

„Nicht zuständig und tschüss gibt es nicht“

Konzeption eines Community Response Teams im politischen Bezirk Melk

Lena Kaufmann, BA
Lisa Krähan, BA
Sophie Nix, BA MA

Masterthese

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

Im September 2019

Erstbegutachter: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner,
MSc und Florian Zahorka, BA MA

Zweitbegutachter: FH-Prof. Dr. Tom Schmid

Abstract

„Nicht zuständig und tschüss gibt es nicht“

Konzeption eines Community Response Teams im politischen Bezirk Melk

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die vermehrte Frequentierung des Gesundheits- und Rettungswesens durch Fälle, welche durch andere (soziale) Instanzen besser versorgt werden könnten. Im Fokus steht der *Best Point of Care*. Dies bedeutet, für Personen die bestmögliche Betreuungs- und Versorgungsinstanz zur Verfügung zu stellen. Da dies für Personen, die nicht primär akut-medizinisch betreut werden müssen, nicht immer gewährleistet ist, wird in dieser Arbeit das Konzept einer zusätzlichen Betreuungs- und Versorgungseinheit entworfen. Dazu wurde zunächst mit einem von der *Notruf Niederösterreich GmbH* zur Verfügung gestellten Datensatz gearbeitet. Ergänzend dazu wurden Interviews mit verschiedenen ExpertInnen aus dem Rettungs-, Gesundheits- und Sozialwesen in Niederösterreich geführt, welche nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring kategorisiert und ausgewertet wurden. Folgende Forschungsfrage ist für diese Masterthese leitend:

Wie kann ein Community Response Team aussehen / aufgestellt werden, am Beispiel des politischen Bezirks Melk?

Durch die im Forschungsprozess gewonnenen Erkenntnisse wurde ein Modell eines *Community Response Teams* theoretisch entwickelt. Außerdem wurde eine Übersicht über die vorhandene Gesundheits- und Soziallandschaft im Bezirk Melk erstellt, welche bei der Konstruktion des Modells Berücksichtigung fand. Haupteckdaten dieser Arbeit sind, dass ein Community Response Team im Bezirk Melk idealerweise multiprofessionell sowie haupt- und ehrenamtlich aufgestellt, rund um die Uhr erreichbar, niederschwellig, mobil und standortgebunden sein sollte, um die Versorgungslücken in der Sozial- und Gesundheitslandschaft minimieren zu können.

Schlüsselwörter:

Community Response, Primärversorgung, Notruf Niederösterreich, Rettungswesen, Gesundheitswesen, Sozialwesen, psychosozial, Gemeinwesenarbeit, Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt und Professionalität, Case und Care Management, Out of Hours, politischer Bezirk Melk, Regionalität, Sozialarbeit im ländlichen Raum, aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit, Empowerment, Best Point of Care, Niederschwelligkeit

Abstract

”There is no such thing as not responsible”

Conception of a community response team in the political district of Melk

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Currently there is an increasing number of cases served by health and rescue services, which could be better served by other regional (social) authorities. The focus is on the *Best Point of Care*, meaning the ultimate goal is to reach the best possible instance of care and service. This is not always the case for people who are not in acute need of medical treatment. Therefore, the concept of an additional care and service unit is designed in this paper. For this purpose a dataset provided by *Notruf Niederösterreich GmbH* was used at first. In addition, interviews were conducted with various experts from rescue, health and social services in Lower Austria, which were categorized and evaluated according to the qualitative content analysis according to Mayring. The following research question guided us through this master thesis:

How can a Community Response Team look like / be set up, using the example of the political district of Melk?

Through the insights gained in the research process, a theoretical model of a Community Response Team was developed. Additionally, an overview of the existing health and social landscape in the district of Melk was created and taken into account during development of the model. The main findings are that a community response team in the district of Melk should ideally be multiprofessional, full-time and voluntary, accessible 24/7, low-threshold, have a fixed location and be mobile in order to minimize the gaps in social and health care.

Keywords:

Community Response, Primary Care, Notruf Niederösterreich, Rescue Service, Health Care, Social Work, Psychosocial, Community Work, Neighborly Help, Volunteering and Professionalism, Case and Care Management, Out of Hours, Political District of Melk, Regionality, Social Work in Rural Areas, Outreach and Following Social Work, Empowerment, Best Point of Care, Low-Threshold

Inhalt

1	Einleitung	7
1.1	Problemaufriss	7
1.2	Ziel der Forschung	7
1.3	Community Response Team – eine Begriffsannäherung	8
1.4	Forschungsprozess	9
1.5	Vorangegangene Forschungsarbeiten	10
1.6	Ausgangslage und Kontextualisierung des politischen Bezirks Melk – Grunddaten	15
1.7	Forschungsleitende Fragestellungen	19
1.7.1	Forschungsleitende Hauptfrage	19
1.7.2	Forschungsleitende Unterfragen	19
1.8	Aufbau der Arbeit	20
2	Kontextbegriffe zur Konzeption eines Community Response Teams	21
2.1	Sozial-, Gesundheits- und Rettungswesen. Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Schnittstellen	22
2.1.1	Sozialwesen	22
2.1.2	Gesundheitswesen	23
2.1.3	Rettungswesen	25
2.1.4	Schnittstellen und Diskussion	27
2.2	Primärversorgung als niederschwelliger Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen	29
2.3	Gemeinwesenarbeit	31
2.3.1	Aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit	32
2.3.2	NachbarInnenschaftsarbeit	33
2.3.3	Aktivierung der Zivilgesellschaft und BürgerInnenschaftliches Engagement	34
2.3.4	Hintergrund: Organisationsformen von Individuen	36
2.4	Case und Care Management	37
3	Forschungsdesign	41
3.1	Mixed Methods Research	41
3.2	Erhebungs- und Auswertungsmethodik	41
3.2.1	Recherchearbeit	41
3.2.2	Geoinformationssysteme	42
3.2.3	Leitfadeninterview	42
3.2.4	Inhaltsanalyse	43
3.3	Beschreibung der InterviewpartnerInnen	44
3.4	Weitere Anfragen	46
4	Auswertung und Interpretation	49
4.1	Einstieg in die Thematik	49
4.2	Kategorien	52
4.2.1	A Organisationale Aspekte	53
4.2.2	B Umgang mit Heavy Usern	56
4.2.3	C Rettungsdienst als scheinbar einzige Versorgungsinstanz	58

4.2.4	D Psychosozial	59
4.2.5	E Ehrenamtlichkeit	61
4.2.6	F Freiwilligkeit in der Betreuung	63
4.2.7	G Versorgungslücken	63
4.2.8	H Wünsche an ein Community Response Team	68
5	Versorgungssituation im politischen Bezirk Melk	72
5.1	Gegebenheiten in der Versorgungssituation	72
5.2	Darstellung des politischen Bezirks Melk anhand der Ergebniskategorien	75
5.2.1	A Organisationale Aspekte – soziale Versorgungslandschaft und Angebotsvielfalt im politischen Bezirk Melk	76
5.2.2	B Umgang mit Heavy Usern – Versorgungsstrategien im politischen Bezirk Melk durch Polizei und psychosoziale Versorgungseinrichtungen	78
5.2.3	C Rettungsdienst als einzige soziale Versorgungsinstanz – Problemlagen der Erreichbarkeit im politischen Bezirk Melk.....	78
5.2.4	D Psychosozial – Versorgungslandschaft hinsichtlich psychosozialer Indikationen im politischen Bezirk Melk	80
5.2.5	E Ehrenamtlichkeit – ehrenamtliches soziales Engagement im politischen Bezirk Melk	84
5.2.6	F Freiwilligkeit in der Betreuung – Konzepte der Freiwilligkeit im politischen Bezirk Melk	85
5.2.7	G Versorgungslücken – Grenzen der Versorgung im politischen Bezirk Melk 85	
5.2.8	H Wünsche an ein CRT – Zusammenfassende Empfehlungen für ein CRT im politischen Bezirk Melk.....	91
6	Konzeptionierung eines Community Response Team-Modells	94
6.1	Einleitung.....	94
6.2	Ausgangslage und zu schließende Versorgungslücken durch ein CRT	95
6.2.1	G6 Versorgungssituation.....	96
6.2.2	G1 Out of Hours-Problematik und rund um die Uhr-Erreichbarkeit	96
6.2.3	G2 Pflege	97
6.2.4	G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit	98
6.2.5	G4 Mobilität	99
6.2.6	G5 Fehlender Umgang mit Betroffenen von Substanzmissbrauch.....	99
6.2.7	Indikationen und Nicht-Indikationen, die sich aus dem Versorgungslücken ergeben	99
6.3	Grundlagen.....	100
6.4	Aufbau	101
6.4.1	Community Response Team-Basis im Notruf Niederösterreich	104
6.4.2	Community Response Team – Regionalteams	105
6.5	Zielgruppe	106
6.5.1	Primäre Zielgruppe: Regionale EinwohnerInnen	106
6.5.2	Sekundäre Zielgruppe	108
6.6	Ziele.....	108
6.7	Leistungen, Angebote, Aufgaben.....	109
6.7.1	H3 Inhaltliche Aufgaben und Angebote.....	109
6.7.2	Aufgaben und Angebote des CRT-Basis	109
6.7.3	Aufgaben und Angebote der Regional-CRTs	112

6.8	Methoden und Kooperationen	121
6.8.1	Methoden und zugrundeliegende Haltungen	121
6.8.2	KooperationspartnerInnen und Vernetzungsmöglichkeiten	124
6.8.3	Zusammenspiel Community Response Team-Basis und Regionalteams..	126
6.9	Rahmenbedingungen und Voraussetzungen.....	126
6.9.1	H2 Umfeld, Standort, Räumlichkeiten	126
6.9.2	H1 Personalbedarf	128
6.10	Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation	129
6.10.1	Dokumentation und Monitoring	130
6.10.2	Qualitätssicherung und Evaluation.....	131
6.11	Zusammenfassung.....	132
7	Conclusio.....	133
	Literatur	138
	Daten.....	150
	Abkürzungen	151
	Abbildungen	152
	Tabellen	153
	Anhang.....	154
	Interviewleitfaden.....	154
	Interviews.....	155
	AKUTteam	155
	Notrufleitstelle	156
	1450, Ihre telefonische Gesundheitsberatung.....	156
	Bürgermeister Ybbs	157
	Polizei Melk.....	158
	Psychosozialer Bereich	158
	AllgemeinmedizinerIn	159
	Fallbeispiele.....	159
	Beispiele, die für die CRT-Konzeption herangezogen wurden	162
	Nationale Beispiele	162
	Internationale Beispiele	163
	Eidesstattliche Erklärungen	166

1 Einleitung

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Die vorliegende Masterarbeit stellt den Abschluss des Studiengangs Soziale Arbeit zur Erlangung des akademischen Titels *Master of Arts in Social Sciences* an der Fachhochschule St. Pölten dar. Im Rahmen des Forschungsprojektes *Community Response Team – aufsuchende professionelle Sozialarbeit im Gemeinwesen (2017-2019)* wurde die Arbeit in einer Gruppe von drei Autorinnen, unter der Leitung von FH-Prof. DSA Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc, sowie Florian Zahorka, BA MA, verfasst. Als methodischer Zugang wurde ein Mixed-Methods Zugang gewählt. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind in dieser Arbeit dargestellt und als Ausgangspunkt für eine Konzipierung eines Community Response Teams im politischen Bezirk Melk herangezogen. Im folgenden ersten Abschnitt werden die Ausgangslage, das Untersuchungsfeld sowie die forschungsleitenden Fragestellungen dargelegt.

1.1 Problemaufriss

Im Rettungswesen kommt es vermehrt zu Anrufen in der Notrufleitstelle, welche keine primär akut-medizinischen, sondern psychosoziale Indikationen aufweisen (vgl. Luiz et al. 2002: 505). Das Rettungssystem steht rund um die Uhr zur Verfügung und ist daher – vor allem im ländlichen Bereich – oft die einzige Möglichkeit, an ein Versorgungssystem anzudocken. Daher wird es häufig auch bei nicht akut-medizinischen Problematiken kontaktiert (vgl. Fachhochschule Köln 2014: 123). Die Versorgung jener Personen, die nicht primär akut-medizinisch betreut werden müssen, ist derzeit durch den Rettungsdienst nicht optimal abgedeckt, da dessen Aufgabenbereiche den Anforderungen der KlientInnen mit primär psychosozialen Problemlagen nicht gerecht werden können (vgl. Redelsteiner 2015: 27). Dadurch kommt es gehäuft zu wiederholter Hospitalisierung von PatientInnen, ohne dabei eine merkbare Verbesserung der individuellen Situation zu erreichen. (vgl. Luiz 2008: 547; Redelsteiner 2014: 164; Völker et al. 2016: 21) Um dies näher zu beleuchten, wird zu Beginn dieser Thesis kurz in die jeweiligen Logiken des Gesundheits-, Rettungs- und Sozialwesens in Österreich eingeführt. Im Anschluss werden diese diskutiert.

1.2 Ziel der Forschung

Ausgehend von dem eben beschriebenen Problemaufriss sowie den gewonnenen Erkenntnissen der Forschungsarbeit wird eine mögliche Reaktionsform auf die vermehrte Frequentierung des Gesundheitswesens durch Personen, deren Fälle anders bzw. besser von der Sozialen Arbeit begegnet werden könnten (*Best Point of Care*), konzipiert und dargestellt.

Im Gesamtforschungsprojekt wurden zwei Thesen von zwei Gruppen verfasst – eine Arbeit im Kontext des urbanen Bereichs (Wien) und eine im Kontext des ländlichen Bereichs (Melk in Niederösterreich (NÖ)). Der Bezirk Melk wurde von den Autorinnen gewählt, da er sowohl unterschiedliche Viertel Niederösterreichs in sich vereint, als auch besondere Gegebenheiten der Versorgungslandschaft beinhaltet. Bei der beispielhaften Konzipierung eines Community Response Teams ist die Anpassung an die jeweilige vorhandene Sozial- und Gesundheitslandschaft von immanenter Bedeutung.

Ziel der Forschungsarbeit ist, durch die Konzipierung eines mobilen Versorgungsteams, die Problematik von Krankenhausaufenthalten mit sozialen Indikationen zu vermeiden und eine Versorgung im persönlichen Nahbereich/Gemeinwesen so weit als möglich zu realisieren. Dadurch soll auch eine Entlastung des Rettungs- und Gesundheitswesens ermöglicht werden und eine adäquate PatientInnenversorgung erfolgen. Das konzipierte Community Response Team-Modell wird kontextualisiert durch einen Diskurs über das Rettungs-, Sozial- sowie Gesundheitswesen. Es wird dabei auch die Besonderheit von Sozialarbeit im ländlichen Raum gezeigt, welche einen speziellen Blick auf die Ressourcen benötigt, der im Konzept der Gemeinwesenarbeit und der Nachbarschaftsarbeit besondere Beachtung findet.

Die grundlegenden Verfahrensweisen der Sozialarbeit im Community Response Team-Kontext *aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit, Care und Case Management* und *Gemeinwesenarbeit* werden im Rahmen der *Kontextbegriffe* näher dargestellt.

1.3 Community Response Team – eine Begriffsannäherung

Werden die englischen Begriffe *Community* sowie *Response* einzeln betrachtet ins Deutsche übersetzt, können erste Schlüsse auf grundlegende Prinzipien eines solchen Teams gezogen werden.

Community kann vielfältig ins Deutsche übersetzt werden: Gemeinwesen, Gemeinschaft, Gemeinde, Allgemeinheit, Lebens-/Ordensgemeinschaft oder auch Staat. (vgl. Hemetsberger 2019a: o.A.)

Response kann auf Deutsch Antwort, Reaktion, Rückmeldung, Resonanz, Ansprache, Stellungnahme oder auch Verantwortung heißen. (vgl. Hemetsberger 2019b: o.A.) Ähnlich dem Begriff *Community* ist der Kontext ausschlaggebend für die tatsächliche Bedeutung des Begriffes.

Als Übersetzung von *Team* wird der eingedeutschte Begriff Team angeboten, ebenso Mannschaft, Gruppe, Gefolge, Kollegium, Stab, Arbeitsgemeinschaft oder auch Stall. (vgl. Hemetsberger 2019c: o.A.)

Das heißt, es geht bei Community Response offensichtlich um eine Form von Reaktion durch die jeweilige Umgebung (Gemeinde, Gemeinschaft o.Ä.) in Form einer Gruppe, Arbeitsgemeinschaft oder Ähnliches.

Wir assoziieren damit also eine Form von Gruppe als Teil einer Gemeinschaft, welche in der Lage ist, auf Anliegen, die aus der jeweiligen Gemeinschaft kommen, auch zu reagieren. Als *Community Response Team* kann demnach eine Gruppenform bezeichnet werden, welche auf Anliegen aus der Gemeinschaft reagiert bzw. reagieren kann.

1.4 Forschungsprozess

Diese Masterthese wurde im Rahmen der Lehrveranstaltung *Forschungslabor* an der FH St. Pölten, die von 2017 bis 2019 stattfand, verfasst, wobei das Projekt folgendermaßen beschrieben wird:

„Sich verstärkende Problemstellungen wie Einsamkeit, Betreuungsprobleme von Angehörigen, Obdachlosigkeit, Gewalt, Messietum, Horten von Tieren und Mangel an Selbsthilferessourcen bei einfachen medizinischen und sozialen Krisen fordern neue Lösungsansätze. Unter anderem aus Mangel an rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und der teilweisen Spezialisierung sozialer Einrichtungen werden Betroffene primär in das rasch und niederschwellig erreichbare medizinische System gelenkt.

Dieses wird fachlich und mengenmäßig überlastet. Drehtürpatientinnen und -patienten sind ein Ergebnis dieser Fehlallokation. Die Situation könnte mit Angeboten der Sozialen Arbeit, wie präventiver Beratung, aufsuchender bzw. nachgehender Betreuung und Krisenintervention nachhaltig verbessert werden. Darüber hinaus sind transdisziplinäre Vernetzung und Verzahnung der Hilfeeinrichtungen gefordert, um diese Patientinnen und Patienten in Grundlagen der Selbsthilfe anzuleiten. Ziel ist es, einen für die realen Bedarfe passenden Point-of-Care zu finden, Betroffene auch im Sozialraum zu stärken und das Krankenhaus nachhaltig zu entlasten.

Im Rahmen der Pilotierung des telefonischen Gesundheitsberatungssystems TeweB werden zeitlich, räumlich und inhaltlich verlässliche Verweisungsmöglichkeiten zu sozialen Einrichtungen gesucht. Diese werden nicht durchgängig, flächendeckend, rund um die Uhr und spezialisiert vorhanden sein (können): Welche Reaktionsmöglichkeiten durch gemeinwesensnahe, aufsuchende Soziale Arbeit sind möglich? Wie können Ausbildungsmaßnahmen und institutionelle Anbindungen gestaltet werden? Dabei dienen Community Response Teams aus den USA als Gedankenmodell.“
(Fachhochschule St. Pölten GmbH 2019a: o.A.)

Ausgehend von dieser übergeordneten Thematik entwickelten sich, wie bereits erwähnt, zwei Forschungsgruppen, wobei regelmäßige Austauschmeetings zwischen ihnen im Rahmen der Lehrveranstaltung stattfanden. (Erste) Ergebnisse wurden im Rahmen der Projektvernissage sowie des Social Work Science Days präsentiert.

Dank der Unterstützung des Notrufs Niederösterreich konnten wir Notrufdaten aus dem Untersuchungsfeld, dem politischen Bezirk Melk, erhalten. Einige der von uns gewünschten Einsatzkategorien konnten uns aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht zur Verfügung gestellt werden^{1 2}.

¹ Siehe Datensatz NNÖ

² vgl. E-Mail an Notruf Niederösterreich am 21.12.2018, E-Mail an Heinz Novosad, Notruf Niederösterreich am 05.06.2018

Nach Beginn der Forschungstätigkeiten verringerte sich die Gruppe der Autorinnen der vorliegenden Arbeit im Jänner 2019 um ein Mitglied. Der Forschungsprozess wurde vom ehemaligen fünften Mitglied dieser Forschungsgruppe noch mitgestaltet und Interviews wurden teilweise durch dieses durchgeführt. Es war erforderlich, den Fokus der Forschung grundlegend zu verändern. Ende Juli 2019 wurde die Forschungsgruppe aufgrund des Studienabbruches einer Kollegin um ein weiteres Mitglied verringert. Dadurch ging auch der internationale Kontext dieser Arbeit, und somit eine Grundlage selbiger verloren. Wir mussten – kurz vor dem Abgabetermin der Masterthese – diese erneut umstrukturieren und adaptieren, weshalb sich im Anhang der Arbeit einige Ausführungen finden. Durch diesen Wegfall zweier Forschungsmitglieder und den damit einhergehenden Veränderungen im Forschungsprozess wurden die Autorinnen vor vielerlei Hürden gestellt.

Der Zeitrahmen des Forschungsprozesses orientiert sich an den Semestern des Masterstudienganges. Nach dem Einreichen des Exposés im Mai 2018 wurden erste Erhebungsschritte durchgeführt und ausgewertet. Durch die Änderung der Gruppenzusammenstellung kam es im Februar 2019 zu einer erneuten Einreichung des Exposés. Nach gemeinsamer Auswertung der Ergebnisse wurde im letzten Schritt des Prozesses die Arbeit verschriftlicht und im September 2019 abgegeben.

Die drei Autorinnen bringen differente berufliche Erfahrungen sowie Expertisen durch Vorstudien mit. In der Forschungsgruppe finden sich Expertisen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Soziologie, Politikwissenschaft sowie Pädagogik, wodurch eine differenzierte Arbeitsweise mit zahlreichen unterschiedlichen Zugängen möglich war. Die Thematik der Masterthese wurde kollektiv in der Gruppe generiert sowie das Forschungsdesign und der Forschungsprozess gemeinsam gestaltet. Trotz der Tatsache, dass es sich um eine gemeinsame Forschungsarbeit handelt, werden die einzelnen Abschnitte namentlich gekennzeichnet, um die individuell übernommene Verschriftlichung transparent zu machen. Dennoch sind die Inhalte der Arbeit als kollektives Gedankengut anzusehen.

1.5 Vorangegangene Forschungsarbeiten

Der Forschungsstand zu den in der Arbeit behandelten Thematiken wurde primär mittels Recherchen in Online-Datenbanken sowie Bibliotheksbeständen der FH St. Pölten und der Universität Wien ermittelt. Dabei wurde nach den Stichworten *Community Response*, *Primärversorgung*, *Notruf Niederösterreich*, *Rettungswesen*, *Gesundheitswesen*, *Sozialwesen*, *psychosozial*, *Gemeinwesenarbeit*, *Nachbarschaftshilfe*, *Ehrenamt* und *Professionalität*, *Case und Care Management*, *Out of Hours*, *politischer Bezirk Melk*, *Regionalität*, *Sozialarbeit im ländlichen Raum*, *aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit*, *Empowerment*, *Best Point of Care* sowie *Niederschwelligkeit* in sowohl deutscher als auch englischer Sprache gesucht.

Einzelne Aspekte konnten aus diversen nationalen sowie internationalen Modellen und Organisationen für die Generierung eines solchen Konzeptes herangezogen werden und finden sich in der Konzipierung dieser Masterthesis wieder.

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Kernthematik, wie Menschen im ländlichen Raum bedarfsadäquate Versorgung, vor allem in psychosozialen Notlagen, erhalten können. Zu dieser Thematik fanden im Rahmen von Forschungsarbeiten an der Fachhochschule bereits einige Vorarbeiten statt.

■ 2015-2017: *SAT 144 – Sozialarbeitsgestützte telefonische Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von „Notrufen“ mit psychosozialen Anliegen zu passenden Ressourcen*

Seitens der Fachhochschule St. Pölten wird das Projekt wie folgt 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?“ (Fachhochschule St. Pölten GmbH 2019b: o.A.)

Im Rahmen dieses Projektes sind zwei Forschungsarbeiten entstanden, auf deren zentralen Erkenntnissen die vorliegende Forschungsarbeit zum Teil aufbaut.

In der Arbeit von Bastecky et al. (2017)³ konnte die vorangegangene Hypothese bestätigt werden, „dass sich zahlreiche Menschen mit verschiedenen psychosozialen Anliegen häufig an den Rettungsnotruf wenden, obwohl dieser keine adäquate Ressource dafür bereitstellen und unter den gegebenen Bedingungen auch selten vermitteln kann.“ (Bastecky et al. 2017: 224). Die Gründe dafür sind vielfältig, wobei Versorgungslücken stets eine Rolle spielen (vgl. ebd.).

„Als allgemeine Erkenntnis, die sich über alle spezifischen Alternativen und Forschungsbereiche hinweg zieht, kann festgehalten werden, dass vor allem multiprofessionelle, niederschwellige, integrierte und immer auch sozialarbeitsgestützte Ansätze dazu beitragen können, bei psychosozialen Anliegen adäquater und frühzeitiger zu intervenieren. Im Themenfeld der Multiprofessionalität zeigte sich, dass entsprechende Arbeitsansätze in Österreich noch nicht sehr weit verbreitet sind und Verständigungsprobleme zwischen den Berufsgruppen diese zudem erschweren.“ (ebd.)

³ Die Arbeit wurde unter dem Titel „Ansätze alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf“ verfasst.

Die zweite Masterthese, ausgehend von dem Projekt SAT 144, wurde von Novosad und Wallner (2017)⁴ verfasst. Zentral in den Ergebnissen der Forschungsarbeit ist, dass durch eine Filterung charakteristischer Problemmarker bereits ab dem telefonischen Erstkontakt eine Einschätzung der Fallsituation passieren kann. Im weiteren Fallverlauf benötigt es jedoch professionelles sozialarbeiterisches Fallverstehen. Ebenso gilt die Berücksichtigung der besonderen Bedingungen einer telefonischen Triagierung. (vgl. Novosad / Wallner 2017: 3f) Durch eine „strategische Positionierung der Sozialen Arbeit in Notrufleitstellen oder Helplines“ (ebd.) könnte der Zugang zu bereits bestehenden Systemen (Hilfesystemen) erleichtert werden. Durch sogenannte Emergency Social Worker könnte eine aufsuchende Abklärung in weiterer Folge des telefonischen Kontaktes durchgeführt werden. Durch dieses Fachpersonal könnte eine Brücke zwischen Notfallmedizin, Krisenintervention und stationärer Sozialberatung geschaffen werden (vgl. ebd.).

Abseits der an der Fachhochschule St. Pölten durchgeführten Forschungsarbeiten konnten diverse Einzelarbeiten als Grundlage für das vorliegende Forschungsprojekt herangezogen werden. Nachstehend werden die Arbeiten sowie deren zentrale Ergebnisse zur Verdeutlichung dargestellt.

⁴ Die Arbeit wurde unter dem Titel „Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144“ verfasst.

VerfasserIn und Titel der Forschungsarbeit	Forschungsleitende Fragestellung	Zentrale Ergebnisse
<p>Florian Zahorka (2017): Psychosoziale Helplines. Ist-analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin. Eingereicht im Fachhochschul-Studiengang: „Soziale Arbeit, Sozialpolitik & -management“. Management Center Innsbruck.</p>	<p>„Die vorliegende Arbeit analysiert die Auswirkungen der derzeitigen Situation an psychosozialen Helplines in Österreich. Dabei wird neben einer Darlegung der Angebotslage und deren Auswirkungen auch das Feld der präklinischen Notfallmedizin rund um den Rettungsdienst in Fokus der Betrachtung gerückt.“ (Zahorka 2016: II)</p>	<p>„Anhand der Analysen lassen sich folgende Ergebnisse zusammenfassen: Derzeit herrscht ein breites Angebot an psychosozialen Helplines (97 österreichweit) Diese unterscheiden sich stark nach Verfügbarkeit, Art, Zusatzangebot, eingesetzten Professionen, Ausrichtung und Zielgruppen, Mehrsprachigkeit und Einsatz von Neuen Medien Die Ergebnisse des explanativen Experiments bestätigen die daraus resultierende Vermutung einer Verwirrung von potentiellen NutzerInnen Auf Grundlage der Ergebnisse scheint eine bloße Reduktion oder Zentralisierung des Angebots wenig zielführend Aus Sicht der präklinischen Notfallmedizin stellen psychosoziale Problemlagen ein beinahe alltägliches Problem dar, bei deren Lösung das Personal an systembedingte Grenzen stößt.“ (Zahorka 2016: II)</p>
<p>Christoph Redelsteiner (2015): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Akteure, Problemanalyse, Lösungsansätze. Dissertation. Bielefeld</p>	<p>„Wie müssten die Strukturen eines Gatekeepings für „Akutfälle“, insbesondere unter Einbindung der primären operativen Akteure – Rettungsleitstellen, niedergelassenen Ärzte, ärztlichen Notdienste und der Rettungsdienste –, aussehen, um die Versorgung zu gewährleisten?“ (Redelsteiner 2015: IV)</p>	<p>„Ausgewählte Ergebnisse Je nach Berechnungsvariante und demografischem Szenario werden in den beforschten Regionen im Vergleich zum Jahr 2013 im Jahr 2020 bis zu 12 % und im Jahr 2030 bis zu 34 % mehr Einsätze zu absolvieren sein. Das erfordert eine Steuerung von Patienten [sic!], auch zu nicht klinischen Ressourcen. Diese Lenkung kann auch bereits telefonisch erfolgen, durch Einsatz eines Rettungsmittels zur Lageklärung oder Verweisung der Patienten [sic!] in passendere Hilfswege. Diese Steuerung erfordert eine enge logistische Verknüpfung der Ressourcen Hausarzt [sic!], Hauskrankenpflege, Rettungsdienst und Krankenhäuser. Die Lageklärung vor Ort erfordert eine entsprechend niedrigrschwellig, systematisch und verlässlich einsetzbare mobile Ressource. Hausärzte [sic!], Krankenpfleger [sic!],</p>

		<p>Sozialarbeiter [sic!] oder Sanitäter [sic!] würden bei entsprechender spezifischer transdisziplinärer Aus- und Weiterbildung für diese Aufgabenstellung infrage kommen. Insbesondere für ländliche Regionen ist die Konzeption eines diese Berufsgruppen verknüpfenden Lehrganges ‚Community Care Specialist‘ sinnvoll, der interdisziplinär ein erstes Clearing von Patienten [sic!], die keine Notfallpatienten [sic!] sind, durchführt.“ (Redelsteiner 2015: IV)</p>
--	--	--

1.6 Ausgangslage und Kontextualisierung des politischen Bezirks Melk – Grunddaten

Zur Kontextualisierung des Untersuchungsfeldes werden nun einerseits geografische Daten dargestellt und andererseits die Auswahl des Bezirks theoretisch begründet.

■ Untersuchungsfeld

Das besondere Interesse der Forschungsgruppe gilt ländlichen Regionen. Als Forschungsgebiet wurde deshalb der politische Bezirk Melk herangezogen, da er mit 77 EinwohnerInnen pro km² ein überwiegend ländliches oder peripheres Gebiet⁵ darstellt. Das Forschungsinteresse der Gruppe kennzeichnet sich vor allem dadurch, dass sich urban entwickelte Unterstützungsleistungen nicht auf ländliche Regionen übertragen lassen. (vgl. Wagner et al. 2012: 2) So finden sich in ländlichen Regionen so gut wie keine wohnortsnahen spezialisierten professionellen sozialen Dienste. Deren Etablierung würde sich aus finanzieller Sicht sowie aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und der damit einhergehenden kleinen Zielgruppe nicht rechnen. Ein weiterer zentraler Unterschied zwischen ländlichen und urbanen Regionen liegt in der Politik. In ländlichen Gebieten ist sie im alltäglichen Leben stets präsent, was daran liegt, dass diese sich selbst verwalten und die politischen Strukturen viel engmaschiger sind als in der Stadt. Des Weiteren gibt es am Land viele Organisationen, die nahe an den Lebenswelten der BewohnerInnen verortet sind, wie zum Beispiel die Freiwillige Feuerwehr oder Sportvereine. Dadurch ist bereits eine besondere Art der Infrastruktur informeller Netze gegeben, wie es sie in der Stadt nicht gibt. Am Land ist sie zwar dichter, jedoch nicht so vielfältig wie in der Stadt. Außerdem erreichen die ländliche soziale Infrastruktur bzw. Versorgungslandschaft nur einen Bruchteil der Bevölkerung. Personen, die nicht so stark in organisationale Gegebenheiten eingebunden sind, können meist nicht von dem zivilgesellschaftlichen Zusammenhalt profitieren. (vgl. Pantucek 2010: o.A.)

Die medizinische Versorgung im Bezirk Melk wird derzeit von 49 AllgemeinmedizinerInnen mit Kassenvertrag gewährleistet, welche über den gesamten Bezirk verteilt tätig sind. Zwölf dieser ÄrztInnen befinden sich nahe dem Pensionsantrittsalter (vgl. Schweiger / Horaczek-Gasnarek 2019: o.A.). Das medizinische Versorgungssystem im Bezirk Melk ist demnach, ähnlich dem gesamtgesellschaftlichen System, in den kommenden Jahren mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

Hinsichtlich der psychosozialen Versorgung bietet der politische Bezirk Melk derzeit drei Beratungsstellen innerhalb der Bezirkshauptstadt an. Durch die komprimierte Verteilung der Versorgungsinstanzen entsteht die Schwierigkeit der Erreichbarkeit der, gering

⁵Als überwiegend ländliche oder periphere Gebiete werden jene Regionen bezeichnet, in welchen mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Gemeinden mit unter 150 EinwohnerInnen pro km² leben. Es gibt viele ältere Personen sowie solche mit geringem Einkommen. Außerdem herrschen eine hohe Agrarquote und ein geringes Dienstleistungsangebot. (vgl. May 2011: 11)

vorhandenen, Institutionen. Für die mobile psychosoziale Versorgung seitens des *psychosozialen Dienstes (PSD)* sind derzeit vier SozialarbeiterInnen im Teilzeitdienstverhältnis zuständig sowie zwei psychiatrische Pflegekräfte, eine Ergotherapeutin sowie ein Arzt (vgl. Caritas der Diözese St. Pölten 2019a: o.A.).

Der politische Bezirk Melk verfügt demnach über eine vorhandene medizinische sowie soziale Versorgungslandschaft. Jedoch kann vor allem die adäquate psychosoziale KlientInnenversorgung nahe dem Gemeinwesen derzeit kaum gewährleistet werden.

Geografisch betrachtet bietet der Bezirk Melk die Besonderheit der Aufteilung in zwei unterschiedliche Viertel des Landes Niederösterreich. Die Verteilung auf das Wald- und Mostviertel bietet die Möglichkeit der Betrachtung zweier Regionen Niederösterreichs innerhalb eines Bezirks. Der Bezirk verfügt zudem über vier Stadtgemeinden, wodurch auch einzelne regionale Unterschiede erkennbar werden, vor allem hinsichtlich der Infrastruktur (beispielsweise Verkehrsanbindung).

Die Wahl des politischen Bezirks Melk als Untersuchungsfeld wurde aus folgenden Gründen getroffen:

Durch die Tatsache, dass sich der Wohnsitz einer der Autorinnen im politischen Bezirk Melk befindet, waren bereits Vorkenntnisse zu dessen Struktur vorhanden, was den Zugang zum Untersuchungsfeld merkbar vereinfachte. Durch die Unterstützung des Notruf Niederösterreich war es von Bedeutung, dass sich der Bezirk innerhalb des Handlungsbereiches der Notrufleitstelle St. Pölten befindet. Nicht zuletzt spielte auch der Standort der Fachhochschule St. Pölten im Bundesland Niederösterreich eine Rolle bei der Auswahl des Forschungsfeldes.

■ Geografische Daten – allgemein

Der politische Bezirk befindet sich nordwestlich im Bundesland Niederösterreich, dem flächenmäßig größten Bundesland Österreichs. Der Bezirk Melk erstreckt sich über eine Katasterfläche⁶ von 101428,34 ha, wovon 40,52% der Fläche als Waldfläche bezeichnet wird. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2018: o.A.) Wie bereits in der Kontextualisierung des Bezirks erwähnt, findet sich die Besonderheit des Bezirks in der Trennung durch die Donau, welche den Bezirk auf zwei Viertel des Landes Niederösterreichs aufteilt. Die nördliche Seite ist dem Waldviertel und die südliche Seite dem Mostviertel zugehörig. Der Bezirk grenzt an fünf weitere Bezirke (Zwettl, Krems, St. Pölten, Scheibbs und Amstetten) sowie an das Land Oberösterreich. Melk setzt sich aus 40 Gemeinden zusammen, wovon sich 15 Gemeinden geografisch im Waldviertel befinden. Diese 40 Gemeinden unterteilen sich wiederum in 577 Ortschaften. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2019d: o.A.)

Die Donau verläuft dabei südlich der folgenden Gemeinden:

■ Hofamt Priel

⁶ Katasterfläche bedeutet Gesamtfläche aller im Grundbuch eingetragenen Flächen innerhalb einer politischen Gemeinde. (vgl. Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft mbH 2019: o.A.)

- Persenbeug-Gottsdorf (Brückenverbindung zu Ybbs an der Donau)
- Marbach an der Donau
- Klein-Pöchlarn (Brückenverbindung zu Pöchlarn)
- Leiben
- Emmersdorf (Brückenverbindung zu Melk)
- Schönbühel-Aggsbach

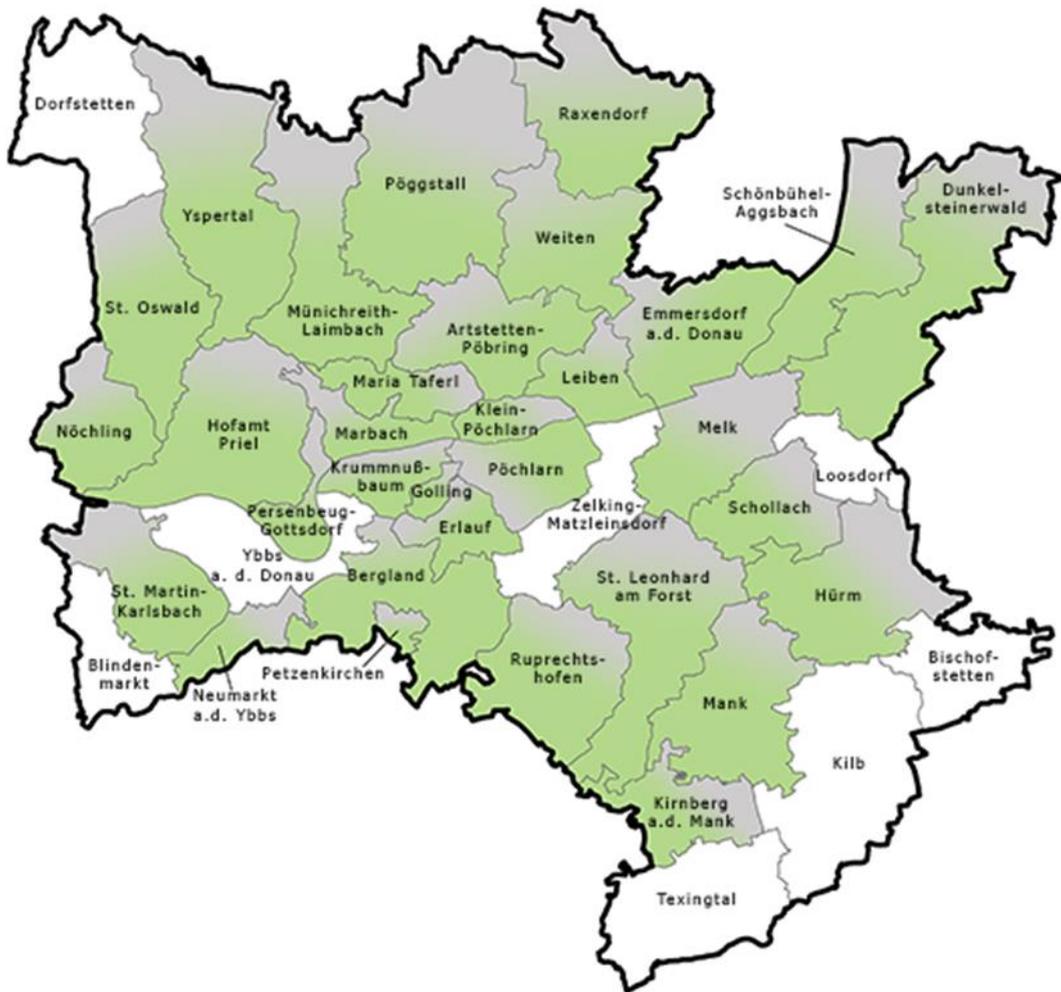
Nachstehende Grafik dient einer übersichtlichen Darstellung der vorhandenen geografischen Gegebenheiten des politischen Bezirks Melk.

