum Ausdruck, dass während der Extraktion neue Kategorien und Dimensionen konstruiert werden können, wenn im Untersuchungsmaterial Informationen mit Relevanz auftauchen, welche nicht in das bisherige System passen. Es bleibt also während des gesamten Analyseprozesses offen für unvorhersehbare Informationen und eignet sich deshalb besonders für eine Erklärung zugrundeliegender Mechanismen. Als qualitative Analysemethode überzeugte dieses Verfahren die Autoren auch deswegen, weil die Daten nominalskalierend erhoben werden und Merkmalsausprägungen nicht einer bereits vordefinierten Skala zugeordnet werden müssen. Das Rohmaterial konnte die ganze Zeit den Besonderheiten des Materials angepasst werden. Mit der folgenden Darstellung wird eine solche Anpassung während der Aufbereitung der Rohdaten nachgezeichnet. Es konnten Hinweise auf interessante Mechaniken im Zusammenhang mit Problemmarkern aus den Texten extrahiert werden, weshalb diese als neue Kategorie benannt wurden.

Text		Extraktion			
lfd. Nr.	Transkriptionstext	Quelle	Referenzort	Interpretation	Kategorie
1	Eine psychosoziale Notsituation ist san amal die berühmte zugemüllten Wohnungen, sag ich jetzt einmal.	AG	38-39	Vermüllung als Hinweis	Problemmarker

Abbildung 9: Konstruktion einer neuen Kategorie
Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner

Im nächsten Analyseschritt, der sogenannten Aufbereitung, wurden die Daten auf Fehler und Widersprüchlichkeiten geprüft bzw. nach bedeutungsgleichen Informationen weiter zusammengefasst. Erst danach wurde mit der konkreten Auswertung und der tatsächlichen Rekonstruktion interessanter Kausalmechanismen begonnen. Die Inhaltsanalyse wurde vom Forscherteam auf Basis der erstellten MS Excel (Microsoft® Excel® 2013) Datenbank von Hand durchgeführt. Dabei gab das vorab beschriebene hypothetische Modell Auskunft über die jeweils zutreffende forschungsleitende Frage, mögliche Variablen, Bezugsrahmen und

angenommene Variablen. Vorab vereinbarte Konventionen sicherten die Vorgehensweise der Autoren. Zur besseren Anschaulichkeit soll auch diese Vorgehensweise beispielhaft als Grafik dargelegt werden.

Nr	Leitfragen	mögliche Variablen	mögliche Bezugsrahmen	mögliche Ausprägungen
1)	Vorgehensweisen			
b	Welche Merkmale weisen telefonische psychosoziale Hilfsanfragen auf, die an Rettungsleitstellen herangetragen werden?	Formulierung des/der AnruferInnen	Bezugs(*Experten)wissen, Akteure, Case	vorhandenes Problem, angegebene Problem, mehrdeutig, eindeutig unverständlich, Situationsschilderung, Problemdefinition

Abbildung 10: Auswertung auf Basis des hypothetischen Modells
Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner

Zur Beantwortung der Forschungsfrage und Modellbildung wurden anschließend die Daten entlang des formulierten Forschungsziels hinsichtlich übergreifender Zusammenhänge, gemeinsamer Merkmalsausprägungen und Typisierungen bzw. festgestellter Kausalmechanismen analysiert.

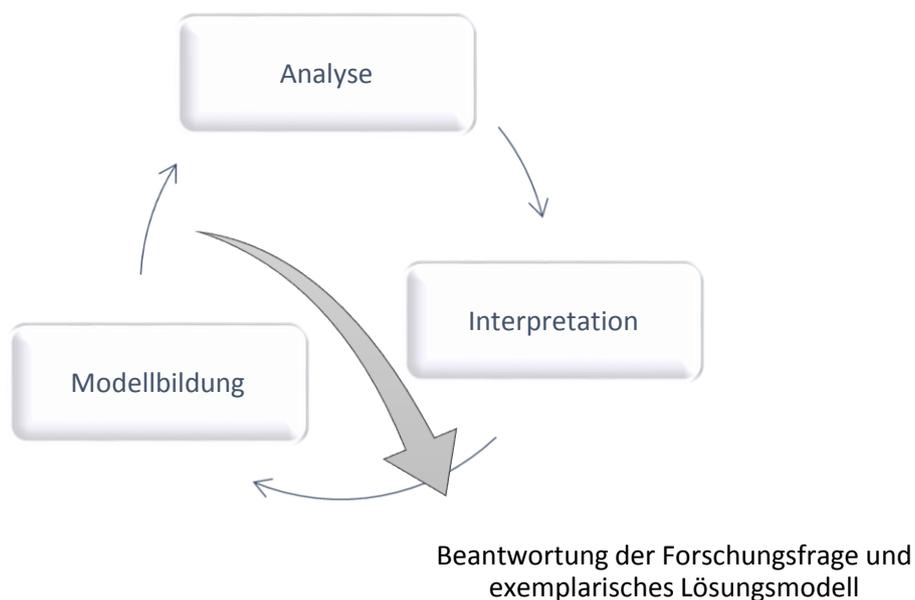


Abbildung 11: Aufklärung von Kausalmechanismen und Modellbildung
Quelle: eigene Darstellung Novosad

4. Ergebnisse

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts werden in drei aufeinander aufbauenden Stufen dargestellt. Den Anfang machen dabei die sozialarbeiterische Fallanalyse zweier ausgewählter Fallbearbeitungen aus der Rettungsleitstelle und die Erläuterung der dabei gewonnenen Erkenntnisse. In den beiden anschließenden Abschnitten wird versucht die Forschungsfrage eingehend zu beantworten, danach werden einige exemplarische Lösungsmodelle entwickelt.

4.1. Durch die Brille der Sozialen Arbeit auf zwei ausgewählte Fallbearbeitungen der Rettungsleitstelle

Wie bereits im Kapitel 1.4. beschrieben, beschäftigt sich diese Untersuchung mit offenen und verdeckten psychosozialen Anliegen an Rettungsleitstellen und deren differenzierte Verweisung an die Soziale Arbeit. Die Ausgangslage dieser Arbeit ist also auf der Fallebene die aktive telefonische Hilfsanfrage an Rettungsleitstellen und ihr wesentliches Ziel ist die Entwicklung eines Konzepts zur Ermöglichung eines Diskurses auf Basis dieses interdisziplinären fallbezogenen Zugangs. Dementsprechend liegt es nahe, sich auch mit den Umständen und dem Bearbeitungsprozess von einzelnen Fällen auseinanderzusetzen. Es gilt sowohl NutzerInnen als auch AkteurInnen zu Beteiligten am Prozess der Annäherung an den jeweiligen Fall zu machen. Aus diesem Grund wurden zwei ausgewählte Hilfsanfragen unter Anwendung von Verfahren der Sozialen Diagnostik und mithilfe von Modellen zur Kontextualisierung analysiert. Mit der Intention Routinen, Ungewissheiten und Handlungszwänge aufzuklären, wurden die Hilfsanfragen der pflegenden Angehörigen Frau A. und des besorgten Bürgers Herrn W. ausgewählt. Bei beiden handelt es sich um konkreten Situationen in denen sich AkteurInnen mit ihren Hilfsanfragen an die Rettungsleitstelle Niederösterreich gewendet haben. Sie zeigen die Entwicklung und Verlauf von psychosozialen Notfällen zwischen deren allgemeinen und besonderen Aspekten.

Der erste Case nimmt das Lebensumfeld der Anruferin, des Fallgebers und eines involvierten „Important Others“ in den Fokus. Der zweite Case zeigt die Situation des besorgten Anrufers und die schwierigen Handlungsentscheidungen der Notrufexpertin und stellt in der Analyse die Arbeit an der Problemformulierung in den Mittelpunkt.

4.1.1. Fall einer pflegenden Angehörigen

Stefan Wallner

Zum Notruf

Vorfalldatum: Herbst 2016

Uhrzeit: 20:13 Uhr

Die Anruferin, Frau A., schildert die Fallsituation folgendermaßen:

„Es ist gar nix passiert. Ich hab nur ein furchtbares Problem und ich kann niemanden erreichen, von der Volkshilfe nicht, von der Freundin nicht, von den Freunden nicht, von niemanden! Ich hab niemanden da. Ihr seids meine letzte Hilfe.

Naja mein Mann hat mehr oder weniger Durchfall und kommt auf den Leibstuhl nicht hinauf den wir besorgt haben. Er sitzt jetzt am Bett und leidet und ich kann ihm nicht helfen. Ihr müsst ihm bitte beim „Kacken“ helfen.“ (Auszug aus der Tonbandaufzeichnung von Notruf Niederösterreich 144 (NNÖ) im Originalwortlaut)

Zur Person (Beschreibung des Wahrnehmbaren):

Die Anruferin, Frau A., ist ca. 70 Jahre alt (Einschätzung nach ihrer Stimme und Sprache).

Nach einer ersten Recherche der Tonbandprotokolle bisheriger Anrufe stellt sich heraus:

- Dass sie seit Juli 2016 bis zu diesem Anruf 6 Notrufe bei NNÖ abgegeben hat.
- Dass die Hilfen im sozialen Lebensumfeld und im professionellen Hilfesystem immer zum Zeitpunkt der Anrufe Frau A. nicht zur Verfügung standen.
- Dass es sich dabei meist um akute Überforderungssituationen bei der Versorgung ihres Mannes handelte. Frau A. kann beim aktuellen Anlassfall ihren Gatten, der dringend auf die Toilette muss, nicht alleine vom Bett auf den Leibstuhl umsetzen. Sie bittet um Hilfe bei einer Pflegeverrichtung (fachlich „Transfer“).

4.1.1.1. Anlass der Befassung / Kontext

Die Leitstelle disponiert, wie bei den vorangegangenen Anrufen, einen Rettungswagen (RTW) mit einem Rettungsteam zu einer notfallmedizinischen Erstversorgung.

Da im Rahmen der Notruf-Qualitätsmanagement-Evaluierung bei NNÖ 144 dieser Fall als unzureichend versorgt bzw. als fachlich falsch abgeklärt eingeschätzt wird, soll durch einen sozialarbeiterischen Hausbesuch das Feld und eine mögliche zukünftige alternative Verweisung abgeklärt werden.

Eine Verschwiegenheits- und Datenschutzerklärung (Anhang) wurde mitgebracht, erklärt und von den Interviewten zugestimmt aber nicht unterschrieben.

4.1.1.2. Fallanalyse

Es soll die Situation vom Herbstabend 2016, das soziale Netz und eine mögliche zukünftige sozialarbeiterische Verweisung abgeklärt werden. Der Fall wird anhand des selektiven Situationsanalyse-Rasters nach Hiltrud von Spiegel (vgl. Heiner et al. 1994:248 zitiert in Pantuček 2012:173) analysiert. Anschließend werden zur Forschungsfrage abgeleitete Fragestellungen zum Fall beantwortet:

- Mit welchen Schwierigkeiten ist Frau A. bei der gemeinsamen Lebensführung mit ihrem Mann konfrontiert?
- Ist das bei der Rettungsleitstelle präsentierte Problem auch das, welches bei einer Erhebung vor Ort bestätigt werden kann?
- Wie ist die pflegende Angehörige im regionalen sozialen Netz eingebunden?
- Wie kann eine Perspektive zu einer besseren sozialen Einbindung entwickelt oder gegebenenfalls eine Verweisung zu passenden lokalen Lebensfeldsubstitute erreicht werden?

Leitender Fokus der Interviewer war, die Lebenssituation der Anruferin und ihres Gatten realistisch einschätzen zu können. Als passende Interventionsform wird dazu die eines angekündigten Hausbesuches gewählt (vgl. Pantuček 2012:133ff).

Dieser wurde bei den Betroffenen als Teil eines Studienprojekts angefragt und bei jederzeit möglichem Widerrufsrecht für einen Abend 17 Tage nach dem Ereignis zugesagt. Frau A. hat einen Freund der Familie, als einen „Important Others“ zum Fall, dazu gebeten.

Gesamte Datenbasis: Tonbandaufzeichnung Notruf (09/2016), Leitstellendaten (07-10/2016), Hausbesuch + Interview (10/2016), Netzwerkkarte (10/2016).

Die primären Quellen sind neben dem Interview mit Frau A. und Herr R., dem Freund der Familie (vgl. Tabelle 3), die beim Hausbesuch gemachten Beobachtungen (vgl. Pantuček 2012:133ff). Die Eindrücke sollen nur auszugsweise hier wiedergegeben werden.

Zum Hausbesuch

Das Einfamilienhaus von Ehepaar A. steht in einem kleinen Garten, der ebenso gepflegt und versorgt wirkt, wie der zirka 80 Quadratmeter große Innenbereich. Dieser besteht aus einem größeren Wohnzimmer, Schlafzimmer, Wohnküche, Sanitärräumen und weiteren nicht eingesehenen Nebenräumen in Dachgeschoss und Keller. Das zentral beheizte Haus ist hell und trocken. Es weist einige Barrieren für mobilitätseingeschränkte Personen bzw. deren HelferInnen auf. So ist der Weg durch den Garten nicht eben asphaltiert und es führen einige Stufen zur Haustür hinauf. Die Sanitärräume sind für eine assistierende Pflegeunterstützung zu eng, weisen aber Haltegriffe, eine Sitzerhöhung der Toilette, rutschfeste Matten und Pflegehilfsmittel wie einen Leibstuhl auf. Die Räume sind vollständig und in einem ländlich rustikalen Stil mittlerer Qualität möbliert. Sie wirken wie für einen angekündigten Besuch aufgeräumt. Die Wände und Abstellflächen sind mit kleinen Erinnerungsgegenständen und Reisefamilienfotos geschmückt.

Das Interview findet im Wohnzimmer bei angebotenen Getränken zwischen Frau A., Herrn S. in der Rolle des Important Other des Ehepaars und den beiden Forschern statt. Es läuft kein Rundfunkgerät und das 45minütige Interview wird nur einmal vom Anruf einer Nachbarin bei Frau A. unterbrochen.

Der Fallgeber, der schwer kranke Herr A., schlief im Schlafzimmer und wurde aus Respekt und Rücksichtnahme nicht geweckt. Seine Frau schildert seine Wünsche und Motive, warum sie gemeinsam von Wien hierhergezogen sind und ihr Mann trotz der eingetretenen Pflegebedürftigkeit weiter hier leben möchte.

Die im Rahmen dieses Hausbesuchs und Interviews gewonnene Information, besonders die Mehrdimensionalität der Situation zum Zeitpunkt des Notrufes, wurde nach einer

Volltranskription mit dem Notationssystem nach Hiltrud von Spiegel (2013:8f) aufbereitet. Ziel ist eine Interpretation des mithilfe des Rasters gewonnen Fallbildes (vgl. Pantuček 2012:129). Im Besonderen sollen zum Fallverstehen die Bezüge zwischen Anruferin Fr. A., Fallgeber Herr A., der Notrufexpertin (anonym) und Herrn R. dem Sanitäter und Freund der Familie in der Rolle eines „Important Other“ strukturiert dargestellt werden. Diese vier Rollen bilden nach Auswertung der Literatur und der ExpertInneninterviews die zentralen Elemente eines „Falls von telefonischer psychosozialer Hilfsanfrage“ (vgl. Anhang, Leitende Elemente SAT144):

	Wahrnehmung und Beschreibung	Motive, Gefühle, Begründungen	Deutungen und Erklärungen Fachkraft	Einschätzung der Situation
	Was ist passiert? Was finde ich problematisch?	Ich wollte ... Ich finde ... Ich tat das, weil ...	Zu den Sichtweisen fallen mir folgende Theorien und Hypothesen ein:	Wo sehe ich das Problem? Wer oder was soll sich ändern?
Sicht von Frau A. In der Rolle der Anruferin	Kein medizinischer Notfall Pflege- und Mobilitätsproblem einer Frau mit/bei ihrem kranken Mann	Körperliche Überforderung Fehlende fachliche/technischer Unterstützung Braucht nur Assistenz beim Transfer ihres Gatten vom Leibstuhl ins Bett	- Isolation im mit ihrem Mann gemeinsam gewählten Lebensumfeld - ist dem Gatten durch ihr Eheversprechen verpflichtet - Gattin ist in der Rolle der Betreuerin/Pflegerin - zum Ereigniszeitpunkt keine institutionellen Hilfen und - Scham, im sozialen Umfeld um Hilfe zu bitten	Autonomie „will bei und mit meinem Mann in einem selbstgewählten Lebensumfeld – kleiner Ort in strukturarmer Region – leben“ Sicherheit , Hilfe zum selbstgewählten Zeitpunkt anfordern zu können
Situation von Herr A. = Fallgeber <i>Anm.: Frau A. formuliert stellvertretend!</i>	Ehegatte, der alters- und gesundheitsbedingt den Weg zur Toilette nicht mehr alleine schafft	Will seine Pension im schönen alten Häuschen im Nördlich grenznahen Niederösterreich und nicht in der weitgehend barrierefreien Wohnung in Wien (Hauptwohnsitz).	Aufgrund eines stark reduzierten Allgemeinzustands und Adipositas Verlust der Fähigkeit zur Selbstpflege / Selbstbestimmtheit	Sicherheit , In seinen Aktivitäten des täglichen Lebens versorgt sein Freiheit , sein Lebensumfeld – seinen Wohnort selbst auswählen zu können
Herr R. = Freund der Familie in der Rolle des „Important Other“ Operativer Helfer;	Helfer-Typ in mehreren Rollen - Wohnt In Nachbargemeinde - Sanitäter beim Rettungsdienst - Vermittler des Ruhilfe-Systems für zu Hause	Sieht das als sein persönliches Hilfehoheitsgebiet Beziehungsaufbau, Verantwortlichkeit Seine Einschätzung ist , dass Frau A. das	Import Other war nicht erreichbar; da er wegen RK-Rettungsdienst-Schulung (zwecks Staturerhalt als Rettungssanitäter) zum Zeitpunkt der Hilfe verhindert war	Gemeinschaft: Schutz Tradition Helfer: Macht / Führerschaft Selbstwirksamkeit Selbstbestätigung Rettungsorganisation:

Ehrenamtlicher Rettungssanitäter		alleine nicht mehr schaffen kann. Das Ehepaar sind „Zuagroaste“ (Begriff siehe nächster Abschnitt) „Drum haben die fost neamand“ (Herr R.)	Konkurrierende institutionelle Anbieter Grad der Akzeptanz durch die autochtonen Gemeinschaft	Gewinn Renommee im Bezirk
NotrufexpertIn Leitstelle, Institutionelle Sicht	Fehleinsatz Ineffizienter Einsatz von Rettungsmittel / Ressourcen	Fall von - Patient stürzt regelmäßig - mehrere Anrufe in kürzester Zeit „Heavy user“	Fehleinsatz Es fehlte bisher an einer Verweisungsmöglichkeit diese wiederkehrenden Hilfsanfrage an eine fachlich richtig besetzte Stelle zu verweisen-> Fall für SAT144	Ökonomie Effektivität Effizienz -> Reduktion von wiederkehrenden Anrufen
eigene Sicht	Die pflegerischen Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, AEDL) können nicht mehr alleine vom Fallgeber und zunehmend auch mit der Hilfe der Gattin nicht mehr durchgeführt werden	Überforderung des Fallgebers und der Anruferin Schwankende Dichte der institutionellen und informellen Hilfsangebote	Mangelnde Information und Akzeptanz zu vorhandenen Hilfesystemen	Frau A. erkennt und setzt sich (ggf. sozialarbeiterisch begleitet) mit ihren Diskrepanzen auseinander: - Autonomie<> Abhängigkeit - Identität<> neue Rollenfindung - Zugehörigkeit<> Fremdsein Als Grundlage für einen Veränderungsprozess
Reflexion	Fall von Betreuung und Pflege zu Hause	Strukturelle Zuständigkeitsgrenzen zwischen - Familie - Rettungsdienst - (Notfall-) Medizin - Pflegedienst - Sozialer Arbeit	Fall mit Helpline-Beratung und passender Verweisung Fall für akute Sozialarbeit (EMS) und/oder pflegerisches Case Management	Unterstützung der Betroffenen bei der Einrichtung eines häuslichen Betreuungs- und Pflegekonzepts Oder einem alternativen Lebensweltsubstituts bei einer weiteren Zunahme an Fremdübernahme der Aktivitäten des tgl. Lebens

Tabelle 3: Situationsanalyse zum Zeitpunkt des Notrufs
Quelle: eigene Darstellung nach Spiegel (2013:8f)

Mit welchen Schwierigkeiten ist Frau A. bei der gemeinsamen Lebensführung mit ihrem Mann konfrontiert?

Hier sollen nur einige ausgewählte Aspekte aus der Situationsanalyse hervorgehoben werden.