Tabelle 1: Geografische Gegebenheiten

Geografische Gegebenheiten	Wert
Fläche	1014 km ²
EinwohnerInnen	77585
EinwohnerInnen pro km ²	77
Maximale Ausdehnung N-S/ O-W	40 km
Dauersiedlungsraum	581 km ²
Waldfläche	40,67%
Landesstraßen L	920 km
Landesstraßen B	194 km
Westautobahn A1	5 Abfahrten
Westbahnstrecke	7 Haltestationen

Quelle: eigene Darstellung nach Amt der NÖ Landesregierung 2019d: o.A.

Abbildung 1: Der politische Bezirk Melk



Quelle: Niederösterreichische Gemeinde-Datenservice GmbH (o.A.): o.A.

■ EinwohnerInnen

Der politische Bezirk Melk verfügt mit 01.01.2017 über 77544 EinwohnerInnen⁷. Bei Betrachtung der Bevölkerungsbewegung ließ sich im Jahr 2017 feststellen, dass der Zuzug (4091) von EinwohnerInnen größer als der Wegzug (3936), die Geburtenbilanz jedoch rückgängig war. Generell lässt sich ein EinwohnerInnenzuwachs zu den Jahren zuvor erkennen. Im Vergleich waren im Jahr 2011 76344 EinwohnerInnen im politischen Bezirk Melk gemeldet. Dies entspricht einem Bevölkerungszuwachs von 1,57% innerhalb von 6 Jahren von 2011 bis 2017. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2018: o.A.) Diese Zahlen zeigen, dass sich der politische Bezirk Melk im Wachstum befindet.

Datensätze aus dem politischen Bezirk Melk hinsichtlich der Haushaltsgrößen in Privathaushalten zeigen, dass es innerhalb von zehn Jahren zu einer starken Zunahme von kleineren Wohngemeinschaften/-formen kam.⁸ Der größte Zuwachs kann in der

⁷ Im Jahr 2018 sind mit 01.01.2018 77585 EinwohnerInnen im Bezirk Melk gemeldet. Aufgrund der Vergleichsfähigkeit musste mit Zahlen aus dem Jahr 2017 gearbeitet werden.

⁸ Aufgrund der Jahreszahl der letzten Erhebung ist es nicht möglich, diese Daten in Verbindung mit anderen vorhandenen Informationen aus dem Bezirk zu setzen. Der Hinweis auf den Trend der kleineren Wohnformen erscheint dennoch als relevant, da Einsamkeit einen bedeutsamen Marker für die Konzipierung eines Community Response Teams darstellt.

Gruppe von alleinwohnenden Personen mit einem Anstieg um 29,67% (1916 Haushalte) von 2001 bis 2011⁹ verzeichnet werden (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2018: o.A.).

1.7 Forschungsleitende Fragestellungen

Die forschungsleitenden Fragestellungen setzten sich aus einer Hauptforschungsfrage und daraus resultierenden Unterfragen zusammen. Diese dienen der inhaltlichen Verdichtung und des Erkenntnisgewinns für die Hauptforschungsfrage.

1.7.1 Forschungsleitende Hauptfrage

Wie kann ein Community Response Team – am Beispiel des politischen Bezirks Melk – aussehen bzw. aufgestellt werden?

Die vorliegende Masterthesis beleuchtet die aktuelle Versorgungssituation des politischen Bezirks Melk unter der Verwendung von Geoinformationssystemen¹⁰. Dadurch werden Lücken der Versorgung eruiert. Diese Erkenntnisse stellen in Kombination mit bereits vorhandenen nationalen und internationalen Vorbildern sowie Befragungen von ExpertInnen aus dem Untersuchungsfeld die Grundlage für eine theoretische Konzipierung eines mobilen Teams, welches sich in die gegebene Versorgungslandschaft einbettet, dar. Dadurch kann auf aktuelle gesellschaftliche Phänomene der wiederholenden Hospitalisierung ohne merkbare Verbesserung der individuellen psychosozialen Situationen von Betroffenen reagiert werden (vgl. Luiz 2008: 547; Redelsteiner 2014: 164; Völker et al. 2016: 21). In der Befragung wurden ExpertInnen aus der Sozialen Arbeit im Untersuchungsfeld, dem Rettungs- und Notrufwesen sowie ProfessionistInnen aus differenten Handlungsbereichen im politischen Bezirk Melk herangezogen, um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungswerten in die Konzipierung einbeziehen zu können.

Die Fragestellung soll zudem verdeutlichen, dass ein Community Response Team nicht nur im politischen Bezirk Melk installierbar ist, sondern dieser lediglich als beispielhafte ländliche Region im Rahmen der Masterthesis herangezogen wurde. Die Implementierung soll durch entsprechende Adaptierungen auf ähnlich besiedelte Regionen umgelegt werden können, wobei es dafür eine vorhergehende Untersuchung der jeweiligen Gegebenheiten braucht, die in dieser Arbeit exemplarisch für den politischen Bezirk Melk gemacht wurde.

1.7.2 Forschungsleitende Unterfragen

1. Wie können psychosoziale Fälle interdisziplinär durch ein CRT (Community Response Team) adäquat versorgt werden?

⁹ Auf Anfrage beim Land Niederösterreich gibt es derzeit keine neueren Werte seit 2011 hinsichtlich der Haushaltsführung im Bezirk, beziehungsweise auf Landesebene.

¹⁰ Die Verwendung von Geoinformationssystemen wird im Kapitel Methodik näher erläutert.

- a. An welche Institutionen kann ein CRT andocken?
 - b. Welche Aufgaben kann ein CRT diesbezüglich abdecken?
 - c. Wie kann ein CRT dazu beitragen, Fallgruppen mit psychosozialen Problemlagen zu versorgen?
2. Aus welchen Professionen kann sich ein CRT üblicherweise zusammensetzen?
 3. Wo liegen die Unterschiede und Ergänzungen des CRTs zu bestehenden Instanzen, wie dem Notruf 144 oder dem AKUTteam NÖ?
 4. Wie kann sich ein CRT, spezifisch im Bezirk Melk, in die regionale Versorgungslandschaft einbetten?
 5. Wie kann ein CRT zur Verringerung der *Out of Hours*-Problematik im Bezirk Melk beitragen?
 6. Welche Mobilitätsaspekte muss ein CRT erfüllen, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten?

1.8 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit kann in sieben Hauptkapitel unterteilt werden. Diese gliedern sich wie folgt:

Nach dem eben im ersten Kapitel beschriebenen Problemaufriss, Ziel der Forschung, der Einbettung in vorangegangene Forschungen, der Darstellung von Grunddaten des Untersuchungsfeldes sowie der Forschungsfragen, folgt im zweiten Kapitel die begriffliche Kontextualisierung der Forschungsarbeit. Dabei werden grundlegende, kontextualisierende Begriffe dargestellt und erläutert. Das dritte Kapitel beschreibt die methodische Vorgangsweise der Masterthese. Dabei werden die verwendeten Erhebungs- und Auswertungsmethoden aufgezeigt und die befragten InterviewpartnerInnen präsentiert. Das Kapitel vier umfasst die Auswertung und Ergebnisse der geführten Interviews, welche durch die Darstellung der Ist-Situation im Untersuchungsfeld, dem politischen Bezirk Melk, im Kapitel fünf und sechs schlussendlich zu einem möglichen Konzept zusammengetragen werden. In der abschließenden Conclusio im siebten und letzten Kapitel folgen ein Resümee der Forschungsarbeit, die Zusammenfassung der Ergebnisse, konkrete Beantwortung der Forschungsfragen sowie ein Ausblick.

2 Kontextbegriffe zur Konzeption eines Community Response Teams

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Im folgenden Kapitel führen wir in zentrale Begriffe für die Konzeption eines Community Response Teams ein. Eine theoretische Auseinandersetzung mit diesen Begriffen ist notwendig, da ihnen oftmals Logiken zugrunde liegen, die nicht sofort ersichtlich sind, für die Auseinandersetzung mit dem gewählten Thema aber essentiell sind, da hier beim Schnittstellenmanagement¹¹ besonderes Augenmerk gelegt werden muss. Immerhin beeinflussen diese Logiken die Ausbildungsgrundlagen, Arbeits- und Verfahrensweisen bis hin zu rechtlichen Fragestellungen (z. B. bei der Aufnahme und Weitergabe von Daten).

Zu Beginn werden die Begriffe Gesundheits-, Sozial- und Rettungswesen beleuchtet sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede erörtert. Hierbei beziehen wir uns jeweils auf die österreichische Situation, da die jeweilige (rechtliche) Ausgestaltung der Bereiche diese nationaltypisch charakterisieren¹². Weitergehend wird der Begriff der Primärversorgung anhand der Alma Ata Deklaration vorgestellt, da die Konzeption eines CRTs in dem Primärversorgungsdiskurs des Gesundheitswesens verortet wird. Der theoretische Primärversorgungskontext ermöglicht auch, einige der vorgestellten Beispiele einzuordnen. Hierzu wird auch die österreichische Primärversorgungskonzeption im Rahmen der letzten Gesundheitsreform vorgestellt. Da es sich bei unserem Projekt aus Sicht der Sozialarbeitswissenschaft um ein gemeinwesenorientiertes handelt, erfolgt anschließend eine theoretische Einordnung der Gemeinwesenarbeit mit Exkursen zu aufsuchender und nachgehender sozialer Arbeit sowie zu Nachbarschaftsarbeit. Abschließend wird die Verfahrensweise des Case und Care Managements vorgestellt, da dieses aus der Sozialarbeitswissenschaft und -praxis entstandene Instrumentarium für Multiproblemfälle mit vielen Beteiligten und Handlungsebenen entwickelt wurde und dementsprechend für unser Projekt eine handhabbare Methode darstellt, die von Anfang an in die Konzeption miteinfließen sollte.

¹¹ Schnittstellenmanagement beschreibt die Management-Aufgaben, die an der Schnittstelle zwischen Bereichen, stattfindet. Zum Beispiel erfordert der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung Management-Aufgaben, die bei einer Verlegung innerhalb des stationären Bereichs nicht erforderlich sind. Im Falle des CRTs umfasst das Schnittstellenmanagement die drei großen Bereiche Rettungs-, Gesundheits- und Sozialwesen.

¹² So gibt es z.B. in Deutschland eine Versicherungspflicht, in Österreich hingegen eine Pflichtversicherung. Dieser kleine sprachliche Unterschied hat starke Auswirkungen auf das Versicherungssystem und somit auch auf potenzielle KlientInnen der Sozialarbeit (z.B. hinsichtlich der möglichen Verschuldung bei Nichtversicherten).

2.1 Sozial-, Gesundheits- und Rettungswesen. Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Schnittstellen

Nix Sophie

Das Sozialwesen und das Gesundheitswesen verfügen in Österreich über große Schnittmengen, da es sowohl beim einen als auch beim anderen um die Absicherung des Wohlergehens des/der Einzelnen im weitesten Sinne geht. Das Rettungswesen dockt vor allem an das Gesundheitswesen an. Neben Hilfe vor Ort wird vor allem der Transfer in die entsprechende Organisationseinheit des Gesundheitswesens durchgeführt.

Es gibt zahlreiche Fälle, die beim Rettungswesen einen Reiz¹³ auslösen und deshalb ins Gesundheitswesen transferiert werden, die jedoch wahrscheinlich ihren Best Point of Service im Sozialwesen finden würden, der in der Logik des Rettungswesens nicht erreichbar ist. Unser Projekt beschäftigt sich mit der Entwicklung einer Organisationseinheit, die diese Fälle abfangen bzw. bearbeiten soll. Deshalb ist es notwendig, sich mit den inhärenten Logiken dieser drei Bereiche auseinanderzusetzen. Es wird hierzu jeder Bereich kurz hinsichtlich einer eher allgemeinen Definition/Einordnung, dem jeweiligen Ziel sowie der Organisation in Österreich besprochen.

2.1.1 Sozialwesen

Da sozialpolitische Maßnahmen sich nicht auf ein bestimmtes Politikfeld eingrenzen lassen, sondern in mehrere Bereiche eingreifen (vgl. Rosenberger / Sauer 2004: 268), ist eine genaue Definition schwierig. Preglau sieht den Sozialstaat aus gesellschaftstheoretischer Sicht als eine Form institutioneller Solidarität, die soziale Integration gewährleisten soll. Unter Solidarität begreift er die Fähigkeit der Angehörigen eines sozialen Verbandes füreinander einzustehen und sich in Notsituationen gegenseitig zu helfen. (vgl. Preglau 2002: 353f)

Das österreichische Sozialwesen ist eng verbunden mit der Konzeption Österreichs als Sozial- bzw. Wohlfahrtsstaat. Hinske versteht das Ziel der Sozialstaatsgesetzgebung darin, Menschen in unverschuldeten Notlagen zur Seite zu stehen und entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen, um diese zukünftig zu verhindern (Hinske 2004: o.A.). Der Sozialstaat wird definiert als

„Gesamtheit staatlicher Einrichtungen, Steuerungsmaßnahmen und Normen zur politischen Bearbeitung von Lebensrisiken und soziale Folgewirkungen einer kapitalistischen Ökonomie, ohne die Marktwirtschaft selbst in Frage zu stellen.“
(Andersen / Woyke 2013: o.A.)

¹³ Ein Reiz wird im Rettungswesen durch einen Notruf ausgelöst, der wiederum eine Reaktion von einem/r DisponentIn auslöst. Nachdem Abfragen entlang eines festgelegten Schemas gemacht wurden, wird von ihm/ihr ein Reiz ausgelöst, der wiederum die Reaktion auslöst, dass das/die entsprechende/n Rettungsmittel zum Einsatzort fahren.

Somit kompensiert der Sozialstaat auch die sozialen Risiken und Probleme wie Armut und gravierende soziale Ungerechtigkeit, die durch den Marktprozess entstehen.

Die Bereiche der Sozialpolitik lassen sich wie folgt aufgliedern: Alter, Hinterbliebene, Gesundheit, Invalidität, Familie, Arbeitslosigkeit und Andere. Unter *Andere* fallen die

„Ausgaben, die der Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung dienen, wie z.B. aus sozialem Aspekt bedingte Wohnbeihilfen oder die Mindestsicherung der Länder. Ein Großteil der bedarfsorientierten Leistungen wie z.B. die Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung oder die Notstandshilfe scheint bei den Funktionen Alter und Arbeitslosigkeit auf.“ (BMASGK 2018: 20)

Die Bereiche sind zu großen Teilen als Versicherungsleistungen¹⁴ organisiert. Ein Hauptziel der österreichischen Sozialpolitik ist die Vermeidung von Armut durch soziale Sicherheit.

„Investive Sozialpolitik (z.B. aktive Arbeitsmarktpolitik) führt durch Unterstützung benachteiligter Menschen zu mehr Chancengleichheit, besseren individuellen Entfaltungsmöglichkeiten und wirtschaftlicher Eigenständigkeit.“ (BMASGK 2018: 19)

Im Sozialwesen geht es also um das Erkennen von Benachteiligungen und um die möglichst passgenaue Unterstützungsleistung, um die größtmögliche Selbstständigkeit in unserem System zu haben. Hierzu ist es oftmals notwendig, parteiisch auf Rechte oder Unterstützung zu bestehen sowie ein möglichst allumfassendes Bild der vorliegenden Situation zu erarbeiten, welches ermöglicht, die entsprechende Unterstützung zu eruieren. Während also die Sozialpolitik an sozialen Strukturen orientiert ist, ist die Soziale Arbeit am persönlichen Leben interessiert. Wobei beiden gemein ist, dass sie an einer Verbesserung sozial riskanter Lebensverhältnisse und ungleicher Lebenschancen orientiert sind. (vgl. Böhnisch / Schröer 2018: 433)

Die Soziale Arbeit ist in ihrer institutionellen und organisatorischen Grundstruktur öffentlich strukturiert und legitimiert (vgl. ebd.: 430) Damit ist die „Soziale Arbeit gleichsam lebendiges Inventar staatlicher Sozialpolitik [...] [und] in ihren Möglichkeiten und Grenzen existenziell den sozialstaatlichen Entwicklungen ausgesetzt“. (ebd.)

2.1.2 Gesundheitswesen

Laut der Satzung der World Health Organization (WHO) ist „Gesundheit [...] ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946: 1). Diese sehr weite Auslegung von Gesundheit ermöglicht viel Interpretationsspielraum.

¹⁴ Es kann zwischen Versicherungsleistungen und Sozialleistungen unterschieden werden. Versicherungsleistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass in ein Versicherungssystem eingezahlt wird, welches im Fall der Fälle aktiv wird (z.B. Arbeitslosenversicherung greift, wenn jemand arbeitslos wird, Krankenversicherung greift, wenn jemand krank wird).

In dem sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlichen System Österreichs ist das oberste Ziel der Gesundheitspolitik der freie Zugang zu Gesundheitsgütern und Dienstleistungen im Falle einer Krankheit. Kein Mensch soll beispielsweise eine medizinische Behandlung nicht erhalten, weil er sie sich nicht leisten kann. Daher steht aber auch der erwerbseinkommens- und versorgungsklassenunabhängige Zugang zu allen notwendigen Gesundheitsgütern und -dienstleistungen im Zentrum. (vgl. Streissler 2004: 3)

Es kann hinsichtlich der staatlichen Gesundheitsversorgung zwischen dem *Bismarckmodell*, welches auf dem Versicherungsprinzip beruht, dem *Beveridgmodell*, welches auf dem Fürsorgeprinzip beruht, sowie dem *Privatwirtschaftsmodell* unterschieden werden, wobei es oftmals auch Hybridmodelle gibt. (vgl. Keppel 2015: 15ff) In Österreich wird das erste Modell angewendet. Die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsanstalten (Gemeinsam: Die Sozialversicherungsträger, kurz die Sozialversicherung) werden von ArbeitgeberInnen- und ArbeitnehmerInnenabgaben sowie Steuergeldern finanziert und sichern ihre Mitglieder in den Versicherungsfällen *Alter, Tod, Krankheit* und *Unfall* ab. 99% der Bevölkerung ist über die Sozialversicherungsträger versichert.

Beim Gesundheitswesen kann zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich unterschieden werden. Unter den Begriff *stationär* fallen alle Organisationseinheiten, die als Krankenanstalten beschrieben werden können (Reha-Einrichtungen, Krankenhäuser etc.). Der ambulante Bereich beinhaltet alle niedergelassenen Gesundheitsberufe, wie z.B. ÄrztInnen in Praxen.

Politisch gesehen beschreibt das Gesundheitswesen alle Bereiche, die mit Krankheit und Gesundheit zu tun haben und fällt in Österreich in der Organisation nahezu in allen Bereichen in die Gesetzgebungs- und Vollzugskompetenz des Bundes. (vgl. Jochum 2017: 5)

Das Gesundheitsministerium, die Sozialversicherungsträger, die Länder und Gemeinden sowie die entsprechenden beruflichen Interessensvertretungen sind für die Organisation des österreichischen Gesundheitswesens (in unterschiedlichen Bereichen und Gewichtungen) verantwortlich. Die Verbesserung des Gesundheitswesens führte schon zu zahlreichen Gesundheitsreformen. Die letzte Gesundheitsreform wurde 2013 beschlossen und ist seither im Gange. Eines der Ziele ist, die PatientInnenströme wieder verstärkt vom stationären zum ambulanten Sektor zu lenken, die Prävention zu stärken und einen niederschweligen Zugang zum Gesundheitssystem zu ermöglichen. Hierzu wurde neben der telefonischen Gesundheitsberatung (1450) auch das Konzept der Primärversorgung beschlossen, welches derzeit in Österreich nach und nach implementiert wird (vgl. Primärversorgung als niederschwelliger Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen). Ziel des Gesundheitswesens ist die möglichst effiziente Behandlung bzw. sogar Prävention zur bestmöglichen Erhaltung von Gesundheit.

2.1.3 Rettungswesen

Vor der Existenz eines Rettungswesens wurde der Transport in Spitäler und Krankenanstalten beispielsweise von Verwandten und FreundInnen Betroffener übernommen. Heute ist es Standard, in (medizinischen) Akutsituationen die Rettung zu rufen. (vgl. Andreas 2009: 15) „Österreich war eines der ersten Länder Europas, das über ein Rettungswesen in heutigem Sinn verfügte“ (ebd.: 10). Bereits 1769 erschien in Wien unter Maria Theresia eine Anleitung zur Hilfeleistung. 1803 wurde die erste Wiener Rettungsanstalt gegründet – sie überlebte allerdings nur ein paar Jahre. Mit dem Brand des Wiener Burgtheaters mit 386 Toten wurde die *Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft* 1812 gegründet. Diese diente als Vorbild für den Aufbau vieler Organisationen im In- und Ausland und existiert heute unter dem Namen *Wiener Rettung*. (vgl. ebd.: 11) Das Rettungswesen fällt heutzutage in den Bereich der Gesundheitsfursorgepflicht des Bundes. (vgl. Andreas 2009: 22)

„Die Verpflichtung des Staates zur Sicherung des Lebens gem Art 2 EMRK geht soweit, dass dieser weiters geeignete Maßnahmen setzen muss um prompte (medizinische) Versorgung, gemeint ist eine ausreichende Erste Hilfe, zu garantieren.“ (ebd.: 23)

Die Kompetenzen im Rettungswesen teilen sich zwischen Bund, Ländern und Gemeinden auf. Die Gemeinden sind laut Art. 118 Abs 3 Z 7 B-V verpflichtet, auf ihrem Gemeindegebiet ein funktionierendes Rettungssystem zu betreiben, wobei Ihnen freisteht, welche Organisationsform sie dazu wählen, solange die festgesetzten Hilfsfristen eingehalten werden (vgl. RK 2014: 7). Das heißt, es kann (auf Länderebene) entweder eine eigene Berufsrettung geben oder die Aufgabe wird per Vertrag an einen Rettungsdienst übergeben. (vgl. Andreas 2009: 33) Sie sind allerdings im Sinne des Subsidiaritätsprinzips an die Bestimmungen der Landes- und Bundesgesetze gebunden. Der Bund ist für die Bestimmungen hinsichtlich Ausbildung und Tätigkeitsfelder verantwortlich. Organisation und Vollziehung im Rettungswesen ist hingegen Ländersache. Für Niederösterreich gilt hier das N Rettungsdienstgesetz 2017 (N RDG), welches unter anderem definiert, was unter Rettungsdienst verstanden wird, welche Leistungen und Kostenträger gelten und welche Mindestanforderungen an Rettungs- und Krankentransportdienste gestellt werden.

Zur Ausübung ihrer Pflichten sind die Rettungsorganisationen im Einsatzrahmen mit bestimmten Kompetenzen beauftragt. So dürfen sie Sondersignale im Straßenverkehr verwenden, fremde Grundstücke betreten, sich den Zutritt zu Wohnungen verschaffen, Straßen sperren, Kleidung zerstören, medizinische Heilbehandlungen und Untersuchungen, wenn nötig auch ohne Einwilligung der Person, vornehmen und sogar kurzfristig Personen die Freiheit entziehen. (vgl. Andreas 2009: 34,68)

Diese Befugnisse zeigen schon die besonderen Logiken, die während einer Akutsituation gelten – nur, dass diese Akutsituationen zum Alltag der RettungsmitarbeiterInnen gehören. Die Logik dahinter ist, alles Notwendige und Mögliche tun, um das Leben des/der PatientIn zu gewährleisten und möglichst schnell zu helfen, weshalb auch die Nutzung der Sondersignale im Straßenverkehr auf dem Weg zum Einsatzort sowie beim Transport des/der PatientIn erlaubt ist.

Für die Kosten eines Einsatzes kommen je nach Art des Einsatzes Bund/Ländern/Gemeinden bzw. Sozialversicherungsträger oder auch die PatientInnen selbst auf. Teilweise werden Einsatzkosten auch auf mehrere Träger aufgeteilt.

Im Rettungswesen arbeiten neben ÄrztInnen auch unterschiedliche Gruppen von SanitäterInnen, wobei die jeweiligen Aufgabenbereiche, erforderlichen Ausbildungen und Befugnisse sehr genau geregelt sind. (ebd.: 191f) Nur die FahrerInnen müssen bei bloßem Krankentransport keine gesundheits-/rettungsspezifische Ausbildung vorweisen. (vgl. Andreaus 2009: 195) Es zeigt sich beim Rettungswesen, dass es vor allem darum geht, möglichst schnelle geeignete Hilfe zukommen zu lassen.

In Niederösterreich ist die Notruf Niederösterreich GmbH¹⁵ seit der Gründung 2003 die zentrale Leitstelle, die Notrufe annimmt, disponiert und entsprechende Rettungsmittel¹⁶ alarmiert. Diese müssen innerhalb von zwei bis drei Minuten ausrücken. (vgl. Notruf Niederösterreich o.A.: o.A.) Die eigentlichen Transporte (sowohl Krankentransporte als auch Rettungseinsätze) werden in Melk vom Roten Kreuz und dem Arbeitersamariterbund durchgeführt.

Derzeit sind unter dem Dach der Notruf Niederösterreich GmbH neben dem Notruf 144 auch der Ärztesdienst 141, die telefonische Gesundheitsberatung 1450 sowie das AKUTteam und weitere Angebote (z.B. Pagnetz, Alpinnotruf 140) zusammengefasst. Dies ermöglicht teilweise eine gemeinsame Ressourcennutzung (Büroräume, Telefonanlage o.Ä.) und fördert die Kooperation zwischen den einzelnen Diensten.

In diesem Zusammenhang scheint es auch relevant, das AKUTteam Niederösterreich näher zu beschreiben, was nun im Zuge eines kurzen Exkurses folgt.

■ AKUTteam Niederösterreich

Beim AKUTteam Niederösterreich, kurz AKUTteam, handelt es sich um eine soziale Einrichtung des Landes Niederösterreich. Menschen, welche von unvorhergesehenen Schicksalsschlägen getroffen werden, zählen zu den potentiellen KlientInnen des AKUTteams. Es ermöglicht Menschen in individuellen Krisensituationen eine rasche, kostenlose und psychosoziale Begleitung. Die Organisation des AKUTteams läuft über den Notruf 144 des Landes Niederösterreich und ist somit rund um die Uhr erreichbar und verfügbar. Auch andere Einsatzorganisationen, Krankenhäuser, ÄrztInnen oder Behörden können das AKUTteam alarmieren. Beim AKUTteam handelt es sich um eine mobile Form der Betreuung, welche in den jeweiligen Lebenswelten der KlientInnen stattfindet. Eine Person mit sozialarbeiterischer Ausbildung und fünf psychologische oder psychotherapeutische Fachkräfte haben stets Bereitschaftsdienst, um im Ernstfall eine rasche Betreuung zu gewährleisten. Diese kann bis zu sechs Stunden an den ersten Tagen und Wochen stattfinden. (vgl. AKUTteam Niederösterreich o.A.: o.A.)

¹⁵ Gesellschafter sind das Land Niederösterreich über den NÖGUS (66 %), das Rote Kreuz NÖ (26 %), der ASBÖ LV NÖ (5,2 %) und der Christophorus Flugrettungsverein des ÖAMTC (2,9 %).

¹⁶ Eine Auflistung aller unterschiedlichen Rettungsmittel findet sich hier: <https://notrufnoe.com/fahrzeugtypen/>

Die Einsatzindikationen des AKUTteams sind sehr vielseitig. Beispielsweise rückt das AKUTteam nach

„[...] medizinischen Notfällen oder plötzlichen Todesfällen, Unfällen mit Schwerverletzten oder mit Todesfolge, Suiziden, Suizidandrohungen und – versuchen zur Betreuung von Betroffenen oder Angehörigen, Gewalttaten, akuten Krisen im familiären Bereich, Elementarereignissen (z.B. Hochwasser, Großbrände,...)“ (AKUTteam Niederösterreich o.A. a: o.A.) aus.

Für viele Menschen ist ein solches Erlebnis eine derartige psychische Belastung, dass die vorhandenen Bewältigungsmechanismen, welche im Falle von problematischen und belastenden Situationen normalerweise funktionieren, nicht mehr ausreichen. Ist dies der Fall, ist eine Betreuung durch das AKUTteam Niederösterreich sinnvoll. Das AKUTteam bemüht sich dann um eine Aufwertung der vorhandenen Kräfte der KlientInnen, angemessene Unterstützung von Minderjährigen, Hilfestellung bei der Handhabung von belastenden Reaktionen, Lösung von sozialen aber auch rechtlichen Problematiken, beginnende traumatherapeutische Behandlungen, Planung der weiterfolgenden Betreuungsschritte, Zurückerlangung eines gewohnten Alltags und fachliche Weiterbildung, wenn der Bedarf vorhanden ist. Die Leistungen des AKUTteams können alle sich in Niederösterreich befindenden Menschen annehmen, welche gegenwärtig in akut belastenden Situationen sind. (vgl. ebd.: o.A.)

Eine weitere, für die Thematik relevante Organisation ist das Kriseninterventionsteam (KIT), welches beim Roten Kreuz angesiedelt ist. Das KIT kann ebenfalls durch den Notruf Niederösterreich alarmiert werden und arbeitet eng mit dem AKUTteam. Es ist die einzige hier genannte Organisation, die rein auf ehrenamtliche MitarbeiterInnen¹⁷ setzt.

2.1.4 Schnittstellen und Diskussion

Bei näherer Betrachtung der drei Bereiche kann festgestellt werden, dass alle sowohl versicherungs- als auch steuerfinanziert¹⁸ sind und hier eine große Schnittstelle vorliegt. Schon der Begriff Sozialversicherungsträger, der Kranken- Unfall- und Pensionsversicherungen eint, zeigt die enge Verbindung zwischen Sozial- und Gesundheitswesen.

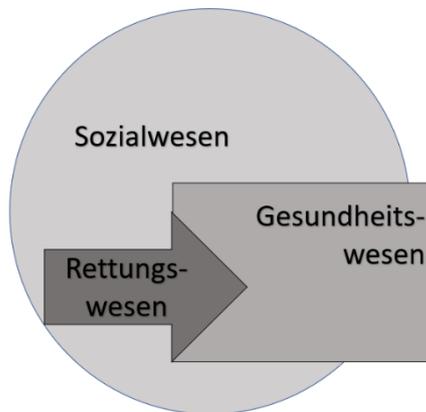
In einer verkürzten Darstellung, wie die unten angeführte Abbildung verdeutlicht, stellt das Rettungswesen einen Teil des Gesundheitswesens dar, da dessen Aufgaben nur Akutmaßnahmen und den Transport zum Gesundheitswesen umfassen. Das Gesundheitswesen ist ein Teil des Sozialwesens, da im Wohlfahrtsstaat beide Bereiche die gesamte Gesellschaft betreffen, wobei das Sozialwesen mehr Bereiche der Gesellschaft betrifft. Doch auch das Gesundheitswesen hat Bereiche, in denen es nicht

¹⁷ welche Wochenendausbildungen zur Krisenintervention absolviert haben.

¹⁸ Alle Bereiche werden zusätzlich über private Ausgaben finanziert. Eine Diskussion der konkreten Finanzierung einzelner Bereiche würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

als Teil des Sozialwesens betrachtet wird (Forschung, sehr spezialisierte Medizinbereiche o.Ä.).

Abbildung 2: Sozial-, Gesundheits- und Rettungswesen



Quelle: eigene Darstellung

Es lässt sich weiters feststellen, dass die zugrundeliegenden Logiken der Bereiche zwar miteinander in Verbindung stehen, aber dennoch sehr unterschiedlich sind. Während es im Sozialwesen um die Absicherung und Hilfestellungen bei (unverschuldeter) Not in sehr vielen Lebensbereichen geht, ist ein Anliegen des Gesundheitswesens, Dienstleistungen und Gesundheitsgüter zur Verfügung zu stellen. Es geht hier also um eine Angebotsstruktur, die gegeben sein sollte (z.B. durch Stellenpläne für ÄrztInnen, durch das Krankenanstaltennetz etc.). Mit der Gesundheitsreform sind auch in diesem Bereich die Aspekte der Absicherung bzw. Prävention hinzugekommen, die ermöglichen, dass sich die Logiken hier anpassen bzw. annähern. Dem Rettungswesen hingegen liegt die Logik zugrunde, möglichst schnell und effektiv zu agieren. Sofern möglich, wird akut Hilfe geleistet, wenn nicht, wird der/die PatientIn zur nächstmöglichen Krankenanstalt geführt, wo die Hilfe erbracht werden kann.

Damit haben alle drei Bereiche noch eine Gemeinsamkeit. Sie sind mit der Triagierung und Verweisung vertraut, wobei Erfahrung und Ausgestaltung variieren. Während im Rettungswesen auf standardisierte Abfrageschemata zurückgegriffen wird, dominieren im Sozialwesen das breite Einholen von Informationen und die Gesprächsbasis als Grundlagen der Triagierung und Verweisung. Im Gesundheitswesen ist eine Mischform anzutreffen (z.B. Untersuchung und ÄrztInnen-Gespräch führen zur Weiterverweisung, standardisierte Abfragebögen sind z.B. in der Gesundenuntersuchung gegeben). Hier zeigen sich sehr unterschiedliche Zugänge zu der Klientel, die sich durch die Arbeitsfelder und Ziellogiken erklären lassen. Dies muss vor allem beim Schnittstellenmanagement beachtet werden, da bei einer Verweisung zwischen den drei Bereichen Verfahrenskomplikationen aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten auftauchen können.

In allen drei Bereichen ist es möglich, dass ProfessionistInnen in die privaten Lebensräume der KlientInnen vordringen – im Gesundheitsbereich durch mobile Pflegeangebote oder Hausbesuche von ÄrztInnen, im Sozialwesen ebenfalls durch

Hausbesuche (z.B. im behördlichen Auftrag) bzw. durch Wohnangebote (z.B. für Obdachlose).

2.2 Primärversorgung als niederschwelliger Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen

Nix Sophie

Die Primärversorgung stellt die unterste Stufe in der Gesundheitsversorgung dar und fungiert sozusagen als Zugang zum Gesundheitssystem. Die Idee einer Erst-/Grundversorgung ist im Kontext der globalen Bestrebungen zu sehen, die Menschenrechte zu konkretisieren und damit zu realisieren. Bezogen auf das Menschenrecht auf Gesundheit, wie in Art. 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 festgehalten, bedeutet dies auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Neben der Primärversorgung ist hierzu das Bestreben der WHO eine Universal Health Coverage, eine universalen Gesundheitsversicherung, zu implementieren, zu nennen. Das heißt, jedem Menschen zu ermöglichen eine Basisversorgung zu erhalten (vgl. WHO 2019: o.A.).

Die Alma Ata Deklaration bietet mit ihrer Definition von Gesundheit und Primärversorgung die Grundlage vieler derartiger Projekte und Zielsetzungen:

1978 wurde in Alma Ata, UdSSR, eine internationale Konferenz zur Primärversorgung abgehalten, aus der die Alma Ata Deklaration entstanden ist. Neben einer Definition von Gesundheit wird in den zehn Paragraphen der Deklaration vor allem die Wichtigkeit der Entwicklung und Implementierung einer Primärversorgung argumentiert und gefordert. Es werden Staaten, NGOs, internationale Organisationen und GesundheitsprofessionistInnen etc. dazu aufgerufen, die notwendigen (rechtlichen, finanziellen und strukturellen) Ressourcen bereit zu stellen, um eine Primärversorgung zu gewährleisten. (vgl. WHO 1978: o.A.)

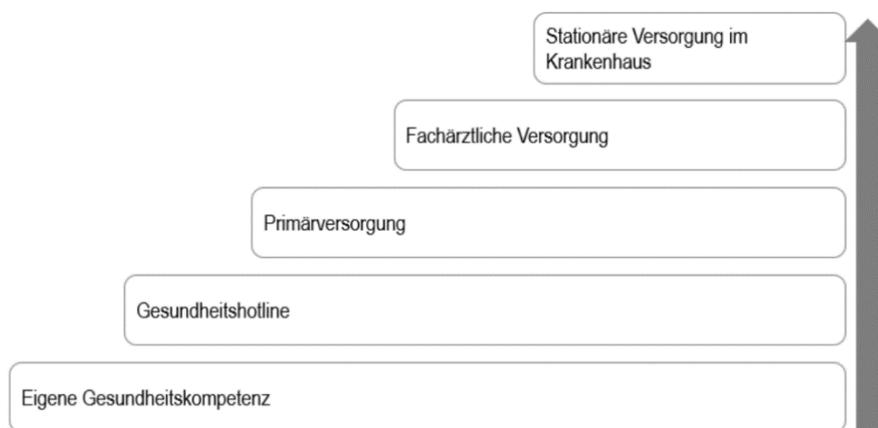
Laut der Alma Ata Deklaration fokussiert primäre Gesundheitsversorgung zentrale gesundheitliche Problemlagen der Gesellschaft. Notwendige Angebote in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Heilung und Rehabilitation werden zur Verfügung gestellt. Betroffene Personen erhalten über die gegenwärtigen Problemsituationen Aufklärung und lernen umsetzbare Methoden zur Verhütung und Bekämpfung kennen. Individuen sollen möglichst viel Eigenverantwortung übernehmen und sich aktiv an der Gesundheitsversorgung, an deren Förderung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung beteiligen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ist notwendig, um den gesellschaftlichen Gesundheitsbedürfnissen nachzukommen. (vgl. ebd.)

Die Alma Ata Deklaration wird oftmals zur Begründung der jeweiligen nationalen Primärversorgungskonzepte und -projekte herangezogen, so auch für die österreichische Version (vgl. Fischer / Schuppenlehner 2018: 23). Seit dem Gesundheitsreformprozess 2013 ist für Österreich eine Primärversorgung angedacht.

2017 wurde die entsprechende Gesetzesgrundlage mit dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG) beschlossen. (vgl. Fischer / Schauppenlehner 2018: 24). Die Primärversorgung soll „als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem“ (§1 Abs. 2 PrimVG) AllgemeinmedizinerInnen ermöglichen, mit anderen Gesundheitsberufen und SozialarbeiterInnen und weiteren Berufssparten zusammenzuarbeiten sowie längere Öffnungszeiten und ein breites Angebotsspektrum anzubieten. (vgl. EWG 2017: o.A.) Damit setzt die österreichische Variante der Primärversorgung MedizinerInnen ins Zentrum. Es entstehen Versorgungseinheiten, die wie Gruppenpraxen mit implementierten Gesundheitsberufen und SozialarbeiterInnen bzw. Netzwerken mit ebendiesen Berufsgruppen sowie erweiterte Öffnungszeiten und ein erweitertes Angebotsspektrum vorweisen können.

Die Gesundheitsversorgung wurde mit der Gesundheitsreform neu hierarchisiert, wie auf der folgenden Abbildung ersichtlich ist. Neben der Primärversorgung wurde auch die telefonische Gesundheitsberatung 1450 neu eingeführt, um PatientInnen besser durch das Gesundheitsversorgungssystem leiten zu können. Damit stellt die Primärversorgung die erste Gesundheitsversorgungsstufe dar, die aufgesucht werden kann. Die Gesundheitshotline hat eine beratende und informierende Funktion. Sie funktioniert teilweise mit Logiken der Rettung, nachdem Sie rund um die Uhr erreichbar ist und mit Abfrageprotokollen arbeitet.

Abbildung 3 : Hierarchie der Gesundheitsversorgung



Quelle: eigene Darstellung nach Fischer / Schauppenlehner 2018: o.A.

Die erste Primärversorgungseinrichtung wurde in Wien 2015 eröffnet. Mittlerweile existieren bundesweit 16 Primärversorgungseinheiten und weitere acht sind in Planung (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen 2019: o.A.). Die Etablierung der Sozialarbeit in der Primärversorgung ist im Konzept beinhaltet und wird derzeit erprobt.

2.3 Gemeinwesenarbeit

Kaufmann Lena

Gemeinwesen ist in Abgrenzung zur klassischen, leistungsgesetzlich gestützten Einzelfallarbeit, ein Arbeitsfeld,

„in dem es in einem definierten Territorium darum geht, unter tätiger Mithilfe der Wohnbevölkerung die Lebensverhältnisse [...] so zu gestalten bzw. zu verbessern, dass die dort lebenden Bevölkerungsgruppen in der Lage sind, ihren Alltag nach ihren Vorstellungen im Sinne eines ‚gelingenden Lebens‘ zu gestalten.“ (Hinte 2018: 205)

Das Territorium ist lokal überschaubar, in der Regel ein Stadtteil, ein Sprengel/Grätzel oder auch nur ein Straßenzug. Die Definition erfolgt dementsprechend geographisch und nicht zielgruppenspezifisch und richtet sich auf die Gestaltung und Organisation des öffentlichen Lebens in diesem Gebiet.

Gemeinwesenarbeit ist ein Arbeitsfeld und keine Methode. In der Gemeinwesenarbeit können vielfältige Methoden herangezogen werden, wie z.B. Haustürgespräche, BewohnerInnenversammlungen, Vernetzungstreffen, aktivierende Beratungsangebote oder auch Formen kleinräumiger Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Hinte 2018: 206).

Schreier bezeichnet das Gemeinwesen als Handlungsräume sowie Zusammenhänge politischer und gesellschaftlicher Natur, welche von Individuen sowohl erkannt als auch verändert werden können (vgl. Schreier 2011: o.A.). Hinsichtlich der Arbeit von SozialarbeiterInnen fungiert Gemeinwesen vor allem in zwei Funktionen. Einerseits bietet es soziale Integration. In Gemeinwesen generieren sich heterogene Kulturformen sowie Gesellschaftsgruppen. Durch differente Zugehörigkeiten, beispielsweise religiöser oder politischer Herkunft, entstehen einzelne Zugehörigkeiten im Gemeinwesen. Andererseits werden auch Formen der Infrastruktur offeriert. Es entwickeln sich Formen der Dienstleistungen, Versorgung sowie von Bildungsangeboten. (vgl. Wendt 2015: 302f) Von Gemeinwesenarbeit kann demnach gesprochen werden, wenn sich die Arbeit nicht an einzelne Individuen richtet, sondern mit den Ressourcen eines gesamten Gebietes gearbeitet wird.

Im Fokus dieser gemeinwesenorientierten Sozialarbeit stehen die Menschen, deren Handlungskompetenzen als grundlegende Ressourcen zur Arbeit verwendet werden. Es geht um eine Vernetzung der Gruppierungen, um gegebene Ressourcen optimal verwenden zu können. SozialarbeiterInnen im Gemeinwesen orientieren sich an den Lebensbedingungen der Menschen sowie deren heterogenen Problemstrukturen. Durch diese nahe Lebensweltorientierung wird das Gemeinwesen der zentrale Handlungsraum der ProfessionistInnen. Sie unterstützen dabei die Menschen in der Selbstorganisation (vgl. LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. 2019: o.A.).

SozialarbeiterInnen sind in ihren Tätigkeiten an bedeutsamen Örtlichkeiten im Gemeinwesen präsent. Hierzu wird eine Vernetzung zwischen (politisch) relevanten AkteurlInnen und dem Gemeinwesen geschaffen, um Ideen umsetzen zu können. Die

Leitstandards der Gemeinwesenarbeit nach Hinte et al. umfassen die Bereiche zielgruppenübergreifendes Handeln, Orientierung an Bedürfnissen/Interessen und Themen der Menschen, Förderung der Selbstorganisation und der Selbsthilfekräfte, Nutzung vorhandener Ressourcen, ressortübergreifendes Handeln sowie Vernetzung und Kooperation. (Hinte et al. 2007: 278ff)

Als Arbeitsweisen haben sich neben der Aktivierung und Nutzung der Nachbarschaftsarbeit auf professioneller Ebene die aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit im Bereich Gemeinwesen etabliert, die im Folgenden kurz präsentiert werden.

2.3.1 Aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit

Die Begriffe aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit werden oft synonym verwendet. (vgl. Mayrhofer 2012: 152, Veltrup 2002: 233, Orthmann Bless 2006: 33) Eine Begriffsdifferenzierung im Kontext des Projektes ist dennoch sinnvoll, da die Begriffe unterschiedliche Herangehensweisen an die Sozialarbeit in der KlientInnenarbeit aufweisen.

Aufsuchende Soziale Arbeit bedeutet, dass ProfessionistInnen diverser Berufsgruppen in den jeweiligen Lebenswelten der KlientInnen Kontakt suchen, dort aktiv werden und nicht nur in vorhandenen institutionellen Räumlichkeiten arbeiten. Die Soziale Arbeit löst sich hierbei von der Vorstellung, dass Dienstleistungen nur in institutionellen Räumlichkeiten erbracht werden. SozialarbeiterInnen begeben sich in das Feld. (vgl. Stimmer 2006: 88) Personen werden im Sozialraum und in den jeweiligen Lebenswelten und –wirklichkeiten aufgesucht (vgl. Flemmich et al. 2017: 145). Ein grundlegendes Kennzeichen der aufsuchenden Sozialen Arbeit ist, im Gegensatz zur Gemeinwesenarbeit, die Zielgruppenorientierung. (vgl. Stimmer 2006: 88ff) Ein Beispiel für aufsuchende Soziale Arbeit ist Straßensozialarbeit. Diese findet im öffentlichen Raum, wie beispielsweise in Parkanlagen, statt. Die aufsuchende Sozialarbeit braucht dementsprechend keine Reizsetzung¹⁹ durch ein/e KlientIn, um in die jeweilige Lebenswelt zu kommen, sondern bietet diese vor Ort an.

Nachgehende Sozialarbeit hingegen bezeichnet sozialarbeiterische Tätigkeiten wie die Begleitung zu Ämtern, Behörden o.Ä. (vgl. bgwieselburg 2018: o.A.). Wie bei der aufsuchenden Sozialarbeit handelt es sich somit um eine Arbeitsform, die nicht in eigenen Institutionsräumen beschränkt bleibt. Doch im Unterschied zur aufsuchenden Sozialarbeit braucht es für die nachgehende Sozialarbeit die Setzung eines Reizes, auf den reagiert wird. Dies kann z.B. eine Meldung durch den/die KlientIn oder den Notruf Niederösterreich o.Ä. sein.

¹⁹Wir nutzen den Begriff des Reizes im Sinne des Behavioristischen Reiz-Reaktion Schemas, da er die fachliche Grundhaltung der Sozialarbeit, aber auch des Gesundheits- und Rettungswesens, sehr gut aufzeigt. Erst wenn SozialarbeiterInnen/ÄrztInnen/SanitäterInnen etc. einen Reiz erhalten, in dem z.B. jemand zu ihnen kommt oder sie einen Auftrag erhalten, setzt die fachliche Arbeit Fallarbeit an. Wenn dieser Reiz ausbleibt, wird eher auf einer dem Fall übergeordneten Ebene (vgl. z.B. Case und Care Management) gearbeitet.

2.3.2 NachbarInnenschaftsarbeit

Historisch weist der Begriff der NachbarInnenschaftsarbeit auf traditionale Formen wechselseitigen Helfens hin – aufgrund der sachlichen Notwendigkeit und der gemeinsamen Interessenlage vor allem im bäuerlichen Milieu. NachbarInnenschaftshilfe erfolgt sowohl organisiert als auch informell und beruht auf der „Bereitschaft, im Not- und Bedarfsfall Hilfen unterschiedlicher Art zu geben, ohne an Gleichwertigkeit oder Verrechenbarkeit dieser Hilfen gebunden zu sein“. (Nokielski 1992: 1386) Demnach ist von NachbarInnenschaftshilfe zu sprechen, wenn ein mutualer Austausch diverser Gefälligkeiten vorherrschend ist. Ebenso handelt es sich um eine soziale Hilfestellung, welche meist durch das informelle Beziehungsnetz der Betroffenen erbracht wird. Im Gegensatz zu Unterstützungsleistungen eines professionellen Netzwerkes, stellen Tätigkeiten zur Überwindung akuter Problematiken eine essenzielle Rolle dar (vgl. Günther 2005: 427).

Es handelt sich bei einer nachbarInnenschaftlichen Hilfeleistung um eine freiwillige fallbezogene Tätigkeit. Laut einer Freiwilligenerhebung im Jahr 2012 des Sozialministeriums (vgl. BMASK 2013: 37ff) erweisen etwa 31% der österreichischen Bevölkerung Tätigkeiten der informellen Freiwilligkeit (vgl. Hintergrund: Organisationsformen von Individuen). Den größten Sektor jener Tätigkeiten machen diverse Arbeiten im Haushalt sowie die Unterstützung betreuungsbedürftiger Personen aus. Die Beteiligung unterscheidet hierbei kaum zwischen Berufstätigen und Nichtberufstätigen. In einwohnerarmen Regionen steigt die Bereitschaft zur Erledigung freiwilliger Hilfeleistungen. So sind in Gemeinden mit einer absoluten Einwohnerzahl unter 2000 etwa 30% bereit, NachbarInnenschaftshilfe zu leisten, während es in größeren Gemeinderegionen 24% bis 28% sind. (vgl. BMASK 2013: 38)

Die Aktivierung von NachbarInnenschaftshilfe stellt eine zentrale Aufgabe in der Gemeinwesenarbeit dar, da hierdurch eine Ressource aufgezeigt wird, die niederschwellig, akut, in unmittelbarer Nähe, ohne hohen Organisations- und Formalisationsgrad sowie kostenneutral agieren kann.

2.3.3 Aktivierung der Zivilgesellschaft und BürgerInnenschaftliches Engagement

Im Zuge diese Arbeit möchten wir neben dem Begriff der *Ehrenamtlichen und Freiwilligen* auch den des *BürgerInnenschaftlichen Engagements*²⁰ verwenden. Da der Begriff das ausdrückt, was – dem Verständnis dieser Forschungsarbeit nach – unter anderem ein CRT ausmacht, wird in diesem Kapitel näher darauf eingegangen. BürgerInnenschaftliches Engagement wird vom deutschen Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend folgendermaßen definiert:

„(1) Bürger[Innen]schaftliches Engagement ist freiwillige Mitverantwortung im und für den öffentlichen Raum. Es reflektiert und anerkennt die Bürgerpflichten gegenüber dem Gemeinwesen. Es wird von Individuen und Organisationen erbracht.

(2) Bürger[Innen]schaftliches Engagement ist strukturbildend, setzt wichtige Impulse für das gesellschaftliche Miteinander und generiert so positive externe Effekte für die Gesellschaft.

(3) Bürger[Innen]schaftliches Engagement kann sich in kontinuierlichen Leistungen, Innovationen und Problemlösungen ausdrücken, mit denen primär kein finanzieller Nutzen angestrebt wird.

(4) Bürger[Innen]schaftliches Engagement kann sowohl auf neue Formen der Regelfindung als auch auf die Gestaltung des Miteinanders innerhalb der staatlichen Rahmenordnung gerichtet sein.“ (BMFSFJ 2012: 56)

All diese Faktoren werden maßgebend für ein CRT gesehen. Die nachfolgende Grafik fasst die wichtigsten Faktoren des BürgerInnenschaftlichen Engagements nochmals vereinfacht zusammen.

²⁰ Es ist uns ein Anliegen, noch ein paar kritische Anmerkungen zu dem Begriff *Bürger* zu machen. Uns ist bewusst, dass der Begriff der BürgerInnen kein inkludierender, sondern in der Grundkonzeption ein exkludierender ist. Er beschreibt einen bestimmten Bildungs-, Besitz- und Geburtshintergrund, der es ermöglicht, sich aktiv an der politischen Auseinandersetzung zu beteiligen. (vgl. Meyer 2009: 64) Auch wenn in den heute existierenden Demokratien die Exklusion formal vorwiegend (nur noch) an der Nationalität und dem Alter festgemacht wird, erfordert die aktive Beteiligung einiges an Wissenshintergrund (vgl. Schmidt 2010: 423). Wir werden in der Folge von *BürgerInnenschaftlichem Engagement* sprechen, um die Funktion des Binnen-I als Aufmerksamkeitszeichen zu nutzen. Wir gehen davon aus, dass dieses Engagement auf aktiver Beteiligung beruht, für die es keinen besseren Begriff gibt.

Abbildung 4: BürgerInnenschaftliches Engagement



Quelle: eigene Darstellung nach BMFSFJ 2012: 56

Für eine langfristige Vision eines CRTs muss daher zivilgesellschaftliches Verantwortungsgefühl gestärkt und Verständnis dafür geschaffen werden, dass ein Wohlfahrtsstaat auf die aktive Teilnahme seiner BürgerInnen angewiesen ist. Dem liegt jedoch eine Ambivalenz zugrunde. Denn einerseits ist das Bewusstsein für bürgerInnenschaftlichen Engagements durchaus gegeben, ebenso ist die Bereitschaft da, Tätigkeiten zu übernehmen, die dem Gemeinwohl zuträglich sind. (vgl. Heidbrink 2006: 31) Andererseits wird jedoch auch von „neue[n] Belastungen der Individuen, ein[em] Nachlassen der sozialen Bindekräfte und Tendenzen der sozialen Desintegration, die durch ökonomische Zwänge verstärkt werden“ (Heidbrink 2006: 31) gesprochen, was in der Interpretation die Aktivierung der zivilen Gesellschaft erschweren könnte. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass nicht nur der Staat auf das Aktivsein der Gesellschaft angewiesen ist, sondern auch die Zivilgesellschaft auf staatlichen Rahmenbedingungen (vgl. Evers 2010: 50). Beide Komponenten sind also unerlässlich für den Versuch des Funktionierens einer wohlfahrtsstaatlichen – oder auch wohlfahrtsgesellschaftlichen – Logik. Um die Zivilgesellschaft innerhalb einer Region – in unserem Fall das Forschungsgebiet des politischen Bezirks Melk – zu aktivieren, muss einiges beachtet werden. So braucht es eine Vernetzung, Kooperation und Zusammenarbeit zwischen politischen, wohlfahrtstaatlichen Verwaltungsinstanzen einerseits und zivilgesellschaftlichen, sozialen und gesundheitsthematischen Organisationseinheiten sowie der ansässigen Menschen – der Gemeinschaft – andererseits. Dabei müssen alle beteiligten AkteurInnen dazu bereit sein, sich zu öffnen und miteinander zu kooperieren. (vgl. Evers 2010: 52) Die Konzeption des CRTs beruht dementsprechend auf Professionalität und Ehrenamt im sich gegenseitig ergänzenden Zusammenspiel, wie auch schon bei der Gemeinwesenorientierten Sozialarbeit und der NachbarInnenschaftshilfe angesprochen.

Ehrenamtlichkeit ist in der Logik von BürgerInnenhaftlichem Engagement, NachbarInnenchaftshilfe und Gemeinwesenorientierung ein Grundstock für die Implementierung eines CRTs. Im Folgenden gehen wir nun auf die Möglichkeiten der verschiedenen Organisationformen von Individuen ein.

2.3.4 Hintergrund: Organisationsformen von Individuen

Privat unterstützen sich bereits viele Menschen auf engagierte Art und Weise gegenseitig. Dies geschieht meist im Rahmen informeller Netzwerke, die zum Beispiel aus NachbarInnen oder KollegInnen bestehen. Da Tätigkeiten in solchen Settings allerdings in der Regel nicht organisiert sind, werden sie, bzw. ihre Auswirkungen auf das gesellschaftliche Wohl, unterschätzt oder auch von der Gesellschaft gar nicht erst erkannt. (vgl. BMFSFJ 2009: 11) Allgemein kann nach Schmid (2009) zwischen drei Formen, wie sich Individuen organisieren können, unterschieden werden (vgl. Schmid 2009: 76). Diese sind:

- *Informelle/primäre Netzwerke*

Darunter werden nahestehende Personen verstanden, die man beispielsweise in der Familie, im Haushalt, in der NachbarInnenchaft sowie im Rahmen von Freundschaften findet. (vgl. ebd.)

- *Intermediäre/sekundäre Strukturen*

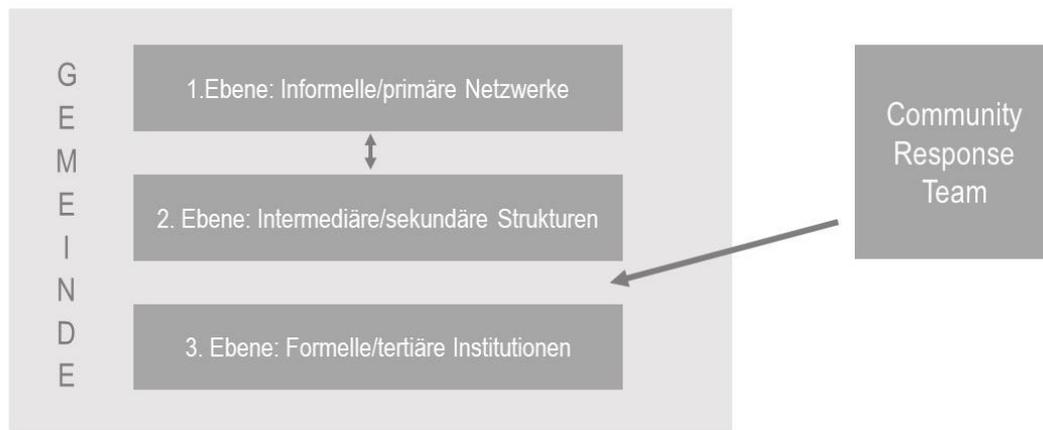
Unter intermediären Strukturen versteht man Vereinigungen bzw. Institutionen, welche Unterstützung anbieten. Dies kann beispielsweise unter anderem in Form von Selbsthilfen und freiwilligem Engagement geschehen. Doch auch die Hilfeleistungen, die Menschen durch professionelle Fachkräfte (zum Beispiel SozialarbeiterInnen) erhalten, werden im Rahmen intermediärer Strukturen erbracht. (vgl. ebd.)

- *Formelle Institutionen/tertiäre Institutionen*

Formelle Institutionen sind solche, die staatlich organisiert sind und auf gesetzlicher Basis agieren. Als österreichisches Beispiel wird hierfür von Schmid (2009) das *Arbeitsmarktservice (AMS)* angeführt. (vgl. ebd.) Im Kontext unseres Forschungsprojektes kann hierbei jedoch exemplarisch auch an die Rettung als *formelle Institution* gedacht werden.

Durch die Institution Gemeinde findet am ehesten eine Verschneidung aller drei Ebenen statt (vgl. Schmid 2009: 76), was wir für die Implementierung eines CRTs nutzen möchten. Das Community Response Team setzt – wenn man die nachfolgende Abbildung betrachtet – zwischen der zweiten und dritten Ebene an. Dabei soll ein Team implementiert werden, welches sukzessive gezielt, koordiniert und wechselseitig nachbarInnenchaftliche Strukturen nutzt und ebenso generiert. Ausgehend vom CRT wiederum soll ein Rückgriff auf die erste und zweite Ebene erfolgen bzw. eine Vernetzung der Ebenen stattfinden, wie ihn die nachfolgende Abbildung veranschaulicht. Im Sinne des Care Managements sollen die Erkenntnisse der Praxisarbeit des CRTs an das System (dritte Ebene) adressiert werden.

Abbildung 5: Drei Ebenen



Quelle: eigene Darstellung

Hintergrund ist, dass die Existenz unseres Wohlfahrtsstaates grundlegend von dem Vorhandensein der sekundären Ebene abhängt. Denn sie ermöglicht, Menschen vielseitige soziale Unterstützungsleistungen zu bieten. Zusammen mit Vereinigungen wie regionalen Freiwilligen Feuerwehren sowie anderen Sport- und Freizeitaktivitäten bilden sie „[...] die lokalen Netze einer kommunalen Daseinsvorsorge im weiteren Sinn“ (Schmid 2009: 78). Nachteil der intermediären Einrichtungen ist jedoch die Tatsache, dass die Gesellschaft von ihnen abhängig ist und dementsprechend die Existenz jener Institutionen von der Bereitschaft der BürgerInnen abhängig ist (vgl. Schmid 2009: 78f), was bei der Konzeptionierung des CRTs von uns berücksichtigt wurde. Denn ein CRT gemäß unserem Verständnis kann nur dann nachhaltig implementiert werden, wenn die BewohnerInnen vor Ort bereit sind, daran zu partizipieren. Aus diesem Grund werden in der CRT-Konzeption (Konzeptionierung eines Community Response Team-Modells) auch Strategien zur Gewinnung und langfristigen Erhaltung von Ehrenamtlichen erläutert.

Ein CRT muss also so konzipiert werden, dass Menschen die Möglichkeit haben, sich zu engagieren – also ehrenamtlich tätig zu werden – und für diese Aufgaben entsprechende Anerkennung zu erhalten. Dennoch muss ein CRT so professionell agieren, dass gesundheits- und sozialpolitische Aufgaben erfüllt werden und ein Benefit für alle Beteiligten entsteht (Politik, Verwaltung, Gesundheits- und Sozialwesen, ehrenamtliche und hauptamtliche MitarbeiterInnen, BürgerInnen).

2.4 Case und Care Management

*Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie*²¹

Case und Care Management ist ein Instrumentarium und eine Verfahrensweise im Sozial- und Gesundheitsbereich, welches der Steuerung von Prozessen in der

²¹ Mit Mitarbeit von Marie-Theres Klammeringer

komplexen Fallarbeit mit Multiproblemlagen dient, wenn die klassische Einzelfallhilfe nicht ausreichend bzw. wirksam erscheint. Case und Care Management bezieht sich sowohl auf die Mikro- (Fall), Meso- (Organisations-) als auch auf die Makroebene (Versorgungsebene) und bearbeitet diese auch zugleich. Die Zuständigkeit von Case und Care Management ist somit nicht auf „[...] die fürsorgliche Beziehung eines einzelnen Professionellen auf einen Hilfebedürftigen [...]“ (Wendt 2018: 17) zu beschränken. Wenn KlientInnen wie in der klassischen Fallarbeit im Gesundheits- und Sozialbereich punktuelle Hilfen, materielle Unterstützungen sowie klärende Gespräche brauchen, ist kein Management notwendig. Oftmals reichen diese Unterstützungen jedoch nicht aus, um die problematische Situation adäquat zu bearbeiten. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde die Bedeutung eines Unterstützungs- und Versorgungsmanagements wichtiger. Case und Care Management kann demnach als Handlungsrahmen betrachtet werden, welcher die steuernden Funktionen zusammenfasst, wenn es um die Erbringung von personenbezogenen Dienstleistungen geht. (vgl. ebd.: 17)

Dem Case und Care Management liegt der Gedanke zu Grunde, dass ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit organisiert wird, welches in der Lage ist, im Einzelfall die zustehende Unterstützung, Behandlung und Förderung von Personen zu gewährleisten, wobei die Versorgungsprozesse oftmals über die Sektoren- und fachlichen Zuständigkeitsgrenzen hinaus organisiert werden. (vgl. ebd.: 17)

Case und Care Management wird aufgrund des Wording Care auch mit Achtsamkeit bzw. Sorgsamkeit im Sinne von Versorgung in Verbindung gebracht. Im Care und Case Management ist eine fürsorgliche Haltung gegenüber den KlientInnen, ohne dabei deren Selbstbestimmung in Frage zu stellen, von immenser Bedeutung. (vgl. Monzer 2018: 57f) Doch auch Care im Sinne von Sorge ist in dieser Hinsicht präsent. Denn Case Management setzt sich mit den Sorgen der BürgerInnen auseinander und reagiert darauf, indem es den Zugang zu Leistungen aufzeigt und dabei unterstützt, ihn herzustellen. (vgl. Monzer 2018: 57) Care steht letztendlich auch für den Aspekt, den ein implementiertes Case und Care Management mit sich bringt, und der aus einer wohlfahrtsstaatlichen Logik heraus erfüllt werden soll – nämlich eine adäquate Versorgung der Gesellschaft zu gewährleisten (vgl. Wendt 2009: 32).

Oftmals wird nur der Begriff Case Management verwendet, wenn eigentlich Case und Care Management gemeint ist. Die beiden Begrifflichkeiten sind zwar ineinander verstrickt – so kann Care Management als ein Teil von Case Management verstanden werden – dennoch aber auch voneinander abzugrenzen. (vgl. Monzer 2018: 56)

Generell kann zwischen direkten und indirekten Funktionen des Case Managements unterschieden werden (vgl. Moxley 1989: 144). Als direkte Funktion wird die Fallarbeit anhand des Regelkreises bezeichnet, der Regelkreis bzw. die Phasen des Case Management stellen ein Instrument dar, welches die Case Management Arbeit in verschiedene Abschnitte unterteilt, die in der Reihenfolge abzuarbeiten sind (vgl. Greene

1992: 17ff), wobei es je nach Konzeption unterschiedlich viele Schritte gibt.²² Mit indirekten Funktionen sind all jene Unternehmungen gemeint, welche das Verhalten oder die Leistung eines Systems im Auftrag der KlientInnen verändern sollen. Zu den indirekten Funktionen zählen beispielsweise vermittelnde, anwaltschaftliche und verbindende Funktionen. (vgl. Moxley 1989: 94f) Diese können auch unter dem Begriff Care Management subsumiert werden. Case Management zielt

„[...] auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und -übergreifenden Netzwerken, auf die dann im Einzelfall zurückgegriffen werden kann“ (Monzer 2018: 56)

ab. Auf die Bedürfnisse der KlientInnen sollte weiterhin eingegangen werden, um die individuellen Ressourcen zu stärken bzw. den Zugang zu diesen zu fördern.

Vereinfacht gesagt bezeichnet Care Management die Steuerung des Versorgungssystems. Case Management hingegen bezieht sich auf die Fallsteuerung. (vgl. ebd.) Wenn man beide Begrifflichkeiten in Bezug zueinander setzt, kann Care Management auch als ein Prozess im Case Management auf Systemebene verstanden werden, der unter anderem für die Netzwerkarbeit eines Falles in einem Versorgungssystem zuständig ist (vgl. Kollak / Schmidt 2015: 89). Hierbei sei auch noch auf die Interdependenz von Care und Case Management verwiesen. Denn nur wenn auch die allgemeinen strukturellen Bedingungen von Fall-Problematiken beleuchtet werden, kann ein Einzelfall adäquat bearbeitet werden. Umgekehrt kann man nur aufgrund von Erfahrungen auf der Case-Ebene wiederum auf der Systemebene agieren. Es ist also eine gegenseitige Bedingtheit bzw. eine zirkuläre Abhängigkeit von Care und Case Management vorliegend – ohne dem einen kann das andere nicht in der Form bestehen. (vgl. Monzer 2018: 56) Care Management hat also zur Aufgabe, das soziale Versorgungssystem zu optimieren. Es erkennt darüber hinaus den Bedarf an Hilfeleistungen und spricht Empfehlungen für deren Umsetzung aus. (vgl. Monzer 2018: 57).

Beide Elemente – sowohl die System- als auch die Einzelfallebene – sind für eine ganzheitliche Case Management-Implementierung notwendig (vgl. Monzer 2018: 56). Vor allem die Schnittstelle von Care und Case Management ist von großer Relevanz, wie auch deren funktionale Differenzierung (vgl. Gissel-Palkovich 2013: 149). Die vollständige Implementation von Case und Care Management auf allen Ebenen scheint jedoch ein utopischer Anspruch zu sein, dem die Institutionen in der österreichischen Soziallandschaft scheinbar nicht gerecht werden (vgl. Goger / Tordy 2018: 374). Dies hat zum einen den Grund, dass „eine fragmentierte Landschaft von spezialisierten Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens“ (ebd.) vorherrschend ist. Zum anderen liegt es auch an der „Ressortlogik von Bund, Ministerien, Ländern und Kommunen“

²² Zum Beispiel definieren Ehlers und Müller folgende Phasen: „1. Klärungsphase (Access, Case Finding, Intaking), 2. Falleinschätzung (Assessment), 3. Zielformulierung und Hilfeplanung (Serviceplanung), 4. Umsetzung des Hilfeplans (Linking), 5. Überprüfung des Hilfeplans (Monitoring), 6. Auswertung (Evaluation)“ (Ehlers / Müller 2013: 109)

(ebd.). Ressortübergreifende Abstimmungen finden in der Praxis eher selten Anwendung (vgl. ebd.)

Mit Case und Care Management ist es möglich, multiprofessionelle, komplexe Fälle zu strukturieren, Systemlücken zu identifizieren und somit sowohl die Angebotsstruktur der Organisation als auch die Fall- und Systemebene den Bedürfnissen der Betroffenen anzupassen.

3 Forschungsdesign

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie Personen in psychosozialen Problemlagen adäquate Versorgung durch ein mobiles Team (exemplarisch im politischen Bezirk Melk) erhalten können. Durch die geführten Interviews, in Kombination mit Daten aus dem Bezirk Melk, welche uns vom Notruf Niederösterreich zur Verfügung gestellt wurden, wurden die Ergebnisse durch einen *Mixed Methods*-Zugang erlangt. Dieser ermöglicht es, sowohl quantitative als auch qualitative Erhebungsmethoden zu kombinieren (vgl. Kelle 2019: 159). Dadurch wird es möglich, komplexe (soziale) Begebenheiten methodisch zu begründen und aufzuzeigen (vgl. Flaker / Schmid 2006: 435f).

3.1 Mixed Methods Research

Der *Mixed Methods*-Zugang ist durch die Verwendung differenter Methodiken gekennzeichnet. So beschreiben Flaker und Schmid die Kombination aus verschiedenen methodischen Zugängen (Interviewführung, Auswertung statistischer Daten, ...) sowie diverser methodischer Perspektiven (beispielsweise objektive Tatbestände) als Prinzipien des Zuganges. (vgl. Flaker / Schmid 2006: 435f) Vereinfacht dargestellt beschreiben Döring und Borth (vgl. 2016: 184) ihn als Kombination aus qualitativen und quantitativen Vorgangsweisen.

Einzelne Thematiken und Sichtweisen, welche durch vorhandene Daten, beziehungsweise durch Daten des Notruf Niederösterreich beschreibbar waren, wurden durch einen quantitativen Zugang erfasst. Diese wurde durch die qualitativen Erkenntnisse aus den geführten Interviews ergänzt. (vgl. Simons / Lathlean 2010: 333) Durch die Verbindung der Forschungsmethoden, können die komplexen Inhalte der vorhandenen Thematik übersichtlicher dargestellt und fundierter erfasst werden. Durch diesen Zugang wird eine eindimensionale Sichtweise durch die Betrachtung lediglich einer Forschungsmethode vermieden (vgl. Kromrey 2002: 524). Als Methoden der Forschungsarbeit wurden *Literatur- und Quellenrecherchen*, *Analyse von objektiven Daten* sowie *Befragung von ExpertInnen* verwendet.

3.2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

3.2.1 Recherchearbeit

Den Beginn der Recherchearbeiten stellten differente, von den betreuenden Personen zur Verfügung gestellte, Berichte und vorangegangene Forschungsarbeiten dar. Dadurch konnte die Forschungsgruppe sich selbst in die forschungsleitende Thematik

einarbeiten und erste theoretische Grundlagen erarbeiten. Diese Literatur befasste sich mit den Thematiken *Gemeinwesenarbeit, Innerklinische Medizin, präklinische Notfallmedizin, Primärversorgung und psychisch-soziale Aspekte in der Notfallrettung*. Zudem wurden vorangegangene Forschungsarbeiten der FH St. Pölten in Form von Masterthesen²³ zur Verfügung gestellt.

Ausgehend davon wurden in der Kleingruppe in unterschiedlichen Onlinesuchmaschinen und Literaturportalen²⁴ nach weiterführender Literatur gesucht. Zudem wurde nach vertiefender Literatur in Bibliotheken, wie der der FH St. Pölten oder der Universität Wien, geforscht. Hierzu wurden sowohl Print- als auch Online-Ressourcen herangezogen.

Diese Recherchearbeiten zogen sich, aufgrund von neuen Erkenntnissen, durch den gesamten Forschungsprozess. Dadurch stellte die gesamte Literaturrecherche einen zirkulären Prozess dar. Zudem wurden durch die geführten Interviews ebenso Thematiken aufgezeigt, welche eine theoretische Fundierung in der Ausarbeitung benötigten und die Recherchearbeiten um neue Themen erweiterten.

3.2.2 Geoinformationssysteme

Ein Ziel der Arbeit ist es, die bereits bestehende Versorgungslandschaft des politischen Bezirks Melk zu eruieren und dadurch ein passgenaues mobiles Versorgungsteam zu konzipieren. Zur Ermittlung dieser vorhandenen Versorgungsinstanzen wurden Geoinformationssysteme, kurz GIS, herangezogen. Durch Geoinformationssysteme wird es ermöglicht, komplexe Sachverhalte, wie eben die Versorgungslandschaft, übersichtlich darzustellen und dadurch auch zu analysieren. Dabei wird mit Geodaten gearbeitet. (vgl. GIS-Netzwerk 2019: o.A.) – dabei handelt es sich um „[...] Daten, denen eine räumliche Lage zugewiesen wurde.“ (ebd.)

Vergleichbar sind Geoinformationssysteme mit dem Tool *Google Maps*. Geoinformationssysteme bieten im Gegensatz zu *Google Maps* jedoch die Möglichkeit, Daten auf differenten Ebenen darzustellen. Dadurch wird ermöglicht, dass diese vorhandenen Ebenen zu- oder weggeblendet werden können (vgl. ebd.) In der vorliegenden Masterthese konnten dadurch sowohl die medizinische, als auch die soziale Versorgungslandschaft gemeinsam erfasst und getrennt dargestellt werden.

3.2.3 Leitfadeninterview

Bei Leitfadeninterviews können die Befragten im Gegensatz zu standardisierten Interviews die Antworten frei formulieren. Dadurch wird es den TeilnehmerInnen ermöglicht, selbst zu entscheiden, welche Meinungen und Erfahrungen sie in Bezug auf die Fragen teilen möchten (vgl. Hopf 1995: 177). Der Leitfaden an sich stellt ein strukturiertes Frageschema dar, wodurch das Gespräch strukturiert werden kann und

²³ Siehe dazu den Abschnitt *vorangegangene Forschungsarbeiten*.

²⁴ Verwendete Datenbanken: WISO, Emerald, Springer Link, SAGE Journals Online, Juventa

InterviewpartnerInnen eine Gedächtnisstütze ermöglicht wird. Dabei wird zwischen Schlüsselfragen, welche erfragt werden sollten, und optionalen Fragen unterschieden. (vgl. Stigler / Felbinger 2012: 141) Durch diese Vorgehensweise kann die Forschungsgruppe die interessierenden Themenkomplexe eingrenzen und das Gespräch auf diese Bereiche forcieren (vgl. Meuser / Nagel 1991: 448). Von der Forschungsgruppe wurde ein Grundleitfaden zur Interviewführung erarbeitet und formuliert (dem Anhang zu entnehmen). Dieser wurde hinsichtlich der forschungsleitenden Fragestellungen generiert. Der Grundleitfaden wurde für die jeweiligen InterviewpartnerInnen sowie deren Funktionen adaptiert. Die Leitfragen orientieren sich jedenfalls an ähnlichen Themenkomplexen, um die Vergleichbarkeit gewährleisten zu können (vgl. Mayring 2015: 59f).

Die Interviewfragen orientieren sich an folgenden Themenbereichen:

- Informationen zur Person der Befragten und deren Funktion
- Verständnis psychosoziale Problemlagen
- KooperationspartnerInnen
- Ehrenamtlichkeit
- Einschätzung der Versorgung
- Vorstellung einer CRT-Konzeptionierung
- Offene Aspekte

Die InterviewpartnerInnen wurden zum Teil auf eigenen Wunsch anonymisiert und so dargestellt. Die Interviews wurden als Protokolle mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst und in die Arbeit integriert. (vgl. Mayring 2002: 94f)

3.2.4 Inhaltsanalyse

Das gewonnene Material wurde mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dazu wurden zuerst von allen Interviews zusammenfassende Protokolle aus den Audioaufnahmen generiert. Hintergrund war, die Fülle des Materials schon bei dessen Aufbereitung zu reduzieren. (vgl. Mayring 2002: 94) Dabei wird „[...] das Allgemeinniveau des Materials vereinheitlicht und schrittweise höher gesetzt.“ (ebd.: 95) Dabei gingen wir nach folgendem Schema vor:

- Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Bedeutungseinheiten unter diesem Abstraktionsniveau
 - Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Bedeutungseinheiten
 - Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Bedeutungseinheiten auf dem angestrebten Bedeutungs niveau
 - Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
 - Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial
 - Evtl. neuer Durchlauf auf höherem Abstraktionsniveau
- (vgl. Mayring 2002: 96)

Im Anschluss an die inhaltsanalytische Zusammenfassung wurde das Material schließlich mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Letztere hat zum Ziel, „[...] Texte systematisch [zu] analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet.“ (ebd.: 114) Durch die systematische Ableitung des Interviewmaterials konnten wir induktiv Kategorien bilden (vgl. ebd.: 115). Hierbei wurden vom Autorinnenteam in einem ersten Schritt die Dimension der Kategorisierung sowie das Niveau der Abstraktion festgelegt. Des Weiteren wurde bestimmt, nach welchen Auswahlkriterien die Kategorienbildung stattfinden soll. All dies wurde mit dem Ziel der Analyse – der theoretischen Konzeptionierung eines CRTs – aufeinander abgestimmt (vgl. ebd.: 115f)

Anschließend wurde das Interviewmaterial Schritt für Schritt durchgearbeitet und, „[w]enn das erste Mal eine zur Kategoriendefinition passende Textstelle gefunden [wurde], [wurde] dafür eine Kategorie konstruiert.“ (ebd.: 116) Bei der Benennung der Kategorien orientierten wir uns am Text der Interviewprotokolle. So wurde mit dem gesamten Material vorgegangen, wobei sowohl neue Kategorien gebildet wurden, als auch Textteile den bereits vorhandenen Kategorien zugeordnet wurden.

Nach der erstmaligen Durcharbeitung des Materials ließen sich keine neuen Kategorien bilden und eine theoretische Sättigung²⁵ war erreicht. Es folgte eine intensive Auseinandersetzung mit den Kategorien. Dabei wurde geprüft, dass keine Überlappungen vorherrschen und das Set an Kategorien zum Ziel der Analyse bzw. zur Fragestellung passt. (vgl. ebd.: 116f)

Ausgehend vom Kategoriensystem wird in Kapitel 6 ein theoretisches Konzept für ein CRT in Niederösterreich bzw. im politischen Bezirk Melk erarbeitet.

3.3 Beschreibung der InterviewpartnerInnen

Im Rahmen dieser Forschung wurden von uns von Juni 2018 bis März 2019 neun Interviews geführt. Deren Länge variierte von etwa 25 Minuten bis zu über zwei Stunden. Bei den InterviewpartnerInnen handelt es sich um ExpertInnen aus dem Gesundheits-, Sozial-, Rettungs- bzw. Notrufwesen aus dem Raum Niederösterreich. Teilweise verfügen die interviewten Personen auch über lokale Expertisen in Bezug auf die Gegebenheiten im Untersuchungsfeld des politischen Bezirks Melk. Auf Wunsch wurden zwei InterviewpartnerInnen anonymisiert dargestellt. Es wurden, mit Ausnahme von ITV7 und ITV9, alle Gespräche auf Tonband aufgezeichnet. Von den Tonbandaufnahmen, die auf der sicheren Plattform *eCampus* der FH St. Pölten gespeichert sind, gibt es keine Transkripte, sondern lediglich Protokolle, wie im Laufe des Kapitels noch näher ausgeführt wird. In der folgenden Tabelle findet sich ein Überblick über die geführten Interviews.

²⁵ Unter *theoretische Sättigung* wird der Punkt verstanden, ab dem die Fortführung der Datenerhebung zu keinen weiteren Erkenntnissen führt. (vgl. Szabo 2009: 118)

Tabelle 2: Übersicht über die geführten Interviews

Bezeichnung	Institution/Funktion	Interviewte/r	Länge ²⁶	Datum	InterviewerInnen
ITV1	AKUTteam Sozialarbeiterische Leitung	Elisabeth Weber- Schigutt	02.01.42	28.06.2018	Thomas Kaiser, Marie-Theres Klamminger, Lisa Krähan, Sophie Nix
ITV2	Notrufleitstelle Qualitätsmanagement	René Kerschbaumer	01.19.56	28.06.2018	Lisa Krähan, Sophie Nix
ITV3	Notrufleitstelle Disponent	Dominik Golser	00.24.03	10.07.2018	Thomas Kaiser, Marie-Theres Klamminger
ITV4	1450 Pflegerische Leitung	Christoph Doppler	00.41.44	10.07.2018	Thomas Kaiser, Marie-Theres Klamminger
ITV5	1450 Emergency Communication Nurse (ECN)	Marina Zöchling	00.21.30	10.07.2018	Thomas Kaiser, Marie-Theres Klamminger
ITV6	Bürgermeister Ybbs	Alois Schroll	00.34.07	13.07.2018	Lena Kaufmann
ITV7	Polizei Melk	Franz Haubenberger	ca. 30 Minuten	16.07.2018	Lena Kaufmann, Lisa Krähan
ITV8	Psychosozialer Bereich Melk SozialarbeiterIn	Anonym	01.11.35	24.07.2018	Thomas Kaiser, Lena Kaufmann
ITV9	AllgemeinmedizinerIn	Anonym	ca. 25 Minuten	02.03.2019	Lena Kaufmann

Quelle: eigene Darstellung

²⁶ angegeben in hh.mm.ss

3.4 Weitere Anfragen

In der nachfolgenden Tabelle finden sich Informationen über verschiedene Anfragen, die wir im Laufe des Forschungsprozesses gestellt haben. Die Darstellung beinhaltet die Bezeichnung, Institution, Person, das Datum und den Namen der Anfrage stellenden Person, sowie das jeweilige Ergebnis.