- Frau A. lebt alleine mit ihrem umfangreich pflegebedürftigen Mann in einem für Pflege nicht adaptierten Haus. Ihre Familie ist in Wien und hier im Ort sind sie „Zuagroaste“. Als Personen die aus einer anderen Gegend zugezogen und aus der Sicht der Alteingesessenen noch nicht zugehörig sind (Duden online 2017, zugereist) besitzt Ehepaar A. noch kaum soziale Ressourcen in Form von nutzbaren Beziehungen in der Nachbarschaft.
- Sie selbst ist alters- und gesundheitsbedingt nicht mehr in der Lage, für sie beide alleine die Verrichtungen des Alltags zu leisten. Dies nimmt Frau A. aus Sicht von Herrn R. aber so für sich nicht wahr. Eine professionelle psychosoziale Beratung und Reflexion hat sie im sozialen Netzwerk nicht – so stellt sie es im Gespräch dar. Dies soll mittels der Netzwerkkarte im nächsten Abschnitt überprüft werden.
- Frau A. hat in noch jüngeren und gesünderen Jahren mit ihrem Mann eine Entscheidung zum zukünftigen Lebensmittelpunkt getroffen. Vereinbart wurde, im Alter in einem sehr schönen aber strukturarmen Ort im nördlich grenznahen Niederösterreich und nicht mehr im angestammten Lebensraum Wien zu leben. Sie fühlt sich dieser Entscheidung und ihrem Eheversprechen verpflichtet.
- Sie nimmt die Betreuungsleistungen einer Hilfsorganisation ihres Vertrauens an und nimmt in Kauf, dass dieser nachts und am Wochenende nicht zur Verfügung steht. Sie glaubt, „es gibt ja sonst nichts da heroben und irgendwie werd’ ich das schon schaffen“.
- Als einziger relevanter Helfer für fast rund um die Uhr kann der befreundete Rettungssanitäter aus dem Nachbarort ausgemacht werden. Aus dessen hier nicht näher reflektierter Helferermächtigung nimmt er die „Zuagroasten“ in sein persönliches „Hilfehoheitsgebiet“ auf. Er gibt Frau A. Schutz, Unterstützung, vermittelt ihr aus seiner Rolle als ehrenamtlicher Mitarbeiter des Rettungsdienstes Ressourcen (Ruf Hilfe Gerät, Leihleibstuhl) sowie Zugang und langsam zunehmende Zugehörigkeit zum sozialen Umfeld.
- Ihr Mann bekommt Pflegegeldstufe 3. Das ist zum aktuellen Selbstversorgungsgrad von Herrn A. zu gering. Behördliche Wege und andere Formalitäten kommen bei Angehörigen

des persönlichen primären Netzwerks (vgl. Kapitel 3.1.1.) neben den täglichen Verrichtungen am Krankenbett oft zu kurz.

- Wissen über Pflege- und Sozialberatungsstellen und möglichen Angebote hat Frau A. nur eingeschränkt. Dies soll im nächsten Abschnitt weiter abgeklärt werden.

Wie ist die pflegende Angehörige im regionalen sozialen Netz eingebunden?

Und noch genauer gefragt: Wie ist dessen Qualität und Ausprägung (von minimal bis maximal) zu bestimmten Zeitpunkten am Tag und an den unterschiedlichen Wochentagen?

Nach den Angaben von Frau A. und ergänzt durch die Anmerkungen ihres Bekannten, wurde nach dem Interview zeitnah zwei Netzwerkkarten erstellt. Die erste zeigt die Dichte und Ausprägung des sozialen Hilfenetzwerks zu einem beliebigen Zeitpunkt in einer Arbeits-Woche zwischen 8:00 und 15:00. Dem gegenüber steht die Darstellung des Netzwerks zum Zeitpunkt des Notrufes an einem Herbstabend um 20:13.

Diese von Peter Pantuček entwickelte Methode (2012:184ff) ist hier mit der Software easyNWK von Nikolaus Kelis (2017) umgesetzt. Es wurde für diese Arbeit eine methodisch adaptierte Variante der Darstellung gewählt.

Die räumliche Dimension ist gerade am Land für die örtliche Verfügbarkeit und den zeitlichen Zugriff einer Person oder einer psychosozialen Einrichtung entscheidend. So wurden die Entfernungen zur Ankerperson zu einem bestimmten Zeitpunkt in Kilometer erfragt und in die grafische Darstellung eingetragen. Auf einen korrekter Maßstab musste aufgrund der weiten Entfernung zweier AkteurInnen verzichtet werden. Weiters wurden Personen und helfende Institutionen die der Ankerperson, der Anruferin Frau A. bekannt waren, aber zum gegebenen Zeitpunkt nicht zur Verfügung standen beziehungsweise von ihr nicht in Anspruch genommen werden wollten, ohne Verbindungslinie eingezeichnet. Dies wird fachlich als „ohne Kante“ bezeichnet.

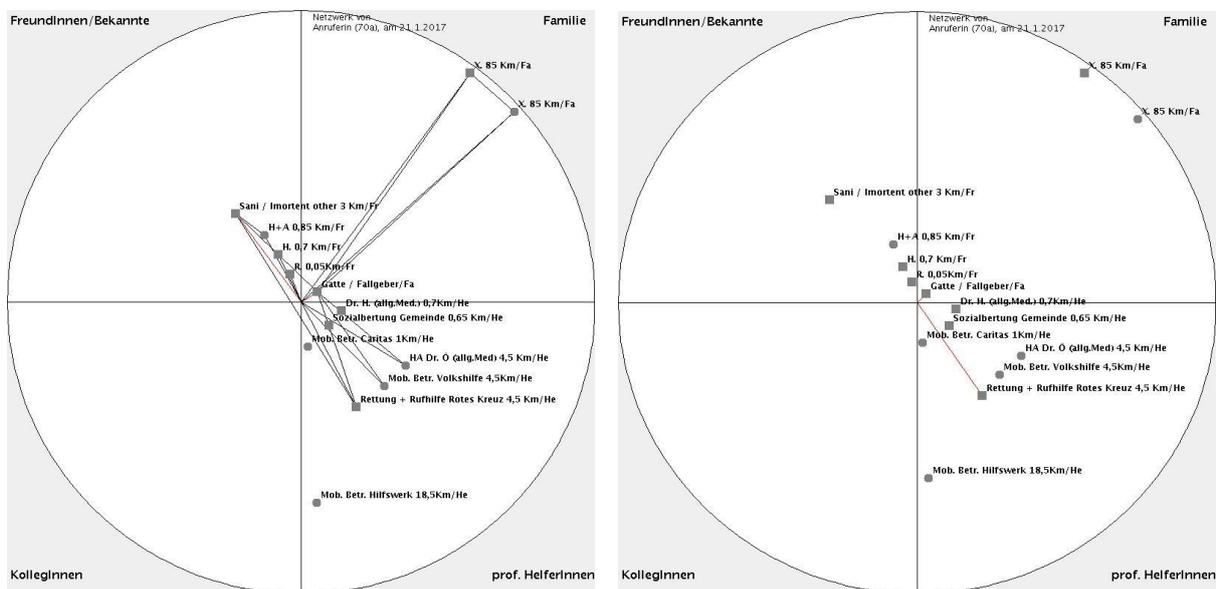


Abbildung 12: Netzwerkkartenvergleich, Einbindung von Frau A. allgemein und zum Zeitpunkt der Hilfsanfrage
Quelle: eigene Darstellung, Wallner nach Pantuček (2012)

Es soll hier noch das Verständnis zur Netzwerkkarte von Pantuček (2012:196) betont werden. Nämlich, dass die Kanten zwischen den AkteurlInnen nichts über die Qualität der Beziehungen aussagen. Es kann nicht abgeleitet werden, ob eine Beziehung von der Anruferin, Frau A. als Ankerperson im Zentrum, als belastend oder unterstützend bewertet wird. Da sie sich altersgemäß schon in Pension befindet, wurden keine Kontaktpersonen im Sektor KollegInnen genannt. Ihr Gatte steht unmittelbar neben ihr im Mittelpunkt der Netzwerkkarte.

Die Dichte und Anzahl an Freunden im nahen Sozialraum entspricht der Einschätzung von Frau A. nach dem was zugezogenen pensionierten Ehepaaren aus Wien in einem Dorf im nördlich grenznahen Niederösterreich zur Verfügung stehen. Tagsüber findet sich darunter nahezu immer jemand, der schnell helfen kommt. Es handelt sich dabei überwiegend (3 von 4) um schwache Beziehungen „weak ties“. Am späteren Abend oder in der Nacht steht meist nur der befreundete Rettungssanitäter als einziger „strong tie“ aus dem wenige Kilometer entfernten Nachbarort zur Verfügung. Pantuček führt dazu aus, dass statusärmere Personen, wie die hier zugezogene ältere pflegende Angehörige, in ihrem sozialen Lebensumfeld zu wenig Ressourcen für das Aufbauen eines umfangreicheren und zuverlässigen Sozialen Kapitals haben.

Zum Notruf ist es erst gekommen, weil der einzige verlässliche Helfer aus dem geografisch und sozialen näheren Umfeld gerade an einem entfernteren Ort, in der Dienststelle des Rettungsdienstes an einer Weiterbildung teilnahm. Er ist für Frau A. und ihre Problemlage im sozialarbeiterischen Kontext ein „Important Other“, im rettungsdienstlichen Terminus „First Responder“ und in der Pflege und in den Aufgaben des Alltags „Helfer in der Not“ (Vgl. 2.1, Darstellung in der Systemanalyse).

Die beiden Kinder des Ehepaars leben im 85 Kilometer entfernten Wien. Diese möchte und kann Frau A. bei einem akuten Hilfebedarf nicht rasch herbeirufen. Beide sind berufstätig. Die NachbarInnen waren nicht zu Hause oder konnten aufgrund einer eigenen Erkrankung von Frau A. nicht um Hilfe gebeten werden. Ein weiterer relevanter Umstand ist, dass der praktische Arzt im Wohnort laut Frau A. keine Hausbesuche bei ihrem Mann macht. Es konnte im Interview nicht weiter erfragt werden, woran dies genau liegt. Die Hausärztin des Ehepaars ordiniert im 4,5 Kilometer entfernten Nachbarort. Es ist derselbe Ort, in dem sich auch der mobile Pflegedienst und die Dienststelle des Rettungsdienstes befinden. Ersterer ist unter der Woche bis 19:00 und am Wochenende gar nicht besetzt. Die Rettung hat zumindest einen Rettungswagen rund um die Uhr alle Tage der Woche besetzt. So war dies für die Anruferin und die NotrufexpertIn die einzige rasch verfügbare, aufsuchende Hilfe. Anzumerken ist, dass wenn dieser Rettungswagen bei einem anderen Notfall im Einsatz ist, dieser für mehrere Stunden nicht zur Verfügung steht.

Als wichtiger fachlicher Bezugspunkt kann in der Netzwerkkarte die Sozialberatung am nahen Gemeindeamt ausgemacht werden. Auf diese angesprochen, erklärt Frau A. sinngemäß, dass sie von dort eigentlich nichts erwarte, weil es sich bei ihrem Mann ja um einen Fall für eine pflegerisch-medizinische Versorgung handelt.

Ist das bei der Rettungsleitstelle präsentierte Problem auch das, welches bei einer Erhebung vor Ort bestätigt werden kann?

Die vertiefenden Recherchen auf Basis der erfassten Daten ergaben die am Telefon präsentierte Problemlage: Frau A. war alleine mit ihrem Mann in ihrem Einfamilienhaus, in einem kleinen Ort im nördlich grenznahen Niederösterreich, mit weniger als 3000 Einwohnern zu Hause. Laut Notrufdokumentation atmete Herr A. (74 Jahre), war ansprechbar und hatte keine Anzeichen einer akuten Verletzung. Er litt unter einer funktionellen Darmstörung (ICD10:

K59.1) mit Diarrhoe (Durchfall) und hatte dabei keine Schmerzen. Der Patient befand sich laut Angaben seiner Frau in einem stark reduzierten Allgemeinzustand, körperlich geschwächt und konnte sich nicht mehr auf den Leibstuhl verlagern. Sie hatte nicht die Kraft ihn dabei zu unterstützen. Der mobile Pflegedienst ist außer Dienst und ein Bekannter, der öfter hilft, ist nicht erreichbar. Sie möchte keinen Rettungstransport in ein Krankenhaus, sondern dass wer kommt und ihren Mann wieder ins Bett hebt.

Die Leitstelle entsandte wie bei den früheren Notrufen eine Rettungsmannschaft des Rettungsdienstes. Da die notfallmedizinischen Erhebungen die Angaben des Notrufs bestätigten, jedoch kein Transportgrund/-wunsch vorlag, heben die SanitäterInnen Herrn A. wieder ins Bett und dokumentieren ein nicht näher benanntes andauerndes Problem in der Versorgung des Ehepaars.

Beim Hausbesuch konnte festgestellt werden, dass Herr A. Diabetiker (Typ II) und aufgrund einer vorgeschrittenen Adipositas (Fettleibigkeit) stark bewegungseingeschränkt ist. Er hat die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung weitgehend verloren. Ein Leibstuhl wurde angeschafft, auf eine Einschulung oder Training mit dem Ehepaar A. wurde vergessen. Eine Verweisung und Einschätzung durch eineN DiplomierteN Gesundheits- und KrankenpflegerIn zum Beispiel nach dem Pflegemodell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens - ABEDL (vgl. Krohwinkel 2013) oder einer ErgotherapeutIn zum Beispiel nach dem Model of Human Occupation – MOHO (vgl. Kielhofner et al. 2005) im Sinne von Hilfe zur größtmöglichen Selbständigkeit wären zwingend notwendig.

Auf die pflegerisch-therapeutischen Aspekte soll hier nicht mehr weiter eingegangen werden.

Diese Situation spiegelt deutlich das Verhältnis zwischen den verschiedenen AkteurInnen wieder:

Die mobilen BetreuungsmitarbeiterInnen sind zumeist keine DiplomierteN Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und können daher komplexe medizinische und psychosoziale Problemlagen oft nicht erfassen. Außerdem sind sie nicht 07/24 zu erreichen. Es wird gänzlich außer Acht gelassen, was in der Nacht und zum Teil auch am Wochenende geschehen soll. Frau A. hat die Rolle der Pflegerin für diese Zeiten übernommen.

In den vergangenen Wochen verschlechterte sich der Gesundheitszustand von Herrn A. und der Pflegeaufwand stieg dementsprechend an. Darum hat Frau A. seit Juli 2017 mehrmals um Hilfe bei Notruf Niederösterreich gebeten. Die sozialen BeraterInnen der Gemeinde, die

SozialarbeiterInnen der Bezirkshauptmannschaft oder die NÖ-Pflegehotline wurden in dieser Zeit von Frau A. jedoch nicht kontaktiert.

Abschließend die Frage hinter den Fragen:

Wie kann eine Perspektive zu einer besseren sozialen Einbindung entwickelt oder gegebenenfalls eine Verweisung zu passenden lokalen Lebensfeldsubstituten erreicht werden?

Das Ehepaar A. ist in seinem Wunsch nach einem gemeinsamen Leben an einem von ihnen als bedeutsamen erlebten Ort, in der kleinen Gemeinde im nördlichen Niederösterreich zu respektieren und sollte dabei bestmöglich unterstützt werden. Mögliche Ansätze dazu konnten identifiziert werden.

Die Strukturierung in der Fallanalyse hat den Autor die einzelnen Dimensionen zum „Fall einer isolierten pflegenden Angehörigen“ besser erkennen und einordnen lassen. Die Intervention einer Unterstützung beim Transfer durch die Rettungssanitäter war für Ehepaar A. eine gute Lösung eines Teilproblems. Aufgrund der akuten Überforderungssituation hätte sich eventuell die Möglichkeit geboten, die Krise zusätzlich für eine sozialarbeiterische Intervention am Abend des Notrufs zu nutzen. Dabei wäre es möglich gewesen Frau A. zu unterstützen, Einsicht für adäquatere Lösungen oder Verbesserungen der Gesamtsituation zu entwickeln.

Wenn es in Zukunft zu einer nachhaltigeren Bearbeitung des Falles kommen soll, wäre eine differenzierte interdisziplinäre Analyse erforderlich. Eine exemplarische Lösung könnte ein der rettungsdienstlichen Primärversorgung angeschlossener Sozialdienst – eines Regional Emergency Social Work Service (RESWS) sein. Dieser hätte die Aufgabe eine erste differenzierte Abklärung und regionale Verweisung in Abstimmung mit anderen AkteurInnen einzuleiten. Hier operativ mit dem Case Managementansatz zu arbeiten, würde dessen Aufgaben sowie zeitlichen und strukturellen Ressourcen überfordern. Es sollte primär um eine direktere Vermittlung zu schon bestehenden lebensweltnahen Angeboten, ein bessere Abstimmung zwischen den AkteurInnen und Sozialen Diensten sowie Förderung von ersten informellen Teillösungen gehen.

Alternativ kann bei einer Zunahme der Überforderung von Frau A. wegen einer weiter wachsenden Pflegebedürftigkeit ihres Gatten eine teilhabeorientierte, institutionelle Lösung eingeleitet werden. Zwei Beispiele: eine ambulante Tagesbetreuung von Herrn A. zur Entlastung von Frau A. unter Tags oder eine Aufnahme in eine wohnortnahe stationäre Einrichtung mit leichter Erreichbarkeit für Frau A. Die Frage nach einem bestmöglichen Konsens zwischen den lebensweltlichen Bedürfnissen von Ehepaar A. und den regionalen Angeboten sollte von diesem regionalen Emergency Social Work Service bearbeitet werden.

Der Fokus dieses Abschnittes war die Art und Gestalt der Bruchlinien in einer zumeist hochkomplexen Lebenssituation von Menschen auszumachen. Die Frage nach einer unmittelbaren Hilfe bei der Lösung des aktuellen Problems weist einen höheren lebensweltlichen Nutzen für die AnruferInnen aus. Die Betroffenen denken zwischenzeitlich schon an eine tiefgreifende oder längerfristige Lösung der Situation, schrecken aber aufgrund des unübersichtlich großen Angebots davor zurück. Zahorka beschreibt die negativen Auswirkungen eines Überangebots auf die Entschlussfähigkeit der Hilfesuchenden (2016:65). Eine zentrale Helpline für alle psychosozialen Hilfsanfragen oder ein einfacher und verständlicher Zugriff auf einen elektronischen Sozialatlas könnten nach dessen Forschungsergebnissen ein Lösungsansatz für Falllagen wie diese sein (vgl. Rohrauer o.J.). Die kurze Fallstudie hat einen zentralen KlientIn <> Lebensfeld Fokus (vgl. Pantucek-Eisenbacher, in Flaker / Schmid 2006). Es wurde den konkreten situativen Bedingungen unmittelbar vor der Abgabe des Notrufs nachgegangen und dazu möglichen Lösungs- bzw. Verweisungsoptionen für die AkteurInnen exploriert (vgl. Abbildung 14: Forschungsfeld im Abschnitt 3.3.4.).

4.1.2. Fall Sorgebekundung

Heinz Novosad

Nach einer Beschreibung der vorliegenden Situation, wird unter Zuhilfenahme des Diagnose-Instruments der Presented-Problem-Analyse (PPA) gemeinsam mit zwei unterschiedlichen fallbeteiligten AkteurInnen eine Kontextualisierung vorgenommen. Auf dieser Basis werden einige Fragestellungen hinsichtlich des interessierenden Aspekts aufgebaut und eine Situationsanalyse nach Spiegel erstellt. Der Schwerpunkt des Interesses bei der Analyse und der anschließenden Diskussion liegt im Aspekt „Entscheidungen und ihren Folgen“.

4.1.2.1. Situationsbeschreibung

Die gegenständliche Analyse basiert auf der umfassenden Schilderung in der folgenden Fallvignette „Sorgebekundung“.

Herr K. lebt seit einem schweren Arbeitsunfall vor vielen Jahren, bei dem er in einem Gebäude vollständig verschüttet war, unter freiem Himmel in einem Auwald unweit einer kleinen, ländlichen Gemeinde irgendwo in Niederösterreich. Im Jänner 2017 schildert Herr W. am Rettungsnotruf in einem sehr ausführlichen Notruftelefonat die Situation des Herrn K. wie folgt:

„Es ist kein aktueller Notfall. Seit vielen Jahren lebt ein Mensch in der Au in einem Holzstoß. Nachdem in den nächsten Tagen minus 12 Grad und mehr angesagt sind, möchte ich einen Notruf absetzen, damit diesem Menschen geholfen wird.“
(unveröffentlichte Notrufaufzeichnung NNÖ 2017).

Der Anrufer hat den inzwischen 70jährigen vor kurzem persönlich gesehen und war sehr erschrocken über dessen offensichtlich schlechten Allgemeinzustand. Seit bei einem Hochwasserereignis vor einigen Jahren seine kleine beheizte Hütte im Auwald zerstört wurde, lebt er in einer lagerähnlichen Behausung ohne Heizung. Für gewöhnlich verweigert Herr K. jedes Hilfsangebot durch andere Menschen. Bei den zuvor telefonisch kontaktierten Stellen habe sich niemand zuständig gefühlt und der Anrufer wurde an den Rettungsnotruf verwiesen. Als scheinbar nicht nahestehender Dritter untermauert Herr W. auf recht offensive Weise die Ernsthaftigkeit des Problems der Obdachlosigkeit des Herrn K. damit, dass man sowieso von „Amts wegen“ helfen müsse, wenn ein alter Mensch keine Hilfe annehmen möchte und dadurch sein Leben selbst gefährden würde.

Der Notrufexpertin in der Rettungsleitstelle Frau M. sind die Lebensumstände des Herrn K. aus früheren Notrufen von anderen AnruferInnen und zu anderen Situationen noch vage in Erinnerung. Im Notrufgespräch mit Herrn W. versucht sie sich die benötigten Informationen zur aktuellen Situation des Betroffenen zu beschaffen. Nach der Durchführung der üblichen Vorgehensweise zur Beurteilung und Priorisierung von Krankheitsbildern, akuten Gefahrensituationen oder Verletzungsmechanismen in der Rettungsleitstelle wird „zur Sicherheit“ ein Notfall „diagnostiziert“. Die alarmierten SanitäterInnen und PolizeibeamtInnen

können Herrn K. vor Ort letztlich nicht auffinden. Daran anschließende Geschehnisse sind weder Frau M. und Herr W. noch den Autoren bekannt.