Tabelle 3: Übersicht über die gestellten Anfragen

Bezeichnung	Institution	Person	Datum	Anfrage gestellt von	Ergebnis
A1	Bezirkshauptmannschaft Melk (BH)	Bezirkshauptmann Norbert Haselsteiner, Abteilung Soziales, Abteilung Gesundheit	15.11.2018, 01.12.2018	Lena Kaufmann, Christoph Redelsteiner	Zu den Aufgabengebieten der Abteilung <i>Soziales</i> der BH Melk zählen die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Erziehungsberechtigten. Ebenso obliegt der Schutz von Minderjährigen in Krisensituationen der Behörde. Fremdunterbringungen werden durch diese Abteilung geregelt. Hinsichtlich der Erwachsenensozialarbeit obliegt der Bereich der Sozialhilfe der BH. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2019: o.A.) Es wurde vom Autorinnenteam sowohl telefonisch, als auch schriftlich versucht, Kontakt herzustellen, um eine Interviewanfrage zu stellen. Zudem wurde eine Anfrage direkt an den Bezirkshauptmann gestellt. Bisher (Stand 09.07.2019) wurde keine Antwort zugestellt.
A2	Notruf Niederösterreich	Statistikabteilung	19.06.2018	Sophie Nix	Der Notruf Niederösterreich verwendet keine allgemeingültige wissenschaftliche Definition zu Heavy User. Eine Auswertung wäre nur anhand der Sozialversicherungsnummern möglich, was aber aus Datenschutzgründen nicht möglich ist. Geschätzt handle es sich um etwa 15 Heavy-User Fälle pro Jahr.
A3	Rat und Hilfe	Anonym	09.01.2019	Lena Kaufmann	Hierbei wurde mit MitarbeiterInnen von <i>Rat und Hilfe</i> Angebotsdarstellung im Kapitel der Versorgungslandschaft genutzt und dargestellt.
A4	Beratungszentrum Hilfswerk NÖ, Melk	Anonym	04.01.2019	Lena Kaufmann	Im Rahmen der Recherchearbeiten konnten differente Informationen nicht aus der Homepage dieser Einrichtung gewonnen werden. Aufgrund dessen wurde eine schriftliche Anfrage zu Informationen über die <i>Beratung in allen Lebenslagen</i> gestellt. Aus dieser Anfrage konnten genauere Darstellungen des Angebotes gewonnen werden, welche in der Angebotsbeschreibung auffindbar sind.

A5	Landeskrlinikum Melk	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin	23.03.2018	Thomas Kaiser	Es wurde telefonisch nach Sozialarbeit im Landeskrlinikum Melk gefragt und mitgeteilt, dass keine SozialarbeiterInnen beschäftigt sind.
----	----------------------	---	------------	------------------	--

Quelle: eigene Darstellung

4 Auswertung und Interpretation

Krähan Lisa

Das folgende Kapitel beinhaltet die Auswertung der gewonnenen Daten – dabei handelt es sich einerseits um einen quantitativen Datensatz und andererseits um die geführten Interviews sowie die Interpretation selbiger. Es folgt ein kurzer deskriptiver Überblick über die Rettungseinsätze im Bezirk Melk. Der Datensatz wird beschrieben und im Anschluss folgt eine Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial, welches nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse in Kategorien geclustert und ausgewertet wurde.

4.1 Einstieg in die Thematik

Das Forschungsteam erhielt vom Notruf Niederösterreich auf Anfrage einen Datensatz aus dem Jahr 2017. Es handelt sich dabei um Daten zu Rettungseinsätzen, welche im Bezirk Melk durchgeführt wurden. Hintergrund dessen war, herauszufinden, wie die Rettungseinsätze im Bezirk verteilt sind, um Rückschlüsse daraus zu ziehen, wie man darauf mit der Konzeptionierung eines Community Response Teams reagieren könnte.

Als Einsätze werden im Datensatz alle Fahrten eines Rettungsmittels bezeichnet, welches an den Notruf Niederösterreich angedockt ist. Diese können aufgrund der Dokumentation in folgende Kategorien unterschieden werden:

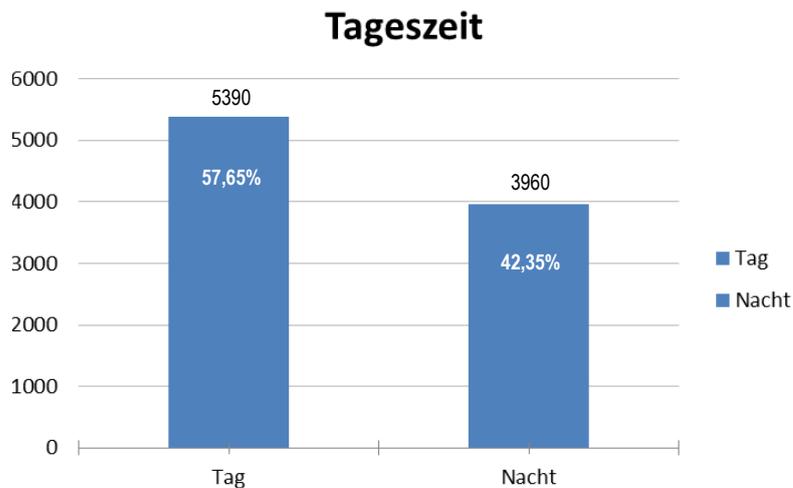
- Tag / Nacht
- Wochentag
- Abtransport / kein Abtransport
- Geschlecht

Im Jahr 2017 wurden gesamt $N=9350$ Einsätze im Bezirk durchgeführt und dokumentiert. Bei einer Gesamtbevölkerung von 77544 EinwohnerInnen im Bezirk Melk entspricht dies durchschnittlich 0,12 Einsätzen pro EinwohnerIn. Im folgenden Abschnitt werden die Daten nun deskriptiv dargestellt.

■ Tag / Nacht

Bei der Definition der Zeiteinteilung von *Tag* und *Nacht* erfolgte vor allem eine Orientierung an den Geschäftszeiten. Demnach wird *Tag* von 08.00 Uhr bis 17.59 Uhr definiert und *Nacht* mit 18.00 Uhr bis 07.59 Uhr. Die gesamten Einsätze des Bezirks im Jahr 2017 wurden nach diesen Zeitabschnitten gefiltert und kategorisiert. Die nachstehende Grafik visualisiert die Aufteilung der Einsätze.

Abbildung 6: Anzahl der Einsätze nach Tageszeit



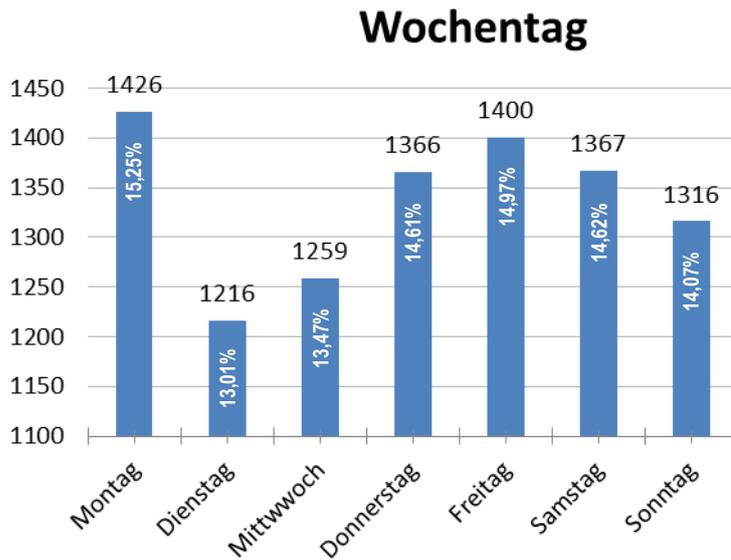
Quelle: eigene Darstellung (N=9350)

Im gesamten Jahr 2017 wurden 5390 Einsätze am Tag durchgeführt und 3960 Einsätze in der Nacht. Das heißt, dass 57,65% der Einsätze untertags durchgeführt wurden.

■ Wochentag

Hinsichtlich der Einsatzverteilung über Wochentage kann festgestellt werden, dass kaum auffällige Schwankungen über das gesamte Jahr verteilt erkennbar sind. Mit 15,25% (1426 Einsätze) stellt Montag den Tag mit den durchschnittlich am häufigsten durchgeführten Einsätzen dar, gefolgt von Freitag mit 14,97% (1400 Einsätze). Im Gegensatz dazu wurden am wenigsten Einsätze dienstags mit 13,01% (1216 Einsätze) durchgeführt.

Abbildung 7: Anzahl der Einsätze nach Wochentag

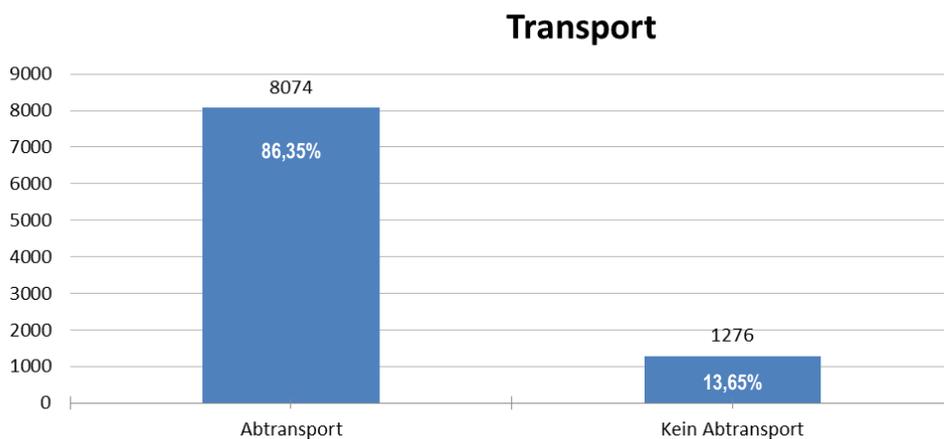


Quelle: eigene Darstellung (N=9350)

■ Abtransport / kein Abtransport

Bei Betrachtung der Daten hinsichtlich des Abtransports von PatientInnen zeigt sich, dass 86,35% (8074 Einsätze) aller Einsätze mit einem Rettungsmittel durchgeführt wurden. Hier gilt es jedoch anzumerken, dass unter die Kategorie *Abtransport* Krankentransporte ebenso gezählt werden wie Transporte im Zuge eines Rettungseinsatzes.

Abbildung 8: Anzahl der Einsätze nach *Abtransport* oder *kein Abtransport*



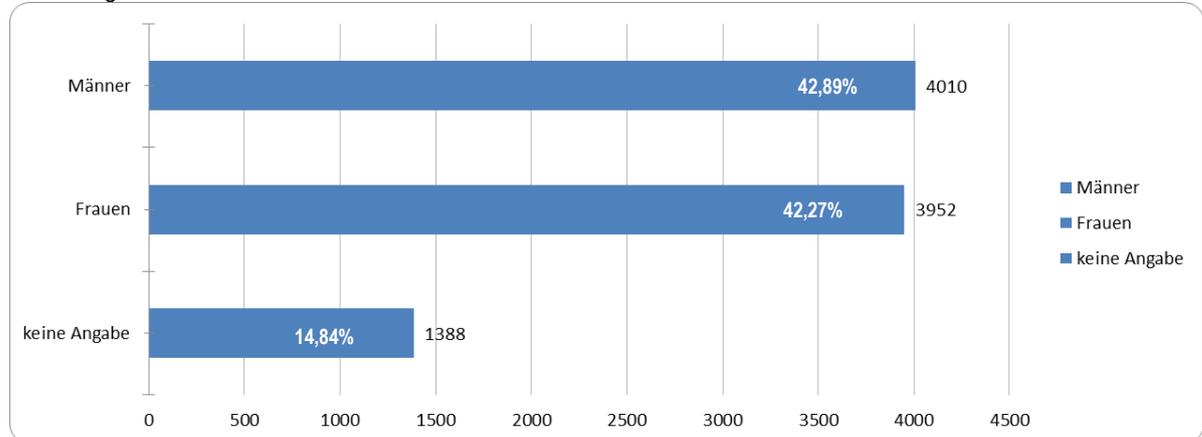
Quelle: eigene Darstellung (N=9350)

■ Geschlecht

Ausgehend von den Einsatzzahlen hinsichtlich der Aufteilung der Geschlechter, wird zunächst in den Angaben zwischen *weiblich*, *männlich*, sowie *keine Angabe* unterschieden. Es zeigt sich, dass es prozentual zwischen den Häufigkeiten weiblich/männlich kaum Unterschiede gibt. 42,27% (absoluter Wert) waren Patientinnen,

während 42,89% (absoluter Wert) Patienten waren. Dies ergibt einen Unterschied von 0,62 Prozentpunkten. 14,84% aller Einsätze wurde bei Personen durchgeführt, bei denen kein Geschlecht angegeben wurde.

Abbildung 9: Anzahl der Einsätze nach Geschlecht



Quelle: eigene Darstellung (N=9350)

Als Ergebnis lässt sich sagen, dass – ausgehend von den Daten des Notruf Niederösterreichs für den Bezirk Melk – keine relevanten Erkenntnisse für die modellhafte Entwicklung eines CRTs gewonnen werden konnten. Anhand der Daten lassen sich keine Schlussfolgerungen ableiten, wie auf die Verteilung der Rettungseinsätze im Bezirk mit der Konzeptionierung eines CRTs reagiert werden könnte. Einzelne Daten können für Nachweise innerhalb der Arbeit herangezogen werden und werden in weiterer Folge aufgegriffen. Für aussagekräftige Darstellungen der Daten bzw. Rückschlüsse fehlen jedoch weitere Faktoren, wie Informationen über die Einsatzgründe.

4.2 Kategorien

Im Folgenden finden sich nun die mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus den geführten Interviews (ausführlich beschrieben in Kapitel 3) erarbeiteten Kategorien. Es konnten folgende acht Hauptkategorien sowie zwölf Unterkategorien aus dem Interviewmaterial gebildet werden:

A. Organisationale Aspekte

1. Sozialarbeit
2. Vernetzung
3. Weiterverweisung

B. Umgang mit Heavy Users

C. Rettungsdienst als scheinbar einzige Versorgungsinstanz

D. Psychosozial

E. Ehrenamtlichkeit

F. Freiwilligkeit in der Betreuung

G. Versorgungslücken

1. Out of Hours
2. Pflege
3. Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit
4. Mobilität
5. Alkohol- und Substanzmissbrauch
6. Versorgungssituation

H. Wünsche an ein CRT

1. Personelle Ressourcen
2. Art der Anbindung und Vernetzung
3. Inhaltliche Aufgaben und Angebote

Diese Kategorien werden nun mit Bezugnahme auf die geführten Interviews beschrieben und kritisch diskutiert sowie teilweise mit Literatur verknüpft. Dies bildet zusammen die Basis für das im darauffolgenden Kapitel beschriebene Konzept eines CRT-Modells.

4.2.1 A Organisationale Aspekte

Diese Kategorie besteht aus einem Set von drei Unterkategorien – *Sozialarbeit*, *Vernetzung* sowie *Weiterverweisung*.

■ A1 Sozialarbeit

Die Kategorie beschreibt, wie Sozialarbeit in den Institutionen gelebt wird, in denen unsere InterviewpartnerInnen tätig sind. Da die Gespräche zu einem großen Teil mit ExpertInnen aus dem Gesundheits- bzw. Rettungswesen ohne implementierte Sozialarbeit geführt wurden, konnten ausschließlich aus zwei Interviews Erkenntnisse gezogen werden, die dieser Kategorie zuzuordnen sind.

Die Sozialarbeit des AKUTteams wird unserer Interviewpartnerin zufolge in akuten Situationen aktiv. Als Indikationen gelten unter anderem Überforderung von pflegenden Angehörigen, Suizidandrohungen, (familiäre) Krisen, Ausfälle von Betreuungspersonen, Fälle aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, Obdachlosigkeit (ITV1: 16.28-19.47), sowie problematische Wohnsituationen ((Verwahrlosung, Messiewohnung) (ITV1: 28.58-29.29)). Nicht betreut werden chronisch Kranke (ITV1: 29.42-32.48), Menschen, welche eine akute Suchtproblematik aufweisen (ITV1: 32.54-33.49) und Personen in gefährlichen Situationen (ITV1: 33.53-36.57). Außerdem werden keine Menschen betreut, wenn sie dies nicht wünschen. Sie werden auch nicht außerhalb der Akutphase betreut, sondern dann weitervermittelt (ITV1: 41.03-46.16). Zudem könne das AKUTteam auch keine nicht vorhandene ausreichende Soziallandschaft ersetzen (ITV1: 14.44-16.05).

Die sogenannte Fachbereitschaft des AKUTteams wird von SozialarbeiterInnen gestellt und fungiert als Schnittstelle zwischen der Leitstelle und den Einsatzteams vor Ort (ITV1: 01.22.33-01.26.25). Die sozialarbeiterische Tätigkeit (ITV1: 01.02-01.09) umfasst zwei Aufgaben – Disposition nach fachlicher Einschätzung und Triage (ITV1: 01.22.33-01.26.25) sowie fachliche Sozialarbeit (ITV1: 01.18.00-01.21.42). Das bedeutet,

Alarmierungen entgegenezunehmen, beim NNÖ zu quittieren sowie weitere nötige Informationen einzuholen. Dann wird der weitere Ablauf koordiniert, was besonders wichtig sei bei Parallelalarmierungen mit dem KIT. Neben Entlastung müsse vor allem für Struktur und Ordnung im Ablauf gesorgt werden. (ITV1: 01.02-01.09)

Ein weiterer Bestandteil des AKUTteams ist die Schulung der Organisation in psychosozialen Belangen. Diese beginnt bei der Gesundheitsberatung 1450 und soll zukünftig auf die Rettungsdienste ausgeweitet werden (ITV1: 22.58-23.52). Es handle sich dabei um ein Schulungs- und Austauschsetting, welches klärt, welche Fälle für das AKUTteam geeignet sind und wie das AKUTteam angekündigt wird. Ziel sei, Klarheit beim Rettungsdienst zu schaffen, welche Aufgaben das AKUTteam in welcher Form leistet. Zudem soll dem Ruf nach Zwangsmaßnahmen durch den Rettungsdienst mit Logiken der Sozialarbeit begegnet werden. (ITV1: 23.52-25.07) Im nächsten Ausbauschnitt sollen auch Rettungskräfte vor Ort das AKUTteam alarmieren können. Dafür seien aber zusätzliche MitarbeiterInnen und Schulungen der RettungsmitarbeiterInnen erforderlich. (ITV1: 01.22.33-01.26.25)

In einem weiteren Interview mit einem/r ExpertIn aus dem Sozialwesen in Melk werde vor allem den Erstkontakt zu KlientInnen herzustellen, bzw. diesen eine Erstanlaufstelle zu sein, als fundamentale Aufgaben der SozialarbeiterInnen empfunden. Auch Clearing, psychosoziale Betreuung, Begleitungen, Führen von Entlastungsgesprächen, Case Management, Beziehungsarbeit und Aufrechterhaltung von Kontakt sowie als Drehscheibe im Organisationsangebot zu fungieren (ITV8: 14.44-16.15) werden als Aufgabenbereiche genannt.

Auch in der Literatur wird die Vielfalt der Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit thematisiert. So handelt es sich dabei um ein gesellschaftliches Teilsystem, welches zunehmend als unverzichtbar gesehen wird. Einst war die Soziale Arbeit eine Profession vor allem für marginalisierte Personengruppen, hat sie sich jedoch nun zu einer modernen Dienstleistungsprofession entwickelt, die Leistungen für alle bietet. (vgl. Füssenhäuser 2017b: 774) Dabei werden „soziale Desintegrationsprozesse und individuumsbezogene Exklusionen thematisiert und lebensweltlich begleitet [...]“ (ebd.) Bei SozialarbeiterInnen handelt es sich um Fachkräfte, die wissenschaftlich ausgebildet sind und somit einerseits über wissenschaftliches Wissen, jedoch auch „[...] über die Fähigkeit der situativen und kommunikativen Auslegung und Deutung lebensweltlicher Bedingungen und Lebensschwierigkeiten verfügen.“ (Füssenhäuser 2017a: 766)

Diese Kategorie zeigt, dass Sozialarbeit in Organisationen sehr umfangreich ist. Es gibt verschiedenste Aufgabenbereiche, wobei vor allem Vernetzung und Weiterverweisung an die *richtige* Institution ein großes Thema zu sein scheint. Dies muss jedenfalls für die Generierung eines CRTs beachtet werden. Auch Sensibilisierung von Berufsgruppen, die mit Sozialarbeit im beruflichen Kontext in Kontakt kommen, ist ein wichtiger Aspekt.

■ A2 Vernetzung

Ein Interviewpartner spricht im Zuge des Gespräches an, dass Vernetzung sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialwesen wichtig sei, um KlientInnen oder PatientInnen

das zu geben, was sie brauchen. Doch oft finde keine ausreichende Verzahnung der Institutionen statt. So gäbe es zwar unzählige Hilfsangebote, diese seien allerdings nicht (ausreichend) vernetzt. (ITV2: 15.30; ITV2: 01.07.50) Ein großer Vorteil wäre jedoch aus Sicht einer Expertin im Sozialwesen, dass auf Regional- bzw. Gemeindeebene informelle Netzwerke durch eine starke Vernetzung schneller bzw. besser erreichbar wären (ITV1: 01.51.01-01.53.40).

In diesem Sinne ist Vernetzung eine Form von Kooperation von Organisationen. Dabei geht es um die Ausgestaltung der Beziehung der Organisation und ihrer Umwelt. Diese beinhaltet die „[...] Zusammenarbeit von MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Organisationskulturen und die strukturelle Gestaltung der Kooperation zweier Organisationen [...]“ (Ehlers / Müller 2013: 116) Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Frage, wie zwei bzw. mehrere Organisationen, die in ihren eigenen Logiken agieren, miteinander kooperieren können. (vgl. ebd.)

Es zeigt sich, dass die derzeitige niederösterreichische Institutionslandschaft nicht ausreichend vernetzt ist, um den KlientInnen bzw. PatientInnen den Best Point of Service anbieten zu können.

■ A3 Weiterverweisung

In der folgenden Unterkategorie finden sich Informationen darüber, wie in den Institutionen unserer InterviewpartnerInnen Weiterverweisung bzw. Kooperation²⁷ stattfinden.

Beim AKUTteam herrscht eine enge Zusammenarbeit mit dem Kriseninterventionsteam (KIT). Das KIT besteht aus ehrenamtlichen Laien mit einer kurzen Ausbildungszeit von vier Wochenenden bezüglich Reaktionen, erster psychische Hilfe sowie ersten Stabilisierungsmaßnahmen. Indikationen sind vor allem die erste Phase nach Todesfällen oder Suiziden. Dabei wird unter anderem überprüft, wer vor Ort ist und welche Ressourcen mobilisiert werden müssen. Dieses Team ist eher für die ersten 24-48 Stunden nach einem Akutfall zuständig. Oftmals stellt es die erste Phase vor dem Einsatz des AKUTteams dar oder arbeitet gemeinsam mit diesem. (ITV1: 37.01-40.22)

Die Institution 1450, *Ihre telefonische Gesundheitsberatung*, hat große Relevanz beim Rettungsnotruf. Es werden Fälle *wegtrigiert*, die am Rettungsnotruf anrufen und bei denen keine akute keine Gefahr im Verzug vorliegt. Es gibt laut unserem Interviewpartner auch Ausgänge im System, die an Sozialeinrichtungen weiter verweisen (ITV2: 57.53-01.02.15). Auch bei der telefonischen Gesundheitsberatung findet, wie sich im Zuge eines Interviews herausgestellt hat, bei Bedarf ebenfalls Vernetzung statt. So wird ein Fall einer demenzen Anruferin beschrieben, die immer wieder bei 1450 angerufen hat. Die dortigen MitarbeiterInnen sind

²⁷ Kooperation beschreibt die handwerkliche Kunst, gemeinsames Handeln durch gegenseitiges Verständnis und Reaktion aufeinander zu ermöglichen. Sie benötigt Koordination der Aktivitäten und das Vorhandensein der erforderlichen Ressourcen und ist das Gegenteil von Konkurrenz. (vgl. Schubert 2017: 522)

„[...] erst draufgekommen, dass etwas seltsam ist, weil sie immer wieder was vergessen hat. Es wurde mal geschaut was los ist und sie ist dann gut untergebracht worden in einem Pflegeheim durch das AKUTteam. 1450 hat an das AKUTteam weiterwiesen“. (ITV5: 06.56-07.24)

Neben dem AKUTteam, das von 1450 alarmiert werden kann (ITV5: 03.30-3.44), werde auch viel mit ÄrztInnen zusammengearbeitet. (ITV5: 09.32-10.00).

144 arbeite mit vielen verschiedenen Institutionen zusammen, wie mit dem AKUTteam, dem KIT sowie mit allen Rettungsorganisationen (ITV3: 05.42-06.04). Es gäbe viele Möglichkeiten, AnruferInnen weiter zu verweisen. „Wenn da wirklich niemand abheben sollte, wird auf das AKUTteam zurückgegriffen“ (ITV3: 12.06-12.21).

Die Organisation unseres/r anonymen InterviewpartnerIn aus dem psychosozialen Bereich arbeitet intensiv mit anderen Stellen zusammen, wie zum Beispiel der Arbeitsassistentin, Suchtberatung, Bezirkshauptmannschaften (ITV8: 25.34-26.44; ITV8: 19.05-20.04) und dem AKUTteam (ITV8: 55.24-58.29)

Diese Kategorie zeigt, dass seitens der einzelnen Institutionen durchaus die Bereitschaft, aber offenbar auch die Notwendigkeit besteht, mit anderen Organisationen zu kooperieren. Vor allem beim Notruf Niederösterreich gibt es bereits Vernetzungsstrukturen, die für die Generierung eines CRTs genutzt werden könnten.

4.2.2 B Umgang mit Heavy Usern

Ein Interviewpartner, der beim Notruf Niederösterreich tätig ist, unterscheidet zwischen mehrere Formen von Heavy Usern²⁸. Zum einen spricht er von sogenannten *Hosentaschen-Anrufen*. Das seien solche Telefonate, wo man nach dem Abheben nur Rauschen hört, der/die AnruferIn aber nicht spricht. Dies sei insofern ein Problem, da das Absetzen eines Notrufes einen Notfall signalisiere, und der NNÖ Garantspflicht hat. Beim Vorkommen von solchen *Hosentaschen-Anrufen* wird in der Regel mindestens drei Mal zurückgerufen und versucht, den/die AnruferIn zu erreichen. In vielen Fällen wird auch bereits der Standort vom Smartphone des/der AnruferIn an die Leitstelle übermittelt. (ITV2: 33.26-36.50) Dies sei vor allem bei Suizidandrohungen relevant, wenn Leute ihre Adresse nicht sagen (möchten) (ITV2: 37.48-39.27).

Neben den eben erwähnten *Hosentaschen-Anrufen* spricht der Interviewpartner eine weitere Kategorie von Heavy Usern an – solche, die den Notruf missbräuchlich verwenden. Dabei werden pro Monat etwa fünf bis sieben Fälle vom NNÖ angezeigt. (ITV2: 31.43-31.55) Als Beispiel für den Missbrauch vom Notruf nennt der Interviewpartner Personen, die den Notruf sozusagen als Sexhotline benutzen (dabei masturbieren) bzw. die MitarbeiterInnen beschimpfen (ITV2: 39.39-39.51).

²⁸ Unter *Heavy User* werden Personen mit überdurchschnittlicher Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems verstanden (vgl. Böhm et al. 2011: 11).

Dann gäbe es solche Heavy User, die fordernd auftreten, weil sie z.B. ein bestimmtes Medikament bekommen, oder in ein bestimmtes Krankenhaus gebracht werden möchten (ITV2: 30.10-30.20). In solchen Fällen würden die PatientInnen dann ins Krankenhaus gebracht werden – aus Sicht des/der RettungssanitäterIn sei die Situation dann erledigt. Ob man jedoch für das System etwas Sinnvolles getan habe, sei eine andere Frage. Jedenfalls habe man sich als RettungssanitäterIn in kein Risiko begeben und nichts falsch, sondern aus rechtlicher Sicht alles richtig gemacht (ITV2: 30.45-31.04; ITV2: 31.22).

Die Probleme der Heavy User sind einem Interview zu Folge oft psychischer Natur. Die Personen erzählen oft von ihren Alltagproblemen und haben keine (gesundheitlichen) Beschwerden. Dabei gibt es auch AnruferInnen, die schon bei unzähligen Hotlines Kontakt hatten. (ITV5: 06.00-06.39) Bei Heavy Usern stellt sich auch die Frage, ob sie irgendeine Versorgung nicht bekommen – denn man kann als PatientIn durchaus *leer ausgehen* (ITV2: 48.44).

Weitere Versionen von Heavy Usern wurden in dem Interview mit der pflegerischen Leitung von 1450 vorgestellt. Diese nennt missbräuchliche Anrufe bei der telefonischen Gesundheitsberatung durch Personen, die bei allen anderen Krisenhotlines nicht mehr erwünscht sind als Problem. Aber auch Menschen, die in Heimen leben, und sich nicht adäquat betreut fühlen, rufen vermehrt an. (ITV4: 12.32-14.00)

Auch im Polizeidienst gäbe es einem Interviewten zufolge immer wieder Menschen, die oft anrufen. Diese würden ihren Suizid telefonisch anmelden, woraufhin die Polizei zu ihnen fährt. Diese AnruferInnen werden in der Folge immer wieder stationär untergebracht, bis sie irgendwann nicht mehr anrufen. (ITV7: o.A.)

In der Literatur findet sich keine einheitliche wissenschaftliche Definition, ab wann von Heavy Usern gesprochen wird. Laut Novosad und Wallner sind diese „[...] AnruferInnen die aus unterschiedlichen Gründen in kurzen Zeiträumen in einer hohen Frequenz Helplines oder Notrufstellen anrufen.“ (Novosad / Wallner 2017: 109) Oberlerchner und Radoš beschreiben Heavy User als „Menschen mit einer sehr hohen Inanspruchnahme psychosozialer Betreuungseinrichtungen, die weniger diskriminierend als *Frequent User* oder *PatientInnen mit starker Inanspruchnahme* bezeichnet werden können“ (Oberlerchner / Radoš 2015: 83) Rittmannsberger et al. definieren Heavy User anhand eines Frequenzkriteriums (mehr als drei Aufenthalte pro Jahr) und eines Dauerkriteriums (über 100 stationäre Behandlungstage pro Jahr) (Rittmannsberger et al. 2014: 169ff) Eine weitere Definition findet sich bei Zahorka. So beschreibt er, dass bei einem Community Response Team in Colorado Springs, USA, solche Personen als Heavy User klassifiziert werden, welche innerhalb der letzten zwölf Monate mindestens sechs Mal in eine Notaufnahme kamen, bzw. mit dem Rettungsdienst Kontakt hatten. (vgl. Zahorka 2018: 117) Bei Böhm et al. (2011) werden Heavy User unter anderem anhand dreier Merkmale definiert. Diese sind zum einen mindestens eine Entlassung aus einem Krankenhaus mit einer F-Hauptdiagnose aus dem ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen) und zum anderen ein Besuch einer psychiatrischen Abteilung (vgl. Böhm et al. 2011: 69).

Laut Informationen des Notruf Niederösterreich hat dieser rund 15 Fälle von Heavy Usern pro Jahr. Dabei ist die Identifikation selbiger mit einigen Schwierigkeiten verbunden, da es datenschutztechnisch einige Barrieren gibt (da die Heavy User v.a. anhand ihrer Sozialversicherungsnummer identifiziert werden können) und zudem AnruferInnen und KlientIn/PatientIn nicht ident sein müssen. So rufen z.B. niedergelassene ÄrztInnen oder NachbarInnen die Rettung, ohne dass sie diese für sich selbst brauchen. Diese müssten für eine saubere Analyse der Heavy User erst identifiziert und herausgerechnet werden.

Die Kategorie der *Heavy User* zeigt auf, dass die vermehrte Frequentierung des Gesundheits-, Rettungs- und Sozialwesens existiert und nicht einheitlich definiert werden kann. Es gibt unterschiedliche Arten von Heavy Usern, ebenso wie deren Gründe für das häufige Anrufen individuell sind. Es soll daher durch ein CRT auf diese Personengruppen reagiert werden, um eine adäquate und langfristig sinnvolle Versorgung der AnruferInnen zu ermöglichen.

4.2.3 C Rettungsdienst als scheinbar einzige Versorgungsinstanz

Mehrere InterviewpartnerInnen sprachen eine Problematik an, die immer wieder auftritt – nämlich Situationen, in denen die Rettung als scheinbar einzige Option gesehen wird.

Dies komme zum Beispiel im Kontext der Obdachlosigkeit vor. Vor allem an Wochenenden werde meist die Rettung gerufen, weil „wer soll's machen sonst“ (ITV2: 27.40-28.25). Ein Problem ist, dass außer dem Notrufwesen oftmals keine regionalen Institutionen vorhanden seien (ITV1: 46.35-49.26), wenn es um obdachlose Menschen geht.

Eine weitere Situation, in der das Rettungswesen oftmals als einzige Option gesehen werde, sei Überforderung in der Pflege durch pflegende Angehörigen (ITV2: 01.06.07).

Auch der von uns interviewte Disponent bei NNÖ macht die Erfahrung, dass viele Personen beim Rettungsnotruf anrufen, ohne eine medizinische Indikation aufzuweisen (ITV3: 05.33-05.40). Viele AnruferInnen würden „rein nur reden wollen am Notruf. Die sind psychisch irgendwie instabil und wollen halt mit irgendwem reden, der ihnen dann weiterhilft.“ (ITV3: 04.25-04.35) Ein weiterer Interviewpartner erzählt von seiner früheren Arbeit auf einer Notaufnahme. Dort habe es die Aufnahmediagnose *soziale Indikation* gegeben. Medizinisch sei keine Aufnahme notwendig, aber die Situation sei zu Hause selbst nicht handhabbar, daher müsse man die betroffene Person dann aufnehmen. (ITV4: 24.43-25.02)

Der pflegerische Leiter von 1450 spricht von etwa zehn Prozent der Fälle, die die telefonische Gesundheitsberatung kontaktieren, ohne dass medizinische Probleme vorliegen. Dabei stecken vor allem soziale Komponenten dahinter, aber auch allgemeine Anfragen, bei welchen Institutionen AnruferInnen welche Unterstützungsleistungen erhalten können. (ITV4: 03.55-04.32) Auch seine Kollegin spricht von etwa zehn bis 20

Prozent an Fällen, die keinen medizinischen Hintergrund haben, sondern jemanden zum Reden brauchen, da sie Angst haben oder sich einsam fühlen (ITV5: 20.37-20.46). Die zwanzig Prozent der nicht medizinischen Fälle könnten durch ein CRT abgefangen werden (ITV5: 20.59-20.20).

Oft werden Personen auch von der Rettung transportiert, die

„[...] depressiv sind, ganz schlechte Gedanken haben und dringend wen zum Reden brauchen würden. Aber das AKUTteam kann natürlich nicht um drei Uhr in der Früh zu jedem geschickt werden und diese Personen verlangen oft nur nach der Rettung, damit jemand kommt der mit ihnen redet und einfach da ist.“ (ITV5: 13.54-14.28)

Im Krankenhaus werde außerdem oft das behandelt, was im Moment nicht gut laufe – an das grundlegende Problem komme man allerdings oft nicht heran. Es geschehe viel Diagnostik, aber wenig Therapie. (ITV2: 23.35-24.00) Ein weiteres Problem in Österreich sei, dass man viel zu schnell eine/n FachärztIn aufsuche, obwohl Basissachen nicht abgeklärt seien (ITV2: 49.13-51.30). Dass man sich im österreichischen Gesundheitssystem relativ frei bewegen kann, führe dazu, dass Menschen manchmal eher das bekommen, was sie glauben zu brauchen, als das, was sie wirklich brauchen (ITV2: 51.28-51.30). In einem weiteren Interview wird angesprochen, dass ein großes Problem auch darin liege, dass medizinische Dienste vorrangig an medizinische Komponenten denken, und nicht an soziale (ITV4: 20.17-20.22).

Diese Kategorie zeigt auf, dass es durchaus Situationen gibt, in denen das Rettungswesen als einzige Option gesehen wird – auch wenn keine medizinische Indikation gegeben ist. Aus diesem Grund besteht Handlungsbedarf, Betroffenen auch andere, adäquate Lösungen anbieten zu können, die für ihre Problemlagen die bessere Versorgung bieten. Nicht zuletzt ist auch die Entlastung des Rettungs- bzw. Gesundheitswesens ein Faktor.

4.2.4 D Psychosozial

Der Begriff *psychosozial* wird von einer Expertin als ganzheitliches, bio-psycho-soziales Modell verstanden. Es gehe dabei um die Herangehensweise an bzw. die Lebenswelt des Menschen sowie um die Erfüllung der Grundbedürfnisse, wie Wohnen, Essen und Ressourcen für die Gesundheit. Trotz oder wegen des ganzheitlichen Bereichs werde der Begriff unterschiedlich verwendet. (ITV1: 01.37.37-01.38.58) In einem weiteren ExpertInneninterview war ebenfalls die Ganzheitlichkeit von *psychosozial* Thema. So sei es ein Oberbegriff für alles Umfassende. Der Begriff umschreibe, dass jeder Mensch psychische Probleme haben kann, wir alle soziale Wesen seien und uns im sozialen Kontext bewegen. Es handle sich um etwas Umfassendes, nichts Einschränkendes. *Psycho* habe auf den ersten Blick die Anmutung des Erschreckenden. Für den/die Interviewte heiße es jedoch eher *ein weites Spektrum abdeckend*. (ITV8: 32.49-34.57)

Ein weiterer Interviewpartner versteht den Begriff als eher negativ besetzt (ITV2: 01.08.33). So erzählt er, dass ihm im „[...] Rettungsdienst [...] Situationen [begegnen], wo vielleicht medizinische Probleme vorhanden sind, die aber häufig überlagert sind von

irgendetwas“ (ITV2: 01.09.45-01.09.54). In so einem Fall spiele die die psychische bzw. die soziale Komponente eine größere Rolle als die medizinische bzw. ist sie akuter als das dahinterstehende medizinische Problem (ITV2: 01.09.55-01.10.17). Dieses Zusammenspiel aus medizinischen und sozialen Komponenten wird offenbar unter dem Begriff psychosozial subsumiert. Dem wird auch in einem weiteren Interview zugestimmt. So seien psychosoziale Fälle solche, wo betroffene Personen bzw. deren Angehörige mit Situationen (nicht unbedingt im medizinischen Kontext) überfordert sind und Hilfe brauchen. In solch (sozialen) Notsituationen könne man auch auf Grund einer medizinischen Ursache kommen. (ITV4: 19.00-19.43) Dies wird von einer Interviewpartnerin so beschrieben, dass eine enge Verbundenheit zwischen medizinischen Aspekten und sozialen Auswirkungen herrsche (ITV5: 13.08-13.23).

Die negative Behaftung des Begriffs spiegelt sich in einem weiteren Interview wider, in dem unter *psychosozial* unter anderem „Personen mit Verhaltensauffälligkeiten“ (ITV6: 08.01-08.31) subsumiert werden. Auch Themen wie Trauma, Sucht bzw. Substanzmittelgebrauch bei der Entstehung von psychosozialen Problemlagen (ITV6: 09.12-09.26). Betont wird dabei jedoch auch die Nicht-Andersartigkeit von Menschen mit psychosozialen Problemlagen. Diese würden sich nicht von anderen Personen unterscheiden, außer dass sie eventuell gesundheitliche Probleme bzw. Traumata erlebt haben (ITV6: 09.59-10.01).

Ein Interviewpartner spricht in dem Kontext die psychosoziale Gesundheit an. Diese sei ein wichtiger Faktor – viele Erkrankungen würden ihm zufolge dort ihren Ursprung finden. Psychosoziale Gesundheit sei ebenso sehr eng mit dem Suchtmittelgebrauch verbunden. MitarbeiterInnen der Polizei seien immer wieder mit psychosozialen Problemlagen in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert – vor allem mit suizidalen Menschen. (ITV7: o.A.)

Dass *psychosozial* sowohl medizinische, als auch soziale Belange beinhaltet, wird durch das bio-psycho-soziale Modell der ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) verdeutlicht. So wird die funktionale Gesundheit von Personen durch die Wechselwirkung von gesundheitlichen Problemen und den jeweiligen Kontextfaktoren auf Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe an diversen Lebensbereichen beeinträchtigt (vgl. Schuntermann 2009: 30). Anhand des Modells kann aufgezeigt werden, dass ein enger Zusammenhang zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Gegebenheiten besteht (vgl. Knecht / Schubert 2012: 18ff) und körperliche Krankheiten nicht selten auf Grund von psychisch belastenden Phänomenen oder sozialen Gegebenheiten entstehen (vgl. Pauls 2011: 255) bzw. gegenseitige Wechselwirkungen existieren. Das bio-psycho-soziale Modell ermöglicht damit eine ganzheitliche Betrachtungsweise, die die notwendige Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitswesen für eine effektive Versorgung aufzeigt (vgl. Schuntermann 2009: 29). Auch wird erkennbar, dass viele Problemsituationen nicht einfach mit medizinischen Interventionen behandelt werden können, da Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit nicht mehr nur als Problem von Personen angesehen werden, sondern weitere Faktoren Berücksichtigung finden.