4.1.2.2. Kontextualisierung

Die zwei wichtigsten Anforderungen an eine Soziale Diagnose als Grundlage für fallbezogene Entscheidungen sind nach Peter Pantuček, dass ein Ausschnitt des Verhältnisses Mensch und soziales Umfeld erfasst und abgebildet wird und diese den eigentlichen Unterstützungsprozess nicht behindert (vgl. Pantuček 2012:20). Im gegebenen Fall und aufgrund des zugrundeliegenden Forschungsinteresses, erfolgte die Auswahl des verwendeten Diagnose-Instruments mit der Absicht diesbezügliche Möglichkeiten auch im Erstkontakt am Telefon identifizieren zu wollen. Es ist aufgrund der fehlenden visuellen Einschätzung davon auszugehen, dass die Informationsbeschaffung und Einschätzung jedenfalls mit einer dementsprechenden Adaptierung des Verfahrens zur sozialen Diagnostik einhergehen wird. Wenn diagnostische Instrumente in der Praxis jedenfalls das Potential haben sollen, Entscheidungen auf Basis der Logik des Falles gegenüber konformen Entscheidungen zu stärken (vgl. Pantuček 2012:20), dann könnte diese Offenheit auch auf theoretischer Ebene vielversprechend sein. Für den hier präsentierten Fall entsprechend angemessen erscheint mir die Verwendung des Diagnose-Instruments der Presented-Problem-Analyse (PPA).

Neben der Möglichkeit den tatsächlichen Inhalt des Gesprächs zwischen dem Anrufer Herrn W. und der Notrufexpertin Frau M. in Form der anonymisierten Tonbandaufzeichnung zu analysieren, standen auch beide zu einem späteren Zeitpunkt für ein Interview zur Verfügung im Rahmen dessen die Presented-Problem-Analyse gemeinsam erstellt wurde. Der Fall wurde also mithilfe der vorliegenden Dokumentation und anhand zweier unterschiedlicher Ankerpersonen untersucht. Im Mittelpunkt der Kontextualisierung standen dabei die Dimensionen Alltagsbewältigung und Relevanzstruktur. Mit der gewählten Vorgehensweise, den Fall auch aus der Perspektive von Frau M. als zweite Ankerperson zu untersuchen, sollen die schwierigen Handlungssituationen und Entscheidungszumutungen der Notrufexpertin dargelegt werden. Beide Ankerpersonen benannten sich zu Beginn nicht aktiv als AkteurInnen. Um sie in die Position von AkteurInnen zu setzen, musste zunächst an der Problemformulierung gearbeitet und diese umformuliert werden (siehe Abbildung 13).

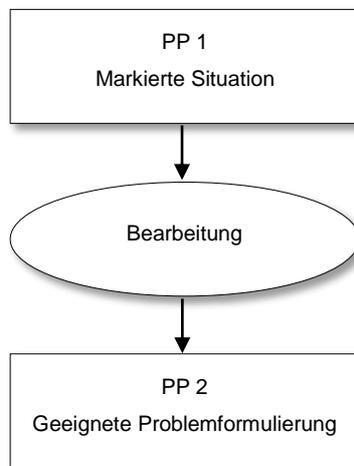


Abbildung 13: Arbeit an der Problemformulierung nach Pantucek
 Quelle: eigene Darstellung Novosad

Bereits im Laufe des Notrufgesprächs verändert sich die bloße Beschreibung einer Situation durch Herrn W. immer weiter hin zur Schilderung seiner tatsächlich schwierigen Handlungs- und Entscheidungssituation. Die vorhergesagte Kältewelle in Verbindung mit dem fortgeschrittenem Alter und dem schlechten Zustand des unter freiem Himmel lebenden Herrn K. bereiten dem Anrufer sehr große Sorgen. Er ist davon überzeugt, dass er selbst ihm auf anderem Weg nicht helfen kann, weil er für gewöhnlich keine fremde Hilfe annimmt. Deshalb wendet sich Herr W. an die Rettungsleitstelle um Hilfe. Im Rahmen der späteren Presented-Problem-Analyse lassen sich die ersten diesbezüglichen Äußerungen mit der Tonbandaufzeichnung bestätigen und ergänzen (siehe Darstellung in Tabelle 4). Bei den Formulierungen in der Spalte PP2 handelt es sich um wörtliche Zitate.

Ankerperson	PP 1 markierte Situation	PP 2 geeignete Problemformulierung
Ankerperson 1 Herr W.	kein aktueller Notfall, ein Mensch lebt in der Au bei minus 12 Grad;	<i>„Ich fühle mich hilflos, weil sich der Betroffene nicht helfen lässt und niemand für das Problem zuständig zu sein scheint.“</i> <i>„Ich mache mir Sorgen um sein Wohlergehen, weil sich auch sein Gesundheitszustand verschlechtert hat.“</i> <i>„Ich möchte das Problem „anzeigen“ weil man in diesem Fall ja von Amts wegen helfen müsste.“</i>

Tabelle 4: markierte Situation vs. geeignete Problemformulierung Herr W.
 Quelle: eigene Darstellung Novosad

Für die zweite Ankerperson konnte eine Problemformulierung aus ihrer Sicht erst zu Beginn des nachfolgenden Interviews gefunden werden. Die NotrufexpertInnen in Rettungsleitstellen sind darauf trainiert in schwierigen Notfallsituationen aktiv überlebensnotwendige Informationen zu erheben. Dies geschieht oft unter dem massiven Zeitdruck den viele Notfallsituationen mit sich bringen. Aktive Führung des Gesprächs und die verständnisvolle Beruhigung der AnruferInnen stehen im Vordergrund. Nur so kann ohne visuellen Informationskanal eine Lebensbedrohung oder gefährliche Situation verlässlich eingeschätzt werden und die AnruferInnen zur überbrückenden Durchführung Erster Hilfe Maßnahmen motiviert werden. Zu dieser Vorgehensweise gehört es nicht, die eigene Problemformulierung den AnruferInnen mitzuteilen, weshalb eine solche im Notrufgespräch nicht zu hören ist. Die Ergebnisse der im späteren Interview geäußerten Problemformulierung (wörtliche Zitate in Tabelle 2, Spalte PP 2) bestätigen jedenfalls sehr eindrucksvoll die von Hilary Campbell und Brian Rasmussen 2012 attestierte Versorgungslücke und den Anspruch SanitäterInnen bei ihren Entscheidungen bestmöglich zu unterstützen (vgl. Campbell / Rasmussen 2012).

Ankerperson	PP 1 markierte Situation	PP 2 geeignete Problemformulierung
Ankerperson 2 Frau M.	kein medizinischer Notfall, Mensch lebt in der Au;	<p><i>„Ich wollte gerne Struktur in das Gespräch bekommen, konnte es jedoch nicht in gewohnter Weise.“</i></p> <p><i>„Ich höre mir den Fall einmal an und dann finde ich schon irgendeine Möglichkeit ihm zu helfen.“</i></p> <p><i>„Wie sollte ich ihm denn in diesem Fall helfen können? Ich habe ja gar nicht die Möglichkeit dazu.“</i></p> <p><i>„Ich würde ihn gerne selbst fragen, ob es ihm gut geht und erst danach entscheiden. Was ist wenn er seit dem Unfall einfach nicht mehr in geschlossenen Räumen sein kann?“</i></p> <p><i>„Mich verunsichern die Widersprüchlichkeiten und fehlenden Informationen in diesem Fall.“</i></p>

Tabelle 5: markierte Situation vs. geeignete Problemformulierung Frau M.
Quelle: eigene Darstellung Novosad

Die einzelnen Schritte der PPA und deren Fragestellungen (vgl. Pantuček 2012:153) wurden an die vorliegenden Umstände angepasst bzw. erweitert und diese mit den beiden Ankerpersonen nach der Arbeit an den Problemformulierungen im Gespräch vollzogen. In die Analyse des Kontexts und der Problemgeschichte sind darüber hinaus die Inhalte der

Notrufaufzeichnung eingeflossen. Die folgende Grafik 2 zeigt die vorbereiteten Fragestellungen der PPA.

4.1.2.3. Fallanalyse

Das durch die PPA erhobene Rohmaterial und die vorliegende Dokumentation wurden anschließend einer weiteren Strukturierung in Form einer Situationsanalyse nach Spiegel (2013:8f) unterzogen und entsprechend dargestellt. Die folgende Tabelle 6 soll dabei helfen, unzureichende Spontan-Perspektiven aufzudecken und wird auf den interessierenden Aspekt von „Entscheidung und ihre Folgen“ fokussieren.

	Wahrnehmung und Beschreibung	Motive, Gefühle, Begründungen	Deutungen und Erklärungen Fachkraft	Einschätzung der Situation
Sicht Institution	Notrufmissbrauch, Fehleinsatz, ineffizienter Einsatz von Personalressourcen, Entscheidung anderer Dienste an den Rettungsdienst zu verweisen, Systemmissbrauch;	Sicherheitsdenken gepaart mit fehlender Information, keine akute Erkrankung oder Verletzung,	Abrechnung auf Basis gefährterer Transporte mit medizinischer Indikation, deshalb keine grundsätzliche Zuständigkeit für Obdachlosigkeit;	Ressourcen des Rettungsdienstes gleichen Entscheidungen für Nichtzuständigkeit anderer Dienste und Wissensdefizite in der Bevölkerung aus, Erwartung der Öffentlichkeit als Einflussfaktor;
Sicht Adressatin	mögliche Ängste, in Ruhe gelassen werden, ohne Zwang leben, brauche keine Hilfe;	<i>„Ich möchte nie mehr wieder unter Trümmern eines Hauses begraben sein.“ „Ich fürchte mich davor, dass ich hier weg muss.“ „Ich möchte meine Freiheit und Ruhe haben.“ „Brauche kein Mitleid.“</i>	Erfahrung, Selbstbestimmung und Autonomie, gewohntes Leben, Verharmlosung, Scham;	Autonomie – „Ich entscheide selbst wann mir wer helfen darf.“
Sicht Ankerperson 1 Herr W. als Anrufer	der Betroffene lässt sich nicht helfen, niemand ist zuständig, sein Gesundheitszustand hat sich verschlechtert, Hilfe muss nötigenfalls erzwungen werden;	<i>„Ich fühle mich hilflos, weil...“ „Ich mache mir Sorgen, weil...“ „Ich möchte das Problem anzeigen, weil...“</i>	Konflikt zwischen dem Wissen um die Bedeutung der Selbstbestimmung und der aktuellen Sorge, Sorge dominiert die Entscheidung Hilfe zu holen, Erfahrung, dass Rettungsnotruf auch bei anderen Situationen angerufen werden kann und hilft;	Vorstellung eines Hilfsangebotes für möglichst viele Problemlagen, soziales Engagement und Hilfsbereitschaft deckt Entscheidungsmängel und Versorgungsprobleme auf,

Sicht Ankerperson 2 Frau M. Notruf-expertin	Zweifel und Unsicherheit in der Notrufbearbeitung, fehlender Behördenanschluss für solche Fälle, Entscheidung zu Zwang nur in absoluten Ausnahmefällen;	„Ich wollte gerne Struktur bekommen...“ „Ich finde schon irgendeine Möglichkeit ihm zu helfen.“ „Ich habe ja gar keine Möglichkeit zu helfen.“ „Ich würde ihn gerne selbst fragen,...“ „Mich verunsichern die Widersprüchlichkeiten...“	entweder/oder Entscheidungen am Notruf, Entscheidung sich zuständig zu fühlen grenzt von anderen KollegInnen oder Organisationen ab, ausgeprägte Empathiefähigkeit und bewusste Reflexion;	beim ersten telefonischen Kontakt konnte Frau M. ihm keine passende Hilfe vermitteln, Verbindung zu ähnlich gelagerten Fällen in der Berufspraxis;
eigene Sicht	aufsuchende Klärung einer unbekanntem Situation nach Sorgemeldung, unpassende Ressourcen;	fehlende Information und Zugang zur betroffenen Person, betroffene Person wird nicht angetroffen, Grenzen der Standardisierbarkeit, Widersprüche aushalten;	Überforderung und Unsicherheit der Notrufexpertin bei der Entscheidung, Handlungszwang, fehlende Akzeptanz vorhandener Hilfesysteme, fehlende Vernetzung zwischen den Professionen;	Unterstützung der NotrufexpertInnen, selbst bei gesicherten Informationen keine grundsätzliche Entscheidung für Nichtzuständigkeit mangels systematisierter Verweisungsstrategie ;
Reflexion	ordnungspolitische Entscheidungen in einer Rettungsleitstelle problematisch; NotrufexpertInnen benötigen Unterstützung bei sozialen Hilfsanfragen, Zugang zu Wissen über Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich;	mangelnde Kompetenz und fehlendes Wissen zur disziplinübergreifenden Verweisung, gewohnte Entscheidungen, medizinisches Erklären versus soziales Verstehen;	hoher Servicelevel (d.h. Zuständigkeitsentscheidung), Entscheidungsspielraum bei der Wahrnehmung sozialer Problemmarker erforderlich;	Fehler bei der Entscheidung oder Nichtzuständigkeit auf Fallebene haben soziale als auch medizinische Folgen; bewusste Entscheidung zur Gesamtevaluation, erforderlich;

Tabelle 6: Situationsanalyse von Spiegel
Quelle: eigene Darstellung, Novosad

4.1.2.4. Diskussion zum Fall

Seit vielen Jahren beschäftigt die Autoren die Frage nach der Entscheidung sich für etwas zuständig zu fühlen oder für etwas zuständig zu sein. Im Handlungsfeld von Notrufleitstellen oder Helplines gibt es eine Vielzahl von durchaus nachvollziehbaren Gründen sich nicht zuständig zu fühlen oder zu sein. Die Vielfalt der Zuständigkeitsentscheidungen österreichischer Helplines und deren Auswirkungen auf das NutzerInnenverhalten hat Zahorka

jüngst in seiner wissenschaftlichen Analyse psychosozialer Helplines eindrucksvoll vorgelegt (vgl. Zahorka 2016). Selbst bei Notrufleitstellen grenzen sich unterschiedliche Organisationen über derartige Zuständigkeitsparadigmen in der Praxis meist voneinander ab. Die politische Entscheidung unterschiedliche Notrufnummern für unterschiedliche Hilfestellungen zur Verfügung zu stellen, reicht die anlassfallbezogene Entscheidung an den hilfeschreitenden Menschen weiter. Für die konkrete Hilfsanfrage wird angenommen, dass die AnruferInnen ausreichend Wissen über die vorliegende Situation und dazu passende Hilfestellungen parat halten und gleich beim ersten Versuch die „richtige“ Nummer (aus)wählen zu können.

Im Lichte telefonischer Hilfsanfragen stehen darüber hinaus aber noch viele weitere Entscheidungszumutungen für unterschiedlichste AkteurlInnen an. Die folgenden Fragestellungen können ein Hinweis auf die Bedeutung von Entscheidungen und ihren Folgen im hier vorliegenden Kontext sein, auch wenn sie sicherlich nicht letztgültig zu beantworten sind.

- Welche Umstände führen in der Bevölkerung zur bewussten Entscheidung sich mit sozialen Problemlagen anderer Menschen zu befassen?
- Was motiviert bzw. demotiviert eine Sorge um fremde Menschen öffentlich kundzutun (zur Entscheidung ein öffentliches Unterstützungssystem zu kontaktieren)?
- Wer entscheidet und definiert den Geltungsanspruch von Missbrauch von Notrufleitstellen und Helplines und evaluiert gesellschaftliche, soziale und gesundheitliche Auswirkungen einer solchen Bestimmung?

Die Bedeutung der Idee sich mit Entscheidungen und ihren Folgen bewusst auseinanderzusetzen, soll mit folgendem Zitat von Peter Pantuček noch weiter verstärkt werden.

Allgemein kann gesagt werden, dass Situationen, die Entscheidungszumutungen enthalten, nicht entflohen werden kann, indem man keine Entscheidung trifft – auch die Nichtentscheidung ist eine Entscheidung mit Folgen. Die Nichtentscheidung ist die

Entscheidung, derzeit nichts zu tun. Man ist auch für die Nichtentscheidung verantwortlich (vgl. Pantuček 2012:119).

Die NotrufexpertInnen erheben für gewöhnlich solange Informationen von den AnruferInnen, bis eine Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme eindeutig begründet werden kann oder entscheiden bei unvollständiger oder mehrdeutiger Informationslage mit dem Argument „zur Sicherheit“. Mit standardisierten Vorgehensweisen wird diese Handlungslogik unterstützt. Damit werden jedoch auch systematisch Entscheidungsspielräume bei der Wahrnehmung sozialer Problemmarker erschwert. In Anlehnung an das vorherige Zitat könnte man im gegenständlichen Fall sagen, dass die Verantwortung für die systematische Nichtentscheidung zur Vernetzung der Professionen nicht delegiert werden kann. Soziale und medizinische Folgen dieser Entscheidung können entgegen den verbreiteten Interessen von Notrufleitstellen damit noch unkalkulierbarer werden.

Beide Ankerpersonen zeigen ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein hinsichtlich ihrer bewussten Entscheidungen, sich mit sozialen Problemlagen anderer Menschen zu befassen und erforderlichenfalls ein öffentliches Unterstützungssystem zu kontaktieren. Im Rahmen der PPA tätigt Herr W. dazu folgende Aussagen:

„Er ist bereits so lange obdachlos, dass da niemand sonst mehr schaut.“

„Ich würde immer stehenbleiben und helfen.“

„Er hat kein Netzwerk wo er andocken kann, damit wäre es leichter gewesen ihm zu helfen.“

Auch bei Frau M. lassen sich eine Reihe von diesbezüglichen Statements finden:

„Jemand anderer hätte vielleicht gesagt rufen sie woanders an.“

„Ich höre mir das mal an und dann finde ich schon eine Möglichkeit ihm zu helfen.“

Mit der Analyse beider beteiligter Ankerpersonen (Herr W. und Frau M. / Anrufer und Notrufexpertin / Hilfsanfrage und Leitstelle) konnte sehr eindrucksvoll die Notwendigkeit, aber auch die gegebene Möglichkeit einer Verzahnung der Professionen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen aufgezeigt werden. Aus dieser gesteigerten Einsicht zur Notwendigkeit sich mit gesellschaftlichen, sozialen und gesundheitliche Folgen bisheriger

Entscheidungen umfassend zu beschäftigen, folgen so unter Umständen fortschrittliche Entscheidungen künftiger Gesundheits- und Sozialpolitik.

Die Kontextualisierung und Analyse unter Einbeziehung von NutzerInnen und AkteurInnen ermöglichte die notwendige Erweiterung des Blicks auf die vorliegenden Fallvignetten der pflegenden Angehörigen Frau A. und des besorgten Bürgers Herrn W. In beiden Fallanalysen haben bereits getroffene Entscheidungen oder anstehende Entscheidungszumutungen und ihre Folgen eine herausragende Bedeutung und werden deshalb auch bei der folgenden Beantwortung der Forschungsfrage einen wesentlichen Beitrag leisten.

4.2. Beantwortung der Forschungsfrage

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt entlang der vorweg definierten oder während des Forschungsprozesses festgestellten relevanten Suchraster. Die Ergebnisse der umfassenden Analyse übergreifender Zusammenhänge, gemeinsamer Merkmalsausprägungen und Typisierungen bzw. festgestellter Kausalmechanismen werden in diesem Abschnitt ausformuliert. Entlang der forschungsleitenden Fragen des hypothetischen Modells (siehe Darstellung im Anhang) wird dabei versucht, die Forschungsfrage so umfassend und multiperspektivisch wie möglich zu beantworten.

Mit dieser Arbeit soll die folgende Frage beantwortet werden:

„Wie kann eine interdisziplinäre und bedürfnisgerechte Einschätzung und Bewältigung telefonischer Hilfsanfragen an ausgewählte Hilfs- und Sozialdienste realisiert werden?“

4.2.1. Psychosoziale Hilfsanfragen in Reichweite gegebener Vorstellungen und gewohnter Handhabung

Aus der Untersuchung der gegenwärtigen Vorgehensweisen bei der Bearbeitung psychosozialer Hilfsanfragen lässt sich zunächst die Vorannahme bestätigen, dass die Auswahl der „zuständigen“ Nummer bei individuellen Hilfsanfragen betroffener Menschen auf

Basis des vorausgesetzten ausreichenden Wissens (vgl. Kapitel 4.1.2.4.) in der Praxis häufig nicht gelingt. Nach Einschätzung der AnruferInnen kann in Anlehnung an Graßhoff (vgl. Kapitel 3.3.4.1) davon ausgegangen werden, dass bei psychosozialen Hilfsanfragen ein großer persönlicher Nutzen mit dem Wählen der Notrufnummer verbunden wird. Der gewohnte Umgang in Rettungsleitstellen mit Entscheidungen in unsicheren Situationen, beeinflusst den jeweils weiteren Fallverlauf wesentlich. Diese besondere Entscheidungszumutung beschreibt eine der ExpertInnen mit diesen Worten: *"Das ist sehr schwierig, weil den betroffenen Menschen kenne ich ja nicht. Es könnte so etwas und genauso aber auch etwas anderes sein."*

4.2.2. Motive bestimmter AkteurInnen und ihr Einfluss auf die Einschätzung und Bewältigung

Die **AnruferInnen** erwarten sich bei ihren Hilfsanfragen für gewöhnlich eine Entlastung vom persönlichen Entscheidungsdruck durch die Leitstelle oder Helpline (vgl. Kapitel 4.1.2.). Die Auswertungen zeigen recht deutlich, dass diese Erwartungshaltung im Zusammenhang mit der Art und Weise ihrer Problemformulierung steht. Gerade bei jenen Formulierungen der AnruferInnen, welche bereits einen Lösungsvorschlag enthalten, wird deshalb eine solche Entlastung bereits im telefonischen Erstkontakt eine bedeutende Rolle spielen. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass die Entlastung frühzeitig als bewusst gewählte Interventionsform in Rettungsleitstellen Anwendung finden kann.

Die **NotrufexpertInnen** „wünschen“ sich regelrecht eine Erweiterung ihrer Handlungs- und Entscheidungsspielräume, sowie eine Ausdehnung und Anpassung verfügbarer Angebote. *„Ich finde so wie es jetzt läuft eigentlich super, nur wirklich im sozialen Bereich gehört etwas gemacht [...] da muss es mehr Auswahlmöglichkeiten geben“* (Interview 4:428-431). Entscheidungszumutungen ohne ganzheitliche Perspektiven werden frustrierend erlebt. Ein vielerorts bereits sehr professioneller Habitus, sowie das Selbstbewusstsein hinsichtlich zu treffender Entscheidungen, könnte durch einen interdisziplinären Zugang wesentlich erweitert werden.

Organisationen im Gesundheitswesen und Soziale Dienste haben naturgemäß entsprechende Steuerungsinteressen. *„Was wir im Pflegenotdienst auch probieren, nicht nur Pflegesituation vor Ort zu verbessern, sondern zu schauen, wo könnte man sich [zwischen den Organisationen] unterstützen, dass wir den [Patient] nicht fünfmal hintereinander haben [...] und dazu braucht`s Pflege, dazu braucht`s Sozialarbeit - da sind wir beim*

interdisziplinären“ (Interview 1:51-58). Mit einer Vernetzung der Angebote und Berufsgruppen lassen sich die Leistungen im Gesundheits- und Sozialwesen besser bündeln und damit Brüche in der Versorgung vermeiden. Von einer interdisziplinären Herangehensweise werden deshalb geeignete Werkzeuge zur individuellen Bearbeitung, systematischen Steuerung, sowie Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und die Wahrung der Kostenneutralität erwartet.

4.2.3. Interprofessionelle Fallarbeit zur Erweiterung des Blickfeldes

Als zentralen Aspekt der Forschungsfrage sehen die Autoren die Bedingungen für eine gelingende Einschätzung und Bewältigung individueller psychosozialer Hilfsanfragen an. Die Thematik der Annäherungstechnik stellt sich während der gesamten Untersuchung als der mächtigste Einflussfaktor heraus. Die gewählte Vorgehensweise zur Kontextualisierung muss zu den vorliegenden Gegebenheiten einer sozialarbeitsgestützten Triage am Notruf passen und wird für das Gelingen oder Versagen einer ersten Einschätzung und Bewältigung ohne visuelle Möglichkeiten entscheidend sein. Die Bedeutung des rettungsdienstlichen Begriffs "Triage" wurde bereits im Kapitel 2.1.3. dargestellt. Für diese Arbeit wurde er bewusst gewählt, weil damit ein weiteres Ergebnis verdeutlicht werden kann. Eine Spontanbeurteilung kann nicht die Stelle des erforderlichen interdisziplinären Verständnisses für den sozialarbeiterischen Fall einnehmen. Eine derartige Beurteilung in Rettungsleitstellen erfordert vielmehr die Berücksichtigung des fortlaufenden und prozesshaften Geschehens. Das Verstehen psychosozialer Fälle unterscheidet sich darüber hinaus vom Erklären medizinischer Symptome durch die Anwendung anderer Methoden und durch ein unterschiedliches Professionswissen bzw. dahinterliegendes Professionsverständnis.

4.2.4. Entwicklung neuer Versorgungsstrategien durch organisierte Vernetzung

Die Forschungsergebnisse bestätigen und konkretisieren in diesem Bereich die Erkenntnisse aus der fallspezifischen Analyse "Sorgebekundung" im Kapitel 4.1.2. Wenn es darum geht, die Rahmenbedingungen für psychosoziale Hilfsanfragen bei telefonischen Erstkontakten zu gestalten, dann muss zuallererst eine deklarierte Zuständigkeitsentscheidung der annehmenden Stelle erfolgen. Dies ist insbesondere deshalb erforderlich, weil im Gegensatz

zur bisherigen Vorgehensweise das Einbringen der unterschiedlichen Professionen in die Fallbearbeitung planvoll organisiert werden kann.

Nach den analysierten Daten stellt die Organisation der Arbeit in interdisziplinären Teams die nächste erforderliche Rahmenbedingung dar. Eine klare Bestimmung der Zuständigkeitsbereiche könnte gegebenenfalls für den Einzelfall erforderliche Priorisierungen regeln und gleichzeitig andere Formen der Hierarchie ausschalten. Nach Pantuček bedarf es einer offensiven Strategie um den dominanten medizinischen und psychologischen Deutungen zu entkommen, welche die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit unterschreiten (vgl. Pantuček 2012:28). Eine ganzheitliche Behandlung, Pflege und Betreuung kann jedenfalls unter Mitarbeit von ÄrztInnen, PflegerInnen, PsychologInnen, NotrufexpertInnen und SozialarbeitInnen bereits ab dem telefonischen Erstkontakt begonnen werden.

Die dritte wichtige Rahmenbedingung wird dadurch zum Ausdruck gebracht, dass diese ganzheitliche Behandlung, Pflege und Betreuung als gemeinschaftlicher Prozess zwischen den betroffenen Menschen und den Professionen in der Rettungsleitstelle gestaltet werden sollte. Im Sinne eines Case Management Gedankens ist auch in diesem Handlungsfeld eine kommunikative Abstimmung zwischen den Beteiligten erforderlich und möglich. Die Dokumentation des gesamten Fallverlaufs, als auch der getroffenen Entscheidungen, stellt dabei ein wirksames Mittel der Früherkennung und Prävention dar. Aus dem gewohnten Reagieren auf Basis wiederholter Hilfsanfragen kann so ein aktives Agieren werden z.B. durch ein telefonisches Angebot eines sozialarbeiterischen Clearings.

Um die entsprechende Passung zwischen den verfügbaren Hilfsprogrammen und Betroffenen herstellen zu können, benötigt es die systematische Kenntnis über die entsprechenden psychosozialen Programme. Eine sinnvolle Interventionsplanung im Anschluss an eine sozialarbeitsgestützte Triage am Notruf kann nur auf Basis akkumulierten Wissens des wohnortnahen sozialen Netzwerkes zum jeweiligen Fall betrieben werden. Die Verfügbarkeit dieses Netzwerkwissens zur Verweisung stellt die Vorgehensweise bei entsprechend großen lokalen Zuständigkeitsbereichen insgesamt auf die Probe. Dies deshalb, weil aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades sozialer Dienste kein allumfassender, einheitlicher Datensatz verfügbar ist an den man als telefonische Anlaufstelle eines Hilfs- oder Sozialdienstes unmittelbar andocken könnte, während gleichzeitig die Aktualität, Dynamik, Übersichtlichkeit

und Verfügbarkeit der Daten den Erfolg maßgeblich beeinflussen. Ein derart spezifisches und entsprechend umfassendes Netzwerkwissen erfordert ein überregionales Wissensmanagement auf EDV Basis. Es ist essentiell das jeweils generierte Wissen von lokalen ExpertInnen und NetzwerkpartnerInnen verfügbar zu machen und zu halten.

4.2.5. Strategie des Raushörens durch Wahrnehmung und Markierung charakteristischer Problemmarker

Die verwendete Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse ermöglicht eine Anpassung der Kategorien, wenn während der Aufbereitung des Rohmaterials andere interessante Besonderheiten vorgefunden werden. Diese Offenheit des Verfahrens erlaubte es, aus den Texten Hinweise auf interessante Mechaniken im Zusammenhang mit Problemmarkern zu extrahieren. Das Forscherteam entschied sich deshalb auch dafür, das Thema Problemmarker als eigenen Abschnitt in diesem Kapitel zu führen. Damit soll jedoch nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass diese nicht als relevante Einflussfaktoren verstanden werden. Im Gegenteil soll mit dieser Hervorhebung die einflussreiche Bedeutung von Problemmarkern für eine weiterführende Einschätzung und Bewältigung individueller psychosozialer Hilfsanfragen durch Fachkräfte noch unterstrichen werden.

Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung ist die Erkenntnis, dass Situationsbeschreibungen als psychosoziales Problem nicht nur „markiert“ werden können, sondern unter den gegebenen Bedingungen im Handlungsfeld von Notrufleitstellen auch „markiert“ werden müssen. Wie in der Diskussion zur Fallanalyse im Kapitel 4.1.2.4. beschrieben, kann die systematische Nichtentscheidung zur Vernetzung der Professionen nicht delegiert werden. Nicht nur der spätere Erfolg, sondern vielmehr der generelle Zugang zu einer interdisziplinären Einschätzung und Bewältigung von Hilfsanfragen hängen vom „Raushören“ psychosozialer Problemmarker ab.

Auf Basis gemeinsamer Merkmalsausprägungen im analysierten Datenmaterial, versuchen die Autoren ein paar erste Typisierungen und Spezialitäten zu beschreiben. Nachdem kein geeigneter, die Bedeutung ausreichend kennzeichnender und allumfassender Begriff ermittelbar war, sollen als Arbeitsbegriff zunächst erkennbare und damit markierbare „Normabweichungen“ bezeichnet werden. Da die analysierten Bezugsrichtungen hinsichtlich

der Abweichung darüber hinaus uneinheitlich waren und obendrein die Autoren die Aufzählung eines Indikationskataloges für unbrauchbar halten, sollen die übergreifenden Zusammenhänge festgehalten werden. Von Seiten anrufannahmender NotrufexpertInnen lassen sich demnach Normabweichungen von anderen Hilfsanfragen am Notruf bestimmen. Die MitarbeiterInnen von Rettungsleitstellen beschreiben diese zum Beispiel mit „ungewöhnlich“, „Gesprächssuche steht im Vordergrund“, „unzureichende Beschreibung eines medizinischen Problems“ oder „Problembeschreibung ist eher eine Gesprächsaufforderung“. Aus den vorhandenen Daten lassen sich darüber hinaus auch sogenannte kritische Lebensereignisse und Überforderungsaspekte als weitere Charakterisierungsmerkmale ausmachen (siehe Kapitel 3.3.3.). Ein spezieller Typus bei dem die Richtung der Normabweichung jedoch unbestimmt bleibt, wird als Häufigkeit von Hilfsanfragen zum gleichen Fallbringer beschrieben. Gleichzeitig lässt sich attestieren, dass bei solchen wiederkehrenden Anrufen die Abweichung nicht nur über die Häufigkeit des Auftretens erkennbar wird, sondern bei jedem einzelnen Anruf in der Problembeschreibung enthalten ist.

Angesichts der aktiven Gesprächsführung von NotrufexpertInnen und der standardisierten Vorgehensweise zur Informationsbeschaffung sollte dem folgenden Aspekt der individuellen Kompetenzen große Aufmerksamkeit zukommen. Dies deshalb, weil die Fähigkeit des Abfragens jene des Zuhörens nicht ausschließen darf und weil es ein gewisses Maß an Verständnis für die Profession der Sozialen Arbeit braucht, um ein „Raushören“ überhaupt erst zu ermöglichen.

4.2.6. Kompetenzen und ihr Beitrag zur Realisierung einer Einschätzung und Bewältigung

Jene Kompetenzen, die von den ExpertInnen unabhängig voneinander als besonders bedeutsam genannt wurden, sind in dieser Kategorie erfasst. Aus der Analyse der AnruferInnen-Bedingungen zum Augenblick des Notrufes (vgl. Kapitel 5.1.2.) lassen sich konkrete förderliche Reaktionen der LeitstellenmitarbeiterInnen ausmachen. Aktives Zuhören, Intuition und Einfühlungsvermögen sind für NotrufexpertInnen (EMD`s) und Emergency Social Worker (ESW`s) gleichermaßen für die telefonische und gegebenenfalls aufsuchende Triage relevant. Aus der Untersuchung der Faktoren zu einem Bewältigen psychosozialer Problemstellungen lässt sich die Fähigkeit einer raschen Eingrenzung und Gewichtung des

Problemfeldes für ein umfangreiches Fallverstehen begründen (vgl. Kapitel 4.1.). In Fällen, bei denen standardisierte Sozial- und Notfallprogramme nicht umsetzbar sind, können nur im Lebensfeld der NutzerInnen praxiserfahrene HelferInnen möglichst umfassend und sicher handeln. Kompetenzen wie Felderfahrung, Abstraktionsvermögen und kontextbezogene Interpretation werden von den psychosozialen HelferInnen (ESW, EMD, ...) als „voll ausgeprägt“ gefordert. Die ist notwendig, um auch unter hoher Stressdisponiertheit kasuistisch relevante Schlüsse ziehen zu können. Es braucht in Zukunft noch mehr erfahrene ExpertInnen mit umfangreicher Vernetzungskompetenz zwischen allen möglichen AkteurInnen, Organisationen und sozialen Diensten.

„Also, mir ... mir persönlich gefällt es sehr gut, weil ich mir immer denke, was uns allen fehlt ist so dieser sozialarbeiterische Aspekt, Ja?! Also das ist ganz klar, wenn ich heute bei 144 anrufe als Mensch der in einer sogenannten Notlage bin, werde ich vieles gefragt, aber es gibt kein sozialarbeiterisches Knowhow, was braucht s denn stattdessen alles? Statt dieses Notrufes... Und das einmal auseinanderzukriegen und da zu sagen, also wie gehen wir mit den Anruferinnen und Anrufern anders um? Das find ich sehr wichtig!“ ExpertIn (Interview 8:20-26)

4.3. Exemplarische Lösungsmodelle zur strategischen Anbindung der Sozialen Arbeit an Rettungsleitstellen

Die Herausbildung einiger exemplarischer Lösungsmodelle erfolgte nach Aufklärung der relevanten Kausalmechanismen entlang des oben formulierten Forschungsergebnisses (vgl. Novosad / Mötzl / Zahorka: 2016). Dementsprechend wird nun zuerst die gedachte Verortung im Gesamtsystem dargestellt und im Anschluss die drei verschiedenartigen Modelle diskutiert. Bei deren Entwicklung waren die forschungsleitenden Fragen des hypothetischen Modells von gleicher Relevanz wie für die Beantwortung der Forschungsfrage. Bei jedem Modell wird aufgezeigt, welchen Beitrag es zur Realisierung einer interdisziplinären und bedürfnisgerechten Einschätzung und Bewältigung telefonischer Hilfsanfragen leisten können wird.

4.3.1. Grundlagen und Verortung im Gesamtsystem

Stefan Wallner

In diesem Kapitel wird das Modell eines SAT-Lenkungssystems dargestellt. Dieses Modell wurde basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche (Theorien und Best Practice Beispiele) und den Ergebnissen der ExpertInneninterviews entwickelt.

Zum besseren Verständnis wurde eine grafische Übersicht erstellt, in der neben den bereits bestehenden Verweisungssystemen auch das aus den Forschungsergebnissen entwickelte „SAT 144 Lenkungssystem“ Modell skizziert ist.

Die bestehenden Strukturen und Abläufe in der Rettungsleitstelle der psychosozialen Institutionen sind hier in weiß dargestellt. Neue Strukturen und Angebote die bei ihrer flächendeckenden Einführung neue psychosoziale Verweisungsoptionen darstellen würden, sind grau hinterlegt. Die Schwarz-Weiß straffierten Teile sind die Elemente des SAT 144 Lenkungssystem Entwurfs und werden in den Kapiteln 4.3.2.-4. genauer ausgeführt.

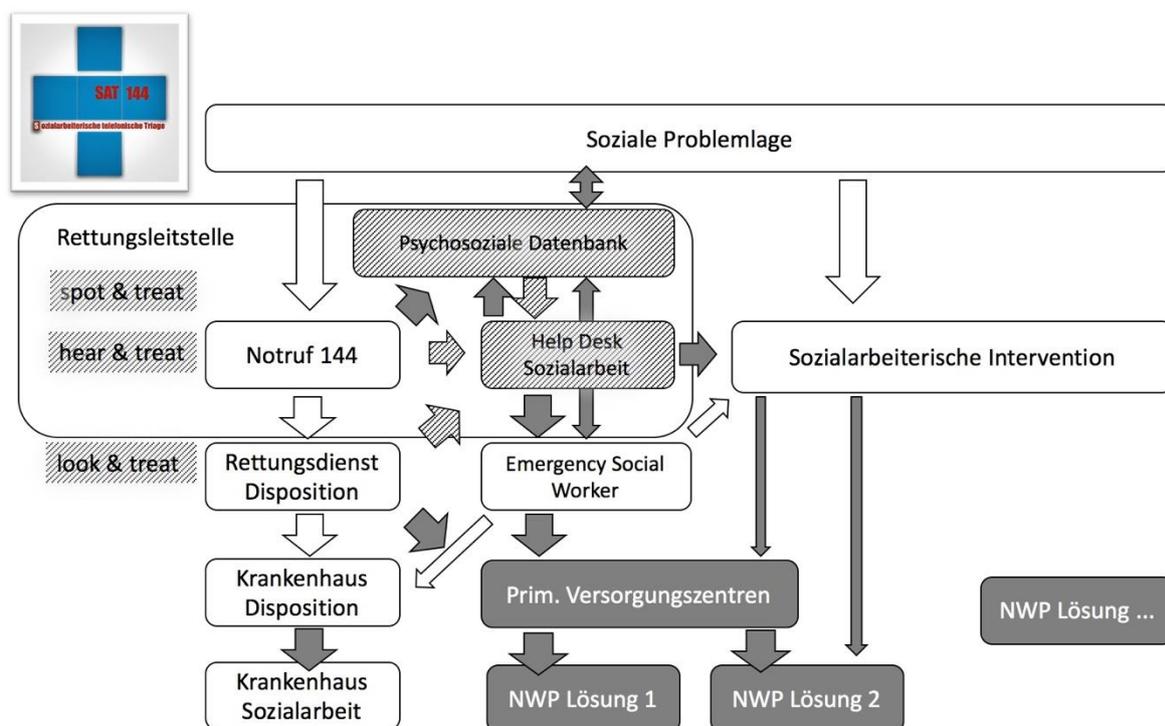


Abbildung 14: SAT 144 Lenkungssystem
Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner
(Begriffe spot & treat und hear & treat unter Bezugnahme auf Newton (2016))

Weißer Felder und Pfeile = aktuelle Verweisungspfad

Graue Felder und Pfeile = aktuelle Netzwerkpartnerstrukturen mit neuen Verweisungsoptionen

Schwarz-weiß schraffiert = die in dieser Arbeit entwickelten SAT144 Lösungsmodelle

Da bisher keine sozialarbeiterische Abklärung bei Hilfsanfragen mit sozialen Problemlagen in den Rettungsleitstellen erfolgt, ist davon auszugehen, dass in den überwiegenden Fällen ein Rettungsmittel entsandt wird. Basierend auf der eigenen rettungsdienstlichen Erfahrung der Autoren erfolgt daran anschließend zumeist ein Transport in ein Krankenhaus. Dies auch, wenn bei der betroffenen Person keine notfallmedizinische Indikation von den RettungssanitäterInnen und NotärztInnen festgestellt werden kann. Als eine Ursache dafür wird von Newton (2016) unter anderem die Risikointoleranz von RettungssanitäterInnen gesehen *„Individual conditions have perception of risk and a perception of their own vulnerability in making clinical decisions. And some of those perceptions of personal risk are quite high because paramedics in the UK are independently registered and that means if they make a mistake their registration can be taken away“* (Newton, 2016). In Österreich verlieren die RettungssanitäterInnen aufgrund anderer gesetzlicher Bedingungen nicht ihre Lizenz. Nichts desto trotz ist auch bei ihnen eine Risikointoleranz gegenüber persönlichen Entscheidungen für die man später zur Verantwortung gezogen werden könnte zu beobachten.

In den Aufnahmeambulanzen erfolgt eine überwiegend medizinische Einschätzung zu einer klinischen stationären Versorgung, bei der es aufgrund der immer knapperen Betten-Ressourcen und engeren ökonomischer Vorgaben immer seltener zu „Aufnahmen aus überwiegend sozialer Indikation“ kommt. Im Fall eines längeren medizinisch begründeten stationären Aufenthalts werden bei Vorliegen psychosozialer Problemlagen SozialarbeiterInnen üblicherweise von den diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen für das Entlassungs- oder Case-Management angefordert. Hier rücken die sozialen Probleme der betroffenen Person erneut in den Fokus und es wird nach einer passenden extramuralen Verweisung gesucht und diese vermittelt.