Die Kategorie *psychosozial* zeigt, dass der Begriff auf der einen Seite tendenziell eher negativ konnotiert ist. Er wird unter anderem mit Sucht und Krankheit in Verbindung gebracht. Passend zum bio-psycho-sozialen Modell betrachten ExpertInnen aus dem Gesundheits- bzw. Sozialwesen hingegen den Begriff aus einer neutralen, ganzheitlichen Perspektive, und der Symbiose von medizinischen und sozialen Aspekten. Auch sie sehen aber, dass der Begriff von der Allgemeinheit negativ gewertet wird. Eine mögliche Interpretation aus diesen Erkenntnissen in Bezug auf die Konzeptionierung eines CRTs ist, dass Sensibilisierung in dem Bereich nötig ist. Es muss eine Bewusstseinsbildung erfolgen, um eine Stigmatisierung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen zu verringern.

4.2.5 E Ehrenamtlichkeit

Auch das Thema *Ehrenamtlichkeit* wurde in den Interviews angesprochen. Einigkeit der InterviewpartnerInnen herrscht größtenteils darüber, dass der Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen unentbehrlich ist. Eine Interviewpartnerin führte ehrenamtliche RettungssanitäterInnen als Beispiel an. Ohne deren Engagement würde es aus ihrer Sicht nicht funktionieren, „dass die Rettung so viel und oft geschickt werden kann“ (ITV5: 10.23-11.34). Sie und ein weiterer Interviewpartner betonen die Wichtigkeit von Ehrenamtlichkeit, ohne der ganz viel nicht funktionieren würde. (ITV5: 10.23-11.34; ITV4: 16.25-17.17) Dies mache sich auch beispielsweise bei Naturkatastrophen bemerkbar, oder dem KIT, das ausschließlich auf Ehrenamtliche zurückgreift (ITV7: o.A.).

Für die Konzeption eines CRTs soll auch die Position des Ybbser Bürgermeisters, welcher ein Befürworter von Ehrenamtlichkeit ist und zu 100 Prozent dahinterstehe (ITV6: 33.45-34.05), beachtet werden. Er ist der Ansicht, dass ein System ohne Ehrenamtlichkeit nicht aufrecht zu erhalten wäre. Aus diesem Grund sollte unbedingt mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen gearbeitet werden (ITV6: 31.48-32.00). Darüber hinaus sieht er Ehrenamtlichkeit auch als eine Art Entwicklungsprozess, als Teil des Erwachsenwerdens (ITV6: 32.36-32.44). In ehrenamtlichen Tätigkeiten lerne man Verantwortung, Selbstbewusstsein und vieles mehr (ITV6: 32.49-32.57). In der Literatur finden sich außerdem Hinweise darauf, dass sich ein reges Vereinsleben positiv auf die Gemeinschaft in dörflichen Strukturen auswirkt. Für viele Menschen im ländlichen Raum ist die Zugehörigkeit zu einem Verein für die Lebensqualität und -zufriedenheit wichtig. (vgl. Vogelsang et al. 2018: 76f) Des Weiteren ist eine unserer InterviewpartnerInnen der Ansicht, dass in kleinen bzw. ländlichen Orten der gemeinschaftliche Zusammenhalt sehr groß ist und Probleme dementsprechend einfacher zu handhaben sind (ITV7: o.A.)

Doch auch einige Limitationen bezüglich der Arbeit mit Ehrenamtlichen werden genannt. So ist eine interviewte Person der Meinung, dass Tätigkeiten im psychosozialen Bereich nur von Fachkräften ausgeführt werden sollten. Wenn Ehrenamtliche tätig sind, sollten diese entsprechende Ausbildungen haben und bezahlt werden. Ehrenamtliche ohne entsprechende Ausbildung wären aus ExpertInnensicht ungeeignet. (ITV8: 58.36-59.14) Außerdem sollte ein Team, welches sich um Betroffene von psychosozialen Problemlagen kümmert, nicht ausschließlich aus Ehrenamtlichen bestehen. Denn durch

Verhinderungen im Berufs- bzw. Privatleben könne es passieren, dass sie nicht immer verfügbar seien. (ITV5: 10.23-11.34)

Auch ein Mitarbeiter der Polizei sieht Ehrenamtlichkeit positiv, verweist allerdings auf die Wichtigkeit der Ausbildung. (ITV7: o.A.) Ehrenamtliche sollten also bis zu einem gewissen Grad auf einem ähnlichen Ausbildungsstand sein wie die hauptamtlichen KollegInnen (ITV3: 07.30-08.18).

In einem Interview wurde angesprochen, dass man bedenken müsse, dass „durch die Ehrenamtlichkeit schon auch eine Professionalisierung zurückgehalten wird. Ehrenamtlichkeit bis zu einem gewissen Anteil ist gut, aber nur Ehrenamtlichkeit ist zu viel.“ (ITV4: 16.25-17.17) Ein Interviewpartner gibt außerdem zu bedenken, dass die Ehrenamtlichen auf dem gleichen Wissenstand sein müssen wie die hauptamtlichen MitarbeiterInnen (ITV3: 07.30-08.18):

„Das muss halt ausgebildetes Personal sein, die müssen immer und jederzeit erreichbar sein (vor allem in der Nacht und an Wochenenden). Natürlich kann man auch überlegen ehrenamtlich zu arbeiten, aber es muss mindestens eine Person dabei sein, die hauptberuflich ist. Damit die Ehrenamtlichen, die sich nicht so auskennen, einen Rückhalt haben.“ (ITV3: 22.52-23.45)

Ehrenamt kann inhaltlich auch mit bürgerlichem Engagement übersetzt werden (vgl. Olk 2017: 218) und beschreibt ein „breites Spektrum unterschiedlicher Formen des freiwilligen, überwiegend unentgeltlichen und gemeinwohlorientierten Engagements in prinzipiell allen Bereichen der modernen Gesellschaft“ (ebd.) in dem sich Engagierte in einem institutionellen Rahmen zur Verfügung stellen. Ehrenamt ist dabei eine formalisierte, eingebundene, dauerhafte Engagement-Form. Untersuchungen zeigen, dass diese Tätigkeiten mit steigendem Schul- und Berufsabschluss zunehmen und das Ausmaß des Engagements eng mit der sozialen Einbindung zusammenhängt. Zudem zeigte sich, dass im sozialen Bereich, verglichen mit den Bereichen Sport oder Politik, eher Formen der informellen Arbeit statt das Übernehmen eines Amtes dominieren. (vgl. Klein 2017: 208)

Es zeigt sich, dass Ehrenamtlichkeit von den InterviewpartnerInnen als etwas Positives wahrgenommen wird und für ein funktionierendes System unentbehrlich ist. In diesem Kontext sollten jedoch unbedingt Faktoren wie Ausbildung, Wissensstand und Vergütung berücksichtigt werden. Außerdem sollten immer auch hauptamtliche MitarbeiterInnen im Team tätig sein, die den Ehrenamtlichen zur Seite stehen. Ehrenamtlichkeit wird also von unseren InterviewpartnerInnen durchaus auch kritisch betrachtet. Eine Schlussfolgerung für das CRT-Konzept ist demnach, den Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen in vielerlei Hinsicht gut durchzudenken. Auch muss bedacht werden, dass sie zwar eine große Arbeitserleichterung darstellen können, aber dennoch unter anderem auch Betreuung, Begleitung und Schulung benötigen.

4.2.6 F Freiwilligkeit in der Betreuung

In all unseren Interviews wurde das Thema Freiwilligkeit thematisiert. Während alle InterviewpartnerInnen angaben, dass in ihren Organisationen die Betroffenen die Angebote freiwillig annehmen müssen, damit es zu einer Betreuung kommen kann, kam es in Bezug auf das CRT teilweise zu dem Wunsch, diese Freiwilligkeit sehr weit zu definieren. Gerade im Bereich der nachgehenden Sozialarbeit und in Bezug auf Heavy User ist dies bemerkenswert. Wenn ein Mensch einen Reiz (z.B. wiederholtes Anrufen der Notrufnummer(n)) setzt, implementiert dies aus rechtlicher Sicht auch einen Reaktionswunsch, z.B. der Zustimmung zur Datenaufnahme im Rahmen des Rettungseinsatzes. Diese Daten können an die Organisation übermittelt werden, an den der Anruf weitertrigiert wird (z.B. von 144 zum AKUTteam oder KIT). Es muss keine extra Zustimmung zur Weitergabe der Daten (im Rahmen des Einsatzes) eingeholt werden (ITV1: 20.09-22.49). Die Daten dürfen aber nicht außerhalb des Kontextes des Rettungseinsatzes verwendet werden. Dafür wäre eine eigene Zustimmung erforderlich. Wird der Fall beispielsweise an das AKUTteam weitergeleitet, so ruft dieses an und fragt nach, ob eine Betreuung durch selbiges gewünscht ist. (ITV1: 20.09-22.49) Wenn dies verneint wird, wird der Fall nicht weiterverfolgt. Solche Alarmierungen können auch parallel zu einem Rettungsmiteileinsatz geschehen.

Das AKUTteam setzt dennoch auf einen freiwilligen Zugang. So können nur Personen betreut werden, die betreut werden möchten. Gegebenenfalls bedeutet dies auch, dass beispielsweise pflegende Angehörige oder Angehörige von Suchterkrankten (z.B. durch Entlastungsgespräche) Betreuung erhalten und nicht die SymptomträgerInnen an sich (ITV1: 33.53-36.57).

Freiwilligkeit muss also immer gegeben sein. Ein/e InterviewpartnerIn betont jedoch, dass dennoch der schwierige Umstand beachtet werden sollte, dass Menschen sich unter Umständen selbst Nachteile verschaffen, wenn sie zu lange mit ihren Problemen allein gelassen werden (z.B. bei Schulden). In solchen Fällen kann es sinnvoll sein, mehrfach Hilfe anzubieten. (ITV8: 01.02.01-10.05.23) In diesem Kontext wurde auch gefordert, dass *unmotivierte* Personen regelmäßig vom CRT aufgesucht werden sollten, um ihnen Hilfe anzubieten (ITV8: 50.02-52.48).

Schlussendlich stellt sich vor allem in der nachgehenden Sozialarbeit die Frage, ob das erste *Nein* schon als generelles *Nein* angesehen werden kann, oder ob das Betreuungsangebot auch mehrfach gestellt werden kann. Diese Thematik soll auch in der Konzeption eines CRTs Berücksichtigung finden.

4.2.7 G Versorgungslücken

Eine weitere Kategorie, die sich aus dem Interviewmaterial ergab, trägt den Namen *Versorgungslücken*. Es konnten daraus noch weitere Unterkategorien gebildet werden – *Out of Hours, Pflege, Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit, Substanzmissbrauch* sowie *Versorgungssituation*.

Versorgung ist neben den Prinzipien der Versicherung und Fürsorge ein prägendes Prinzip sozialpolitischer Leistungsdarbietung (vgl. Fiedler 1992: 2102). Versorgung wird als „soziale Entschädigung für bestimmte soziale Laster, die der Allgemeinheit geschuldet sind“ (ebd.) (z.B. Familienlasten) bzw. „durch staatliches Handeln begründet sind (z.B. Kriegsoffer) verstanden und bedarf keiner Vorleistung bzw. Bedürftigkeit durch den/die EmpfängerIn“ (ebd.). Neben Unter-, Über- und Fehlversorgung wird auch von Versorgungslücken gesprochen (vgl. ebd.), um in diesem Bereich auf Missstände/Verbesserungspotenzial aufmerksam zu machen.

■ G1 Out of Hours

Ein Teil der InterviewpartnerInnen (vor allem die ExpertInnen im Gesundheits- und Sozialwesen) sind sich einig, dass die *Out of Hours*²⁹ ein großes Problem in der psychosozialen Versorgungslandschaft darstellen. So ist ein Interviewpartner der Ansicht, dass es zwar durchaus eine breite Palette an Hilfsangeboten gäbe, diese sich aber an Wochenenden, in der Nacht und an Feiertagen auf ein Minimum reduzieren (ITV2: 17.44-17.49). Denn die meisten Institutionen wären von Montag bis Freitag zwischen sieben und 15 Uhr verfügbar (ITV2: 15.53-16.05). Hierbei besteht jedoch durchaus persönliches Verständnis – der Interviewpartner merkt an, selbst aus diversen Gründen (Vereinbarkeit mit der Familie) auch keine Nachtdienste mehr zu machen (ITV2: 16.08).

In einem weiteren Interview wird die fehlende Nacht- bzw. Wochenendrufbereitschaft als Versorgungslücke thematisiert. Vor allem für telefonische Entlastungsgespräche sei diese jedoch sinnvoll (ITV8: 23.31-25.34), wenn zum Beispiel jemand nicht schlafen kann oder ähnliches. Diese Menschen würden ansonsten bei der Telefonseelsorge oder dem Krisentelefon anrufen. Jedoch sei eine rein telefonische Unterstützung oftmals für die KlientInnen nicht befriedigend (ITV8: 26.44-26.59). Es wurde angesprochen, dass psychosoziale Fälle, die den Rettungsnotruf kontaktieren, zwar idealerweise an *Kummernummern* weiterverwiesen werden. Diese müssen vor allem an Wochenenden erreichbar sein. Bei manchen Fällen würde eine rein telefonische Betreuung jedoch nicht ausreichen – da würde es ExpertInnen benötigen, die zu den Betroffenen hinfahren. (ITV3: 14.18-14.58) Dabei solle auch auf die Soziale Arbeit vermehrt zurückgegriffen werden. (ITV3: 16.39-17.20)

Außerdem könne auch die mobile Hauskrankenpflege nicht zu den *Out of Hours*-Zeiten akut angefordert werden, da erst Einschätzungsgutachten, Aufnahmeverfahren usw. erforderlich seien. Betroffenen würden in diesen Fällen – wenn zum Beispiel eine Betreuungsperson kurzfristig ausfalle – in ein Krankenhaus eingeliefert werden (mit medizinischer oder sozialer Indikation). Dies sei jedoch teuer, und für alle Beteiligten eine Belastung. (ITV1: 49.29-53.26) Auch in einem weiteren Interview wurde angesprochen, dass es während der *Out of Hours*-Zeiten keine Anlaufstelle, außer der Rettung gäbe. (ITV8: 37.40-43.01)

²⁹ Unter *Out of Hours* wird die „[...] Versorgungssituation außerhalb der üblichen Öffnungszeiten von Institutionen im sozialen, pflegerischen und medizinischen Bereich [...]“ (Redelsteiner 2015: 336), zum Beispiel in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen, verstanden.

Die AllgemeinmedizinerInnen im Bezirk seien für viele Menschen eine Erstanlaufstelle, wenn der Fall für die Rettung nicht schwerwiegend genug ist. Mit Halsschmerzen am Wochenende würden Menschen beispielsweise noch nicht die Rettung rufen, müssen aber am Montag wieder arbeitsfähig sein. Darum gehen sie zu HausärztInnen, die freiwillig einen Wochenenddienst anbieten. Einige Sprengel im Waldviertel verfügen über keine Wochenenddienste mehr, da sich keine AllgemeinmedizinerInnen finden, die sich freiwillig am Wochenende in die Praxis setzen. Wenn dies der Trend der Zukunft sei, würden die Spitalsambulanzen mit allen Fällen überfüllt und der Rettungsnotruf immer stärker belastet werden. (ITV9: o.A.)

Für die Konzeptionierung eines CRTs bedeutet dies, vor allem auf die fehlende Erreichbarkeit von Institutionen in der Nacht, sowie an Wochenenden und Feiertagen zu reagieren – etwa durch eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des Teams. Diese sollte jedoch nicht ausschließlich telefonische Unterstützungsleistungen bieten, sondern idealerweise auch persönliche, um den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht zu werden.

■ G2 Pflege

Wie eben bereits im Kontext der *Out of Hours* angesprochen, ist ein wichtiger Bereich, der bei der Konzeption des CRTs Berücksichtigung finden muss, Pflege. Beispielsweise erreiche 1450 Grenzen, wenn es um soziale und um pflegerische Dinge geht, da es keine andere Bereitschaftsnummer gibt, die telefonisch kontaktiert werden kann. Konkret werden hierbei pflegerische Probleme und fehlende Alternativen zur Hauskrankenpflege genannt. So müssen Personen, die einen Katheterwechsel benötigen, hospitalisiert werden, „weil es da halt nichts gibt“ (ITV4: 07.06-07.41).

Ein CRT sollte demzufolge auch pflegerische Leistungen anbieten, um Hospitalisierungen, die aus medizinischer Sicht nicht nötig wären, zu vermeiden.

■ G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit

Eine weitere Lücke besteht offenbar im Bereich der Erwachsenensozialarbeit:

„Es ist jemand patschert, braucht Begleitung, Betreuung, Beratung. Das wird derzeit so gelöst, dass Erwachsenenschutz beantragt wird. Die Fallzahlen könnten stark gesenkt werden, wenn die Versorgung besser wäre. Oftmals müssen Menschen nur ein paar Schritte begleitet werden, dann können sie eh wieder selbst. Dafür müssen sie nicht entmündigt werden.“ (ITV1: 01.49.03-01.50.37)

Viele Menschen brauchen außerdem Unterstützung bei Antragstellungen. Es passiere oft, dass, wenn es keine passende Stelle gibt, irgendwelche Probleme im Hintergrund gesucht und gefunden werden, die es erlauben, diese Menschen zur Zielgruppe zu erklären. (ITV8: 37.40-43.01) Ein großes Problem besteht also offenbar darin, dass Betroffene oft nicht in eine bestimmte Zielgruppe fallen, trotzdem aber Unterstützung benötigen. Diese müssen es erst schaffen, bei einer Institution anzukommen (ITV8: 01.02-01.05).

Es brauche auch mehr Kapazitäten in der Sozialabteilung der Bezirkshauptmannschaft (BH). Erwachsene mit psychosozialen Problemlagen würden oft auf der Strecke bleiben. Gleichzeitig sollte es aber auch eine niederschwelligere Anlaufstelle als die der BH geben, um eine mögliche Stigmatisierung zu vermeiden. (ITV8: 43.01-49.43).

Außerdem bestehe eine Lücke beim niederschweligen Zugang zur ambulanten oder mobilen psychiatrischen Versorgung. Diese könne aus Sicht unserer Interviewpartnerin durch einen Ausbau der PSD-Strukturen und dem Vorhandensein mehrerer niedergelassener PsychiaterInnen behoben werden könnte. (ITV1: 01.51.01-01.53.40)

Des Weiteren gibt es auch Einrichtungen, welche eine bestimmte Zielgruppe adressieren und somit nur Menschen mit bestimmten Voraussetzungen – zum Beispiel einer psychiatrischen Diagnose – beraten bzw. betreuen dürfen. Oftmals reichen auch die Ressourcen der Einrichtungen nicht aus, sodass sie schlichtweg keine neuen KlientInnen aufnehmen (können), oder die potenziellen KlientInnen mehrfach anrufen müssen, bevor sie andocken können (ITV8: 21.26-14.38). Dies kann jedoch vor allem bei psychosozialen Problematiken zu einer Potenzierung selbiger führen³⁰. Es braucht somit auch aus Sicht eines/r InterviewpartnerIn eine Erstanlaufstelle für Menschen mit diversen Belangen, die niederschwellig und wohnortnah erreichbar ist (ITV8: 43.01-49.43).

■ G4 Mobilität

Eine weitere Versorgungslücke ist die fehlende Mobilität vieler BewohnerInnen ländlicher Regionen.

So fehle es laut einer der interviewten Person an Fahrtendiensten, die den FahrerInnen bessere Konditionen bieten, als nur das amtliche Kilometergeld und dabei noch mit dem eigenem Auto fahren zu müssen (ITV8: 29.00-30.27). Für die NutzerInnen wären funktionierende Fahrtendienste nicht zuletzt wegen der hohen Taxipreise nötig. Beispielsweise koste eine Taxifahrt bei 21 gefahrenen Kilometern ca. €50,- pro Strecke, was für viele nicht leistbar wäre (ITV8: 43.01-49.43).

Der Ybbser Bürgermeister ist der Meinung, dass es zumindest für PatientInnen aus dem Notrufwesen keinen Unterschied mache, wo im Bezirk sich diese aufhalten (ITV6: 15.26-15.55) – bezogen darauf, wie schnell und gut medizinische Versorgung gewährleistet werden kann. Ein/e SozialarbeiterIn befindet hingegen, dass es für Betroffene, die Unterstützung bei psychosozialen Problemlagen benötigen, durchaus einen großen Unterschied mache, wo im Bezirk der/die Betroffene lebt. In Melk beispielsweise könne alles zu Fuß erreicht werden. Im ländlichen Raum brauche es hingegen ein Auto, öffentliches Verkehrsmittel oder Taxi. Damit zusammenhängend falle auch die Überlegung an, ob dies für die Betroffenen finanziell leistbar sei. Denn selbst wenn es geeignete Angebote bzw. Institutionen für ihre Problemlagen gäbe, haben die Betroffenen oft nicht die Möglichkeit, diese zu erreichen. Dies liegt nicht nur daran, dass

³⁰ Wenn jemand z.B. Mahnungen nicht öffnet – als Lösungsstrategie im Umgang mit Geldsorgen – könnten Hilfestellungen zu einem frühen Zeitpunkt sehr viel mehr verhindern, als wenn bereits GerichtsvollzieherInnen eingeschaltet wurden.

es im ländlichen Raum ein zu geringes Angebot an öffentlichen Verkehrsmitteln gibt, sondern auch daran, dass diese für viele Menschen aufgrund psychischer bzw. physischer Einschränkungen nicht zugänglich sind. Beispielsweise ist es für viele ältere Menschen nicht zumutbar, mehrere hundert Meter zur nächstgelegenen Bushaltestelle zu gehen, in den Bus ein- und auszusteigen, um dann wieder mehrere Minuten zum Zielort zu Fuß unterwegs zu sein – sofern überhaupt ein öffentliches Verkehrsmittel verfügbar ist. Fehlende Mobilität ist eines der größten Hindernisse von Menschen mit psychosozialen Problematiken (ITV8: 59.38-01.01.50)

Die Kategorie *Mobilität* zeigt auf, dass es für betroffene Personen einen großen Unterschied macht, ob sie medizinischen oder psychosozialen Versorgungsbedarf haben. Auch deren Aufenthaltsort hat Auswirkung darauf, welchen Zugang sie zu Versorgungsinstanzen haben und wie passend diese für ihre Problemlagen sind. Aus den unterschiedlichen Sichtweisen der InterviewpartnerInnen lässt sich erkennen, dass die Perspektiven von KlientInnen sehr divergieren können.

■ G5 Substanzmissbrauch

Das Thema Konsum bzw. Missbrauch von legalen wie illegalen Substanzen spielt im Rettungswesen und in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen eine große Rolle, wobei die Kontexte verschieden sind. Während in vielen Organisationen Sucht ein Ausschlusskriterium darstellt (ITV8: 02.40-02.57; ITV1: 32.54-33.49), nehmen die Suchtproblematiken aus Sicht eines/r interviewten AllgemeinmedizinerIn zu und werden in Verbindung mit psychosozialen Problemlagen genannt. (ITV9: o.A.)

Alkohol bzw. alkoholisierte Menschen, die zu PatientInnen werden, sind laut einem Interviewpartner ein großes Problem im Rettungsdienst. (ITV2: 17.01-17.10) In diesen Fällen seien zwar medizinische Probleme vorhanden, die aber in der Regel nicht akut, sondern chronisch seien (z.B. ausgelöst durch den Alkoholkonsum). Wenn diese Menschen ins Krankenhaus kommen, bekommen sie in der Regel keine medizinische Versorgung, da keine medizinische Indikation vorliege. Sie würden stattdessen in ein *Sitzwagerl* gesetzt und es werde gewartet, bis sie das Spital von selbst wieder verlassen. Akut medizinische Sachen hingegen werden natürlich schon behandelt. (ITV2: 19.17-20.43) Alkohol sei generell ein Riesenthema im Rettungsdienst. Es gäbe Betrunkene, die sieben oder acht Mal am Tag ins Spital gebracht werden. (ITV2: 25.45-25.55) Als Notfallsanitäter fahre man in diesen Fällen einfach zu dem Betrunkenen und entferne sozusagen „das Ärgernis für die Öffentlichkeit“ (ITV2: 24.24).

Der langfristige Umgang mit solchen Problematiken fällt jedoch nicht in den Aufgabenbereich der Notfallrettung. Zudem wird die Rettung oftmals nicht von den Menschen selbst gerufen, sondern von besorgten Mitmenschen oder Menschen, die wollen, dass diese aus dem Ortsbild verschwinden. Dies stellt jedoch auch keine adäquate Lösung, sondern lediglich eine Verschleierung der Problematik dar. Die bereits in Kategorie B *Umgang mit Heavy Usern* thematisierte Problematik, dass Menschen aus unterschiedlichsten Gründen vermehrt das Rettungs- bzw. Gesundheitswesen frequentieren, ist demnach vor allem auch in Bezug auf Alkoholmissbrauch ein Thema und soll deshalb in der Konzeptionierung eines CRTs Berücksichtigung finden.

■ G6 Versorgungssituation

Im Kontrast zu den eben aufgezeigten Versorgungslücken steht das Interview mit dem Mitarbeiter einer Polizeidienststelle (ITV7). Es stellte sich heraus, dass er die Versorgung im Bezirk Melk gut einschätzt. Er betont außerdem, dass *kleinere Probleme* im ländlichen Raum oftmals durch die Gemeinschaft gelöst werden und es nicht immer sofort professionelle Unterstützung benötige. Seiner Ansicht nach gäbe es keine Versorgungslücken, da die Rettung, Feuerwehr und Polizei rund um die Uhr erreichbar seien und man dementsprechend immer Hilfe bekäme, wenn man sie brauche. Er berichtet von einem Fall, in dem ein Mann immer wieder seinen Suizid beim Polizei-Notruf ankündigt und dieser jedes Mal stationär nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) eingeliefert wird. Der Interviewpartner sieht dies als geeignete Lösung, da der Mann immer eine Versorgung erhält. Irgendwann hatte er seinen angekündigten Suizid tatsächlich vollzogen. (ITV7: o.A.)

Auch der Ybbser Bürgermeister empfindet die Versorgungssituation im Bezirk Melk grundsätzlich als sehr gut (ITV6: 10.56-11.15), wobei er das Waldviertel durchaus mit Nachteilen bezüglich der Versorgung konfrontiert sieht (ITV6: 11.53-12.00). Die Situation sei jedoch „natürlich immer verbesserungswürdig“ (ITV6: 12.23-12.30). Vor allem die medizinische Versorgung sei aber immer gut gegeben, auch an den Wochenenden (ITV6: 13.49-14.10).

Die Meinungen darüber, wie gut die psychosoziale Versorgung in Niederösterreich bzw. im Bezirk Melk gegeben ist, gehen auseinander. ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sehen durchaus Verbesserungsbedarf in der psychosozialen Institutionslandschaft. Der interviewte Bürgermeister und der Polizist hingegen beschreiben die Versorgung als gut, da das Notrufwesen immer erreichbar ist. Dies zeigt auf, dass schon die Definition psychosozialer Versorgung unterschiedlich gesehen wird, was bei der Implementierung eines CRTs Berücksichtigung finden muss.

4.2.8 H Wünsche an ein Community Response Team

In der folgenden Kategorie finden sich Wünsche an ein CRT, die unsere InterviewpartnerInnen konkret geäußert haben.

■ H1 Personelle Ressourcen

Eine Expertin stellt sich das CRT als regionales, gemeindenahes, mobiles, rund um die Uhr einsatzbereites Team, bestehend aus Gesundheits- und Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und Ehrenamtlichen vor (ITV1: 01.51.01-01.53.40). Vor allem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit erweiterten Aufgabenbefugnissen (z.B. dem Nähen kleiner Wunden) könne aktiv zu einer Ambulanzentlastung beitragen (ITV1: 01.53.58-01.56.09). Die gleichen personellen Wünsche äußert auch ein/e SozialarbeiterIn mit Melk-Expertise, wobei er/sie diese noch um ÄrztInnen ergänzt (ITV8: 50.02-52.48). Auch in einem weiteren Interview wird die Wichtigkeit der Sozialarbeit betont (ITV4: 29.05-29.17), ebenso werden PsychologInnen als personelle Vorschläge für ein CRT geäußert (ITV6: 28.20-28.44).

Auch Ehrenamtliche sollen in einem CRT tätig sein. Jedoch sollen aus Sicht einer Interviewpartnerin SozialarbeiterInnen die Ersterhebungen durchführen, erste Einschätzungen vornehmen und einen Plan erstellen. Aufgaben wie Begleitungen, Besuchsdienste und regelmäßige Betreuungen hingegen müssen von anderen übernommen werden. Dies könnte durch Ehrenamtsressourcen abgedeckt werden. (ITV1: 01.32.27-01.37.29), wobei der Rückhalt der Ehrenamtlichen durch Fachkräfte eine große Rolle spielt. Um diesen bieten zu können, sollte mindestens eine hauptberufliche Person im Team sein (ITV3: 22.52-23.45). Ebenso sollen auch die MitarbeiterInnen, die nicht hauptamtlich beschäftigt sind, durch entsprechende Maßnahmen begleitet werden, insbesondere nach belastenden Situationen. (ITV6: 30.52-31.25)

Polizei hingegen sollten in einem CRT in Niederösterreich nicht enthalten sein. Ein Interviewpartner ist der Ansicht, dass deren Einsatz unter anderem mit Scham verbunden sei und von potentiellen KlientInnen eher als abschreckend empfunden wird. (ITV6: 26.19-27.02)

Das CRT soll also in erster Linie aus SozialarbeiterInnen, DGKP (Diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) sowie Ehrenamtlichen bestehen. Auch weitere Berufsgruppen, wie PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen, würden die Kompetenzen des Teams erweitern.

■ H2 Art der Anbindung

Bezüglich der Anbindung des CRTs äußern die InterviewpartnerInnen verschiedene Ideen. Ein Vorschlag wäre, ein CRT in die noch zu schaffenden Primärversorgungszentren einzugliedern, weil dort ein professioneller psychosozialer Dienst durchaus seine Berechtigung habe. (ITV4: 32.39-33.42)

Ein weiterer Vorteil einer Anbindung bei einem Primärversorgungszentrum liegt in der Möglichkeit der vernetzten Arbeitsweise (ITV5: 17.51-18.48). „[...] Man würde viel mehr Informationen untereinander bekommen, wenn man vernetzt ist, als wenn jeder sein eigenes Ding aufbaut“ (ITV5: 19.09-19.29). Doch nicht ausschließlich Kooperationen mit anderen Institutionen, sondern auch eine starke Vernetzung innerhalb der Gemeinde wird von einer Interviewpartnerin als ideal gesehen. Denn dadurch wären informelle Netzwerke schneller und besser erreichbar (ITV1: 01.51.01-01.53.40).

Auch aus Sicht des AKUTteams wäre ein CRT ein großartiger Kooperationspartner bei Notfällen (ITV1: 01.57.36-01.59.26). Damit sollte das CRT es in manchen Bereichen überflüssig machen bzw. entlasten (ITV1: 01.57.36-01.59.26).

Einem Interviewpartner, dem Ybbser Bürgermeister, zufolge könnte viel mit dem *Verein soziales Ybbs* verschmelzen (ITV6: 24.42-24.50). Ein CRT würde jedoch auch als dritte Welle, nach KIT und AKUTteam, Sinn machen, da irgendwann der Zeitpunkt kommt, an dem die Akutbetreuung zu Ende ist und die Betroffenen keine Begleitung mehr durch diese Institutionen erhalten können. (ITV6: 29.42-30.27)

Der Ybbser Bürgermeister hat ebenfalls den Einfall, den Bezirk Melk nach Schwerpunktgemeinden zu vierteln, wobei mobile Einrichtungen dazwischen hin und her pendeln (ITV6: 22.16-22.50). Denn wenn die Melker BewohnerInnen beispielsweise wissen, dass sie an einem bestimmten Tag, zu einer bestimmten Uhrzeit und an einem bestimmten Ort Beratung und Unterstützung durch Fachkräfte erhalten können, wäre dies ein gutes und professionelles Angebot für BürgerInnen (ITV6: 25.34-25.51). Es sollte jedenfalls abgewogen werden, wo der bessere Standort ist bzw. das Einzugsgebiet größer ist. Größere Ortschaften seien für ProfessionistInnen wohl von der Infrastruktur her interessanter (ITV6: 16.12).

Eine weitere Idee für die Anbindung des CRTs äußert der Ybbser Bürgermeister dahingehend, dass vor einiger Zeit ein Haus mit betreubaren Wohnungen eröffnet wurde. Dort sind Räumlichkeiten frei, die für ÄrztInnen oder psychosoziale Dienste freigehalten werden (ITV6: 25.07-25.17). Wichtig sei, dass es einen fixen Standort gibt und das Team immer greifbar ist. Es könne sich zum Beispiel auch beim Roten Kreuz anbinden. (ITV3: 16.01-16.14)

Es zeigt sich, dass es eine Palette an Ideen für mögliche Anbindungs- und Vernetzungsoptionen für ein CRT im politischen Bezirk Melk gibt. Jedenfalls braucht es einen Standort, den NutzerInnen persönlich aufsuchen können. Aus potenzieller KlientInnensicht wäre es effektiv, das CRT eher dort anzusiedeln, wo es derzeit noch keine ausreichende Sozial- und Gesundheitslandschaft gibt, um eben diese sicherzustellen. Eine Abwägung sollte hier sehr genau unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen erfolgen.

■ H3 Inhaltliche Aufgaben und Angebote

Inhaltliche Wünsche an ein CRT ergeben sich implizit bereits aus den Kategorien zu den Versorgungslücken. Es wurde jedoch in den geführten Gesprächen von den InterviewerInnen auch explizit Fragen dazu gestellt, welche Aufgabenbereiche ein CRT den interviewten Personen zufolge anbieten sollte. Diese werden in dieser Kategorie nun erläutert.

In einem Interview wurde angesprochen, dass das Team nachgehend sozialarbeiterisch tätig sein und gleichzeitig eine 24-Stunden-Anlaufstelle darstellen solle (ITV8: 50.02-52.48) Idealerweise habe es auch ein mobiles Angebot in Form eines Busses, als eine Art Streetwork. (ITV8: 53.15-53.28) Auch aus Sicht eines weiteren Interviewpartners sollte das CRT im Bedarfsfall zu den KlientInnen fahren, wenn z.B. (rein) telefonische Betreuung bzw. Beratung nicht ausreichend ist (ITV3: 14.18-14.58).

Ein Gesprächspartner ist der Ansicht, dass Menschen vermehrt unter Stress stehen, was sich auf die Gesundheit schlägt (ITV6: 23.07-23.17). Man solle dafür Anlaufstellen bzw. Möglichkeiten schaffen, in denen sich Menschen diskret über Problemlagen unterhalten können (ITV6: 23.17-23.34).

Bezüglich der gewünschten nachgehenden Betreuung wird von einer interviewten Person ein beispielhaftes Projekt genannt. Im Zuge dessen werden KlientInnen sechs Monate nach Psychiatrieentlassung immer wieder aufgesucht, um sie in eine niedergelassene langfristige Betreuung zu integrieren. Die Unterstützung wird mehrfach, offensiv angeboten, was gerade für Menschen, die sich schwertun, außer Haus zu gehen, eine gute Möglichkeit sei. (ITV8: 01.02.01-01.05.23)

Ebenso wurde der Wunsch geäußert, dass sich das CRT auf die Out of Hours konzentrieren solle (ITV5: 14.57-15.05). Der Erfahrung einer interviewten Person nach rufen bei 1450 vor allem an Feiertagen (z.B. an Weihnachten) vermehrt Personen an, die aufgrund von Einsamkeit *einfach nur* mit jemandem sprechen möchten (ITV5: 16.18-16.51).

5 Versorgungssituation im politischen Bezirk Melk

Kaufmann Lena

Im nachstehenden Kapitel werden die, in der Auswertung generierten, Kategorien auf den politischen Bezirk Melk umgelegt und die vorhandene Ist-Situation dargestellt. Zudem wird die bestehende Gesundheits- und Soziallandschaft, durch für den Forschungsprozess generierte Landkarten visualisiert und die darin vorhandenen Gegebenheiten und Lücken aufgezeigt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden in weiterer Folge für die Konzeptionierung eines CRTs im politischen Bezirk Melk herangezogen.

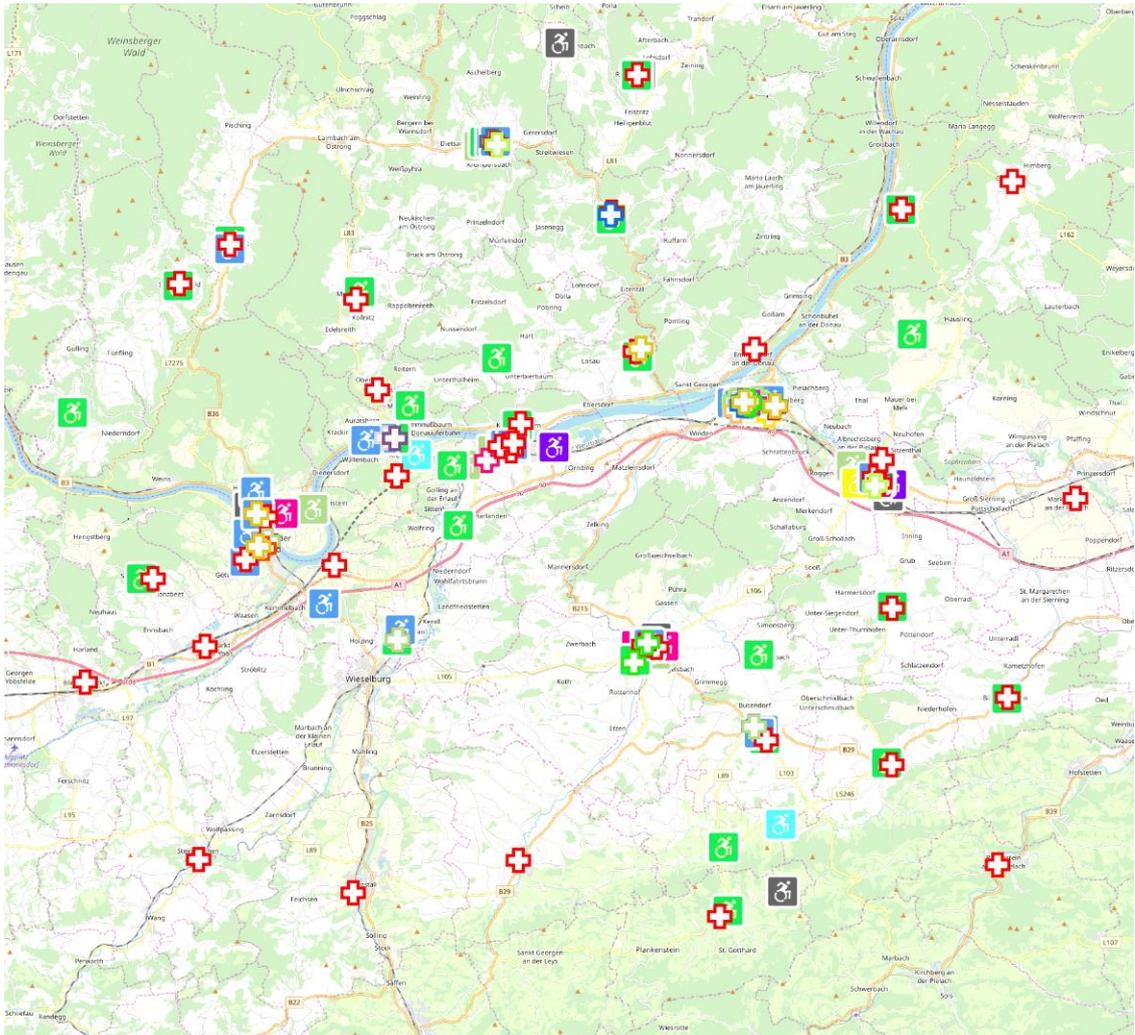
5.1 Gegebenheiten in der Versorgungssituation

Der politische Bezirk Melk wurde mit seinen Grunddaten bereits eingangs dargestellt. Wesentliche Grundinformationen sind der Einleitung zu entnehmen. Diese Darstellung der geografischen Gegebenheiten wird in diesem Kapitel in Verbindung mit vorhandenen medizinischen und sozialen Einrichtungen, welche im Bezirk ansässig sind, aufgezeigt. Zur Visualisierung der daraus generierten Versorgungslandschaft wurden sämtliche Sozialeinrichtungen sowie ÄrztInnen im Bezirk mittels Open Street Maps³¹ – einem Geoinformationssystem – dargestellt. Danach wurden die in Open Street Maps gespeicherten Informationen (Lage der Einrichtung, Kontaktdaten, Links zu den jeweiligen Websites) durch ein Darstellungsprogramm (QGIS) für den politischen Bezirk Melk gefiltert. Durch diese Filterung ergibt sich eine vereinfachte Darstellung der im Bezirk vorhandenen Versorgungsinstanzen in Form von Landkarten³².

³¹ Open Street Map ist eine Kartengestaltung in der jede/r Einträge in eine Karte durchführen kann. Open Street Map bezeichnet sich selbst als „eine Art Wikipedia in Google Maps Form“. Es steht dabei jeder Person frei, eine Karte mit gewünschten Inhalten zu generieren. (vgl. Openstreetmap 2019: o.A.)

³² Hierbei ist anzumerken, dass dies ein Tool darstellt, welches in Zukunft für ProfessionistInnen im Bezirk zugänglich gemacht werden könnte. Durch die ganzheitliche Darstellung der ansässigen Versorgungsinstanzen sowie der Möglichkeit einer kategorisierten Suche könnte es sowohl für ProfessionistInnen als auch KlientInnen möglich werden, einen schnellen Überblick über vorhandene Angebote sowie deren Kontaktdaten zu erhalten.

Abbildung 10: medizinische und soziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk



Quelle: eigene Darstellung

Legende:

ÄrztInnen

- InternistInnen
- LungenfachärztInnen
- PsychiaterInnen
- RadiologInnen
- UrologInnen
- Plastische ChirurgInnen
- InternistInnen
- HNO-ÄrztInnen
- OrthopädInnen
- ChirurgInnen
- HautärztInnen
- AllgemeinmedizinerInnen
- AnästhesistInnen
- AkupunkteurInnen
- NeurologInnen
- GynäkologInnen
- KinderärztInnen

Sozialeinrichtungen

- SeniorInnen und Pflege
- Eltern
- Mütter
- psychosoziale Problemlagen
- MigrantInnen
- Jugendliche
- Kinder
- Menschen mit psychischen Erkrankungen
- erwerbslose Menschen
- Menschen mit Behinderung
- allgemeine Angebote

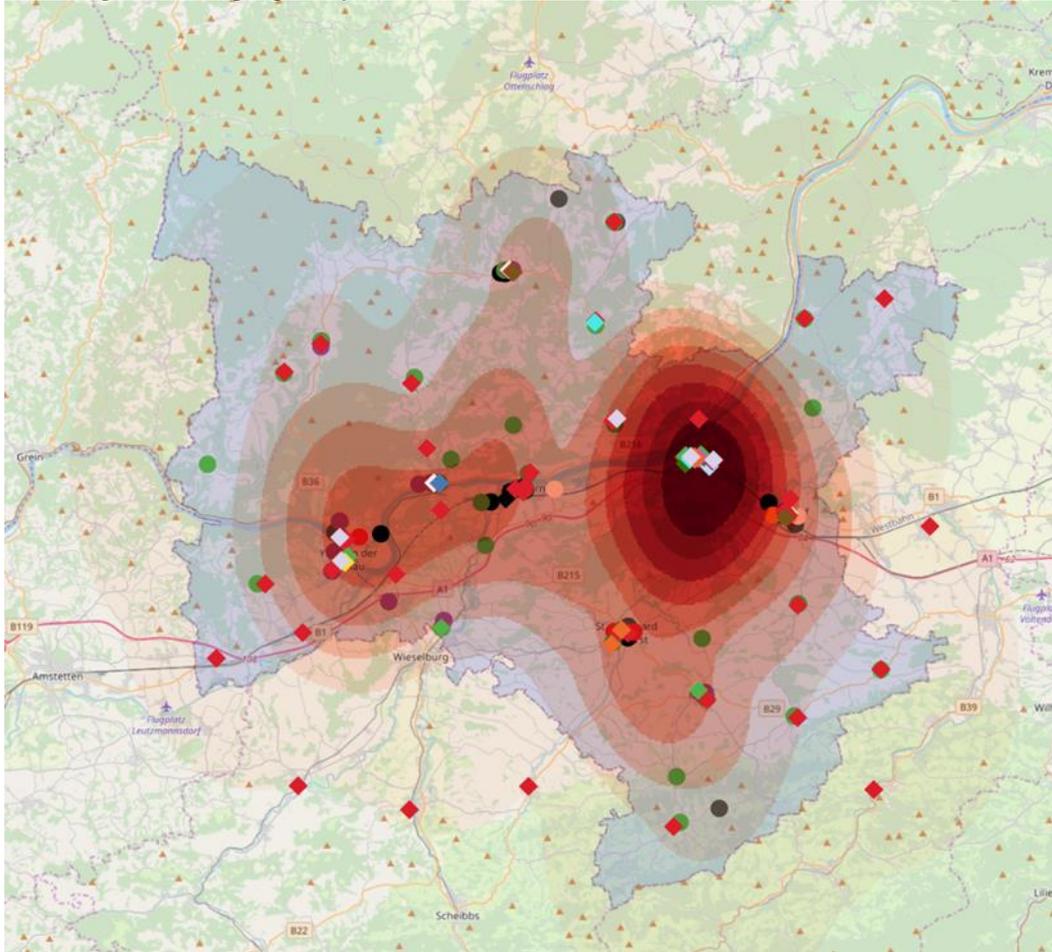
Auf dieser Landkarte des politischen Bezirks Melk sind alle medizinischen sowie sozialen Einrichtungen mit Standort im Bezirk visualisiert. Durch die zahlreichen ÄrztInnenpraxen³³ sowie Sozialeinrichtungen³⁴ ergibt sich ein relativ dichtes Netz, welches über den gesamten Bezirk gespannt ist. Die oben dargestellte Vielfalt an Fachrichtungen und Spezialisierungen ist durch die differenten Farben der Markierungspunkte gekennzeichnet. Sowohl die Gemeinden im Waldviertel, als auch jene im Mostviertel werden durch eine Vielzahl an Versorgungseinrichtungen bedient. Anhand dieser Landkarte wird die Aussage diverser InterviewpartnerInnen verdeutlicht, welche die allgemeine Versorgungslandschaft als gut (vgl. Versorgungssituation) titulieren. Dabei wird jedoch ein landschaftlicher Unterschied in der Versorgungssituation thematisiert. Demnach werden Regionen im Waldviertel des Bezirks Melk mit einem Nachteil der Versorgung gesehen (vgl. Versorgungssituation). Bei Betrachtung der Landkarte unter dem Blickwinkel der Versorgungshotspots³⁵, also den Regionen, in denen sich die höchste Dichte an medizinischen sowie sozialen Versorgungseinrichtungen befindet, lässt sich deutlich erkennen, dass sich die Versorgungspunkte hauptsächlich auf das Mostviertel beziehungsweise die Donauregion konzentrieren. Sehr deutlich erkennbar ist hierbei auch die Komprimierung der zentralen Versorgung auf die Bezirkshauptstadt Melk, wohingegen der Nordwesten des Bezirkes weitläufige Regionen sowohl ohne medizinische als auch soziale Versorgungseinheiten aufweist.

³³ Hierbei wurden alle ÄrztInnenpraxen visualisiert, welche bei der österreichischen Ärztekammer registriert sind (sowohl Kassen- als auch PrivatärztInnen).

³⁴ Alle Sozialeinrichtungen, welche in der Sozialinfo Niederösterreich auffindbar sind.

³⁵ In der nachstehenden Grafik rot gekennzeichnet.

Abbildung 11: Versorgungshotspots Bezirk Melk



Quelle: eigene Darstellung

Legende³⁶:

- Sozialeinrichtungen
- ◆ ÄrztInnen

Diese Versorgungslandschaft wird in weiterer Folge anhand der, in der Auswertung generierten, Kategorien analysiert und dargestellt. Dadurch zeigt sich, mit welchen Hürden Menschen derzeit im politischen Bezirk bei der Erreichung von Versorgung konfrontiert sind.

5.2 Darstellung des politischen Bezirks Melk anhand der Ergebniskategorien

Im folgenden Abschnitt werden, die in der Auswertung generierten Kategorien auf den politischen Bezirk Melk überprüft. Dabei wird die Ist-Situation in den jeweiligen Kategorien dargestellt

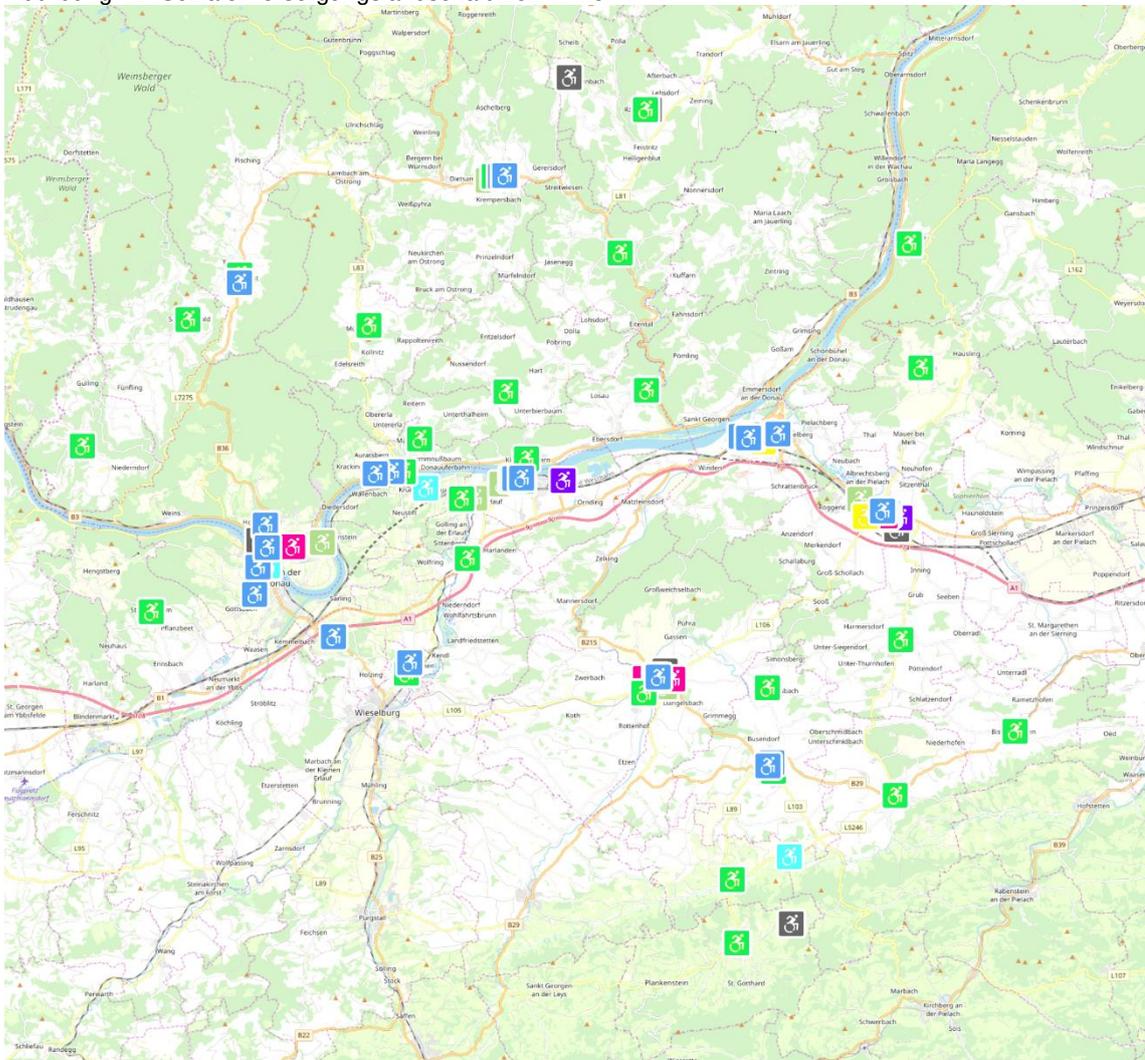
³⁶ Die veränderte Darstellung wurde aufgrund der dadurch vereinfachten Übersicht gewählt.

5.2.1 A Organisationale Aspekte – soziale Versorgungslandschaft und Angebotsvielfalt im politischen Bezirk Melk

In der kategorischen Darstellung werden Inhalte der Subkategorien A1, A2 und A3 zusammengefasst und mit Daten aus dem politischen Bezirk Melk überprüft. Dafür wird die soziale Versorgungslandschaft analysiert und dargestellt.

Der politische Bezirk Melk verfügt über zahlreiche soziale Einrichtungen, die in verschiedene Versorgungskategorien beziehungsweise in die jeweiligen Zielgruppen unterteilt werden. Die vorhandenen Angebote werden dafür in elf Subkategorien unterteilt. Zur Verdeutlichung der Angebotsvielfalt werden diese in differenten Farben dargestellt, wie sich in der Legende unterhalb der Landkarte zeigt.

Abbildung 12: Soziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk



Quelle: eigene Darstellung

Legende:

Sozialeinrichtungen

-  SeniorInnen und Pflege
-  Eltern
-  Mütter
-  psychosoziale Problemlagen
-  MigrantInnen
-  Jugendliche
-  Kinder
-  Menschen mit psychischen Erkrankungen
-  erwerbslose Menschen
-  Menschen mit Behinderung
-  allgemeine Angebote

Die Angebote wurden dabei in primäre Zielgruppen unterteilt. Durch diese Kategorisierung zeigt sich, dass der Bezirk Melk zahlreiche Angebote sozialer Einrichtungen offeriert. Den mengengrößten Anteil stellt dabei die in Gemeinden angebotene Mutterberatung (in grün dargestellt) dar. Die Mutter-Eltern Beratung ist ein Modell in Niederösterreich in der Gesundheitsvorsorge für Kinder. Dabei informieren FachärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen sowie DGKP ein bis zwei Mal monatlich in den Gemeindeämtern über medizinische Vorsorge (z.B. Entwicklung, Ernährung,...). (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2019a: o.A.)

Hinsichtlich der Angebotskategorien lässt sich ebenso erkennen, dass der Bezirk Melk kein Angebot im Bereich des Gewaltschutzes anbietet. Die nächstgelegenen Gewaltschutzzentren finden sich westlich in Amstetten sowie östlich in St. Pölten. (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2019b: o.A.) Ebenso befinden sich die nächstgelegenen Frauenhäuser in Amstetten und St. Pölten (vgl. Autonome österreichische Frauenhäuser 2019: o.A.)

Ebenso auffallend, ähnlich der Gesamtversorgungssituation im politischen Bezirk Melk, finden sich vor allem im Waldviertel weite Regionen ohne Standort einer sozialen Versorgungsinstanz. Zahlreiche Gemeinden werden im gesamten Bezirk lediglich durch die niederösterreichische Mutter-Eltern Beratung, wie eingangs erwähnt, bespielt. An dieser Stelle ist jedoch ein weiteres Mal darauf hinzuweisen, dass sich in der generierten Landkarte lediglich Institutionen befinden, welche einen Standort im Bezirk aufweisen. Mobile Angebote wurden ebenso nur durch den Standort gekennzeichnet. Am Beispiel der mobilen Hauskrankenpflege bedeutet das nicht, dass diese nur an diesem Standort tätig sind und weiße Flecken in der Landkarte nicht versorgt werden, sondern dass MitarbeiterInnen von diesem Standort ausfahren.

5.2.2 B Umgang mit Heavy Usern – Versorgungsstrategien im politischen Bezirk Melk durch Polizei und psychosoziale Versorgungseinrichtungen

Im beforschten Untersuchungsfeld wurden die InterviewpartnerInnen der Polizei sowie ein/e MitarbeiterIn des psychosozialen Arbeitsbereiches zur Thematik von Heavy Usern befragt. Hier zeigt sich vor allem eine Unterschiedlichkeit der Indikationen für eine wiederholte Kontaktaufnahme zur Versorgungsinstanz. Der befragte Mitarbeiter der Polizei thematisierte dabei vor allem die Indikation *angekündigter Suizid*. In Kategorie B (vgl. Umgang mit Heavy Usern) zeigt sich der Gegensatz zu Indikationen im psychosozialen Bereich. Personen mit psychischen Erkrankungen verzeichnen dabei oftmals Phasenverläufen, das bedeutet, dass sie Hilfe in akuten Phasen der Erkrankung meist erneut in Anspruch nehmen. Die psychosoziale Versorgung verweist dann je nach Zielgruppenzugehörigkeit und vor allem Möglichkeit eines adäquateren Angebotes weiter. Oftmals docken Personen immer wieder an die Versorgung an, obwohl sie nicht der Zielgruppe entsprechen (vgl. Umgang mit Heavy Usern)

Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Auffassung von Heavy Usern kann im Bezirk Melk keine Aussage darüber getätigt werden, ob der Bezirk eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Heavy Usern des Versorgungssystems aufweist. Aufgrund der Datenschutzrichtlinien konnten wir zudem keinen Zugriff auf genauen Daten³⁷ aus dem Bezirk hinsichtlich Heavy Usern bei Notruf 144 erhalten, weshalb auch auf ebendiese Personengruppe aus dem Bezirk Melk keine validen Schlüsse gezogen werden können. Die in der Auswertung dargestellte Studie (vgl. Umgang mit Heavy Usern) untersucht potentielle Heavy User im Bundesland Niederösterreich. Demnach sind im politischen Bezirk Melk 0,2-0,4 % aller EinwohnerInnen potentielle Heavy User (vgl. Böhm et al. 2011: 27ff). In absoluten Zahlen sind das im Jahr 2019 zwischen 155 und 310 Personen.

5.2.3 C Rettungsdienst als einzige soziale Versorgungsinstanz – Problemlagen der Erreichbarkeit im politischen Bezirk Melk

Der politische Bezirk Melk weist einige Regionen ohne (soziale) Versorgungsinstanzen auf. Dies wurde durch die Visualisierung der Einrichtungsstandorte in Kategorie A verdeutlicht dargestellt. Personen aus diesen Regionen haben einen deutlich längeren Weg zu bewältigen, um an (geeignete) Hilfsorganisationen zu gelangen. Des Weiteren stellt der Rettungsdienst, wie in vielen Regionen Österreichs, die einzige mobile rund um die Uhr erreichbare Versorgungsinstanz dar. Aus diesem Grund wird dieser als oftmals einzige Möglichkeit, auch bei nicht akut-medizinischen Notfällen, gesehen. (vgl. Redelsteiner 2015: 184)

Das Österreichische Rote Kreuz verfügt im politischen Bezirk Melk über drei Bezirksstellen:

³⁷ In der Auswertung der Daten (Verweis) erhielten wir eine Zahl vom NNÖ, in der 15 Fälle pro Jahr verzeichnet werden.

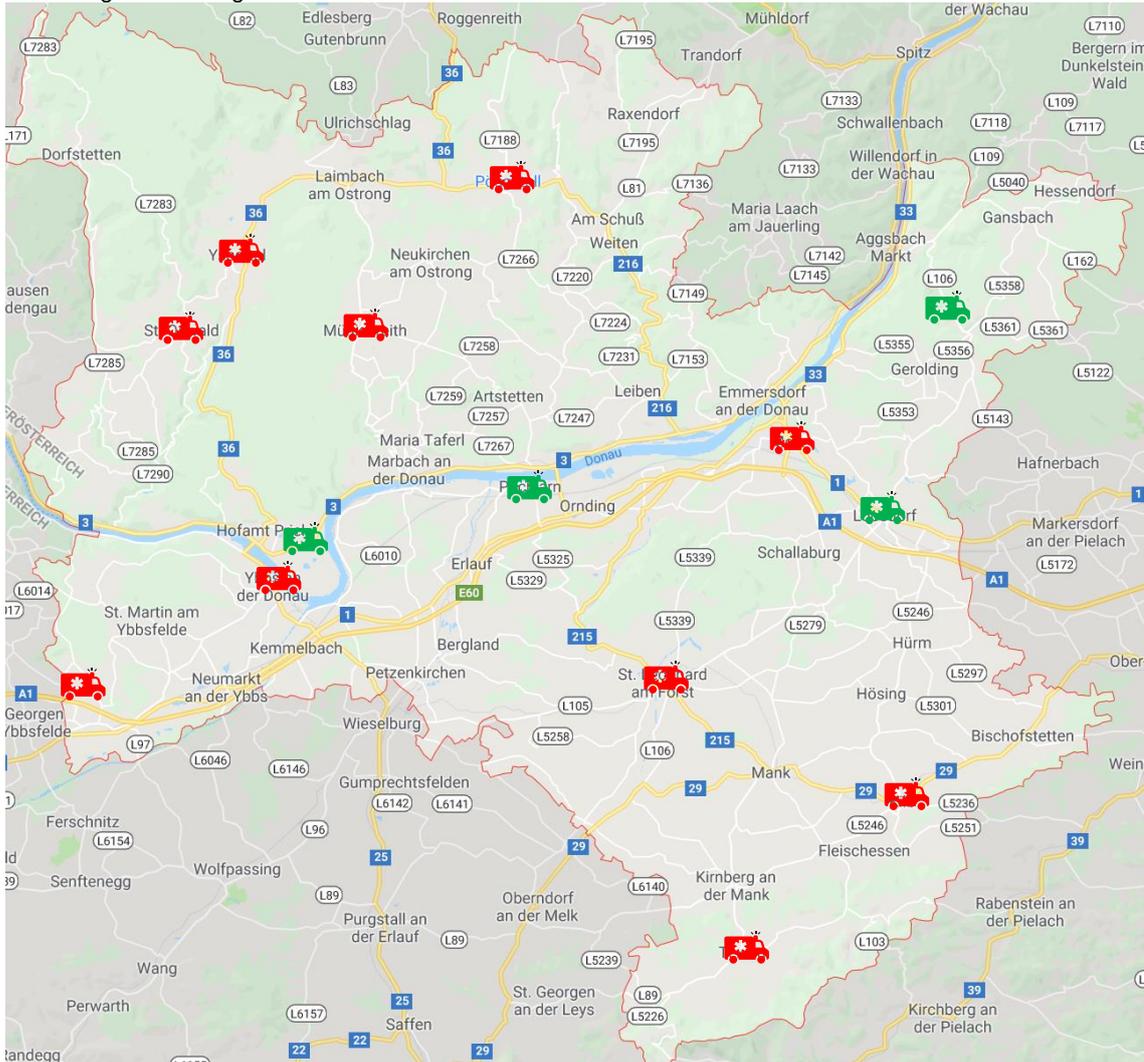
- Melk,
- Pöggstall und
- Ybbs an der Donau

(vgl. Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich o.A. a: o.A.)

Die Bezirksstelle Melk vereint drei weitere Ortsstellen in Kilb, St. Leonhard-Ruprechtshofen und Texing (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich o.A. b: o.A.). Pöggstall als Bezirksstelle ist ein Verbund von vier Ortsstellen. Hierzu zählen Münichreith, Pöggstall, St. Oswald und Yspertal (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich o.A. c: o.A.). Die Bezirksstelle Ybbs an der Donau hat eine Ortsstelle in Blindenmarkt (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz o.A. d: o.A.).

Der Arbeiter-Samariter-Bund hingegen, hat vier Dienststellen in Dunkelsteinerwald, Loosdorf, Persenbeug und Pöchlarn-Neuda (vgl. Samariter Bund Niederösterreich o.A.: o.A.). In der nachstehenden Grafik werden die Ortsstellen des Roten Kreuzes in Rot dargestellt und jene des Arbeitersamariterbundes in Grün. Dabei zeigt sich, dass die Ansiedlung an Rettungsstellen nahezu flächendeckend und gleichmäßig über den gesamten Bezirk verteilt ist. Durch die aufsuchende, schnelle und rund um die Uhr erreichbare Hilfeinstanz wird der Rettungsdienst als einzige Möglichkeit angesehen. Zudem stellt er in zahlreichen Regionen des Bezirkes die einzige Versorgungsinstanz dar.

Abbildung 13: Rettungsdienststellen Bezirk Melk



Quelle: eigene Darstellung / Karte: Google Maps



Ortstellen des Österreichischen Roten Kreuz

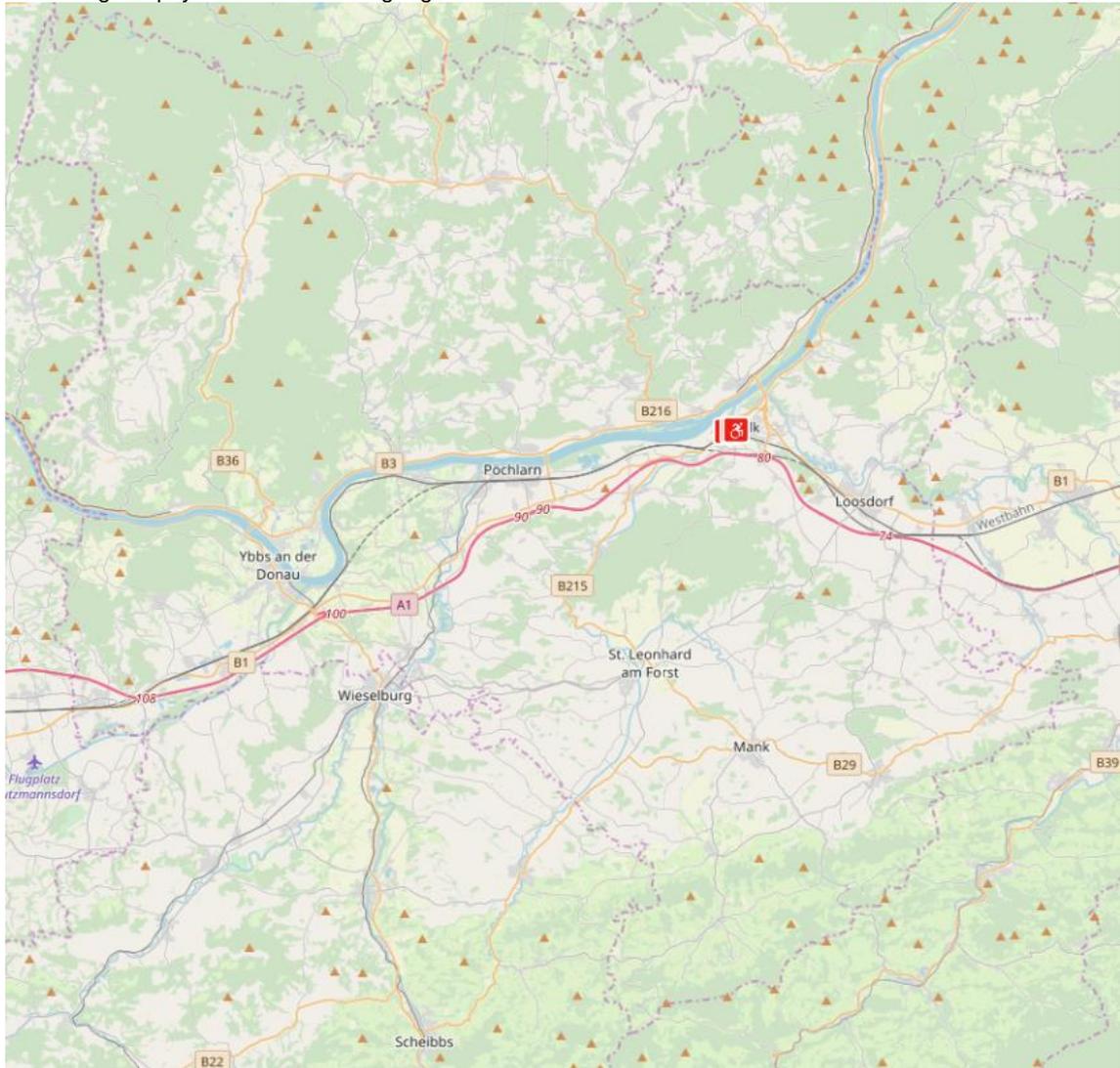


Ortstellen des Arbeitersamariterbundes

5.2.4 D Psychosozial – Versorgungslandschaft hinsichtlich psychosozialer Indikationen im politischen Bezirk Melk

Wie in der nachstehenden Landkarte sichtbar ist, verfügt der gesamte Bezirk über drei psychosoziale Beratungseinrichtungen, welche sich zudem alle in der Bezirkshauptstadt befinden. Eine flächendeckende Versorgung von KlientInnen mit psychosozialen Problemlagen kann dadurch nicht gewährt werden. Zudem können auch jene, in Melk ansässigen KlientInnen nicht davon ausgehen, in jeder Versorgungseinheit Anschluss zu finden, da diese zum Teil über Zugangsvoraussetzungen verfügen. Um die Schwierigkeit der derzeitigen, kleinen, Versorgungslandschaft aufzuzeigen, wird kurz auf die vorhandenen Angebote eingegangen.

Abbildung 14: psychosoziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk



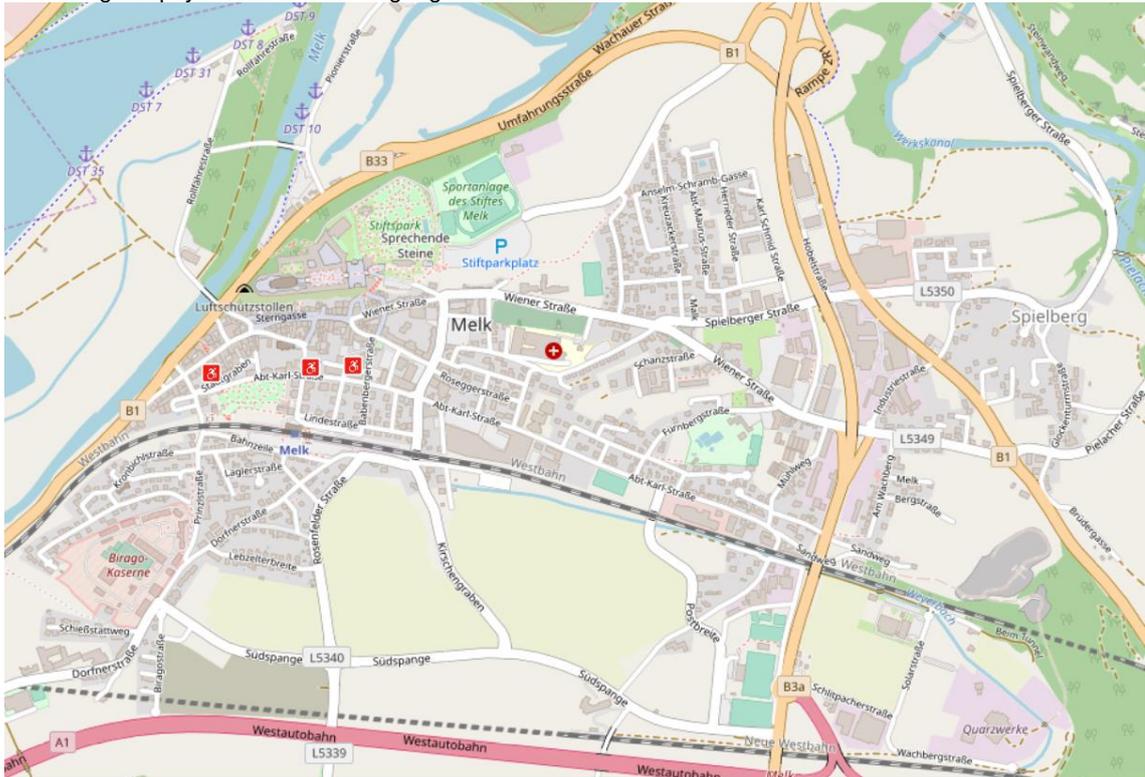
Quelle: eigene Darstellung

Legende:

 Versorgungsinstanzen bei psychosozialen Problemlagen

Zur übersichtlicheren Darstellung zeigt die nachstehende Grafik lediglich die Bezirkshauptstadt.

Abbildung 15: psychosoziale Versorgungslandschaft Stadt Melk



Quelle: eigene Darstellung

Legende:

 Versorgungsinstanzen bei psychosozialen Problemlagen

■ Psychosozialer Dienst der Caritas St. Pölten

Der psychosoziale Dienst, organisiert durch die Caritas St. Pölten, ist eine Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen, für die ein stationäres oder therapeutisches Angebot nicht optimal oder ausreichend ist. Der psychosoziale Dienst besteht aus einem multiprofessionellen Team, welches Personen in Problemlagen ihrer persönlichen Lebenswelt unterstützt. MitarbeiterInnen des psychosozialen Dienstes haben zudem die Möglichkeit, mobil im gesamten Bezirk tätig zu werden. Innerhalb des Dienstes gibt es weitere Subangebote, welche ebenfalls durch die Caritas St. Pölten angeboten werden. Hierbei werden KlientInnen beispielsweise unterstützt, an einer Tagesstruktur zu arbeiten oder soziale Kontakte durch ein sehr niederschwelliges Angebot, den Club Aktiv, zu knüpfen. (vgl. Caritas St. Pölten 2019a: o.A.)

Als Zugangsvoraussetzung fungiert bei diesem Angebot eine psychische Erkrankung. Das bedeutet, dass KlientInnen das Angebot lediglich in Anspruch nehmen können, wenn eine (chronifizierte) psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Es stellt demnach keine niederschwellige Erstanlaufstelle für psychosoziale Problemlagen dar. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass Personen, welche sich in Betreuung des Psychosozialen Dienstes befinden, auch mobil betreut werden können.

■ Rat und Hilfe

Ein weiteres im Bezirk ansässiges Angebot der Caritas St. Pölten für Menschen mit psychosozialen Problemlagen ist *Rat und Hilfe*. Hierbei werden unter anderem Beratungen für Einzelpersonen, Paare und Familien angeboten. Zudem gibt es eine spezielle Männerberatung von Männern für Männer. Unter den besonderen Beratungsangeboten werden auch Scheidungsberatungen bei Gericht sowie Jugendberatungen angeboten. Als Erweiterung werden Psychotherapien sowie Besuchsbegleitungen angeboten. Die Beratungen finden in den Beratungszentren statt. (vgl. Caritas St. Pölten 2019b: o.A.)

Im Gegensatz zum psychosozialen Dienst richtet sich Rat und Hilfe eben an alle Personen – ohne Zugangsbeschränkungen – die sich in psychosozialen Problemlagen befinden. Ein Hindernis, das Angebot in Anspruch zu nehmen, ist hier wiederum die Erreichbarkeit für die KlientInnen. Trotz der Verortung in der Bezirkshauptstadt ist keine Gewährleistung der Mobilität der KlientInnen vorhanden.

■ Beratung in allen Lebenslagen

Die *Beratung in allen Lebenslagen* ist ein Angebot, welches durch das Hilfswerk Niederösterreich im Beratungszentrum des Hilfswerkes in Melk angeboten wird. Personen erhalten hierbei ein vertrauliches Angebot, welches ähnlich dem von Rat und Hilfe ist. Thematiken der Beratung können Erziehungsproblematiken, finanzielle Unsicherheiten, oder auch partnerschaftliche Angelegenheiten darstellen. Die Beratungen werden durch eine Förderung von Bund und Land finanziert. Zudem wird um freiwillige Kostenbeiträge der KlientInnen gebeten. (vgl. Hilfswerk 2019: o.A.)

Bezüglich mobiler Angebote beziehungsweise der Thematik von Hausbesuchen wurde per Mail eine Anfrage an das Beratungszentrum gestellt (vgl. Anfrage A4). Es werden demnach Beratungen meist im Beratungszentrum angeboten. Hausbesuche sind möglich, die Fahrtkosten müssen jedoch durch KlientInnen abgegolten werden. Folglich kann hier von einem ähnlichen Angebot wie bei Rat und Hilfe ausgegangen werden, wobei sich diese in ihrer Trägerorganisation differenzieren. Den klaren Unterschied zwischen den beiden Angeboten stellen die möglichen Hausbesuche bei *Beratung in allen Lebenslagen* gegen einen finanziellen Beitrag dar. Das bedeutet, dass eine Person, welche nicht mobil ist, jedoch über die finanziellen Möglichkeiten verfügt, dieses Angebot aktuell durchaus in Anspruch nehmen kann.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass psychosoziale Angebote des politischen Bezirks Melk eine Vielzahl an Thematiken abzudecken versuchen, dies jedoch oftmals an der Erreichbarkeit beziehungsweise an anderen Zugangsvoraussetzungen scheitert. Nachstehend findet sich eine Zusammenfassung der vorhandenen psychosozialen Angebote.

Tabelle 4: Psychosoziale Versorgungsinstanzen

Angebot	Zielgruppe	Erreichbarkeit	Mobiles Angebot	Professionen
Psychosozialer Dienst	Menschen mit (chronifizierten) psychischen Erkrankungen	Regionalbüro Amstetten MO-FR 9.00-12.00 Uhr Sprechstunde Melk: Donnerstag 10.00-11.30 Uhr	Ja (bei bereits aufgenommenen KlientInnen)	SozialarbeiterInnen, FachärztInnen für Psychiatrie, psychiatrische Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, ErgotherapeutInnen
Rat und Hilfe	Familien, Paare und Einzelpersonen in unterschiedlichen Lebenslagen	Telefonisch – Termin nach Vereinbarung	nein	o.A.
Beratung in allen Lebenslagen	Familien in schwierigen und außergewöhnlichen Lebenslagen	Sprechstunde Dienstag 9.00-11.00 Uhr	Ja, gegen Kostenbeitrag	o.A.

Quelle: eigene Darstellung nach Caritas St. Pölten 2019a: o.A.; Caritas St. Pölten 2019b: o.A.; Hilfswerk 2019: o.A.

5.2.5 E Ehrenamtlichkeit – ehrenamtliches soziales Engagement im politischen Bezirk Melk

Im politischen Bezirk Melk existieren eine Vielzahl an Einrichtungen und Angeboten, in welchen sich Menschen ehrenamtlich engagieren können. Neben der Freiwilligen Feuerwehr gibt es auch im Sozial- und Gesundheitswesen die Möglichkeit, ein Ehrenamt auszuführen. Es ist eine wichtige Ressource in der Deckung des Personalbedarfs in vielen Angeboten der Soziallandschaft. Abhängig von der persönlichen Eignung und den Fähigkeiten übernehmen Ehrenamtliche beispielsweise Unterstützungen in alltäglichen Erledigungen von BewohnerInnen des Pflege- und Betreuungszentrums Melk (vgl. NÖ Landeskliniken und Landesbetreuungszentren 2019: o.A.). Ebenso wird dabei eine Hospizbetreuung durch ehrenamtliche MitarbeiterInnen angeboten. „Ohne die vielen Ehrenamtlichen wäre die Hospizbetreuung in dem Umfang, wie sie in Melk angeboten wird, nicht möglich. Sie sind unverzichtbarer Bestandteil des interdisziplinären Teams.“ (Amt der NÖ Landesregierung 2018: o.A.) Das Österreichische Rote Kreuz bietet neben der Tätigkeit als ehrenamtliche/r MitarbeiterIn im Rettungsdienst auch Möglichkeiten im Gesundheits- und Sozialdienst ehrenamtlich tätig zu werden. Je nach Bereich der Mitarbeit variiert die dafür vorausgesetzte Ausbildung. Beispiele für mögliche Funktionen im Ehrenamt sind SeniorInnenbetreuung, Hospizbegleitung, KriseninterventionsmitarbeiterIn, etc. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2019: o.A.)

5.2.6 F Freiwilligkeit in der Betreuung – Konzepte der Freiwilligkeit im politischen Bezirk Melk

Freiwilligkeit wurde als manifeste Grundlage vieler Betreuungen in der Auswertung der Interviews aufgezeigt. Dabei kann Freiwilligkeit unterschiedlich eng oder weit gefasst werden (vgl. Freiwilligkeit in der Betreuung). Der politische Bezirk Melk setzt in der Betreuung von psychosozialen Problemlagen, beispielsweise Rat und Hilfe, wie auch bei zahlreichen weiteren Angeboten auf das Konzept der Freiwilligkeit. Eine grundlegende Beschreibung der Auffassung eines freiwilligen Angebotes im politischen Bezirk Melk ist an dieser Stelle nicht möglich. Die Ansicht ob ein freiwilliges Angebot Hausbesuche ausschließt oder nicht, wird in jedem Fall institutionell geregelt (werden müssen).