In einigen Regionen können sich die AnruferInnen bei krisenhaften Lebensereignissen alternativ an spezielle Krisenangebote wenden. Exemplarisch sind hier bei suizidalen Episoden die Krisenhilfe Oberösterreich, ein Trägerverbund mehrerer Organisationen

(Krisenhilfe OÖ 2017) oder das Akut Team Niederösterreich (Akut Team NÖ 2017) erwähnt. Die aufsuchenden, überwiegend psychologischen ExpertInnen werden in einigen regionalen Angeboten bei der Einschätzung und Verweisung von SozialarbeiterInnen telefonisch unterstützt. Optional zur Belassung der betroffenen Person im sozialen Umfeld kommt es zur weiteren Unterstützung bzw. Beratung, zu Verweisungen an lokale beratende soziale Dienste oder psychiatrische Einrichtungen. Es könnte bei Hilfsanfragen bei denen am Telefon schon erkennbare soziale Problemlagen gemeldet werden sinnvoll sein, primär erfahrene SozialarbeiterInnen - Emergency Social Worker (ESW) – zum Hausbesuch zu entsenden. Eine weitere Option für NutzerInnen mit akuten psychosozialen Problemen wäre ein ambulanter Besuch in einer Einrichtung mit längeren Öffnungszeiten, in denen SozialarbeiterInnen im ExpertInnenteam eingebunden sind. Dies wird in Primary Health Care Centres (PHC), wie zum Beispiel dem Gesundheitszentrum (GHZ) Enns in Oberösterreich (Gruber 2017) praktiziert oder in anderen gerade neu entstehenden psychosozialen Netzwerk-Partner-Angeboten (NWP) wie Gemeinwesenprojekte erprobt (vgl. GMZ Liebenau, Mittelbach / Sharifgerami 2016).

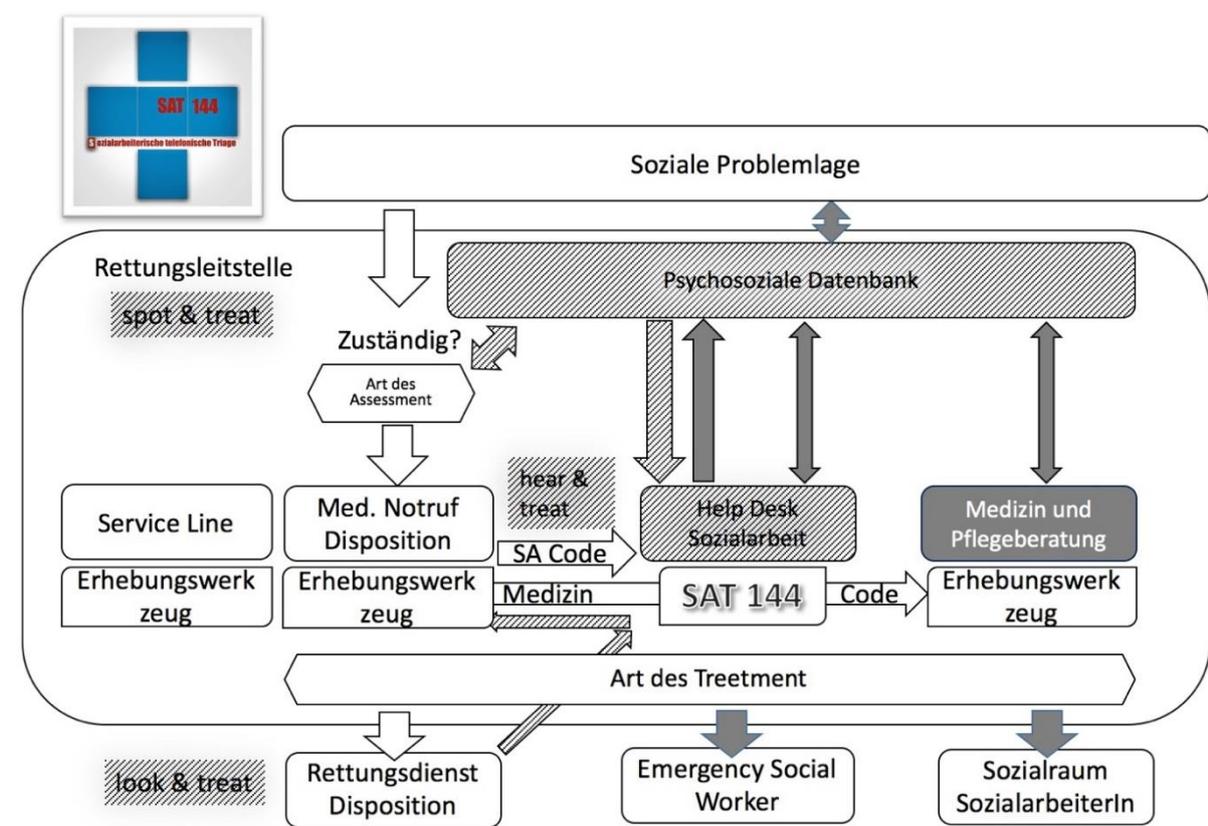


Abbildung 15: interne Verweisungspfade bei Rettungsleitstellen
 Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner

Bei der Entwicklung des SAT 144-Lenkungssystems wird auf die Begriffe des South East Coast Ambulance Service (SECAMB) aus Großbritannien aufgebaut (vgl. Newton 2016). Diese werden für den lokalen Kontext adaptiert und dabei um zusätzliche Elemente erweitert.

Für telefonische Hilfsanfragen in Rettungsdiensten konnten im Forschungsprojekt alternative telefonische Beratungsmöglichkeiten wie die Service Lines oder medizinisch/pflegerische Gesundheitsberatung-Helplines (NNÖ1450 2017) ausgemacht werden. Besonders aufschlussreich für die Forscher war die ExpertInnen Aussage laut der es wichtig und sinnvoll wäre, eine sozialarbeiterische telefonischen Verweisung „Hear and Treat“ an einem „Sozialarbeits Help Desk“ mit einem eigenen abgestimmten SAT144-Verweisungsprotokoll beiziehen zu können (vgl. Abbildung 15, Interne Verweisungspfade Rettungsleitstellen).

Der zweite Verweisungspfad „Look and Treat“ könnte von aufsuchenden Diensten, Rettungsmittel verschiedener Hilfsorganisationen, später optional von mobilen Einheiten der Exekutive (beispielhaft die Polizeikräfte) eingeleitet werden. Nach Abklärung der eigenen fachlichen Nicht-Zuständigkeit können die HelferInnen vor Ort mit dem sozialarbeiterischen Help Desk von Notruf NÖ Kontakt aufnehmen, um einen Regional Emergency Social Work Service (RESWS) einleiten zu lassen (vgl. Lösung zum Fall Pflegende Angehörige, 4.1.1.).

Der dritte Ablaufprozess von SAT144 ist der eines datenbankunterstützten „Spot and Treat“. Bei diesem sollen anhand bestimmter Problemmarker der Leitstellen-Daten AnruferInnen als „Heavy User“ markiert werden. Heavy User sind AnruferInnen mit wiederholten Hilfsanfragen. Nach einer nachgehenden Kontaktaufnahme (Clearing) durch die ExpertInnen des sozialarbeiterischen Help Desk werden lenkende Vereinbarungen und Verweisungen mit den AnruferInnen/FallgeberInnen entwickelt und an die zuständigen Stellen (Netzwerkpartner) weitergeleitet.

Zusätzlich könnten im Rahmen des datenbankunterstützten „spot and treat“ Prozesses im Fall eines wiederholten Notrufs durch die NutzerInnen/AnruferInnen den NotrufexpertInnen diese SAT-Vereinbarungen angezeigt werden. Diese könnten nun direkt ohne Entsendung eines Rettungsmittels disponiert werden.

4.3.2. Hear and Treat

Das erste in der vorliegenden Arbeit entwickelte Lösungsmodell mit dem Namen „Hear and Treat“ baut zunächst auf dem oben dargestellten Ergebnis auf, dass die Behandlung, Pflege und Betreuung durch interdisziplinäre Teams bereits ab dem telefonischen Erstkontakt begonnen werden kann. Dass aufgrund der gegebenen eindimensionalen Handlungslogik der Weg zur Wahrnehmung psychosozialer Problemmarker daneben in der Regel verwehrt bleibt, wurde ebenso ausreichend dargestellt. Mit diesem Modell soll die Möglichkeit diskutiert werden, trotz unterschiedlich qualifizierter MitarbeiterInnen den Notrufleitstellen diesen Weg zu öffnen.

Der Leser/die Leserin soll zunächst an die erste Situationsbeschreibung des Herrn W. im Fall „Sorgebekundung“ erinnert werden:

„Es ist kein aktueller Notfall. Seit vielen Jahren lebt ein Mensch in der Au in einem Holzstoß. Nachdem in den nächsten Tagen minus 12 Grad und mehr angesagt sind, möchte ich einen Notruf absetzen, damit diesem Menschen geholfen wird.“
(unveröffentlichte Notrufaufzeichnung NNÖ 2017).

Mit dem Modell „Hear and Treat“ könnte dem/der anrufannahmenden MitarbeiterIn bei dieser Hilfsanfrage die Möglichkeit eröffnet werden, nicht nur die gewohnten speziellen Strategien zur Einschätzung und Bewältigung bei Notrufbearbeitungen zur Anwendung zu bringen. Vielmehr sollte das vorliegende Hilfsansuchen als mögliches Problem der Alltagsbewältigung „markiert“ werden können, damit eine sozialarbeiterische Fachkraft mit der weiteren Fallbearbeitung beauftragt werden kann. Die folgende Abbildung 16 visualisiert einen solchen Prozess.

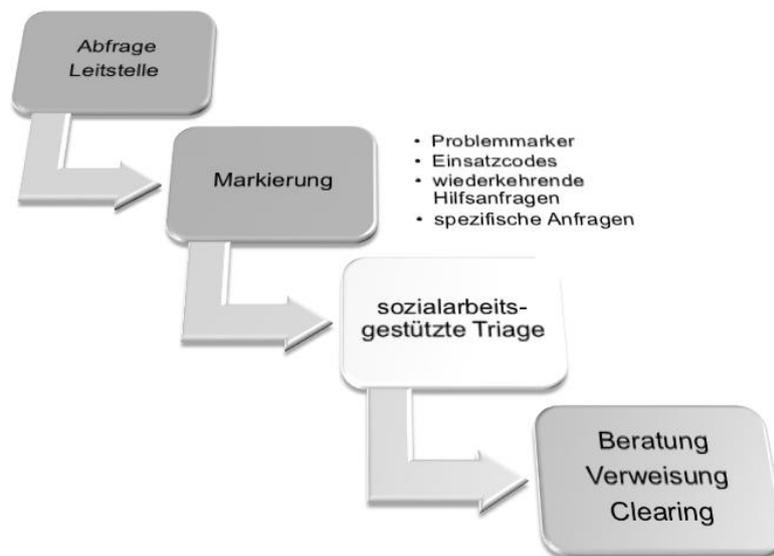


Abbildung 16: Lösungsmodell Hear and Treat
Quelle: eigene Darstellung, Novosad

Im Kapitel 4.2.5. wurden die entsprechenden Untersuchungsergebnisse aus der Kategorie Problemmarker grundsätzlich beschrieben. Der Beitrag dieses vorliegenden Modells zur Realisierung einer interdisziplinären und bedürfnisgerechten Einschätzung und Bewältigung telefonischer Hilfsanfragen wird durch eine konsequente Verankerung im Bearbeitungsprozess von Notrufleitstellen begründet. Auf Basis klar zu regelnder Zuständigkeiten fügt sich die weitere Fallbearbeitung nach einer derartigen Markierung wieder in den Gesamtprozess ein. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da individuelle Deutungsmuster anrufannahmender MitarbeiterInnen in schwierigen Notfallsituationen, den notwendigen standardisierten Vorgehensweisen für gewöhnlich entgegenstehen. Das unpassende Handwerkszeug und den fehlenden Zugang zur Lebenswelt beschreibt die Notrufexpertin Frau M. im Interview wie folgt: *„Ich wollte gerne Struktur in das Gespräch bekommen, konnte es jedoch nicht in gewohnter Weise.“*

Obwohl sich die Autoren darüber im Klaren sind, dass die Einschätzung generell eine Herausforderung an die Professionalität darstellt, sehen sie in der Umsetzung eines solchen Modells die Chance, eine Vernetzung zwischen Sozialer Arbeit und dem Gesundheitswesen an dieser wesentlichen Zugangspforte zum Gesamtsystem überhaupt anzuregen.

4.3.3. Look and Treat

Das zweite entwickelte Lösungsmodell trägt die Bezeichnung „Look and Treat“. Dieses Modell baut auf den in den Ergebnissen im Kapitel 4.2.1. identifizierten enormen Einfluss des gewohnten Umgangs mit unsicheren Situationen in Rettungsleitstellen und im Rettungsdienst auf. Fehlende Ausschlussmöglichkeiten oder unzureichende Informationen führen in diesem Handlungsfeld in der Regel zur Sicherheit zur „Diagnose“ Notfall. Dies gilt gleichermaßen für die HelferInnen am Telefon, als auch für die SanitäterInnen vor Ort. Daneben wurde bereits festgestellt, dass derartige Entscheidungszumutungen von den MitarbeiterInnen frustrierend erlebt werden. Auf diese Weise könnte der gewohnheitsmäßige Umgang mit Unsicherheiten auch an der nächsten Stelle des Versorgungspfades den Zugang zu den notwendigen Informationen für fallbezogene Entscheidungen versperren. Mit diesem Modell wurde eine Vorstellung davon entwickelt, diesen Zugang nach Eintreffen der HelferInnen vor Ort zu öffnen.

Im Kapitel 2.2.2. wurden die Möglichkeiten und Grenzen der Informationsbeschaffung über einen bloß akustischen Kanal umfassend dargestellt. Darin liegt auch die Begründung dafür, dass einer Priorisierung von Krankheitsbildern, Gefahrensituationen oder Verletzungsmechanismen im Gespräch mit AnruferInnen aus Sicht der Wahrnehmbarkeit, Kommunikation und Interaktion Grenzen gesetzt sind. Der Zugang zur Anwendung diagnostischer Werkzeuge wie sie von SanitäterInnen und NotärztInnen vor Ort eingesetzt werden, fehlt in der Leitstelle sogar zur Gänze.

Die Anwendung des Modells „Look and Treat“ könnte darum bei genau jenen Hilfsansuchen einen Beitrag zur Realisierung einer interdisziplinären und bedürfnisgerechten Einschätzung leisten, bei denen erst mit den verbesserten Möglichkeiten vor Ort der Ausschluss eines medizinischen Problem möglich wird. Ähnlich dem Modell „Hear and Treat“ könnten nach einem erfolgten Ausschluss andere Probleme der Alltagsbewältigung „markiert“ werden und zur weiteren Fallbearbeitung ein/e SozialarbeiterIn beauftragt werden. In diesem Modell erfolgt diese „Markierung“ lediglich zu einem späteren Zeitpunkt und unter anderen (verbesserten) Möglichkeiten des Zugangs zu Informationen und zur Lebenswelt der Betroffenen. Mit der anschließenden Abbildung 17 wird dieser Ablauf dargestellt. Auch wenn in der Grafik zunächst nur die Rettung vor Ort ausführt, so kann dieser Zugang dezidiert auch anderen helfenden Berufsgruppen vor Ort geöffnet werden.

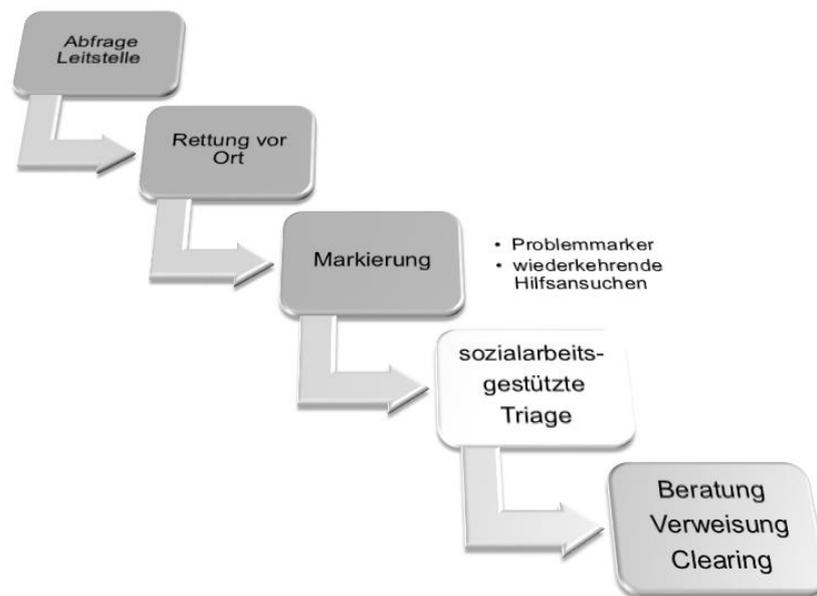


Abbildung 17: Lösungsmodell Look and Treat
Quelle: eigene Darstellung, Novosad

Im Kapitel 2.3. wurden auf Grund ähnlicher Ausgangslagen einige internationale Modelle analysiert. In der präsentierten Studie von Campbell und Rasmussen wurde für die Einbeziehung der Sozialen Arbeit in den Rettungsdienst der Begriff „Emergency Social Work“ geprägt.

4.3.4. Spot and Treat

Mit der Diskussion eines dritten Lösungsmodells wollen die Autoren die Aufmerksamkeit auf eine besonders sensible Thematik lenken. Das Wort „Spot“ im Namen des Modells „Spot and Treat“ steht nämlich für „etwas erkunden“ oder „etwas herausfinden“. Schließlich geht es auch in diesem Modell, gleich den beiden Vorangegangenen, um eine Verbesserung der Wahrnehmung. Dieses Modell greift jenes bereits dargestellte Ergebnis der Untersuchung auf, wonach nicht einfach eine bestimmte Häufung wiederkehrender Hilfsanfragen zu einem bestimmten FallgeberIn von Relevanz ist, sondern vielmehr die einzelnen Problem-beschreibungen jedes einzelnen Anrufes im Zusammenhang mit den mehrmaligen Kontakten „markierwürdig“ sind.

Diese Kontextualisierung ist im individuellen Zuständigkeitsbereich mit einer überschaubaren Anzahl an KlientInnen und dem Sozialarbeiter/der Sozialarbeiterin im Sinne des besseren Fallverständnisses die empfohlene Vorgehensweise. Dem gleichen professionellen Anspruch muss demnach erst recht eine Technik der Annäherung bei offenen oder verdeckten psychosozialen Anliegen an Rettungsleitstellen genügen. Mit deren zentraler Stellung als machtvoller Zugangspforte zum gesamten Versorgungssystem ist einerseits eine große Verantwortlichkeit hinsichtlich der beanspruchten und zugewiesenen Leistungen aber auch der betroffenen Menschen verbunden.

Das Modell „Spot and Treat“ versteht sich dementsprechend als Managementsystem mit dem Ziel, den Blick frühzeitig und proaktiv auf die Gesamtheit eines Falles zu richten und erforderlichenfalls auch aktiv den Kontext zu hinterfragen. Mit Anwendung des Modells „Spot and Treat“ könnte der Beitrag zur Realisierung einer interdisziplinären und bedürfnisgerechten Einschätzung in der Früherkennung und Prävention liegen. Auf Basis eines dezidiert nach vorwärts gerichteten Vorgehens, könnten die Hilfsanfragen zu schwierigen Lebens- und Alltagssituationen betroffener Menschen frühzeitig mit passenden Ressourcen verbunden werden.

5. Diskussion und Ausblick

Heinz Novosad, Stefan Wallner

Die Überlegung psychosoziale Hilfsanfragen in Notrufleitstellen oder Helplines mittels einer sozialarbeitsgestützten Triage zu filtern und frühzeitig zu passenden Ressourcen zu lenken, resultiert aus dem Bemühen der Autoren die Ursachen und nicht die Symptome zu thematisieren. Mit der vorliegenden Arbeit ist dementsprechend eine zuversichtliche Perspektive hinsichtlich der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis ganzheitlicher Primärversorgung verbunden. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass interdisziplinäre Teamarbeit zur Behandlung, Pflege und Betreuung betroffener Menschen bereits ab dem ersten telefonischen Kontakt mit den Hilfesystemen notwendig und umsetzbar sind.

Hierzu wäre aus Sicht der Autoren ein erweitertes Verstehen und Strukturieren von Art und Inhalt der Notfallmeldungen/Hilfsanfrage notwendig. Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) könnte ein leitendes Modell für ein transdisziplinäres Verständnis (ohne Klassifizierung) von Bedürfnis- und Sorgeformulierungen einzelner Subjekte oder sozialer Systeme sein (vgl. DIMDI).

Eine gemeinsame Fallbearbeitung mittels strategischer Positionierung der Sozialen Arbeit in Notrufleitstellen oder Helplines zur individuellen psychosozialen Beratung und Begleitung unterstützt darüber hinaus die systematische Identifikation geeigneter weiterer helfender Ressourcen und deren Vernetzung. Auf diese Weise verbessern die speziellen Stärken und definierte Ziele der Profession der Sozialen Arbeit das Schnittstellenmanagement und bereichern außerdem die Netzwerkarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen. Der österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit beschreibt mit der Definition ihrer Aufgaben geradezu eine derartige Strategie indem er ausführt „Sozialarbeit entwickelt und verbessert soziale Hilfssysteme und den Zugang zu diesen“ (OBDS 2017). Vor dem Hintergrund prognostizierter demografischer Entwicklungen in der Bevölkerung, kann dem Einsatz geeigneter Versorgungsstrukturen eine beachtliche Bedeutung zugemessen werden. Die Verbesserung der Schnittstellen und eine wirkungsvolle Netzwerkarbeit fördert die Ermächtigung und Integration betroffener Menschen und deckt gleichzeitig ungeeignete Versorgungspfade auf. Durch deren Umgestaltung oder durch Verweisung zu adäquaten

Hilfsprogrammen können alternative Ressourcen bereits in der Rettungsleitstelle gezielt zum Einsatz gebracht und wiederkehrende Hilfsanfragen vermieden werden.