5.2.7 G Versorgungslücken – Grenzen der Versorgung im politischen Bezirk Melk

■ G1 Out of Hours – Zeitlücken der psychosozialen Versorgung im politischen Bezirk Melk

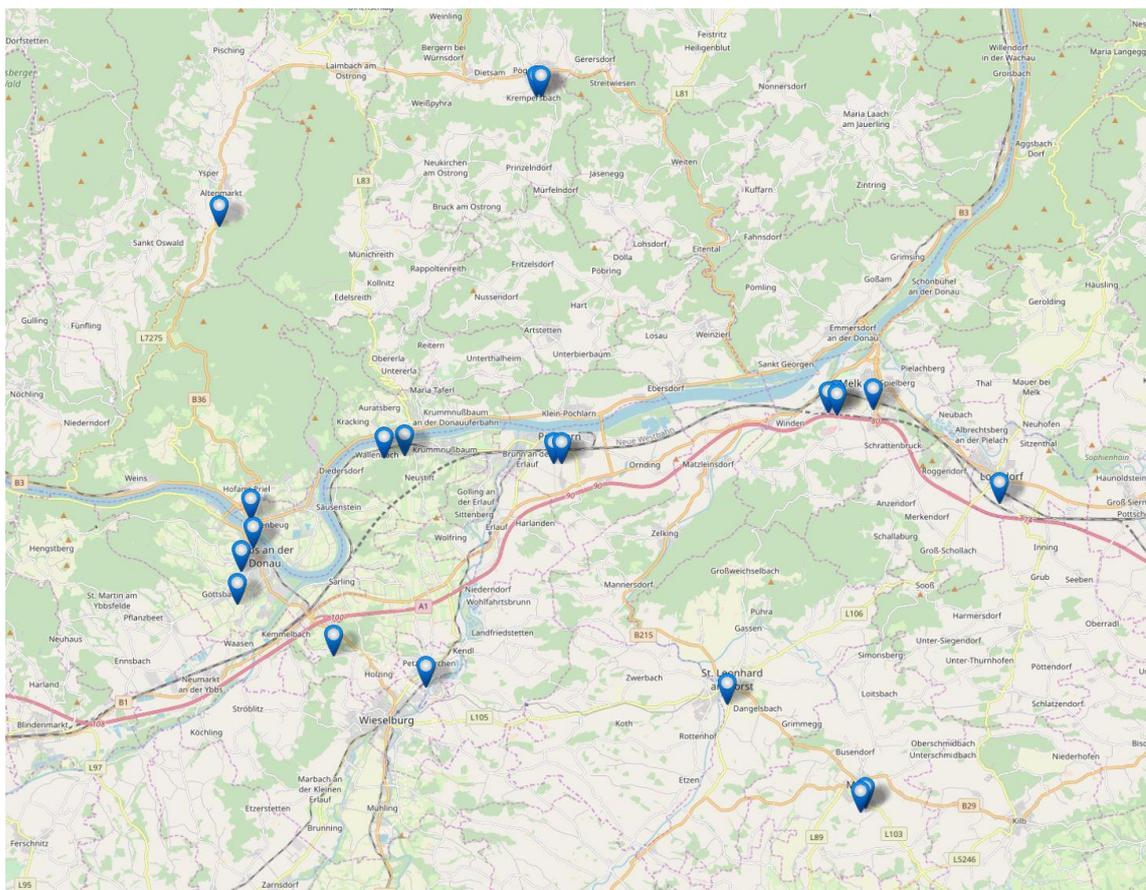
Im Abschnitt der psychosozialen Versorgung des politischen Bezirks Melk wurde bereits dargestellt, welche Formen und Angebote hinsichtlich dieser Problemlagen existent sind. In der abschließenden Tabelle wurde die Erreichbarkeit der einzelnen Angebote aufgezeigt. Zwei der drei Angebote sind demnach zumindest einmal wöchentlich am Standort besetzt. Im Fall des psychosozialen Dienstes ist es zumindest möglich, telefonisch werktags und vormittags jemanden zu erreichen. Alle Angebote sind nur über telefonische Terminvereinbarung zu erreichen. Es ist es jedenfalls so, dass keine rund um die Uhr Erreichbarkeit gewährt wird, da keines der Angebote in den Nachtstunden tätig ist. Ebenso werden an Sonn- und Feiertagen keine Beratungen angeboten. Personen mit akutem Hilfebedarf können im Bezirk Melk demnach nicht davon ausgehen, Hilfe bei psychosozialen Problemlagen im Bedarfsfall umgänglich zu erhalten.

■ G2 Pflege – Mangel an PflegerInnen

Eine aktuelle Studie (Altersalmanach) ergab, dass es eine deutliche Erhöhung des Pflegebedarfs in Niederösterreich gibt und geben wird. Demnach wird der Bedarf an Pflegediensten bis zum Jahr 2025 deutlich steigen. Der größte Bedarf ist dabei den 24-h Diensten zuzuschreiben. In diesem Bereich wird der Bedarf laut Prognose um 24,3 % steigen. Dies entspricht einer absoluten Zahl von 1851 Personen, welche im Land Niederösterreich den Dienst benötigen werden. (vgl. noebetreuungszentren 2019: 4f) Diese Zahl verdeutlicht den zu erwartenden Bedarf an Pflegediensten und Einrichtungen. Konkret ist im politischen Bezirk Melk laut Prognose mit einem Bedarfsanstieg um 26,3 Prozent bei stationärer Pflege zu rechnen. (vgl. Horaczek-Gasnarek 2019: o.A.) Der zunehmende hohe Bedarf an (akut) pflegerischen Angeboten zeigte sich auch deutlich in den geführten Interviews und unterstützt somit die zu erwartende Prognose. Dem gegenüber steht der Mangel an Fachpersonal, wie Gerhard Dittinger, Direktor des Pflege- und Betreuungszentrum Mank, betont. (vgl. ebd.) Betrachtet man auf der Versorgungslandkarte des Bezirks den Bereich SeniorInnen,

werden alle Pflegeeinrichtungen des Bezirkes gefiltert. Innerhalb der Bezirksgrenzen sind 21 Einrichtungsstationen zu finden, welche pflegerische Tätigkeiten anbieten. Diese unterscheiden sich jedoch in der Angebotsart. Das bedeutet, dass hier sowohl stationäre Pflegeeinrichtungen verzeichnet sind, als auch mobile Betreuungs- und Pflegedienste. Auffallend ist hierbei, dass nördlich der Donau beziehungsweise der Nord-Westen des Bezirkes kaum durch Standorte von Pflegediensten abgedeckt wird. Bezugnehmend auf die generelle Versorgungssituation des Bezirkes wird hier wiederholt der Bedarf an verstärkter Versorgung im nördlichen Bezirksteil verdeutlicht.

Abbildung 16: Pflegeeinrichtungen Bezirk Melk



Legende:

 Pflegeeinrichtungen

■ G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit – Zuständigkeit und Angebot
 Für die allgemeine Erwachsenensozialarbeit ist im Bezirk Melk die Bezirkshauptmannschaft zuständig. Die Aufgabenbereiche der Fachgebiete Sozialarbeit und Soziale Verwaltung umfassen dabei

„Beratung und Betreuung von Minderjährigen und deren Bezugspersonen sowie von Erwachsenen; Schutz von Minderjährigen in Krisensituationen; Pflege- und Adoptiveltern (Eignungsüberprüfung), Sozialhilfe, Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) und Hilfe

in besonderen Lebenslagen, Hilfe bei stationärer Pflege“ (Amt der NÖ Landesregierung 2019c: o.A.)

Kerngebiet der Erwachsenensozialarbeit ist demnach die Grundsicherung der EinwohnerInnen. Wie sich in der Auswertung der Interviews gezeigt hat, bedarf es jedoch in diesem Bereich mehr Kapazitäten. Seitens der Bezirkshauptmannschaft wurde nicht auf die gestellte Gesprächsanfrage reagiert (vgl. Anfrage A1). Die Möglichkeit der Erreichbarkeit wäre für ein niederschwelliges Angebot maßgeblich.

■ G4 Mobilität – Grenzen der Erreichbarkeit

Im Bezirk Melk wird fehlende Infrastruktur als problematisch kommuniziert. Daraus generiert sich eine Grenze in der Versorgung von KlientInnen. Verdeutlicht zeigt sich dies in der Auswertung der Interviews. Darin wurde sichtbar, dass es vor allem für Menschen in psychosozialen Problemlagen von immanenter Bedeutung für die individuelle Versorgungssituation ist, wo sich der Wohnsitz örtlich befindet. Denn auch wenn es geeignete Angebote bzw. Institutionen für ihre Problemlagen gäbe, haben die Betroffenen oft nicht die Möglichkeit, diese zu erreichen. Neben den schwer erreichbaren Busverbindungen liegt das auch daran, dass diese für viele Menschen aufgrund psychischer bzw. physischer Einschränkungen nicht zugänglich sind. (vgl. Mobilität) In einer vom Land Niederösterreich durchgeführten Studie (2013/14) zeigte sich, dass die Herausforderung, zur nächsten Haltestelle zu gelangen, dazu führt, keine öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2016:14). Dies wurde durch die Aussagen in den geführten Interviews ebenfalls verdeutlicht (vgl. Mobilität). Ein weiterer zu beachtender Aspekt in der Möglichkeit der Mobilität im politischen Bezirk Melk ist die Trennung durch die Donau sowie der daraus resultierenden Situation, dass die Möglichkeit der Überquerung nicht überall gegeben ist. Die getrennt gelegenen Viertel im Bezirk werden durch insgesamt drei Brücken verbunden, wie in der Einleitung bereits dargestellt wurde. Weitere grundlegende Daten hinsichtlich des Verkehrs im politischen Bezirk Melk sind ebenfalls der Einleitung zu entnehmen.

In folgendem Abschnitt wird anhand eines fiktiven Fallbeispiels der Aspekt der Mobilität im politischen Bezirk Melk erläutert und dessen Bedeutung für die Generierung eines CRTs innerhalb der Bezirksgrenzen dargestellt. Hierzu wurden ausgehend von drei Orten (Nöchling, Münichreith/Laimbach, Bischofstetten) in unterschiedlichen Regionen des Bezirk Anfragen zu zwei Fahrplänen bei im Bezirk ansässigen Verkehrsunternehmen gestellt.

Ein Mann, Mitte 50, wohnhaft im Bezirk Melk, ist seit etwa 15 Jahren alkoholabhängig. Sein Führerschein wurde ihm aufgrund der Lenkung eines Fahrzeuges unter Alkoholeinfluss entzogen. Immer wieder wird er aufgrund seiner Abhängigkeit von der Rettung ins Landeskrankenhaus eingeliefert. An einer langfristigen Suchtberatung kann er nicht teilnehmen, da es für ihn keine Möglichkeit gibt, mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Bezirkshauptstadt zu gelangen, wo die Suchtberatung angeboten wird. Die Suchtberatung bietet keine Hausbesuche an. Er bekommt dennoch die Möglichkeit, ein Erstgespräch in der Beratungsstelle in Melk wahrzunehmen. Dazu muss er um 13.30 an einem Dienstag in Melk eintreffen.

Tabelle 5: Fallbeispiel Mobilität

Ausgangsort	Anbieter	Geplante Zielankunft	Abfahrt	Ankunft	Frühere Verbindung	Spätere Verbindung	Umstiege	Fahrtzeit	Fahrtkosten	Fahrtzeit KFZ
Nöchling	ÖBB	Dienstag, 29. Jänner 2019 um 13:30 Uhr	11.45 Uhr	14.17 Uhr	Mo, 28.01.2019 um 11.45 Uhr	Mi, 30.01.2019 um 11.45 Uhr	3	2:32 Stunden	8 Euro	32 Minuten
Nöchling	VOR		Keine Verbindung möglich							
Münichreith/Laimbach	ÖBB		11.36 Uhr	12.16 Uhr	Di, 29. Jänner 2019 um 7.05 mit einer Fahrtzeit von 1.12 Stunden	Di, 29. Jänner 2019 um 14.20 mit einer Fahrtzeit von 1.57 Stunden	0	40 Minuten	6,90 Euro	24 Minuten
Münichreith/Laimbach	VOR		Identies Ergebnis mit ÖBB							
Bischofstetten	ÖBB		12.12 Uhr	13.11 Uhr	Di, 29. Jänner 2019 um 10.18 Uhr mit einer Fahrtzeit von 1.02 Stunden	Di, 29. Jänner 2019 um 12.41 Uhr mit einer Fahrtzeit von 1.25 Stunden	1	59 Minuten	6,90 Euro	18 Minuten
Bischofstetten	VOR		11.41 Uhr	13.11 Uhr	Di, 29. Jänner 2019 um 8.41 Uhr mit einer Fahrtzeit von 1.54 Stunden	Di, 29. Jänner 2019 um 12.41 Uhr mit einer Fahrtzeit von 1.25 Stunden	0	1:03 Stunden	o.A.	

Quelle: eigene Darstellung nach Verkehrsverbund Ost-Region (2019): o.A.

Quelle: eigene Darstellung nach ÖBB Personenverkehr (2019): o.A.

Im ersten Fall zeigt sich, dass es dem im Fallbeispiel erwähnten Klienten nicht möglich ist, den Termin pünktlich wahrnehmen zu können. Zudem ist die Anfahrt mit einer Fahrzeit von 2.32 Stunden und drei Umstiegen als unzumutbar zu beurteilen.

Bezugnehmend auf die gestellten Anfragen sowie die geführten Interviews kann festgestellt werden, dass es für KlientInnen oftmals nicht möglich ist, Betreuungsangebote in Anspruch zu nehmen, da die Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zum Teil langwierig ist, aber auch zum Teil überhaupt keine Verbindungen vorhanden sind. Dies wird vor allem im Interview mit einem/r SozialarbeiterIn aus dem psychosozialen Bereich verdeutlicht. Er/Sie thematisiert die Herausforderung für KlientInnen, die durch das unzureichende öffentliche Netz generiert werden. (vgl. Mobilität) Mit den Fahrtkosten von 8 Euro pro Fahrtstrecke generiert sich zudem eine finanzielle Belastung für KlientInnen bei regelmäßiger Inanspruchnahme des Angebotes.

Ein weiterer zu beachtender Aspekt ist, dass es für KlientInnen in psychosozialen (Multi-)problemlagen oftmals eine unzumutbare Herausforderung ist, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen, wie der/die SozialarbeiterIn in diesem Interview ebenfalls thematisierte. KlientInnen werden durch das schleppend ausgebaute Verkehrsnetz im Bezirk automatisch in die medizinische Versorgungslandschaft gedrängt, da diese den einzigen erreichbaren Zugang zu einem Hilfeangebot darstellt.

In der zweiten Anfrage (Münichreith) ist ein deutlicher Unterschied zum ersten Ausgangsort zu erkennen, da zumindest in beiden Fällen eine Verkehrsverbindung existiert. Zudem wäre es KlientInnen möglich, mehrmals täglich eine Verbindung in die Bezirkshauptstadt zu nehmen, wodurch eine flexiblere Terminvereinbarung gewährleistet werden kann – vorausgesetzt, KlientInnen sind in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, oder haben die finanzielle Möglichkeit, regelmäßige Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Anspruch zu nehmen. Außerdem differenzieren sich die einzelnen Fahrten zum Teil stark in ihrer Fahrzeit beziehungsweise im Aufwand durch mehrere Umstiege, die durch eine veränderte Abfahrt entstehen können. An dieser Stelle ist ebenfalls zu erwähnen, dass die angegebenen Verbindungen an Feiertagen, Wochenenden und zum Teil in den Schulferien nicht verkehren oder nur vereinzelt Busse fahren, wodurch keine regelmäßigen Verbindungen zustande kommen.

Durch die dritte und letzte gestellte Anfrage zeigt sich deutlich, dass es für KlientInnen einen Unterschied generiert, abhängig davon, in welcher Region im Bezirk sie wohnhaft sind. Geografisch gesehen wurden bei der Anfrage zwei Orte im Waldviertel liegend sowie ein Ort (Bischofstetten) im Mostviertel liegend herangezogen. Hier zeigt sich, dass jene Orte, die im Waldviertel liegen, eine deutlich längere sowie aufwändigere Anfahrt zu einer Beratungseinrichtung in der Bezirkshauptstadt haben. Diese Orte wurden hier nur exemplarisch herangezogen, um das Thema der Mobilität im Bezirk zu verdeutlichen. So haben KlientInnen, welche direkt an der Westbahnverbindung wohnhaft sind, eine merkbar erleichterte Chance, das öffentliche Verkehrsnetz in Anspruch zu nehmen. Ein weiterer Punkt, welcher an dieser Stelle beachtet werden

muss, ist, dass hier Gemeindeorte herangezogen wurden. Ortschaften, die einer Großgemeinde zugehörig sind, müssen zum Teil erst in die Gemeinde kommen, um von dort eine Verbindung in Anspruch nehmen zu können.

■ Best Practice Beispiel

An dieser Stelle ist auf ein Projekt der Caritas Diözese St. Pölten zu verweisen, welches sich ebendieser Problematik von Mobilität in ländlichen Regionen angenommen hat. Das Projekt fungiert als Teil der Beruflichen Integration, wobei davon ausgegangen wird, dass Menschen, welche mobil sind, ihre Chancen am Arbeitsmarkt deutlich erhöhen können. Dabei unterstützen sogenannte Mobilitätscoaches Menschen darin, Mobilität zu erlangen. Mobilität bedeutet hierbei, selbstständig den Arbeitsweg bewältigen zu können. Ziele können dabei das Lernen von Fahrplänen sein, um mittels öffentlicher Verkehrsmittel zum Arbeitsplatz zu gelangen, oder dass es Unterstützung beim Erwerb einer LenkerInnenberechtigung gibt. Derzeit wird das Mobilitätscoaching durch zwei Mitarbeiter im Most- und Waldviertel angeboten. Dieses Angebot wird zudem völlig kostenlos für KlientInnen offeriert. (vgl. Caritas der Diözese St. Pölten 2019: o.A.)

■ G5 Substanzmissbrauch – Situationsdarstellung und Versorgung im politischen Bezirk Melk

Die Präsenz der Thematik zeigt sich in der Vielzahl an Schlagzeilen in regionalen Medien, welche die Drogenthematik des Bezirkes beschreiben. Die Leitung des Hilfswerk NÖ beschreibt die Problematik vor allem bei Jugendlichen zwischen zwölf und 15 Jahren (vgl. Hairer 2016: o.A.) Die Zunahme von Drogenkonsum im Bezirk wird in den Befragungen auch von einem/r AllgemeinmedizinerIn verdeutlicht, wie sich in der Auswertung der Interviews zeigt (vgl. Alkohol- und Substanzmissbrauch). Der Bedarf an Suchtberatungen wird derzeit im Bezirk Melk durch eine Suchtberatungsstelle der Caritas Diözese St. Pölten abgedeckt. Dabei bieten zwei Mitarbeiter Beratung für Menschen mit „problematischem bis hin zu abhängigem Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, deren Angehörige bzw. deren soziales Umfeld“ (Caritas der Diözese St. Pölten 2019c: o.A.) Das Angebot umfasst dabei vor allem Einzelgespräche im Beratungszentrum. Teilweise einzelne Gruppenangebote werden durch Aushänge im Beratungszentrum bekanntgegeben (vgl. Caritas der Diözese St. Pölten 2019c: o.A.)

■ G6 Darstellung der Versorgungssituation anhand einer Beispielregion im politischen Bezirk Melk

Die Versorgungssituation des politischen Bezirks Melk wurde in der kategorischen Auswertung der Interviews zum Teil sehr unterschiedlich betrachtet. Zur Verdeutlichung der vorhandenen Lücken und Grenzen im politischen Bezirk Melk wird der Bedarf an einem zusätzlichen Versorgungsangebot analysiert und aufgezeigt. Der Bezirk Melk kann dabei in versorgungsstarke (Hotspots) sowie versorgungsschwache Regionen unterschieden werden. Primär ist bei der Implementierung einer neuen Versorgungsinstanz darauf zu achten, dass versorgungsschwache Regionen verstärkt Zugang zu Versorgung ermöglicht werden kann. Als Beispielregion wird hier ein Zusammenschluss aus fünf Gemeinden präsentiert, welcher im Rahmen der Forschungsarbeit von der Gruppe definiert wurde. Diese Region stellt die Region *Melk Nord-West* dar. Sie umfasst dabei die Gemeinden *Dorfstetten*, *Yspertal*, *St. Oswald*,

Nöchling und Hofamt Priel. Die Gesamtbevölkerung der Region beträgt 6440 in den Gemeinden gemeldete EinwohnerInnen. Die Fahrtzeit mit dem Auto beträgt je nach Ortschaft zwischen 21 und 46 Minuten in die Bezirkshauptstadt. Eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmittel ist zum Teil nicht möglich (vgl. G4 Mobilität).

In der Region Melk Nord-West finden sich in der Gemeinde Yspertal das *Pflegezentrum Yspertal* sowie eine Mutter-Eltern Beratung. In St. Oswald sowie Nöchling befindet sich eine Mutter-Eltern Beratung. In Hofamt Priel befindet sich ebenso eine Mutter-Eltern Beratung, ein Eltern-Kinder Zentrum des Hilfswerkes, *Hilfe und Pflege daheim* des Hilfswerkes sowie eine Logopädin. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung sind zwei AllgemeinmedizinerInnen in der Regionen (St. Oswald und Yspertal) tätig. Die Notfallversorgung wird durch zwei Rettungsstationen des Roten Kreuzes abgedeckt. Diese befinden sich in den Gemeinden St. Oswald und Yspertal. (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2019: o.A.) Die Angebote reduzieren sich am Wochenende auf die Notfallversorgung, sofern keiner der beiden ortsansässigen ÄrztInnen Wochenend-Bereitschaftsdienst zum Anlassdatum anbietet. Die Angebote des Hilfswerkes sind werktags bis Freitag mittags erreichbar. Das rund um die Uhr besetzte *Pflegezentrum Yspertal* bietet jedoch die Möglichkeit einer Kurzzeit- und Übergangspflege. Das bedeutet, dass im Fall einer Erkrankung des/r pflegenden Angehörigen, oder bei einem Erholungsurlaub eine Kurzzeitpflege von bis zu sechs Wochen angeboten werden kann. (vgl. Pflegezentrum Yspertal 2019: o.A.) Bezugnehmend auf dieses Angebot wurde am 16.8.2019 telefonisch eruiert, dass es nicht möglich sei, diese Betreuung akut zu übernehmen. Es bedarfe eines Antrags an die Bezirkshauptmannschaft im Vorhinein sowie einer Zuweisung dieser. Zudem gäbe es eine lange Warteliste. Die psychosoziale Versorgung der Region ist derzeit kaum gegeben. Betroffene Personen müssen zudem mobil sein, um selbst in die Bezirkshauptstadt zu gelangen, da oftmals keine Verbindung mit öffentlichen Verkehrsmittel existent ist. Durch die Reduzierung des (geringen) Versorgungsangebotes in der Regionen zu Out of Hours-Zeiten auf den Notruf, sind Personen in dieser Region auch bei nicht akut medizinischen Problemlagen dazu gezwungen, Hilfebedarf beim Notruf zu kommunizieren. Durch diese Gegebenheit kann im politische Bezirk Melk die flächendeckende Versorgung nicht allgemein als gegeben und ausreichend bezeichnet werden.

5.2.8 H Wünsche an ein CRT – Zusammenfassende Empfehlungen für ein CRT im politischen Bezirk Melk

Ausgehend von den dargestellten Kategorien im politischen Bezirk Melk ergeben sich zahlreiche Bedarfe einer neuen Versorgungsinstanz als Ergänzung zu bestehenden Angeboten. Zusammenfassend sind im politischen Bezirk Melk derzeit folgende Grenzen und Lücken erkennbar:

- Out of hours: Reduktion der vorhandenen Versorgungsinstanzen auf den Notruf außerhalb von Geschäftszeiten
- Hochschwelligkeit der Angebote: Zahlreiche Angebote verfügen über Zugangsvoraussetzung
- Keine niederschwellige Erwachsenensozialarbeit

- Mobilität von und zu KlientInnen
- Zunehmender Pflegebedarf

Aus diesem Grund können durch die Ist-Darstellung des Bezirks Melk Wünsche und Bedarfe an ein CRT abgeleitet werden.

- H1 Personelle Ressourcen – Interdisziplinarität in einem CRT

Der zunehmende Pflegebedarf kann durch den Mangel an Pflegekräften kaum bewältigt werden. Ein zusätzliches, ressourcenschonendes Angebot ist im politischen Bezirk Melk aufgrund zukünftiger Herausforderungen unabdingbar. Der Bedarf zeigt dennoch auf, dass ein CRT als adäquate Reaktion auf vorhandene Herausforderungen im politischen Bezirk Melk mit Pflegekräften agieren muss. Dabei ist auf Professionalität dieser zu achten. Zur Unterstützung in psychosozialen Problemlagen zeigt sich, dass es einer sozialarbeiterischen Logik bedarf, weshalb ein interdisziplinäres Team das passendste Angebot auf die Bedarfe der Bevölkerung des politischen Bezirk Melk darstellt. Eine große Ressource in der Versorgung durch ein CRT können, wie beispielsweise im Pflege- und Betreuungszentrum Melk, ehrenamtliche MitarbeiterInnen darstellen.

- H2 Art der Anbindung und Vernetzung – CRT als Ergänzung der vorhandenen Versorgungslandschaft

Wie sich in der Darstellung der Versorgungslandschaft gezeigt hat, weist der Bezirk eine Vielzahl an Angebotskategorien auf und kann damit viele Problematiken zu Geschäftszeiten abdecken. Eine Anbindung, beziehungsweise eine enge Vernetzung mit den vorhandenen Angeboten ist für eine ressourcenschonende Arbeit von großer Bedeutung. Es obliegt dem CRT nicht als Konkurrenz, sondern als Kooperationspartner an die vorhandene Versorgungslandschaft heranzutreten. Je nach Standort des CRTs im Bezirk sind unterschiedliche VernetzungspartnerInnen zu beachten. Während in der Stadt Melk eine Anbindung an ein bereits vorhandenes psychosoziales Angebot andenkbar ist, ist es in der Beispielregion *Melk Nord-West* möglicherweise sinnvoll, das CRT an die Gemeindeämter anzubinden, da kein Angebot vorhanden ist, welches eine Vielzahl an möglichen KlientInnen erreicht. Eine enge Vernetzung mit der Bezirkshauptmannschaft Melk ist zudem anzudenken, da die Aufgabenbereiche der allgemeinen Erwachsenensozialarbeit dieser obliegt, jedoch oftmals mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden ist, oder aufgrund fehlender Kapazitäten schwer für die Erwachsenensozialarbeit erreichbar ist.

- H3 Inhaltliche Aufgaben und Angebote – CRT als Reaktion auf Lücken der gegebenen Versorgungslandschaft

Eine weitere Problematik ist, dass viele vorhandene Angebote über Zugangsvoraussetzungen verfügen und auf eine spezielle Zielgruppe ausgerichtet sind. Dadurch können Personen im politischen Bezirk Melk nicht immer davon ausgehen, die vorhandene (zum Teil auch passende) Versorgung in Anspruch nehmen zu können. Es fehlt an einem niederschweligen Angebot, welches vor allem Erwachsenensozialarbeit anbietet, da der politische Bezirk Melk derzeit dahingehend kaum Ressourcen und Kapazitäten aufweist. Die Niederschwelligkeit ist dabei aufgrund der derzeitigen Versorgungslandschaft mit zahlreichen Zugangsvoraussetzungen nicht gegeben. In Out

of Hours-Zeiten reduziert sich zudem das vorhandene Angebot auf den Notruf, wodurch Menschen am Wochenende, beziehungsweise nachts dazu gezwungen werden, den Notruf im Bedarfsfall zu tätigen. Der politische Bezirk Melk braucht demnach ein rund um die Uhr erreichbares Versorgungsteam um psychosoziale Problemlagen adäquat, ergänzend zu vorhandenen Angeboten abdecken zu können.

Die Thematik der Mobilität ist die wohl einflussreichste auf die Möglichkeit des Erhalts von adäquater Versorgung. Der Wohnort ist für die Versorgung von manifester Bedeutung. Die schleppend ausgebaute öffentliche Verkehrsanbindung erschwert den Zugang zu Hilfeleistungen. Es existieren kaum mobil tätige Angebote beziehungsweise kein Angebot, welches aufsuchende Erstgespräche anbietet. Ein CRT im politischen Bezirk Melk muss Möglichkeiten zur Überbrückung der Mobilitätsgrenze anbieten. Dabei obliegt es dem Team, Mobilität von und zu KlientInnen zu gewährleisten.

6 Konzeptionierung eines Community Response Team-Modells

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

6.1 Einleitung

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Wie kann ein gemeinwesen- und primärversorgungsorientiertes Projekt, welches im Rahmen oder mindestens in Kooperation mit dem Rettungsdienst arbeitet, im ländlichen Raum konzipiert werden?

Ein multiprofessionelles, mobiles Team, welches sowohl in den Logiken des Rettungs-Gesundheits- als auch Sozialwesens agiert und von den Menschen vor Ort für die Menschen vor Ort (Community Response) gemacht wird und welches niederschwellige Hilfestellungen bietet und die psychosoziale Versorgung organisiert, die im Gesundheits- und Rettungswesen nicht vorgesehen ist, kann die Antwort sein.

Beim vorliegenden Modell eines Community Response Teams (CRT) handelt es sich um eine theoretische Gedankenkonstruktion, die wir – das Autorinnenteam – anhand der durch die Interviews gewonnenen Erkenntnisse sowie einer intensiven Literaturrecherche erarbeitet haben. Es hat seine Basis im Notruf Niederösterreich (NNÖ). Des Weiteren gibt es CRT-Regionalteams, welche wir beispielhaft am politischen Bezirk Melk darstellen werden.

Durch die Implementierung in die Strukturen des NNÖ ist es möglich, im Rahmen des Rettungswesens zu agieren und zugleich die jeweilige Regionalsituation zu nutzen. Dadurch ist es möglich, die Ressourcen, die die jeweilige Region hat, mit den Ressourcen des Notrufs zu kombinieren.

Das hier entwickelte Konzept ist als Blaupause gedacht. Wenn es in der Region Melk umgesetzt und gut angenommen wird, kann es in den anderen Regionen Niederösterreichs ebenfalls implementiert werden, bestenfalls gibt es in einer letzten Ausbaustufe in allen Bundesländern Österreichs CRTs, wobei diese jeweils an die jeweilige (Landes-)Struktur und vorhandenen Lücken und Möglichkeiten angepasst sind.

Die Arbeit im niederschweligen, gemeinwesenorientierten Bereich ermöglicht sowohl die Fallübernahme als auch die Fallübergabe an höherschwellige Angebote (z.B. Weiterleitung an den PSD, die BH, an ÄrztInnen, Krankenhäuser oder andere Institutionen).

Durch die Verbindung von Sozialarbeit und Pflege ist es möglich, zur Lösung sozialer Probleme bei vordergründig medizinischen Indikationen beizutragen, in dem mit dem bio-psycho-sozialen Ansatz gearbeitet wird. Menschen mit Multiproblemlagen können vor Ort im Rahmen des Case Managements unterstützt werden, die Grundsicherung von Menschen vor Ort kann durch Beratung, Begleitung und Unterstützung (z.B. bei Antragstellung) sichergestellt werden.

6.2 Ausgangslage und zu schließende Versorgungslücken durch ein CRT

Krähan Lisa

Wie durch die Vorgänger-Projekte (Vorangegangene Forschungsarbeiten) sowie in der Kategorie C – *Rettungsdienst als scheinbar einzige Versorgungsinstanz* ersichtlich wurde, sind viele Fälle des Rettungs- und Gesundheitswesens solche ohne akutmedizinische Indikation. Aufgrund der Garantenstellung und der inhärenten Logik des Rettungswesens werden diese Fälle dennoch bedient, da scheinbar keine anderen verfügbaren Lösungsoption gegeben sind. Die Bedienung erfolgt aber ausschließlich durch akutmedizinische Maßnahmen bzw. den Transport in eine Krankenanstalt, obwohl erkannt wird, dass dies wahrscheinlich nicht die benötigte Lösungsoption ist. Es braucht dementsprechend eine Instanz, an die solche Fälle von der Rettung verwiesen werden können, um der genannten Garantenstellung gerecht zu werden, ohne aber unnötig Ressourcen zu blockieren.

Doch aufgrund der hohen Frequentierung des Rettungs- und Gesundheitswesens haben diese Bereiche stark damit zu kämpfen, ihren eigenen Ansprüchen gerecht zu werden (Rettungsdienst: so schnell wie möglich (innerhalb von Minuten) am Einsatzort sein und Akuthilfe leisten, Gesundheitswesen: Fokus auf medizinische Problemlagen mit dem Ziel der adäquaten medizinischen Versorgung der/des Einzelnen), wie im Problemaufriss ausgeführt (Problemaufriss).

Im ländlichen Gebiet kommt dazu, dass aufgrund der infrastrukturellen Gegebenheiten kleine Problemlagen zu großen Hürden werden können. So ist es z.B. in vielen Gegenden in Melk ohne Auto nicht möglich, sich selbst zu versorgen, was heißt, dass Menschen, die über kein Auto bzw. keinen Führerschein verfügen und keine entsprechende Ressource in ihrem Umfeld auf tun können, auf Unterstützung angewiesen sind, da soziale und gesundheitsbezogene Angebote auf wenige Orte in Melk konzentriert sind (Gegebenheiten in der Versorgungssituation). Zudem steigt der Pflegebedarf, ohne dass entsprechend viele Pflegekräfte vorhanden sind. (vgl. G2 Pflege – Mangel an PflegerInnen)

Im Folgenden werden die Versorgungslücken, welche im Kategorie-Kapitel (vgl. G Versorgungslücken) ausgearbeitet wurden, in Bezug auf eine CRT-Konzeption herangezogen und darauf aufbauend wird das Konzept vorgestellt.

6.2.1 G6 Versorgungssituation

Wie sich in der Kategorie G6 *Versorgungssituation* herausstellte, ist die Sicht auf die (psychosoziale) Versorgungssituation sehr unterschiedlich und kommt stark auf das eigene Arbeitsfeld, die Position sowie die Verweisungsmöglichkeit an. Während aus Politik- und Polizei-Perspektive die Versorgungssituation im Allgemeinen als „gut“ beschrieben wird, da Polizei, Rettung und Feuerwehr ständig erreichbar seien, sehen MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Sozialbereichs durchaus Verbesserungsbedarf. Die Unterschiede in der Versorgungssituation im Bezirk wird auch vom politischen Interviewpartner wahrgenommen und in der Analyse im Melk Kapitel (vgl. Gegebenheiten in der Versorgungssituation) bestätigt. Das heißt, die psychosoziale Versorgung hängt vom jeweiligen Themenfeld und Ort ab. Ein flächendeckender, gleichberechtigter Zugang zu psychosozialen Versorgungsinstanzen ist nicht gegeben, wie im Kap. Melk (vgl. D Psychosozial – Versorgungslandschaft hinsichtlich psychosozialer Indikationen im politischen Bezirk Melk) aufgezeigt wurde.

Wird die dort beschriebene Beispielregion Melk Nord-West mit den fünf Gemeinden Dorfstetten, Yspertal, St. Oswald, Nöchling und Hofamt Priel herangezogen (vgl. G6 Darstellung der Versorgungssituation anhand einer Beispielregion im politischen Bezirk Melk), ist es EinwohnerInnen zum Teil schwer möglich in die Bezirkshauptstadt zu kommen und die Versorgungslage kann in psychosozialen Belangen, vor allem auch während der Out of Hours-Zeiten als marginal bezeichnet werden, da z.T. nur die Notrufnummern erreichbar sind.

Das heißt, es sollte möglich sein, dass neben dem Notruf auch die Polizei und die Feuerwehr ein CRT bei Bedarf hinzuziehen bzw. an dieses Verweisen können. Bei der Bedarfserhebung müssen die psychosozialen Versorgungslücken im Fokus stehen, damit keine Angebotsdopplung, sondern eine Vervollständigung des Angebots im Zentrum steht. Das heißt für unsere Beispielregion, dass die Kurzzeitpflegeangebote gegebenenfalls schon über das Pflegezentrum Yspertal abgedeckt sind und deshalb vor allem eruiert werden müsste, ob hier das Schnittstellenmanagement zwischen inpatient- und outpatient-Angeboten ausreichend gestaltet ist, oder wie das CRT unterstützend eingreifen kann.

6.2.2 G1 Out of Hours-Problematik und rund um die Uhr-Erreichbarkeit

Es braucht ein Team, das rund um die Uhr erreichbar ist, da gerade die psychosoziale Versorgungslandschaft zu Tagesrand- und Nachtzeiten nicht erreichbar ist (vgl. Out of Hours). Dies betrifft sowohl telefonische, persönliche als auch gesundheitsbezogene Dienstleistungen. Wenn nötig sollte das CRT den Betroffenen auch vor Ort und in vertrauter Umgebung (zum Beispiel bei ihnen zu Hause) Unterstützung bieten, da eine telefonische Auskunft oder Betreuung (vor allem in psychosozialen Belastungssituationen) nicht immer ausreichend ist. Auch wenn das CRT Institutionen, die nicht in der Nacht erreichbar sind, nicht ersetzen kann, kann hier gegebenenfalls durch akute Intervention vorübergehend Abhilfe geleistet werden und weitergehend an

die entsprechende Institution vermittelt³⁸ werden. Dies kann aus Sicht einer unserer InterviewpartnerInnen auch stationäre Krankenhausaufenthalte verhindern, was sich wiederum entlastend auf das Gesundheits- und Rettungswesen auswirken würde.

Wenn es zudem möglich ist, bestimmte AnsprechpartnerInnen aus der Versorgungslandschaft durch ein CRT erreichbar zu machen bzw. mit ihnen zu kooperieren (z.B. HausärztInnen, TherapeutInnen usw.), können weitere Fälle vor der Hospitalisierung abgefangen werden. Dies kommt aber auf die Einzelpersonen in dem jeweiligen Wirkungsbereich des CRTs an.

6.2.3 G2 Pflege

Im Bereich Pflege ist vor allem die Erreichbarkeit der mobilen Hauskrankenpflege sowie die Möglichkeit, diese akut zu implementieren, von Bedeutung, wie anhand der Kategorie H2 dargelegt wurde.

Vor allem beim kurzfristigen Ausfall von Betreuungspersonen bzw. in Überforderungssituationen wäre dies notwendig. Die mobile Hauskrankenpflege kann nicht zu den *Out of Hours*-Zeiten akut angefordert werden, da es erst ein Einschätzungsgutachten sowie ein Aufnahmeverfahren etc. braucht, welches einige Tage in Anspruch nimmt. Die Menschen werden in dem Fall in ein Krankenhaus eingeliefert (mit medizinischer oder sozialer Indikation).

Es kann in der von uns gewählten Beispielregion Melk Nord-West auch eine Kooperation mit dem Pflegeheim Yspertal eingegangen werden, die Akutbetreuungen ohne Zugangshürden (G6 Darstellung der Versorgungssituation anhand einer Beispielregion im politischen Bezirk Melk) ermöglicht. Diese Möglichkeit hängt sowohl von der BH als auch den weiteren zahlenden Stellen sowie den Kapazitäten des Pflegeheims ab.

Um aus dem Akut-Angebot kein Regelangebot zu machen (das KlientInnen dauerhaft nutzen können), muss das Angebot der Akut-Pflege stark begrenzt werden. Eine Option ist, dass das Angebot nur einmal pro Jahr und KlientIn für längstens drei Tage (72 Stunden) genutzt werden kann. Dieser Zeitraum ist ausreichend, um eine Hauskrankenpflege zu beantragen und zu implementieren.

Durch die rund um die Uhr-Bereitschaft einer/eines DGKP sollten viele Hospitalisierungen durch Akut-Maßnahmen schnell verhindert werden können, ohne dass es eines Rettungseinsatzes bedarf. Zudem kann dadurch ein Überblick über die Gesamtpflegesituation vor Ort gemacht werden und ggf. Hilfsleistungen (z.B. Antragstellung zur mobilen Hauskrankenpflege o.Ä.) eruiert werden.

³⁸ Hier geht es nicht nur um die Vermittlung eines Kontaktes, sondern um das Begleiten, bis die Person an der entsprechenden Institution andocken konnte und ggf. die Beseitigung der entsprechenden Hürden.

Aus Versorgungssicht kann durch ein CRT auf Landesebene Lobbying für mehr Pflegefachkraft-Ausbildungsmöglichkeiten und Unterstützungen betrieben werden, wenn sich entsprechende Kooperationspartner wie das Hilfswerk (welches solche Ausbildungen anbietet) dafür finden. Hürden zur Ausbildung (wie z.B. Mobilitätshürden) können ggf. vom CRT gelöst werden.

Weiters kann auf der Landesebene durch eine Kooperation mit 1450 die Möglichkeit geschaffen werden, Fälle zum CRT zu triagieren, wenn eine persönliche Begutachtung sinnvoll erscheint.