Zweifellos sind für die Weiterentwicklung einer derartigen Arbeitsweise noch einige komplexe Fragestellungen zu untersuchen und politische Rahmenbedingungen zu schaffen. Dazu zählen auf jeden Fall Fragen der Sicherstellung der Professionalität, der Entwicklung von Qualitätskriterien, der Handhabung von Ehrenamtlichkeit, der Einbindung bestehender Systeme, des Wettbewerbs der Sozialen Dienste oder Verankerung der ethischen Standards der Sozialen Arbeit. Auf gesundheits- und sozialpolitischer Ebene wird sicherlich die rechtliche und finanzielle Rahmung einer derartigen Strategie zu klären sein.

Mit dem im Kapitel 4.2.4. herausfordernden Anspruch der Verfügbarkeit ausreichenden wohnortnahen Netzwerkwissens zur Verweisung an adäquate Hilfsprogramme, möchten die Autoren zur weiterführenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung anregen. Der hohe Spezialisierungsgrad sozialer Dienste und der Anspruch an Aktualität, Dynamik und Verfügbarkeit erfordern die Entwicklung und Umsetzung eines angemessenen Wissensmanagementsystems, wie in einem Beispielvideo eines digitalen Sozialatlas sehr anschaulich vorgestellt wird (Rohrauer o.J.).

Nicht weniger bedeutsam ist die Frage der künftigen Weiterentwicklung der wohnortnahen Versorgungssysteme. Im österreichischen Forum Primärversorgung findet sich eine aktuelle Übersetzung der Definition von Primärversorgung der Europäischen Kommission. Demnach ist Primärversorgung jene *„Versorgungsebene, welche allgemein zugängliche, integrierte, personenzentrierte und umfassende sowie familienorientierte und gemeindenahe Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung bereitstellt“* (Hoffmann 2017). So beschäftigt sich zum Beispiel ein Forschungsprojekt im Master Studiengang Soziale Arbeit 2017/2018 an der Fachhochschule St. Pölten mit den Möglichkeiten einer aufsuchenden professionellen Sozialen Arbeit im Gemeinwesen. Mit dem Projekt „Community Response Team“ soll untersucht werden, welche Reaktionsmöglichkeiten wohnortnaher, aufsuchender Sozialer Arbeit überhaupt möglich wären.

Literaturverzeichnis

Akut Team NÖ (2017): Ein Service des Landes NÖ zur Unterstützung von Menschen, die von plötzlichen Schicksalsereignissen betroffen sind, <https://www.144.at/akutteam/> [9.4.2017].

Becker-Lenz, Roland (Hg.) (2012): Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule: Wissen, Kompetenz, Habitus und Identität im Studium Sozialer Arbeit ; [... Resultat der nunmehr dritten Tagung „Professionalität und Soziale Arbeit“, die im Sommer 2010 ... in Olten durchgeführt worden ist]. Wiesbaden, Springer VS.

Bik, Tom / Presley, Dennis / Miles, Dottie (2015): Illinois Patient Navigator Pilot Program Successfully Redirects Non-Emergent Patients, <http://www.jems.com/articles/print/volume-41/issue-1/features/illinois-patient-navigator-pilot-program-successfully-redirects-non-emergent-patients.html> [28.3.2017].

Campbell, Hilary / Rasmussen, Brian (2012): Riding Third: Social Work in Ambulance Work. In: *Health & Social Work*. Nr. 2, Jg. 37, 90–97.

Clawson, Jeff J / Dernocoeur, Kate Boyd (2009): Die Grundsätze der medizinischen Notfalldisposition; Ausgabe vier. Salt Lake City, Utah, Priority Press. online verfügbar unter www.emergencydispatcher.org [9.4.2017].

CMSA - Case Management Society of America (2016): Definition of Case Management, <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Defaul%20t.aspx> [26.11.2016].

Dallmann, Hans-Ulrich / Volz, Rüdiger-Fritz (2006): Theorie der Praxis, Praxis der Theorie. Zur Handlungslogik helfender Berufe. In: Volz, Fritz Rüdiger (2011): *Hermeneutik der Lebensführung; Beiträge zu Sozialphilosophie und Ethik Sozialer Arbeit.*, 52–60.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. - DBSA (2014): Übersetzung der „Global Definition of Social Work“. online verfügbar unter http://www.sozialarbeit.at/files/definition_deutsch_lang_dbsh.pdf [9.4.2017].

Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): Soziale Dienste in Österreich. Innsbruck, Studien Verlag.

Duden Online (2017): Duden Online-Wörterbuch. Hg. v. Dudenverlag. Bibliographisches Institut GmbH., <http://www.duden.de/> [14.3.2017].

Dütthorn, Nadin (2010): Kooperation im Handlungsfeld Palliative Care: Bedingungen und Anforderungen an ein integratives Kompetenzkonzept. In: *Kordula Marzinzik, Annette Nauerth und Ursula Walkenhorst (Hg.): Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich*. Berlin [u.a.]: LIT, S. 127–137.

Ellebrecht, Nils (2009): Triage. Charakteristika und Gegenwart eines ordnungsstiftenden Verfahrens. In: *Sociologia Internationalis*. Nr. 2, Jg. 47, 229–257.

EQR - Europäische Kommission (2016): Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. April 2008 zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. online verfügbar unter https://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-egf/files/journal_de.pdf [26.11.2016].

Ewers, Michael / Schaeffer, Doris (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. 1. Auflage, Bern, Huber. online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/title/case-management-in-theorie-und-praxis/oclc/880559839?referer=di&ht=edition> [26.11.2016].

FH St. Pölten (2017): SAT 144 – Sozialarbeitsgestützte telefonische Triage bei Notruf 144; Soziale Arbeit (MA) Studierenden-Projekt. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-master/projekte1/sat-144-sozialarbeitsgestuetzte-telefonische-triage-bei-notruf-144> [1.4.2017].

Filipp, Sigrun-Heide / Aymanns, Peter (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.

Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, Böhlau.

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse : als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4., Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Graßhoff, Gunther (2015): Adressatinnen und Adressaten der Sozialen Arbeit: eine Einführung. Wiesbaden, Springer VS.

Greiling, Michael / Dudek, Matthias (2009): Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung: eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe. 1. Aufl, Stuttgart, Kohlhammer.

Gruber, Wolfgang (2017): Gesundheitszentrum - GHZ Enns; Liste der Sozial- und GesundheitsprofessionistInnen; Stand März 2017, https://www.ghz-enns.at/images/GHZ/pdf/ZeitgeistFebruar2017_Beilage_1.pdf [1.4.2017].

Hoffmann, Kathryn (o.J.): Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen, <https://primaerversorgung.org/definition-für-fachkräfte> [14.04.2017].

International Federation of Social Workers (IFSW) (2014): Global Definition of Social Work 2014. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [1.4.2017].

Iseron, Kenneth V. / Moskop, John C. (2007): Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. In: *Annals of Emergency Medicine*. Nr. 3, Jg. 49, 275–281.

Kelis, Nikolaus (2017): easyNWK - Software zur Erstellung digitaler Netzwerkkarten - wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der FH St. Pölten entwickelt.
<http://www.easynwk.com> [3.12.2016].

Kielhofner, Gary / Marotzki, Ulrike / Mentrup, Christiane (2005): Model of Human Occupation. Heidelberg: Springer.

Kleve, Heiko (Hg.) (2015): Systemisches Case-Management: Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. 4. Aufl, Heidelberg, Carl-Auer-Verl.

Kok, Jacqueline (2007): Ähnliche Probleme – andere Lösungen. Die Gemeindepsychiatrie der Niederlande – ein Modell für Deutschland? Soziale Psychiatrie 04/2007.

Krisenhilfe OÖ (2017): Rat und Hilfe bei psychischen Krisen – Rund um die Uhr.
<https://www.krisenhilfeooe.at> [9.4.2017].

Kritz, Barbara / Wallner, Stefan (2016): Hilfeersuchen an Notruf 144 – 144 als Anlaufstelle für verdeckte und offene psychosoziale Hilfeersuchen; Workshop A. Unveröffentlichter Tagungsband, Ilse Arlt Symposium am 09.2016, FH St. Pölten.

Krohwinkel, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. 1, Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Lenzen, Jochen (2008): Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern: Möglichkeiten und Nutzen von Netzwerken. Hamburg, Diplomica-Verlag.
online verfügbar unter <http://www.diplom.de/e-book/225494/gesundheitsfoerderung-bei-sozial-benachteiligten-kindern> [9.4.2017].

Michel-Schwartz, Brigitta (2002): Handlungswissen der Sozialen Arbeit. Deutungsmuster und Fallarbeit. 2002, Opladen, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mittelbach, Gustav / Sharifgerami, Anahita (2016): Medizin.Sozialarbeit.Beratung – Gemeinwesenarbeit am Beispiel des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau. Unveröffentlichter Tagungsband, Ilse Arlt Symposium am 09.2016, FH St. Pölten.

Mitzkat, Anika / Berger, Sarah / Reeves, Scott / Mahler, Cornelia (2016): More terminological clarity in the interprofessional field – a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level; GMS J Med Educ. 2016;33 (2):Doc36. DOI: 10.3205/zma001035, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010355, <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2016-33/zma001035.shtml> [8.4.2017].

Newton, Andy (2016): “Hear and Treat – See and Treat“ Clearing-Prozesse in der Rettungsleitstelle und vor Ort. Peter Safar Symposium am 09.2016, FH St. Pölten.

Notruf Niederösterreich GmbH (NNÖ) (o.J.): NNÖ Homepage; Startseite. online verfügbar unter www.144.at [28.03.2017].

NNÖ 1450 (o.J.): Medizinisch/pflegerische Gesundheitsberatung-Helpline, <https://www.144.at/1450/> [15.04.2017].

Novosad, Heinz / Mötzl, Irene / Zahorka, Florian (2016): Die Rettungsleitstelle als Anlaufstelle für verdeckte und offene psychosoziale Hilfeersuchen? Zwischenergebnisse aus dem Projekt SAT144. Unveröffentlichter Tagungsband, Peter Safar Symposium am 09.2016, FH St. Pölten.

ÖGCC - Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management (2011): Grundlagenpapier. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC). online verfügbar unter http://oegcc.at/wp-content/uploads/2013/10/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf [26.11.2016].

Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) (2017): Die Soziale Arbeit Niederösterreich - das Berufsbild. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=96&clang=0 [28.03.2017].

Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit - OBDS (2016): Berufsbild - Entwurf. online verfügbar unter http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=49&clang=0 [1.05.2016].

Pantucek-Eisenbacher, Peter (2006): Fallstudien als „Königsdisziplin“ sozialarbeitswissenschaftlichen Forschens. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, Böhlau., 159–177.

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3, Wien; Köln; Weimar, Böhlau Wien.

Pantucek-Eisenbacher, Peter (2014): Entwurf für ein Fachkonzept der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Diskussionsbeitrag. online verfügbar unter <http://www.pantucek.com/texte/201401fachkonzept.pdf> [02.02.2017].

Pantuček-Eisenbacher, Peter / Vyslouzil, Monika / Pflegerl, Johannes (Hg.) (2015): Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten.

Parise, Lisa / Wiggins, Jamie (2016): CARE – Community Assisted Response Team. Aufsuchende Sozialarbeit als Unterstützung für den Rettungsdienst in Spokane, Washington (USA). Unveröffentlichter Tagungsband, Peter Safar Symposium am 09.2016, FH St. Pölten.

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. 0, Jg. 9. online verfügbar unter <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256> [17.09.2015].

Redelsteiner, Christoph / Pflegerl, Johannes (2015): Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In: *Pantuček-Eisenbacher, Peter /*

Vyslouzil, Monika / Pfliegerl, Johannes (Hg.) (2015): *Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten. Wien, 233–244.*

Redelsteiner, Christoph (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich: unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. 1. Auflage, Edwecht, Verlagsgesellschaft Stumpf + Kossendey mbH.

REFA - Verband für Arbeitsstudien und Betriebsorganisation (Hg.) (1999): *Lexikon der Betriebsorganisation*. 3. Aufl, München, Hanser.

Rohrauer, Bernd (o.J.): *Sozialatlas - Was ist ein digitaler Sozialatlas*, <http://www.soziale-landschaft.at> [17.04.2017].

Schaeffer, Brian (2017): Community Assistance Responder Team - CARES, Spokane Fire Department. <https://my.spokanecity.org/fire/operations/cares/> [30.03.2017].

Schneider, Raymund (2003): Nutrufnummer-Wirrwarr. Notruf beim MANV. In: *Forum Rettungsdienst + Leitstelle 2002, Beiträge zu aktuellen Fragen in Rettungsdienst und Notfallmedizin.*, 154–158.

Schulz von Thun, Friedemann (2011): *Miteinander Reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Seidlitz, Heiner / Theiss, Dietmar (2007): *Ressourcenorientierte Telefonberatung: Ein Lehr- und Lernbuch*. 1, Dortmund, Borgmann Media.

Spiegel, Hiltrud von (2013): *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis; Zusatzmaterialien*. 5, München Basel: UTB GmbH. online verfügbar unter www.utb-shop.de/9783825285579 [26.11.2016].

STATISTIK AUSTRIA (o.J.): Bevölkerung Österreichs nach Alter und Geschlecht.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html [28.03.2017].

Stone, Juliet L. (2016): Mobile Community Care Teams – connecting patients to appropriate point of care via EMS. Unveröffentlichter Tagungsband, Ilse Arlt Symposium am 21.09.2016, FH St. Pölten.

Strauß, Robert (2002): Lehrbuch für den Rettungsdienst. 1., zahlreiche Abbildungen, Innsbruck, Studien Verlag.

Trukeschitz, Birgit (2006): Im Dienst sozialer Dienste: ökonomische Analyse der Beschäftigung in sozialen Dienstleistungseinrichtungen des Nonprofit-Sektors. Frankfurt am Main ; New York, Lang.

Vergeiner, Gernot / Baumgartl, Birgit (Hg.) (1999b): Leitstellen im Rettungsdienst: Aufgaben, Organisation, Technik. Edewecht, Stumpf & Kossendey.

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

Vock, Petra (2016): Entlastung durch Sozialarbeit - Interview mit FH-Prof. DSA Mag. (FH)Dr. PhD. Christoph Redelsteiner im Rahmen des Community Social & Health Care Symposium. Ilse Arlt Symposium, <https://medonline.at/2016/entlastung-durch-sozialarbeit/> [11.04.2017].

Volz, Fritz Rüdiger (2011): Hermeneutik der Lebensführung; Beiträge zu Sozialphilosophie und Ethik Sozialer Arbeit. online verfügbar unter http://www.pantucek.com/fremdtexte/volz_beitraege.pdf [9.4.2017].

Wallner, Stefan (2011): Das Lernfeldkonzept in der Case Management Ausbildung - Erhebung zentraler Kompetenzen im Case Management Handlungsfeld und Überlegungen

zu einer selbstgesteuerten interprofessionellen Kompetenzentwicklung. online verfügbar unter <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/90931.pdf> [9.4.2017].

Wolf, Manfred (2002): Fachlexikon der sozialen Arbeit; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. 5. Auflage, Frankfurt am Main, VSTP Verlag Soziale Theorie & Praxis GmbH.

Zahorka, Florian (2016): Psychosoziale Helplines Ist-Analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin. Master Thesis, Management Center Innsbruck.

Abkürzungsverzeichnis

CARES	Community Assistance Response Team
CM	Case Management
CMSA	Case Management Society of America
CRHSSD	Center for Rural Health and Social Service Development
CRT	Mobile Community Care Team
CSFD	Colorado Springs Fire Department
CSU	Crisis Stabilization Unit
DGSA	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EMD	Emergency Medical Dispatcher
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
ERC	European Resuscitation Council
ESW	Emergency Social Worker
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gesundheitszentrum
IAED	International Academies of Emergency Dispatch
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IDOT	Illinois Department of Transportation
IFSW	International Federation of Social Workers
IMTIP	Illinois Medical Transportation Innovation Project
NNÖ	Notruf Niederösterreich
NWK	Netzwerkkarte
NWP	NetzwerkpartnerInnen
OBDS	Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen
ÖGCC	Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management
PHC	Primary Health Care Centres
PN	Patient NavigatorIn
PPA	Presented-Problem-Analyse

RESWS	Regional Emergency Social Work Service
RTW	Rettungstransportwagen
SA	Soziale Arbeit
SAT	Sozialarbeiterische Triage
SECamb	South East Coast Ambulance Service
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektlogo.....	3
Abbildung 2: gemeinsame Ausgangslage des zugrundeliegenden Forschungsprojektes	14
Abbildung 3: Prozessdarstellung Notrufleitstelle und Rettungsdienst.....	28
Abbildung 4: Prozessdarstellung mit Verweisung	30
Abbildung 5: Forschungsprozess	36
Abbildung 6: Forschungsfeld	41
Abbildung 7: Extraktionsverfahren.....	52
Abbildung 8: Extraktionsbeispiel.....	53
Abbildung 9: Konstruktion einer neuen Kategorie	53
Abbildung 10: Auswertung auf Basis des hypothetischen Modells.....	54
Abbildung 11: Aufklärung von Kausalmechanismen und Modellbildung	54
Abbildung 12: Netzwerkkartenvergleich, Einbindung von Frau A. allgemein und zum Zeitpunkt der Hilfsanfrage	63
Abbildung 13: Arbeit an der Problemformulierung nach Pantucek.....	70
Abbildung 14: SAT 144 Lenkungssystem	83
Abbildung 15: interne Verweisungspfade bei Rettungsleitstellen	85
Abbildung 16: Lösungsmodell Hear and Treat.....	88
Abbildung 17: Lösungsmodell Look and Treat.....	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einwohnerzahlen nach Geschlecht und Anrufer in der Rettungsleitstelle 2016	42
Tabelle 2: Stakeholder.....	47
Tabelle 3: Situationsanalyse zum Zeitpunkt des Notrufs.....	60
Tabelle 4: markierte Situation vs. geeignete Problemformulierung Herr W.	70
Tabelle 5: markierte Situation vs. geeignete Problemformulierung Frau M.	71
Tabelle 6: Situationsanalyse von Spiegel	73
Tabelle 7: Darstellung hypothetisches Modell.....	113

Glossar

AdressatInnen

Die Begriffe PatientInnen, KlientInnen und AdressatInnen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit im vorliegenden Text synonym benutzt. Konkret werden darunter jene Personen verstanden, die sich aus verschiedensten Gründen mit einem bestimmten Anliegen an im weitesten Sinne im Sozialbereich tätige Organisationen (d.h. auch Krankenhäuser und den Rettungsnotruf) wenden.

AkteurInnen

AkteurInnen sind sozial handelnde Menschen oder Organisationen in der jeweiligen Rolle.

Akutsituation

Darunter wird lt. Pantuček *„eine Situation, in der KlientInnen handlungsunfähig oder aktuell gefährdet sind und daher ein rasches Handeln erforderlich ist“*, verstanden (Pantuček 2014:25). Eine solche Situation ist demnach dringlicher als ein psychosoziales Anliegen.

AnruferInnen

Bei den AnruferInnen handelt es sich um jene Personen, welche das Telefonat mit der Notrufleitstelle oder der Helpline führen.

Best-Point-of-care

Best-Point-of-care wird in der gegenständlichen Abhandlung nach Redelsteiner als „angemessene und sinnvolle Versorgung“ betrachtet, in der die betroffenen Personen auf möglichst direktem Wege die Erfüllung ihrer Anliegen erreichen können (Redelsteiner 2016:329).

Case Management

Ist ein strukturierter, auf kontinuierlich integrierte Versorgung ausgerichteter Handlungsansatz. Dieser orientiert sich am gesamten Lebensbereichen der Betroffenen und verläuft dabei quer über alle Grenzen des Sozial- und Gesundheitssektors und deren Professionen, Einrichtungen und Kostenträger.

Einsatzkräfte

Ein Sammelbegriff für AkteurInnen, die in ihrer Rolle als MitarbeiterInnen eines Rettungsdienstes, von Exekutivorganen, der Feuerwehr oder anderer Hilfsorganisationen im Rahmen eines Hilfeinsatzes tätig werden oder dafür bereitstehen.

Effektivität

Ist die Zielbezogenheit einer Leistung. Sie kann anhand eines Soll-Ist-Vergleichs überprüft werden.

Effizienz

Beschreibt die Wirtschaftlichkeit einer Leistung. Sie wird am Verhältnis zwischen eingesetztem Mittel (Ressourcen) und erzieltm Ergebnis in Form von Outputs, Leistungen und Wirkungen gemessen.

Emergency Social Worker

Sind SozialarbeiterInnen die AdressatInnen in unmittelbar kritischen Lebensereignissen oder Akutsituationen bei Anrufen in Rettungsleitstellen oder Helplines beraten. Sie können auch ergänzend dazu als mobile Teams andere HelferInnen vor Ort bei der Bewältigung von psychosozialen Krisen unterstützen.

Fall

Der Fall ist jene Konstellation, die durch die Entgegennahme eines Notrufs oder telefonische Hilfsanfrage durch eine/einen Akut-SozialarbeiterIn (ESW) entsteht und sich im weiteren Verlauf der Bearbeitung entfaltet (vgl. Pantuček 2012:377).

FallgeberIn

Als FallgeberInnen wird die Person bezeichnet, mit der oder für die die fachlich gleichgestellten ExpertInnen der involvierten Gesundheits- und Sozialberufe eine gemeinsame Lösung suchen. Da die Professionen unterschiedliche Termini für das fallgebende Subjekt wie z.B. PatientIn, KlientIn, KundIn oder Betroffene benutzen, wird hier der wertfreie Begriff aus der kollegialen Fallarbeit herangezogen.

Heavy User

Heavy User sind AnruferInnen die aus unterschiedlichen Gründen in kurzen Zeiträumen in einer hohen Frequenz Helplines oder Notrufstellen anrufen.

HelferInnen vor Ort

HelferInnen sind einzelne Personen oder auch soziale Gruppen, wie Familienmitglieder, KollegInnen oder auch Einsatzkräfte, die am Ort des Geschehens einem Subjekt (Ankerperson) bei der Bewältigung einer persönlichen Überforderung, psychosozialen Krise, medizinischen Notfalls oder einem anderen kritischen Lebensereignisses aktiv beistehen.

Hilfsanfrage

Sind telefonische Situationsbeschreibungen von AnruferInnen an Notrufleitstellen oder Helplines.

Important Others

Important Others sind „*bedeutsame Personen im lebensweltlichen Umfeld einer Ankerperson*“ (Pantuček 2012:379), in dieser Arbeit der FallgeberInnen. Das können neben den Ehe- oder LebenspartnerInnen weitere Verwandte oder Personen aus dem primären und tertiären Netzwerk (vgl. 3.1.1.) sein, die auf die Lebensführung der FallgeberIn einen größeren Einfluss nehmen.

KlientInnen

Siehe AkteurInnen

Kritische Lebensereignisse

Kritische Lebensereignisse können sehr heterogene Vorkommnisse im Leben eines Menschen sein, die mit persönlicher Überforderung, stark eingeschränkten Handlungs-/Ressourcen und überproportionalen Stress (Dystress) einhergehen.

Leitstelle / Hotline

Ist eine Organisationseinheit zur telefonischen Aufnahme und Verwaltung von Hilfsanfragen für medizinische und/oder psychosoziale Notfallhilfe in einem Rettungs- oder Sozialdienstsystem.

Kompetenz

Kompetenzen sind in Qualifizierungsmaßnahmen nachgewiesene Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und/oder methodische Fähigkeiten, die in Arbeits- oder Lernsituationen eingesetzt werden.

Notruf

Telefonische Hilfsanfragen zu unerwarteten Notfällen bezeichnet man üblicherweise mit dem Begriff Notruf. Solche Anrufe richten sich über besondere Telefonnummern gezielt an eigens dafür geschaffene Einrichtungen. Die dreistellige Notrufnummer 144 ist in Österreich allgemein als der Notruf des Rettungsdienstes bekannt.

NotrufexpertIn

Als NotrufexpertInnen werden MitarbeitInnen von Notrufleitstellen bezeichnet, die speziell in Techniken der Notrufbearbeitung z.B. telefonische Informationsbeschaffung und Hilfeleistung bzw. Situationseinschätzung von Hilfsansuchen ausgebildet und zertifiziert sind.

NutzerIn

NutzerInnen sind Personen die von ihrem Recht Gebrauch machen, einen Dienst oder eine soziale Einrichtung, wie eine Help- oder Hotline, für die Lösung eines persönlichen Anliegen zu nutzen. Sie gehen davon aus, dass sie oder ein anderes Subjekt aus ihrem sozialen Umfeld von dem Hilfeprozess einen effektiven persönlichen Nutzen haben.

PatientInnen

Siehe AkteurlInnen

Ressourcen

Eine Ressource ist ein materielles oder immaterielles Gut um einen Prozess starten und/oder ablaufen lassen zu können. Neben einem ökonomischen oder kulturellen Kapital sind besonders soziale Beziehungen die Ressourcen für eine Bewältigung von sozialen Problemen. In dieser Arbeit werden diese im Besonderen als potentielle Mittel für einen möglichen Verweisungsprozess verstanden.

Rettungswesen

„Sammelbegriff, der die vielen Leitstellen, Personal und Einrichtungen beschreibt, die in die Planung, Bereitstellung und Überwachung der Notfallversorgung beteiligt sind“ (Clawson und Dernocoeur, 2009:A.44).

Schnittstelle

Unter Schnittstelle wird in der vorliegenden Arbeit ein Knotenpunkt zwischen prozesshaft verbundenen Institutionen, Organisationseinheiten, Abteilungen bzw. ihren MitarbeiterInnen verstanden. An solchen Schnittstellen werden lt. Greiling (2009:68) „(...) Informationen, Materialien und/oder Dienstleistungen (...)“ übermittelt.

Soziale Dienste

Organisationen bzw. Einrichtungen die vorwiegend soziale Dienstleistungen an benachteiligten Personen(gruppen) einer Gesellschaft erbringen um eine Verbesserung der Lebenssituation dieser Personen(gruppen) zu erreichen. In Teilen von Trukeschitz übernommen (2006: 28f).

Soziale Netzwerke

Soziale Netzwerke entstehen durch Einbindung von Individuen in das Soziale einer Gesellschaft. Soziale Netzwerke sind einerseits horizontal als "natürliche" Beziehungen, wie Verwandtschaften und Nachbarschaften mit Austauschverhältnissen strukturiert. Vertikal dazu stehen "künstlich" erschaffene Funktionssysteme mit sozialen Adressen. Dementsprechend erfährt das Individuum eine In- oder Exklusion an gesellschaftlichen Möglichkeiten (vgl. Pantuček 2012:184f, Wolf 2002:664-665). Es gibt dazu weiter unterschiedlich Modelle der Einteilung aus unterschiedlichen Bezugswissenschaften (vgl. Kapitel 2.1.1.).

Stakeholder

Personen oder Institutionen, für die es aufgrund ihrer Interessenlage von Belang ist, wie sich bestimmte Projekte oder Unternehmen verhalten (Duden online 2017, Stakeholder). Im betriebswirtschaftlichen Kontext sind dies z.B. MitarbeiterInnen, KundInnen, LieferantInnen, MitbewerberInnen. Ein Stakeholder wäre übertragen auf das Forschungsfeld InteressenspartnerInnen die Erwartungen an einen Gegenstand, ein Thema oder ein Ergebnis haben (vgl. Redelsteiner 2016:107f).

Triage

Die Triage ist ein militärisches aber auch notfallmedizinisches Verfahren, zur Gewinn von Ordnung in unübersichtlichen ressourcenarmen Situationen. Es klassifiziert und verweist Betroffene nach schon im Vorfeld bestimmten fachlichen Versorgungsprioritäten.

Überforderung

Überforderung wird von einem Menschen oder einer Gruppe dann erlebt, wenn die Anforderungen an die eigenen Kompetenzen, Fähigkeiten oder Ressourcen höher sind als die, die die beteiligte/n Person/en tatsächlich oder auch nur vermeintlich leisten können.

Verweisung

Verweisung ist die professionsspezifische und institutionelle Zuordnung eines „Fall für“ an passende Lösungen nach einer vorangegangenen diagnostischen „Fall von“ Einordnung. In der Praxis werden dabei die AdressatInnen (FallgeberInnen) und beteiligten AkteurInnen an eine passende Stelle in einer Institution oder an eineN jeweiligeN ExpertIn weitergeleitet.

Anhang

Darstellung hypothetisches Modell

hypothetisches Modell			
	Leitfragen	mögliche Variablen	Bezugsrahmen
Vorgehensweisen	Welche Vorgehensweisen bei der Bearbeitung telefonisch gemeldeter psychosozialer Problemlagen in Rettungsleitstellen lassen sich national wie international ausfindig machen?	geplantes Vorgehen, standardisiertes Vorgehen, Berufsgruppen, Zuständigkeitsparadigma, Servicelevel, Angebot, Nachfrage, Zugang, Verfügbarkeit, Kooperation;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Welche Merkmale weisen telefonische psychosoziale Hilfsanfragen auf, die an Rettungsleitstellen herangetragen werden?	Formulierung der AnruferInnen, AnruferInnenqualifikation, wiederkehrende Anrufe, Tageszeit, Wochentag, emotionaler Zustand, Kooperationsbereitschaft, Problemmarker, Angebot, Zugang;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Woran lässt sich eine psychosoziale Hilfsanfrage von einem medizinischen Notfall unterscheiden?	medizinische Symptome, klinische Zeichen, Häufigkeiten, klinisches Feedback, multimediale Sensordaten, Identifikation;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Wie können medizinische Notfallmeldungen von psychosozialen Hilfsanfragen in Zukunft effektiver unterschieden werden?	medizinische Symptome, klinische Zeichen, Häufigkeiten, klinisches Feedback, multimediale Sensordaten;	Lösungsmodell
Erwartungen, Ziele und Interessen	Welche Erwartungen haben AnruferInnen bei psychosozialen Hilfsanfragen?	Art der Hilfeleistung, Qualität der Hilfeleistung, Umgang am Telefon, Bedarf, Bedürfnis	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Welche Erwartungen haben AnruferInnen an eine effektive Bearbeitung psychosozialer Hilfsanfragen?	Art der Hilfeleistung, Qualität der Hilfeleistung, Umgang am Telefon, Bedarf, Bedürfnis, Weitervermittlungen, Nutzen;	Lösungsmodell
	Welche Erwartungen haben NotrufexpertInnen an eine effektive und geplante Vorgehensweise?	Erleichterung, Steuerung, Qualifizierung;	Lösungsmodell
	Welche Erwartungen haben Organisationen an eine zukünftige effektive und geplante Vorgehensweise?	Steuerung	Lösungsmodell
Einflussfaktoren	Welche Einflussfaktoren beeinflussen das Gelingen oder Versagen geplanter und ungeplanter Vorgehensweisen?	Interdisziplinarität, Kontextfaktoren, Vorhaltung, Steuerungsinteressen, Organisationsinteressen, Wettbewerb, Operabilität, Intervention von außen, Verfügbarkeit, Frequenz;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Welche Einflussfaktoren beeinflussen das Gelingen oder Versagen künftiger Einschätzung und Bewältigung?	Interdisziplinarität, Kontextualisierung, Vorhaltung, Steuerungsinteressen, Organisationsinteressen, Wettbewerb, Operabilität, Intervention von außen, Ausmaß technischer Unterstützung, Mandat;	Lösungsmodell
Rahmenbedingungen	Welche Rahmenbedingungen bei der Bearbeitung telefonisch gemeldeter psychosozialer Hilfsanfragen in Rettungsleitstellen herrschen vor?	Zuständigkeit, Rechtssicherheit;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Wie müssen die Rahmenbedingungen für eine effektive, sozialarbeitgestützte telefonischen Triage gestaltet sein?	Zuständigkeitsentscheidung, eingebundene Professionen;	Lösungsmodell
	Wie müssen die Rahmenbedingungen hinsichtlich direkter Verweisung durch die Leitstelle gestaltet sein?	Verweiskompetenz, rechtlich, disziplinar, organisatorisch, wohnortnahes Netzwerk, Sicherheit;	Lösungsmodell
	Wie müssen die Rahmenbedingungen im Falle einer Disposition und/oder nachgelagertem aufsuchenden Clearing nach einer Triage der Leitstelle gestaltet sein?	Verweiskompetenz, rechtlich, disziplinar, organisatorisch;	Lösungsmodell
Problemmarker	Anhand welcher Problemmarker lassen sich psychosoziale AnruferInnen triagieren?	Beschreibung, emotionaler Zustand, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke, Atemfrequenz, Hintergrundgeschehen, Umfeld, multimediale Sensordaten, Krise, Überforderung, Normabweichung;	Bezugs(*ExpertInnen)wissen, AkteurInnen, Case
	Anhand welcher Problemmarker können psychosoziale AnruferInnen in Zukunft effektiver triagiert werden?	Kontextualisierung, emotionaler Zustand, Sprechgeschwindigkeit, Lautstärke, Atemfrequenz, Hintergrundgeschehen, Umfeld, multimediale Sensordaten, Frequenz, präsentiertes Problem;	Lösungsmodell
Kompetenzen	Welche Probleme hinsichtlich Kompetenzen sind bei einer sozialarbeiterischen Triage am Notruf zu erwarten?	Berufsrechte, Entprofessionalisierung, Verfügbarkeit, Kompetenz als Bedingung;	Lösungsmodell
	Erfordert das Erkennen und die Bewältigung telefonischer psychosozialer Problemstellungen bestimmte Kompetenzen ?	Herstellung von Passung, Einschätzung und Bewältigung;	Lösungsmodell

Tabelle 7: Darstellung hypothetisches Modell
Quelle: eigene Darstellung Novosad, Wallner

Antwort NÖ Ethikkommission

Von: "Ibounigg Martina (GS1)"

Datum: Freitag, 05. August 2016 10:52

An: Christoph Redelsteiner

Betreff: AW: Masterprojekt FH St Pölten Studiengang Soziale Arbeit

Sehr geehrter Herr FH-Prof. DSA Mag.(FH) PhDr. Redelsteiner

Nach Durchsicht der eingelangten Unterlagen darf ich Ihnen mitteilen, dass keine gesetzliche Einreichpflicht bei der NÖ Ethikkommission besteht.

Wir wünschen Ihren Diplomanden viel Erfolg und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

Dr. Martina Ibounigg

Geschäftsstelle NÖ Ethikkommission

NÖ ETHIKKOMMISSION

Amt der NÖ Landesregierung

Gruppe Gesundheit und Soziales

Abteilung Sanitätsdirektion

3109 St. Pölten, Landhausplatz 1

Haus 15b, Zimmer 15b.303

Telefon: 0043(0)2742 9005 DW 13367

<mailto:post.ethikkommission@noel.gv.at>

<http://www.noel.gv.at>

Interviewleitfaden

Ausgangslage

Vor dem Hintergrund eines steigenden Kostendrucks und der Veränderung von klassisch medizinischen Notfalllagen hin zu komplexen psychosozialen Problemlagen erkennen Rettungsdienste und Notrufleitstellen den Bedarf an einer breiteren Aufstellung ihrer Dienste. Einerseits bietet der Einbezug der Sozialarbeit eine große Chance psychische und soziale Problemstellungen adäquater zu adressieren. Andererseits schafft dies eine Reduktion der primären rettungsdienstlichen Ausfahrten, um damit bestenfalls zu einer Entspannung der ohnehin schon prekären Verhältnisse im klinischen und präklinischen Bereich beizutragen.

Zielsetzung

Aus diesem Hintergrund ergibt sich die Zielsetzung ein Modell zu entwickeln, wie psychosoziale Hilfsanfragen in Notrufleitstellen von medizinischen Notrufen adäquat zu unterscheiden und anschließend besser adressiert werden können.

Anleitung

Ich möchte sie ersuchen,

- auf Basis ihrer Erfahrungen,
- aus ihrer professionellen Sicht,
- und aus ihrer persönlichen Sicht

zu antworten.

Leitfragen

- 1) Wie definieren Sie aus ihrer Sicht psychische und soziale Problemstellungen (Begrifflichkeit?)
- 2) Mit welchen psychischen und sozialen Hilfeansuchen werden Sie als MitarbeiterIn von XY konfrontiert?
 - a) (nur Leitstelle) Welche Einsatzstichwörter weisen auf diese psychosozialen Hilfeansuchen hin?
- 3) Bei welchen weiteren Problemstellungen würden Sie auf andere psychosoziale Einrichtungen verweisen? (BSP: Überforderung Pflegender Angehöriger, Wohnungslosigkeit, etc.)
- 4) Welche Möglichkeiten der Verweisung haben Sie aktuell für diese Problemstellungen?
- 5) Welche Möglichkeiten der Differenzierung zwischen psychosozial (sozialarbeiterisch) und notfallmedizinisch sehen Sie aus ihrer Praxis?
- 6) Welche psychischen und sozialen Situationen kann man aus Ihrer Sicht am Telefon erkennen?
 - a) Wie/Woran kann man diese erkennen? (Bsp.: Aussagen, Indikationen, Problembeschreibung, Handlungsfeld)
 - b) In welchen Situationen reicht eine reine telefonische Intervention?
- 7) In welchen Situationen braucht es aus Ihrer Sicht trotzdem ein aufsuchendes Clearing und Intervention eines Akutdienstes?
- 8) In welchen Situationen sollte an psychische oder soziale Interventionsstellen disponieren/verweisen werden?

9) In welchen Situationen sollte an (notfall-)medizinische Interventionsstellen verwiesen/disponiert werden?

10) Was würden Sie vorschlagen um eine bessere Differenzierung zu ermöglichen?

11) Möchten Sie noch etwas hinzufügen, das bisher nicht angesprochen wurde?

Ergänzungsfragen

12) Welche Interessen haben die am Notruf beteiligten Personen?

13) Gibt es psychodynamische Einflussfaktoren im Zuge eines psychosozialen Notrufes?

Einverständniserklärung

Ich

bin mit der Audio- und Videoaufnahme während der Interviews am
einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten zur Bearbeitung der Master Arbeit
„SAT144“ von Stefan Wallner und Heinz Novosad sowie zu eventuell folgenden Publikationen
verwendet werden.

Wir verpflichten uns vertraulich mit jenen Inhalten aus den Diskussionen umzugehen, die als
solche angesprochen wurden.

Ich habe schriftlich die Information zum Interview (Rückseite) erhalten und wurde informiert,
dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Mitwirkung im Rahmen dieses
Forschungsprojekts beenden kann.

Datum/Ort:

Unterschrift:

Information zum Interview

Datum/Ort

Liebe Interviewpartnerin! Lieber Interviewpartner!

Danke, dass Sie an den Interviews am zu unserer Abschlussarbeit im Masterlehrgang Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten teilnehmen.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen Beitrag zur Erfassung der aktuellen Situation von AnruferInnen bei Notrufzentralen oder Helplines im Rahmen unserer Masterthesis.

Außer uns selbst wird nur die Forschungsgruppe, ausgewählte Personen, die uns in der Interview- und Analysephase unterstützen Zugang zu den Originaldaten haben.

Transkripte und aufbereitete Ergebnisse werden selbstverständlich in anonymisierter Form dargestellt.

Die Originalaufnahmen und Transkripte werden von uns sicher und verschlüsselt verwahrt und nach Ablauf von drei Jahren vernichtet (gemäß Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000), BGBl. I Nr. 165/1999).

Aus Gründen der Forschungsethik steht es Ihnen natürlich frei, einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen und auch jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihre Mitwirkung im Rahmen dieses Forschungsprojekts zu beenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Stefan Wallner

Heinz Novosad

Interviewleitfaden 1

- 1) Schildern Sie die Situation die Sie um Hilfe (144) rufen ließ?
- 2) Was war damals die Situation?
- 3) Waren Sie in der Situation alleine?
 - a) Wer war unmittelbar bei Ihnen / in Ihrer Nähe?
- 4) Wer war zu dem Zeitpunkt des Notrufs verfügbar?
- 5) Wen haben Sie bereits um Hilfe gebeten?
- 6) Wen hätte es noch gegeben, den Sie um Hilfe bitten hätten können?
- 7) Welche Stellen / Organisationen / Institutionen kennen Sie noch?
- 8) Ist das immer so, oder ist das verschieden zu anderen Zeiten in der Woche?
- 9) Können Sie uns einen typischen Tag erzählen?

Presented-Problem-Analyse (PPA) Ankerperson 1

- 1) Was war der aktuelle Anlass, dass Sie sich entschlossen haben Hilfe zu suchen?
 - a. Welche Personen, Umstände oder Gesetze spielen für diesen Fall eine Rolle?
 - b. Was wissen Sie sonst noch über den betroffenen Menschen und seine Situation?
 - c. Hatten Sie schon früher Hilfe für den Betroffenen gesucht?
 - d. Mit welchen Erwartungen zur Situationsverbesserung haben sie den Notruf gewählt?
 - e. Welche Möglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach zur Problemlösung?

- 2) Wie möchten Sie Ihre Rolle in diesem Fall verstanden wissen?
 - a. Mit welchen Emotionen ist für Sie der Fall verbunden?
 - b. Wie würden Sie ihr Motiv zum Handeln beschreiben?
 - c. Wie schwer ist Ihnen die Entscheidung gefallen zu handeln/anzurufen?
 - d. Haben Sie jemals ähnliche Situationen erlebt?

- 3) Wie und wann sind sie auf den betroffenen Menschen aufmerksam geworden?
 - a. Wann ist das Problem des betroffenen Menschen erstmalig aufgetreten?
 - b. Hat es sich seit dieser Zeit verändert?
 - c. Wie hat es sich verändert?
 - d. Hat sich Ihre Haltung zu dem betroffenen Problem verändert?
 - e. Wissen Sie eventuell was bisher unternommen wurde um das Problem zu lösen?

- 4) Was hätte ihrer Einschätzung nach passieren können wenn sie nicht angerufen hätten?

- a. Welche Alternativen hätte es noch gegeben?
 - b. Wen hatten sie bereits um Hilfe gebeten?
- 5) Was würden Sie jemandem sagen, der Ihren Anruf als Notrufmissbrauch bezeichnen würde?
- a. Welche Stellen / Rufnummern / Organisationen / Institutionen kennen Sie noch für solche Situationen?

Presented-Problem-Analyse (PPA) Ankerperson 2

- 1) Was war der Anlass der gegenständlichen Hilfsanfrage?
 - a. Welche Fakten konnten Sie erfragen?
 - b. Welche Personen, Umstände oder Gesetze spielen für diesen Fall eine Rolle?
 - c. Was wissen Sie sonst noch über den betroffenen Menschen und seine Situation?
 - d. Wissen Sie ob schon früher Hilfe für den Betroffenen gesucht wurde?
 - e. Wie schätzen Sie die Erwartungen des Anrufers hinsichtlich Situationsverbesserung durch seine Hilfsanfrage ein?
 - f. Welche Möglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach zur Problemlösung?

- 2) Wie möchten Sie Ihre Rolle in diesem Fall verstanden wissen?
 - a. Mit welchen Emotionen ist für Sie der Fall verbunden?
 - b. Wie würden Sie ihr Motiv zum Handeln beschreiben?
 - c. Wie schwer ist Ihnen die getroffene Handlungsentscheidung gefallen?
 - d. Haben Sie jemals ähnliche Situationen erlebt?

- 3) Wie und wann sind sie auf den betroffenen Menschen aufmerksam geworden?
 - a. Wann ist das Problem des betroffenen Menschen erstmalig aufgetreten?
 - b. Hat es sich seit dieser Zeit verändert?
 - c. Wie hat es sich verändert?
 - d. Hat sich Ihre Haltung zu dem betroffenen Problem verändert?
 - e. Wissen Sie eventuell was bisher unternommen wurde um das Problem zu lösen?

- 4) Was hätte ihrer Einschätzung nach passieren können wenn nicht angerufen worden wäre?
 - a. Welche Alternativen hätte es noch gegeben?

5) Was würden Sie jemandem sagen, der diesen Anruf als Notrufmissbrauch bezeichnen würde?

a. Welche Stellen, Rufnummern, Organisationen oder Institutionen kennen Sie noch für solche Situationen?

Transkriptionsbeispiele

Der folgende erste Auszug stammt aus der Transkription des Interviews zum gegenständlichen Forschungsprojekt vom Juli 2016.

*#00:02:19-2# InterV Meine Frage ist jetzt so - unseren Leitfragenkatalog – ahhh -
Wie definierst du psycho- oder soziale Problemstellungen, die ... die du immer wieder hörst,
die an Leitstellen herangetragen werden? ... kann man die konkret benennen? Wie lauten die
zum Beispiel? #00:02:36-1#*

#00:02:36-1# BMS Ich glaub, das Schwierige ist das die Leute ja nicht... ah im Vordergrund über ihre psychische Belastungen reden, sondern nur sagen "i brauch jetzt sofort a Hülf!" (mhh - InterV) "und wieso krieg ich die jetzt net?" und "was mache ich jetzt, ich brauche sofort eine Krankenhausbett!" (mhh -InterV) aber sie setzen voraus das alles im Krankenhaus stattfindet. Also diese.... diesen Aspekt mit ihnen herauszuarbeiten "worum geht es wirklich? Ist das die einzige Lösung oder gibt es eine Andere?" das glaub ich, ist die wirkliche Herausforderung! #00:03:04-6#

(mhh - InterV) Ich bin mir noch nicht ganz sicher wie ... wie man das abfragt (Ja - InterV) Ich erlebe das gerade bei der Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger - nach unserer letzten Jahreskonferenz geht unsere Koordinatorin an Anrufen über. (mhh - InterV) Aber nicht mehr so "wo krieg ich das? Was mach ich da?" sondern die Leute brauchen eine Ansprechpartnerin! (mhh - InterV) Und sie sagt "Ich bin keine Sozialarbeiterin, ich kann das nicht leisten" (genau - InterV) Wo gibt s ganz genau - ich sags jetzt ganz blöd - die 144iger Nummer leitet automatisch weiter zu ... der Sozialarbeit und dort wird einmal besprochen, worum es geht. Und dann kann man zurückkoppeln und sagen (nießen und dann lachen) braucht es einen Einsatz, braucht es keinen Einsatz? Worum geht es eigentlich? (mhh - InterV) Und meine Koordinatorin sagt ja auch sie kommt erst auch im Laufe des Gesprächs darauf worum es geht. Und hat gsagt, das geht nicht mit 15 Arbeitsstunden in der Woche, dass sie eineinhalb Stunden mit einem Menschen redet #00:04:04-5# bis sie draufkommt der braucht dass... die Triage ist auch in der Sozialarbeit eine Herausforderung (Ja - InterV) ... das ist auch ein Triagieren, ja?! #00:04:13-8# was ist das Erste, was das zweite, das dritte...

(unverständlich) genau, da geht man anders um damit , da hab ich nicht den Katalog und sag "dumm, dumm, dumm..." (mal ist es so, mal ist es systemübergreifend... InterV2) ich muss mir anhören, warum geht es eigentlich? In welcher Situation ist dieser Mensch? Wie geht er grundsätzlich mit einer Katastrophe - für ihn selber - um? #00:04:36-2#

#00:04:36-2# InterV Nochmal nachgefragt - kennst du bestimmte Themen, auch vielleicht von der Koordinatorin erzählt, um was geht es denn, typischerweise? Was wären ganz konkrete psychische oder soziale Problemstellungen, die dann... #00:04:48-5#

#00:04:48-5# BMS Da würde ich euch bitten, dass ihr euch wirklich mit ihr zusammensetzt, und mit ihr darüber redet! Weil die (anonymisiert) kann das ganz genau erklären. Die macht das, ja? (OK - InterV) Und wir haben eben jetzt vor zwei Tagen, oder drei Tagen haben wir telefoniert und da hat sie gesagt, dass nimmt nun Formen an, wir müssen uns was überlegen, wir schaffen das nicht mehr #00:05:04-2# (mhh - InterV) Und die kann euch die Hintergründe erzählen, warum. Also ganz oft ist es Demenz #00:05:09-0# (mhh - InterV) aber ganz oft sind das wirklich ganz andere Themen. (mhh - InterV2) #00:05:15-9# Also so alleine gelassen ... weis nicht weiter, ahh ... ja "ich habe dort angerufen, die haben gesagt, das geht nicht" und so, also dieses... dieses Feld abzudecken. Sie kann das wirklich am besten erklären. (mhh - InterV) #00:05:32-2#

#00:05:32-2# InterV (zu InterV2 gewandt - Austausch über die Reihenfolge der Befragung/Fragen) ... und das sind jetzt so deine Hypothesen - oder wer kennt das konkret aus der Praxis - was sind nun so Stichwörter von pflegenden Angehörigen, an denen man erkennen könnte, die brauchen jetzt was psychisch/psychosoziales. Da geht es jetzt nicht um die Pflege von der Mama, um die Inkontinenzberatung (mhh - BMS) sondern da geht es um Einsatzstichwörter für eine psychosoziale Hilfe. Kann man das an bestimmten Keywords oder Stichwörtern heraushören? #00:06:11-8#

#00:06:11-8# BMS Ich tu mir deshalb sehr schwer, weil ich wenig persönlich betroffen bin (mhh - InterV) ganz ehrlich, also ich bin diejenige die hinausgeht und der Presse sagt, worum es geht. #00:06:19-3# Ich habe wenig direkten... ich hab zwar immer wieder mit Menschen zu tun die sagen "ja ich bin auch eine pflegende Angehörige" und das geht durch alle Schichten. Das erste was ich heraushöre ist... #00:06:29-9# wenn ich genau zuhöre ist halt, ich bin

überfordert! (mhh - InterV) Also die Überforderung, und das deckt eigentlich alle Bereiche ab. Und ich glaube nicht, dass es die praktische Situation zur Pflege und Betreuung ist (mhh - InterV) die ganz praktische - also wie mach einen Handgriff, sondern #00:06:50-8# ich halt das einfach nimmermehr aus! (mhh - InterV) #00:06:55-8# Ich habe eine sehr, sehr gute Frau als einen tollen Fall - die selber ich glaub sogar Journalistin war - und die nun ihre, was i net, 90 jährige Mutter betreut. Die Frau kann es hervorragend schildern, ja? (mhh - InterV2) Die sagt unlängst hab ich da bei einer Präsentation die Chance gehabt, einen Vortrag zu halten, da ging um (??? unverständlich) und die hat dann einfach gesagt ich lese ihnen einfach nur das Mail vor, dass sie mir geschickt hat. Sie war eine der StudienteilnehmerInnen. Und sie hat nur geschildert, was sie den ganzen Tag so macht. Denk ich mir "würd ich nicht aushalten!". Und ist es ja, da nachzugehen und zu sagen #00:07:28-5# das Hauptthema ist Überforderung und das hat ganz viele Fassetten. Meistens ist es das Gefühl #00:07:35-5# psychisch erpressbar zu sein, auf der einen Seite #00:07:43-1# und auf der anderen Seite das Gefühl zu haben "ich bin verpflichtet, ich muss das tun - es gibt niemand anderen" (mhh - InterV) Und ich glaub, das sind die ganz großen Themen dabei. #00:07:55-8# Also wie entlastet man jemanden, der sagt "er leidet psychisch unter der Situation" (mhh - InterV) #00:08:11-0#

Der folgende zweite Auszug stammt aus der Transkription des Interviews zum gegenständlichen Forschungsprojekt vom Mai 2016.

InterV #00:06:02-7# Mhm. Mhm. Fallt da nebn diesen Bereichen Pflege, (ah) Einsamkeit was Anderes ein? No a soziale Gschichte, was eingeht, Finanzielles, Armut, Obdachlosigkeit - so was? #00:06:17-2#

NM #00:06:17-2# Ja. Hamma auch schon (ahm) die Problematik ghabt, dass es Krankenhaus an Rücktransport zum Beispiel anmeldet. Patient is aba obdachlos, den hamma reingeführt, (ah) weil (äh) der vielleicht gemeldet worden is als "reglose Person", vielleicht war er angetrunkn, oder er hat nur gschlafn in der Ecke - Kollegen ham ihn halt ins Krankenhaus bracht. (Mhm - InterV) (Ahm) Ja, wo soll man hinbringen!?! (Mhm - InterV) Die Kollegen sind dann natürlich im Krankenhaus gestanden. Das Krankenhaus hat den Rücktransport normal angelegt sowie da Abholort war. Hausnummer Bahnhof XY (anonymisiert). So, jetzta bring ma den da hin. Kömma nix machn. (Mhm - InterV) Da sind die Kollegen vor am großen Problem gstandn. Mit denen hamma drei Mal hin und her telefoniert: "Herst, wir können den nicht dort - der kann nirgends schlafen - ja, wo soll ma hin mit dem?" #00:07:10-9#

InterV #00:07:10-9# Mhm. Also das is a so a großes Thema. (Ja - NM) (Ahm) Wenn du jetzt angruafn wirst aufn Notruf als Mitarbeiterin (Mhm - NM) Was für (ähm) Welche Wörter falln do, dass du sigst: Ah, das könnt jetzt was Psychisches oder Soziales sein? #00:07:31-5#

NM #00:07:31-5# (Ahm) (Welche Sätze? - InterV) "Es is jetzt nix passiert, aba mia geht's net guat" (Mhm - InterV) "I hab halt glaubt, Sie können ma vielleicht helfn" (Okay - InterV) Des is so a Gschicht, (ahm) wo ma sich schon denkt: "Ah, das könnt in eine Richtung gehn" (Ahm) Es is nix passiert, es geht erm schlecht. Dann frag ma natürlich nach, (ahm) ob er Schmerzen hat oder sonstiges und da kristallisiert's sich normal eh schnell raus. (Mhm - InterV) (Ahm) Was auch oft gsagt wird is: "Ja, ich hab keine andere Nummer ghabt. Ich weiß nicht, wo ich sonst anrufen soll." (Okay - InterV) (Ahm) Es ist auch nicht wirklich viel bekannt. Ich mein, das Krisentelefon is zwar bekannt in - nja - Aber die Leute ham die Nummer nicht. (Mhm - InterV) Also wirklich

zugänglich für die Personen... Ja, ich wüsst auch ehrlich gsagt nicht, wenn ich hier arbeiten würd, wo kann man da wirklich anrufen. Außer aus der Werbung "147 - Rat auf Draht". (lacht stockend) (Ja - InterV) Also es... Ich glaub, es ghört a bissl mehr in die Öffentlichkeit bracht, (Mhm - InterV) die Gschicht. Ich mein, - ich weiß jetzt nicht, ob's jetzta noch sehr sehr viele Nummern gibt, wo ma sich hinwendn kann. (Ahm) Und a spezielle Organisation, eben wenn ma vor einem Problem steht, wo ma sagt eben, ma kommt da jetzt in a Familie, ma sigt, die ham nix, die brauchn a Hilfe. (Ah) Vielleicht auch finanzielle (ah) finanzieller Natur. Wir als Rettungsdienst stehn da an. Oft war's auch schon so, dass die Polizei angrufn hat: "Herst, kennt's ihr uns an Rettungswagn schickn? Das is ka Gschicht für uns. Die ham medizinisch nix, aba wia kennan da nix tuan." (Mhm. Okay - InterV) Ja. #00:09:24-7#

InterV #00:09:24-7# Das stöt eich dann a voa a Herausforderung. Du bist ja a Disponent ah? (Mhm - NM) Okay, das haßt, du kriegst ja a diese Rückmeldungen von draußen. (Genau - NM) Was sind da so diese Sachn, die dia deine Kollegn dann sagn, die mit dem RTW hinfahrn. Was kommt da zruck von de, von de Kollegn, wenn dee unterwegs san? #00:09:45-5#

NM #00:09:45-5# Eigentlich (ah) am meisten die Rückmeldung: "Ja, wir wissen eigentlich nicht, was ma machn solln" (Mhm - InterV) Sie machn des, (ah) was sie in den - glernt ham, also was sie machn müssn, wenn a medizinische Indikation gegeben is, fahrn sie ins Krankenhaus. (Mhm – InterV) Ansonsten schreibn se eine "Versorgung ohne Transport" und tun natürlich das, was machen können daheim – also helfen den Leuten noch, dass's ins Bett legn, sauber machen, wenn's nötig is (Mhm - InterV) und müssen dann aber wieder fahrn. #00:10:15-5#

InterV #00:10:15-5# Mhm. Welche, welche Sachn sagn's da? Was fallt dia da ei? (Ah - NM) Was sie sagn? #00:10:21-1#

NM #00:10:21-1# Ja, sie habn versucht, Kontaktnummern zu bekommen, von Angehörigen, von (ah) Nachbarn, aba es is niemand da. (Mhm - InterV) (Ahm, räuspern) Also sie bemühen sich auch selber sehr. (Ja – InterV) Das muss ma auch dazu sagn. (Ahm) Was auch oft gschildert wird von den Fahrzeugen, is - grad wenn's um Situationen

geht, wo's im Krankenhaus a Problem gibt - Das Krankenhaus braucht de Bett'n, will Patienten los werden. Is... (halb lachend) eh alles offiziell eigentlich. (Ahm) Dass sie natürlich von der Seite vom Krankenhauspersonal (ahm) bedrängt werden. Ess heißt: "Fiaht's den!" und sie wissen aba nit, wohin. #00:11:00-1#

InterV #00:11:00-1# Mhm. Sie wissen nit, (Ja - NM) wo sie den Patienten dann abladn solln. #00:11:04-9#

NM #00:11:04-9# Genau. (Ah) Was auch schon oft der Fall war, is Patienten, die so derartig, dermaßen dement san, dass alleine zuhause wirklich hilflos sind (Mhm - InterV) die sich oft nicht bewegen können, werdn oft alleine vom Krankenhaus heimgeschickt. (Mhm - InterV) Und das hamma auch fast täglich. Die kommen dann zuhause nicht rein, die ham kein Schlüssel mit, es gibt keine Kontaktpersonen. (Mhm - InterV) Mit diesen Patienten fahrn wir zurück ins Krankenhaus und die müssen die wieder aufnehmen. #00:11:34-0#

InterV #00:11:34-0# Okay. Das is dann der Verlauf: (Genau - NM) wieder zurück ins Krankenhaus. Einmal um die Stadt gefahrn, sozusagen. #00:11:40-6#

NM #00:11:40-6# Genau. Das ist dann oft ein Tagesausflug. (Mhm - InterV) Je nachdem , wo's hingeht und dann (Mhm - InterV) Da da stehn, da stehn alle an. Das weiß's Krankenhaus nicht weiter. Wenn's keine Kontaktpersonen gibt, woher? #00:11:52-3#

InterV #00:11:52-3# Okay. Mhm. (Ahm) Bei wechn Problemstellungen (NM hustet) könntest du jetzt granz konkret sagn, da brauchts a sogenannte psychosoziale Einrichtung, zum Beispiel in (ah) - wir ham gschriebn in der Wohnungslosigkeit, in bei Überforderung Pflegen der Angehöriger? #00:12:12-8#

NM #00:12:12-8# Mhm. (Ahm) Auf jeden Fall in der Überforderung (Mhm - InterV) weil da gibt's viele, die selber anrufen, ja, sie pflegen schon seit Jahren, aba sie kennan grad nit weida. (Mhm - InterV) (Ahm) Wobei, wie bietn ja in solchn Fälln eine Betreuung sowieso an. (Okay - InterV) Das (ahm) Ich mein, das geht jetzt schon in eine andere

Richtung, in die Richtung, es is was passiert, die brauchen Betreuung, weil sie
traumatisiert san. (Ja - InterV) (Ahm) Da is oft die Unterscheidung schwer zu machn.
00:12:50-4#

Autorenprofile

Heinz Novosad ist seit dem Jahre 1994 als Notfallsanitäter und Lehrsanitäter in vielen Sparten des Rettungsdienstes und der Rettungsleitstelle tätig. Seine Berufserfahrung reicht von der Notrufbearbeitung über den Rettungsdienst als Helfer vor Ort, bis hin zu humanitären Hilfeinsätzen und der Erfahrungen im Umgang mit Katastrophen. Darüber hinaus ist er als international zertifizierter Ausbilder für den Bereich Emergency Communication tätig. Seine aktuelle Tätigkeit umfasst die Leitung der Ausbildung und Qualitätssicherung in der Rettungsleitstelle Niederösterreich. Aufgrund seiner langjährigen und internationalen Erfahrung konnte er zwei internationale Qualitätsaudits für Rettungsleitstellen als verantwortlicher Projektleiter erfolgreich abschließen. Der Spezialisierung seiner Aufgabenbereiche folgte im Laufe der Zeit eine vertiefte Zuwendung zu den Grenzen und Handlungsmöglichkeiten seiner ursprünglichen Profession. Mit einem skeptischen Blick über den rettungsdienstlichen Tellerrand hinaus auf das weite Feld von Gesundheit und Krankheit der Menschen, sowie ihrer sozialen Zusammenhänge, beginnt seine Auseinandersetzung mit Fragen der Sozialen Arbeit. Neben seinem Erststudium der Bildungswissenschaften an der Universität Wien, absolviert er aktuell an der Fachhochschule St. Pölten den Master Studiengang Soziale Arbeit. Aus seiner Mitarbeit an verschiedensten Forschungsprojekten und Mitwirkung im Research Council der International Academies of Emergency Dispatch (IAED) resultieren bisher einige Publikationen als Co-Autor.

Stefan Wallner ist seit dem Jahr 1984 Rettungssanitäter und seit 1989 Lehrsanitäter sowie Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit Sonderausbildung Anästhesie. Sein berufliches Einsatzgebiet für die folgenden zwei Dekaden umfasste die prä-/klinische Notfall- und Katastrophenmedizin sowie das Notfallmanagement im bodengebundenen Rettungsdienst und in Rettungsleitstellen. Parallel dazu entwickelten sich seine psychosozialen Tätigkeitsfelder, unter anderem Coaching, Krisenintervention und Nachbetreuung von Einsatzkräften nach belastenden Ereignissen. Erste Erfahrungen im interdisziplinären Case Management machte er mit Menschen in komplexen Problemsituationen in mehreren Dimensionen wie Medizin, Pflege, Soziales, Berufs- und Alltagsrehabilitation. Schon vor dem ersten Studium der Gesundheitspädagogik an der Donau Universität Krems vertiefte er sich in Trainer- und Lektoren Tätigkeit mit handlungs-, erfahrungs- und reflexionsorientierten Schwerpunkten für die TeilnehmerInnen aus unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen. Er war Initiator und Mitarbeiter mehrerer Forschungsprojekte in unterschiedlichen Handlungsfeldern und ist seit Herbst 2015 Mitglied des SAT144 Forschungsteam an der Fachhochschule St. Pölten, Department Soziales.

Eidesstattliche Erklärungen

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Heinz Novosad, BA, geboren am 23.01.1972 in St. Pölten, erkläre,

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

St. Pölten, am 28. April 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Heinz Novosad', written in a cursive style.

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Stefan Wallner, MSc, geboren am 18. Mai 1965 in Linz, erkläre,

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

St. Pölten, am 28. April 2017

The image shows a handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style and reads "Stefan Wallner". The first name "Stefan" is written in a larger, more prominent script, while "Wallner" is written in a slightly smaller, more compact script.

Unterschrift