6.2.4 G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit

Außerhalb der Bezirkshauptstadt gibt es in Melk derzeit kaum allgemeine, niederschwellige, gut erreichbare bzw. wohnortnahe sozialarbeiterische Erstanlaufstellen für Erwachsene mit psychosozialen Problemlagen. Dies ist auch anhand der bereits dargestellten Landkarten zur Gesundheits- und Soziallandschaft ersichtlich geworden. Doch wenn Menschen keine Hilfestellungen bekommen (können), potenzieren sich ihre Probleme oftmals. Derzeit ist die gängige Lösung eine Erwachsenenschutzanregung, wobei es dafür auch bestimmte Kriterien zu erfüllen gibt und es fraglich ist, ob der Erwachsenenschutz für alle die beste Option ist (vgl. G Versorgungslücken).

Menschen werden scheinbar vor allem vor zwei Hürden gestellt, wenn sie eine Unterstützungsleistung bei psychosozialen Problemlagen erhalten möchten. In der bestehenden Soziallandschaft muss zum einen die *richtige* Institution von KlientInnen erst gefunden werden, was eine gewisse Kenntnis der sozialen Versorgungsstrukturen voraussetzt. Zum anderen muss diese dann auch noch erreicht werden. Denn viele Institutionen bieten zwar generell Erwachsenensozialarbeit an, doch haben sich auf eine Zielgruppe spezialisiert und bieten daher allen anderen keine niederschwellige Beratung/Unterstützung. Zudem sind diese Institutionen meist nur in Melk-Stadt ansässig.

Es braucht eine mobile Erwachsenensozialarbeit, die auch in kleinen Ortschaften aufsuchende Erwachsenensozialarbeitsangebote anbietet. Kooperationen mit der BH und weiteren Institutionen (z.B. NÖGKK, PVA etc.) sollten ermöglichen, dass über das CRT ein Zugang zu den Hilfsressourcen erreicht wird. Mögliche Wege wären hier beispielsweise Anträge direkt an die BH übermittelt zu können oder dass MitarbeiterInnen der oben genannten Institutionen mitfahren und so der Weg in die Bezirkshauptstadt für Menschen entfallen kann. Bestenfalls können dadurch sowohl Ressourcen der BH als auch der bedürftigen Menschen geschont werden.

Auch ohne Kooperationen ist ein niederschwelliges Erwachsenen-Sozialarbeits-Beratungsangebot möglich, da es oftmals *nur* um Antragstellungshilfe und Beratungsleistungen geht. Wenn das Angebot gut angenommen wird, können Kooperationsangebote wiederholt werden.

6.2.5 G4 Mobilität

Das Thema Mobilität betrifft sowohl die Mobilität des CRT-Teams als auch die Mobilitätsmöglichkeiten der EinwohnerInnen und potenziellen KlientInnen. Das CRT sollte physisch erreichbar sein, da Räumlichkeiten oftmals hilfreich (z.B. bei administrativen Tätigkeiten, für die Erreichbarkeit und mögliche Angebote) und als neutraler Raum in der Beratung genutzt werden können. Zudem muss ein CRT, vor allem wenn es im ländlichen Raum gedacht wird, mobil agieren können. Dies betrifft sowohl aufsuchende als auch nachgehende Tätigkeiten, ebenso wie klientInnenspezifische (z.B. Pflegefall) als auch unspezifische (z.B. Beratungsstunden) Angebote. Mobile Angebote ermöglichen zudem in kleineren Ortschaften Präsenz zu zeigen (z.B. durch mobile Angebote, die in bestimmten Zeitabständen gemacht werden) ohne selbst dort Räumlichkeiten unterhalten zu müssen.

Mobilitätsmöglichkeiten von EinwohnerInnen sind durch die infrastrukturellen Gegebenheiten sowie persönlichen Ressourcen (Führerschein, Auto, Bewegungsmöglichkeiten) gekennzeichnet und können ebenfalls durch entsprechende Angebote und Interventionen des CRTs verbessert werden.

6.2.6 G5 Fehlender Umgang mit Betroffenen von Substanzmissbrauch

Es zeigt sich, dass im Bereich des Substanzmissbrauches ein Handlungsbedarf besteht, der derzeit nicht gedeckt ist. Ob ein CRT hier Abhilfe schaffen kann, kommt stark auf die Umsetzung und die Kooperationsmöglichkeiten an, sowie der Bereitschaft der Betroffenen zur Zusammenarbeit ab. Mindestens kann den KlientInnen der Zugang zu Suchthilfe-Institutionen zumindest angeboten werden. Wenn die Betroffenen keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen, kann mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld der gearbeitet werden. Weiters kann das Thema vom Basis-CRT zum Schulungsinhalt bzgl. des Umgangs damit durch Rettungskräfte genutzt werden, um Möglichkeiten und Grenzen außerhalb des Rettungswesens zu vermitteln.

6.2.7 Indikationen und Nicht-Indikationen, die sich aus dem Versorgungslücken ergeben

Als Indikationen für ein CRT ergeben sich aus den genannten Versorgungslücken:

- Überbrückung der Out of Hours-Zeiten bei niederschweligen sozialen, pflegerischen Bedarfen
- Kurzfristiger Pflegebedarf
- Mobile Bedarfe
- Burn-Out
- Mobile Bedarfe

Nicht-Indikationen:

- Spezialisierte Problemstellungen (Sucht, Obdachlosigkeit, Gewaltschutz etc.)
- Psychiatrische Problemlagen

- Akut-Medizinische Problemlagen
- Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe
- Behördliche Tätigkeiten

6.3 Grundlagen

Krähan Lisa

Nach Ausführung der erkannten Versorgungslücken im politischen Bezirk Melk werden im Folgenden einige Grundlagen zur Konzeption eines CRTs ausgeführt, um den fachlichen Kontext herzustellen.

Wie schon in den Kontextbegriffen aufgezeigt, ist die gemeinwesenorientierte Sozialarbeit eine Grundlage der Community Response-Konzeption. Diese Form der Sozialarbeit setzt stark auf ehrenamtliche Arbeit als Ressource (vgl. E Ehrenamtlichkeit). Doch gerade im Sozialbereich und im Gemeinschaftsleben geht es oftmals um Beziehungen und kleine *Gefälligkeiten*, die das Leben erleichtern und dennoch meist nicht direkt (finanziell/materiell) abgegolten werden (vgl. NachbarInnenschaftsarbeit). Aktive Zivilgesellschaft und *BürgerInnenschaftliches Engagement* sind unerlässlich für das Bestehen eines CRTs (vgl. Gemeinwesenarbeit). Dem wollen wir eine Plattform bieten, aber auch die Grenzen aufzeigen. Denn Zivilgesellschaft und Engagement darf nicht gleichgesetzt werden mit Kostenersparnis und unbezahlter Arbeit. Da es eben auch nicht um die Ökonomisierung dieser Tätigkeiten geht, haben wir in der CRT-Konzeption bestimmte Aufgaben den professionellen MitarbeiterInnen zugedacht, während andere von Ehrenamtlichen übernommen werden können.

Weiters setzt das CRT auf Methoden und Prinzipien des Case Managements um zu gewährleisten, dass die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und ProfessionistInnen auch bedeutet, dass letztere die Gesamtübersicht und die Arbeitsverteilung vorbehalten bleibt.

Eine weitere Grundlage unseres Projektes stellt die Primärversorgungsstrategie (vgl. Primärversorgung als niederschwelliger Zugang zum Gesundheits- und Sozialwesen), welche im Rahmen der Gesundheitsreform entwickelt wurde und derzeit in Österreich implementiert wird, dar, da diese die Sozialarbeit mitbetont und zudem das Gesundheitswesen in einem neuen Stufenbau darstellt. Dies ist für uns ein Anzeichen dafür, dass in Österreich die Überlegungen zum bio-psycho-sozialen Bereich anerkannt werden und in der Gesundheitsversorgung mitbedacht werden.

Zu guter Letzt kann ein CRT nur mit Menschen arbeiten, die dieses Angebot freiwillig in Anspruch nehmen (vgl. Kategorie F, 4.2.6), da es sich bei der CRT-Arbeit um keine Arbeit im Zwangskontext handeln soll.

Das CRT arbeitet nachgehend (vgl. Aufsuchende und nachgehende Soziale Arbeit) Das heißt, dass die KlientInnen begleitet werden, bis sichergestellt ist, dass sie woanders angebunden (=angekommen) sind. Gegebenenfalls kann dies auch bedeuten, dass

KlientInnen mehrfach aufgesucht werden, auch wenn sie anfangs eine Betreuung ablehnen. Das heißt, das CRT betreut die, die sich betreuen lassen (wollen). Hat eine Person aber Reize gesetzt, die zeigen, dass Hilfe benötigt wird, wie dies z.B. bei Heavy Usern der Fall ist, kann das Angebot zur Betreuung und Hilfe mehrfach gestellt werden, im Sinne einer nachgehenden Betreuung – wobei dennoch darauf zu achten ist, dass eine Ablehnung anzuerkennen ist. Rufen die Heavy User aber beispielsweise täglich bei der Rettung an, kann diese neben dem Rettungsmittel auch das CRT alarmieren, sodass beide Hilfsangebote gemacht werden, wobei die Angebote des CRTs klarerweise nicht angenommen werden müssen. Auch sollte das CRT bei dem plötzlichen Ausbleiben von Heavy User-Anrufen diese kontaktieren, um zu überprüfen, ob es etwas passiert ist.

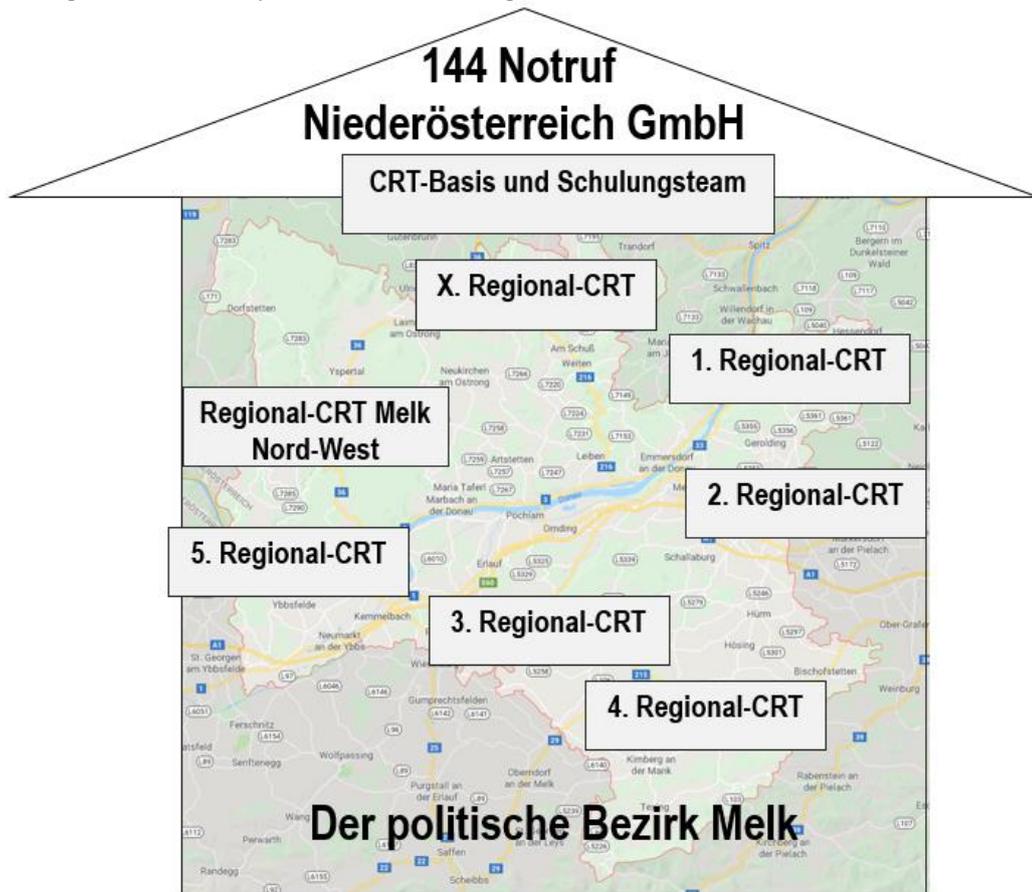
Wird das CRT hingegen nicht von dem/der Betroffenen selbst, sondern von jemanden aus dem Umfeld gerufen, kann und soll es zwar weiterhin nicht gegen den Willen der/des Betroffenen betreuen, die Betreuung aber der/dem MelderIn anbieten und so ggf. entlastend in die Situation eingreifen. Dies ist vor allem bei Substanzmissbrauchsproblematiken zu beachten, da hier oftmals nicht die Betroffenen selbst melden.

6.4 Aufbau

Nix Sophie

Das Community Response Team agiert unserer Vorstellung nach im Bundesland Niederösterreich sowohl auf Notruf- (NNÖ-Reichweite) als auch auf Regionalebene.

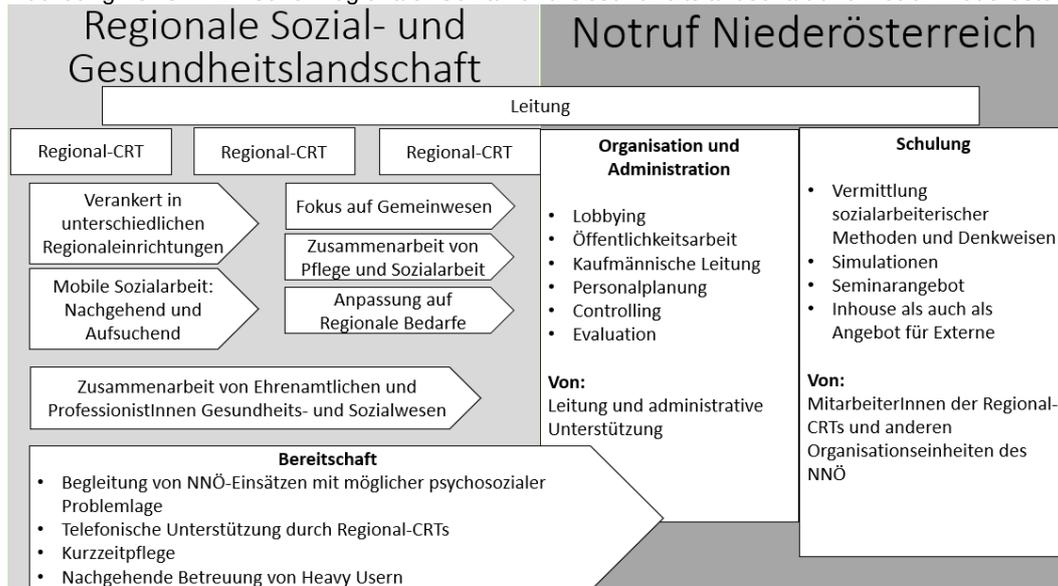
Abbildung 17: Zusammenspiel CRT-Basis und Regional-CRTs



Quelle: eigene Darstellung

Es handelt sich um eine Organisationsstruktur, in der mobil und standortbasiert zugleich agiert werden kann. Das CRT ist in den Strukturen des Rettungswesens ebenso verankert wie in den jeweiligen Regionen. Die Leitung und Koordinierung ist in die Strukturen des *Notruf Niederösterreich (NNÖ)* integriert und hat einen Sitz in dessen Zentrale. Zusätzlich existieren Regionalteams, die die KlientInnen und BürgerInnen in den einzelnen Regionen betreuen bzw. beraten und Angebote im Gesundheits- und Sozialbereich stellen.

Abbildung 18: CRT zwischen regionaler Sozial- und Gesundheitslandschaft und Notruf Niederösterreich



Quelle: eigene Darstellung

Die Konzeption des CRTs beinhaltet starke Vernetzungs-, Vermittlungs- und Koordinationsansprüche. Während der Notruf (144), die Gesundheitsberatung (1450), der Ärztekundendienst (141) sowie das AKUTteam vorwiegend an das CRT verweisen, ist es ein Anliegen dieser Konzeption, vor allem die Kooperationen zwischen den Organisationseinheiten zu stärken. Dies soll einerseits durch Schulungen möglich werden, andererseits soll die Möglichkeit geschaffen werden, personelle Überschneidungen zu fördern, sodass ein/e MitarbeiterIn z.B. zu 50% bei der telefonischen Gesundheitsberatung und zu 50% im CRT tätig ist. Dadurch soll die Vernetzung der Organisationen auf personeller Ebene gefördert werden, was dem Wissenstransfer förderlich ist. Zudem wird dem DGKP-Mangel in Österreich damit Rechnung getragen und den MitarbeiterInnen die Möglichkeit gegeben, in unterschiedlichen, aber verwandten Kontexten zu arbeiten.

6.4.1 Community Response Team-Basis im Notruf Niederösterreich

Abbildung 19: Notruf Niederösterreich GmbH



Quelle: eigene Darstellung

Der Standort im Notruf Niederösterreich dient der Möglichkeit der Infrastrukturnutzung durch die MitarbeiterInnen des CRTs sowie der Schulung von MitarbeiterInnen des NNÖ, und gegebenenfalls später weiteren (Rettungsdienst-)MitarbeiterInnen anderer Organisationen. Die Erfahrungen des AKUTteams werden hierbei besonders zu berücksichtigen sein, da hier in den letzten Jahren schon eine Expertise im psychosozialen Bereich des Rettungswesens aufgebaut wurde. Eine enge Zusammenarbeit mit dem AKUTteam ist voraussichtlich aufgrund der Aufgabenbereiche förderlich für Synergien und fördert Überweisungen und Kooperationen, da das AKUTteam einige Aufgabenbereiche, wie z.B. die Übernahme der telefonischen Betreuung von Heavy Usern oder im Rahmen ihrer mobilen Betreuungsangebote bisher nur übernommen hat, wenn es keine andere Organisation in der Region gab, welche nun mit dem CRT geschaffen wird.

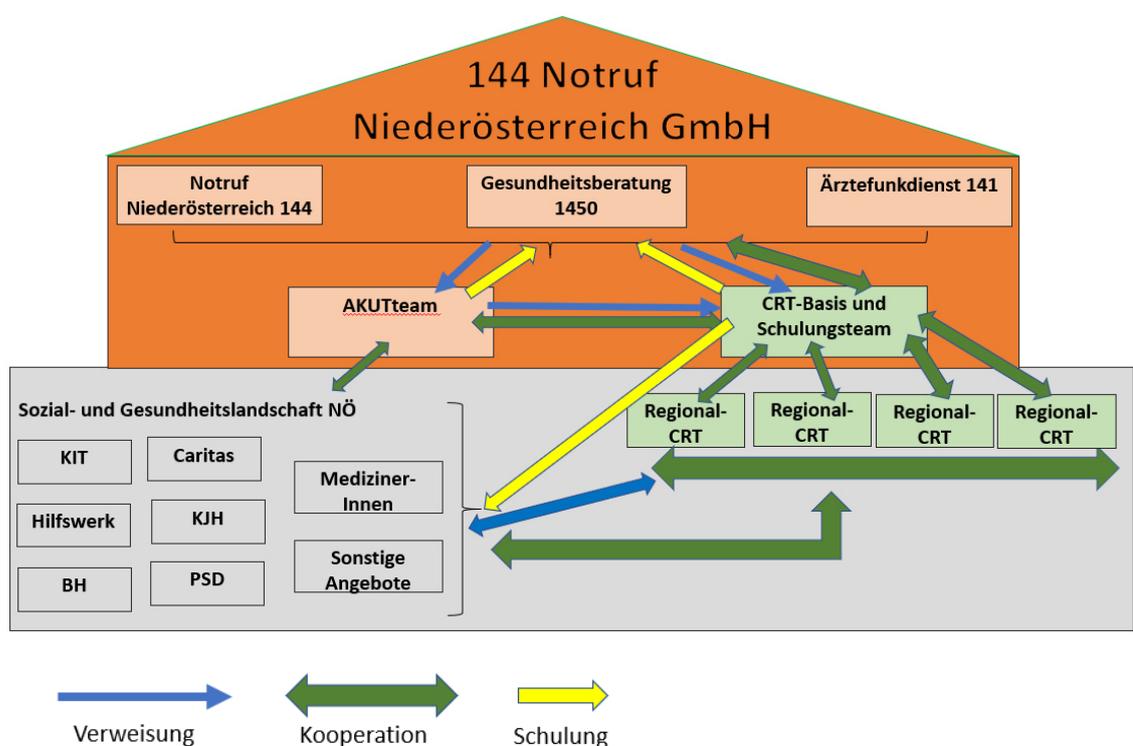
Durch die Kombination der beiden Aufgabenbereiche (Schulung und nachgereichte, gemeindenahе Sozialarbeit) können Synergien genutzt und Doppelgleisigkeiten bzw. Schnittstellenproblematiken erkannt und im Folgenden minimiert werden. Dabei kann sowohl die Rettungslogik (vgl. Rettungswesen) niederschwellig weitergelebt, als auch den der Rettungslogik folgenden MitarbeiterInnen die Prinzipien und Logiken der Sozialarbeit nähergebracht werden, statt Betroffene *nur* ins Krankenhaus zu fahren, was derzeit oftmals nicht die beste Lösung, sondern schlichtweg die einzige ist.

Das CRT ist, wie in der Grafik³⁹ ersichtlich wird, in der Logik des NNÖ, der Rettung, dem Ärztfunkdienst, dem AKUTteam und der Gesundheitsberatung gleichgestellt, in der

³⁹ Die Grafik ist bewusst so überladen gestaltet, um die vielfältigen Aufgaben aufzuzeigen, da dadurch ersichtlich wird, warum es eine Unterteilung zwischen CRT Basis und Regional-CRT benötigt und wie das Gesamtzusammenspiel funktioniert.

Verweisung hingegen nachgereiht. So können alle nicht akuten sozialarbeiterischen Aufgaben, welche nicht in die Kernaufgabenbereiche der Rettung oder des AKUTteams fallen, dem CRT weitertrigiert und von diesem bearbeitet werden. Gleichzeitig können die Erkenntnisse der Fallbearbeitung mit den Prinzipien der Sozialarbeit den RettungsmitarbeiterInnen und anderen betroffenen Berufsgruppen in Schulungen vermittelt werden. Dadurch ist es den nicht-sozialarbeiterisch Ausgebildeten möglich, schneller und effektiver soziale Problemlagen, die scheinbar von gesundheitlichen Symptomen überdeckt sind, zu erkennen und an die richtigen Stellen weiterzuvermitteln bzw. diese zu alarmieren. Wie in der nachstehend angeführten Grafik zu sehen, stellt das CRT somit eine Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Soziallandschaft der Region und dem Notruf Niederösterreich dar.

Abbildung 20: Verweisung, Kooperation und Schulung – CRT zwischen NNÖ und Sozial- und Gesundheitslandschaft in NÖ



Quelle: eigene Darstellung

6.4.2 Community Response Team – Regionalteams

Regionalteams sind in unserer Konzeption CRT-Organisationseinheiten, die einen Standort in einer bestimmten Region haben und dort agieren. Sie sind untereinander durch die CRT-Basis vernetzt und können so einen kontinuierlichen Wissens- und Erfahrungsaustausch betreiben. Jedes Regionalteam hat neben der Expertise der (nieder)österreichischen Soziallandschaft auch eine über die eigene Region, wie über den öffentlichen Verkehr, die ÄrztInnen- und soziale Angebotslandschaft, aktive Freiwillige, Freiwilligenorganisationen, Bildungs- und Kinderbetreuungseinrichtungen, Lücken im Sozialsystem und besondere Bedürfnisse der AnwohnerInnen.

Bei der Standortsuche für Regional-CRTs sollten die Gegebenheiten der jeweilig vorliegenden Sozial- und Gesundheitslandschaft beachtet werden. Eine Kooperation mit unterschiedlichen PartnerInnen aus der Landschaft ist sinnvoll, um einen angemessenen Ressourceneinsatz zu gewährleisten. Weiters sollte zwischen vorhandener und nicht vorhandener (Sozial-, Gesundheits- und Infra-) Struktur abgewogen werden: Einerseits sollte es keine – oder nur eine gering ausgebaute – erreichbare vorhandene Sozillandschaft geben, andererseits sollten vorhandene Ressourcen wenn möglich geteilt werden – zum Beispiel, wenn Räumlichkeiten von anderen Institutionen (z.B. Rettung, ansässige Vereine, Primärversorgungseinrichtungen o.Ä.) mitgenutzt werden können. So kann auf die Strukturen, Ressourcen und Expertisen der KooperationspartnerInnen zurückgegriffen werden, ebenso wie diese vom CRT-Angebot profitieren können.

6.5 Zielgruppe

Nix Sophie

Wir unterscheiden zwischen primärer Zielgruppe und sekundärer Zielgruppe. In die primäre Zielgruppe fallen alle Menschen einer bestimmten Einzugsregion in Melk, die durch die Regional-CRTs adressiert werden, wie unserer Beispielsregion Melk Nord-West. Besonders berücksichtigt werden hierbei alle, die verstärkt das Rettungs- und Gesundheitswesen adressieren (vgl. B Umgang mit Heavy Usern).

Die CRT-Basis hingegen adressiert unsere sekundäre Zielgruppe, die MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Rettungswesens. Diese sollen durch die CRT-Struktur eine neue Verweisungs- und Kooperationsstelle erhalten.

6.5.1 Primäre Zielgruppe: Regionale EinwohnerInnen

■ H2 Zu Pflegende und deren PflegerInnen

Wie in Kategorie H2 ausgeführt, sind zu Pflegende und deren PflegerInnen sowohl in Akut- als auch in Belastungssituationen derzeit nicht ausreichend versorgt bzw. gibt es keine spezialisierten Stellen, die niederschwellige Hilfestellungen in psychosozialen Belangen und vor allem vor Ort anbieten.

Vor allem durch den Fokus auf die zu Pflegenden sowie die PflegerInnen ist es möglich, Belastungserscheinungen frühzeitig zu erkennen, Hilfestellungen anzubieten und so Hospitalisierungen präventiv und akut zu vermeiden.

■ B Heavy User-Betreuung

Auch wenn uns keine exakten Zahlen zu Heavy Usern vorliegen, legen Erkenntnisse aus den vorherigen Projekten zu Verbindungen zwischen Rettungs- und Sozialwesen an der

FH St. Pölten⁴⁰ nahe, dass diese Gruppe besondere Anliegen an das Gesundheits- und Rettungswesen hat, denen diese eigentlich nicht gerecht werden können. Dennoch konnten alle InterviewpartnerInnen mit dem Begriff *Heavy User* belastende Situationen in Verbindung bringen, da eines der Probleme mit ihnen die inadäquate Nutzung gemeinschaftlicher Ressourcen darstellt. Gerade hier sollten CRT-Ressourcen mehrfach angeboten werden. Dennoch darf auch nicht vergessen werden, dass für eine erfolgreiche Zusammenarbeit die Freiwilligkeit eine notwendige Voraussetzung ist. Es zeigt sich, dass Heavy User, wie anfangs beschrieben, als gemeinsames Kriterium das wiederholte Anrufen haben – doch dass diese sich noch in Unterkategorien gliedern lassen können. Laut der Definition des Hauptverbandes (vgl. B Umgang mit Heavy Usern / B Umgang mit Heavy Usern – Versorgungsstrategien im politischen Bezirk Melk durch Polizei und psychosoziale Versorgungseinrichtungen) sind rund 155-304 Personen in Melk potenzielle Heavy User.

Ein CRT kann voraussichtlich nichts gegen mutwilligen Missbrauch von Notrufnummern ausrichten. Dennoch sollte auf die Gruppe der Heavy User ein besonderes Augenmerk gelegt werden, gerade wenn sie eine Weiterhilfe suchen, die ihnen nicht über die Notrufnummern bzw. die Gespräche vermittelt werden kann. Hier kann eine nachgehende Sozialarbeit einigen Heavy Usern andere Angebote machen, die bisher nicht gemacht werden konnten.

■ H3 EinwohnerInnen mit Bedarf an Erwachsenensozialarbeitsunterstützung

EinwohnerInnen mit einem Bedarf an Erwachsenensozialarbeit, welche nicht (ausreichend) bei einer anderen Institution angebunden sind bzw. eine solche nicht erreichen können, sollen sowohl Beratung als auch Unterstützung in Erwachsenensozialarbeitsbelangen erhalten.

■ D EinwohnerInnen mit psychosozialen Problemlagen

EinwohnerInnen mit psychosozialen Problemlagen, die sich direkt ans regionale CRT oder an eine Institution des Notruf Niederösterreich wenden (egal ob 144, 141, 1450, AKUTteam oder andere) und deren Problemlagen nicht (ausreichend) von der jeweiligen Notruf Niederösterreich-Institution gelöst werden können, können vom CRT im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten (vgl. Leistungen, Angebote, Aufgaben) betreut bzw. unterstützt werden.

■ EinwohnerInnen, die unter Einsamkeit oder sozialer Isolation leiden

EinwohnerInnen, die unter Einsamkeit und sozialer Isolation leiden, werden von uns als spezielle Kategorie angesehen, da hier besondere Lösungsoptionen angeboten werden können. Zum einen kann dies durch ehrenamtlichen/freiwilligen Mitarbeit im CRT-Kontext geschehen, zum anderen aber auch durch ehrenamtliche/freiwillige Besuchsbegleitungen oder andere Dienste, in deren Rahmen dann weitere Angebote gemacht werden können.

⁴⁰ vgl. dazu Masterthesen von Bastecky / Leier-Kriz / Mötzl / Wernitznig (2017) sowie Novosad / Wallner (2017)

- EinwohnerInnen mit weiteren Problemlagen, die von der Gemeinschaft bzw. in der Nachbarschaft gelöst werden können

In diese Zielgruppe fallen alle EinwohnerInnen, vor allem aber die EinwohnerInnen die Formen von kurzer oder niederschwelliger Unterstützung brauchen, die im Rahmen der Gemeinschaft erbracht werden können. So könnte z.B. im Rahmen des CRTs während der Ferienmonate eine Kinderbetreuung selbstorganisiert werden oder Einkaufsfahrten angeboten werden bzw. für NachbarInnen gekocht werden oder ähnliches. Dieser Bereich hängt stark vom BürgerInnenschaftlichen Engagement der EinwohnerInnen sowie den nachbarschaftlichen Organisationskompetenzen innerhalb des Regional-CRT ab.

6.5.2 Sekundäre Zielgruppe

Als sekundäre Zielgruppe sehen wir MitarbeiterInnen des Gesundheits- und vor allem Rettungswesens und ggf. in einer späteren Ausbaustufe auch der Polizei und Feuerwehr an, die wir mit unserem Schulungs-, Kooperations- und Verweisungsangebot erreichen wollen.

Das Schulungsangebot ermöglicht anderen Berufsgruppen sozialarbeiterische Methoden und Indikationen so zu vermitteln, dass bestenfalls psychosoziale Indikationen erkannt und entsprechend darauf reagiert wird (z.B. durch Verweis an die richtige Stelle).

6.6 Ziele

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

- Verringerung der Frequentierung des Gesundheits- und Rettungswesens
 - Etablierung neuer/anderer Lösungsoptionen im Gesundheits- und Rettungswesen (durch Schulungs- und Unterstützungsangebot) auf regionaler Ebene
- Stärkung des Gemeinwesens durch Nachbarschaftsarbeit sowie professionelle und ehrenamtliche Angebote
 - Förderung der Mobilitätsangebote
 - Durchführung von mobilen Angeboten (z.B. mobile Beratungsangebote, aufsuchende/nachgehende Sozialarbeit)
 - Angebot von ehrenamtlicher Mitarbeit
 - Angebot ehrenamtlicher Tätigkeiten für Hilfsbedürftige
 - Sozialarbeiterisches Beratungsangebot
 - Out of Hours-Angebot durch 24/7 Bereitschaft
 - Begleitungs- und Betreuungsangebote
- Förderung der Schnittstellenarbeit zwischen Gesundheits-, Rettungs- und Sozialwesen

- Zugang zu vorhanden Ressourcen (PSD, BH etc.) durch niederschwellige Unterstützungsmöglichkeiten
- Schulungsangebot für MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Rettungswesens in Bezug auf sozialarbeiterische Indikationen und Methoden sowie in Kombination mit pflegerischen Aspekten
- Aufsuchende und nachgehende Sozialarbeit inklusive pflegerischem Akutangebot
- Vernetzungstätigkeiten in der Gesundheits- und Soziallandschaft Melks und Niederösterreichs durch Case und Care Management-Ansätze

6.7 Leistungen, Angebote, Aufgaben

Nix Sophie

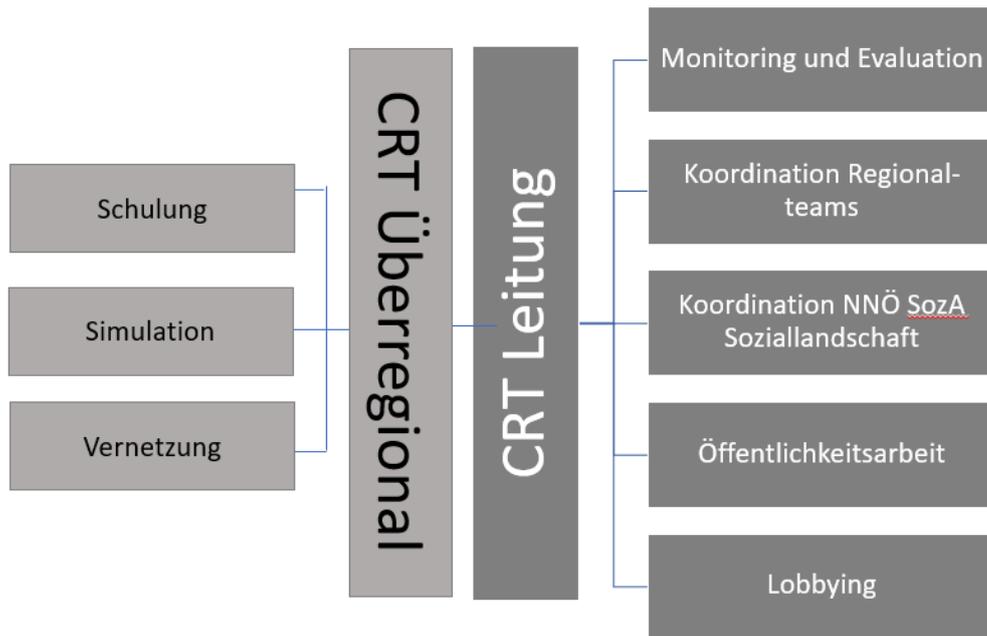
6.7.1 H3 Inhaltliche Aufgaben und Angebote

Das CRT-Angebot sollte sowohl mobil als auch standortgebunden sein, damit einerseits eine Anlaufstelle gegeben ist und andererseits die Möglichkeit besteht, KlientInnen bei Bedarf auch aufsuchen und Unterstützung vor Ort und unabhängig von der Tageszeit anbieten zu können. Vor allem in Situationen, in denen ein telefonisches Entlastungsgespräch nicht ausreichend scheint.

6.7.2 Aufgaben und Angebote des CRT-Basis

Die Aufgaben der Basis können, wie in der unten angeführten Grafik zu sehen, in zwei Bereiche unterteilt werden – *Leitung* und *Schulung*. Die Ansiedlung der Leitung im NNÖ dient der Andockung an die Strukturen des Notrufs sowie der rechtlichen Kontextualisierung (z.B. hinsichtlich des Umgangs mit KlientInnendaten, Triagierung und Alarmierung). Zudem kann durch diese Andockung eine Struktur geschaffen werden, in der mehrere Regionalteams eine Leitung haben, die aber nicht Teil eines der Regionalteams ist, um eine Hierarchisierung untereinander zu vermeiden.

Abbildung 21: Doppelfunktion der CRT-Basis



Quelle: eigene Darstellung

Die Schulungen dienen der Weiterentwicklung der CRT-Arbeit, ebenso wie der des Wissens- und Handlungshorizonts der NNÖ-MitarbeiterInnen und anderer Schulungsinteressierter.

Die Leitung hat folgende Aufgabenbereiche wahrzunehmen:

- Personelle Koordination der Regionalteams, Schulungsteams und der Bereitschaft
- Monitoring und Evaluation
- Öffentlichkeitsarbeit
- Lobbying
- Koordination der Schulungstätigkeit zu Sozialarbeit im NNÖ, unter Berücksichtigung der niederösterreichischen Soziallandschaft
- Vorbereitung und Koordination der nächsten Regional-CRTs
 - Bedarfserhebung im Rahmen der gemeinwesenorientierten Sozialarbeit
 - Einstellung neuer Mitarbeiterinnen

Die Leitung ist mit allen regionalen CRTs in ständigem Austausch und für die Personalplanung verantwortlich. Darüber hinaus fungiert sie als Netzwerkknoten zwischen den regionalen CRTs. Sie sorgt in dieser Funktion für die aktive Wissensvermittlung sowohl zwischen den Teams als auch zur Basis hin. Sie erstellt den Schulungsplan und ist für die regelmäßige Bedarfserhebung sowie Evaluierung der CRT-Tätigkeit verantwortlich. Sie ist, wie schon erwähnt, im NNÖ angesiedelt, wodurch es möglich ist, auf dessen Strukturen zurückzugreifen. Dadurch sind auch Ressourcen, wie beispielsweise juristische Expertisen, zugänglich. Gleichzeitig ist die Leitung auch für die Vernetzung des CRTs in den Strukturen des NNÖ verantwortlich. Sie sorgt für

Kooperationen mit dem Notruf, der Gesundheitsberatung, dem Ärztekundendienst sowie dem AKUTteam. Die Organisation und Bewerbung der Schulungen obliegt ihr ebenso wie die personelle Besetzung der Schulungen.

Neben der Organisation der Schulungen ist die Leitung auch für den Außenauftritt der CRTs verantwortlich. Darunter fällt neben der Öffentlichkeitsarbeit sowohl die Netzwerkarbeit mit der Politik als auch mit anderen AkteurInnen der Gesundheits- und Sozillandschaft.

Zudem ist die CRT-Basis für die Vorbereitungsaufgaben der Implementierung weiterer Regional-CRTs verantwortlich. Dies beinhaltet vor allem die Organisation der Untersuchung der jeweiligen Region, der BürgerInnen-Befragungen (vgl. Gemeinwesenarbeit), der Kommunikation mit Personen aus der vorhandenen Gesundheits- und Sozillandschaft, der Suche nach und Einstellung von neuen MitarbeiterInnen usw.

Im Bereich der Schulung fallen folgende Aufgaben an:

- Schulung von MitarbeiterInnen des NNÖ zum Erkennen und zum adäquaten Umgang mit sozialen Problemen
- Ggf. Schulung von Angehörigen, Freiwilligen und anderen sekundär Betroffenen
- Angebot von Simulation
- Mögliche Kooperation mit AKUTteam, Gesundheitsberatung und anderen

In Form von Simulationen und Schulungen werden die RettungssanitäterInnen darin geschult, in Einsätzen auch die Logiken und Indikationen der Sozialen Arbeit anzuwenden und im Bedarfsfall adäquat weiter zu triagieren. Dadurch sollte es möglich werden, soziale Problemlagen, die zu einer verstärkten Adressierung des Rettungs- und Gesundheitswesens führen könnten, frühzeitig zu erkennen und adäquat zu bearbeiten. Themen für Schulungen und Simulationen wären unter anderem:

- Gewalt: Erkennen von (möglichen) Gewaltsituationen und -verletzungen und mögliche/notwendige Reaktionsformen darauf (vgl. z.B. Völker et al. 2016: 3)
- Psychische und physische Misshandlungen erkennen und mögliche Reaktionsformen darauf
- Kindeswohlgefährdung
- Armut und deren Parameter im eigenen Wohnraum (Heizung, fließendes Wasser, Wohnraumhygiene)
- Soziale Arbeit in der Sozillandschaft in Melk
- Pflege
- Burnout
- Ressourcenorientiertes Arbeiten mit PatientInnen und KlientInnen
- Gesprächsführung
- Leitlinien der Sozialarbeit (Nicht gleich der Einsatz von Zwangsmaßnahmen; Wichtigkeit der Zeitkomponente)
- Ressourcenarbeit im CRT-Kontext (Nachbarschaft, Familien etc.)

Das Schulungsteam setzt sich aus MitarbeiterInnen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 (DGKPs), SozialarbeiterInnen der Regionalteams und gegebenenfalls des AKUTteams zusammen. Die in der täglichen Praxis gewonnenen Erfahrungen der Sozialen Arbeit im Kontext des Rettungswesens sowie aus der Gesundheitsberatung werden genutzt, um in einem ersten Schritt die MitarbeiterInnen des NNÖ zu schulen. Der Fokus soll dabei in erster Linie darauf gelegt werden, wie sie (hintergründige) soziale Problemlagen erkennen, die Betroffenen adressieren und wissen, was die zu alarmierenden Teams (KIT, AKUTteam, CRT) mit welchen Methoden leisten können.

6.7.3 Aufgaben und Angebote der Regional-CRTs

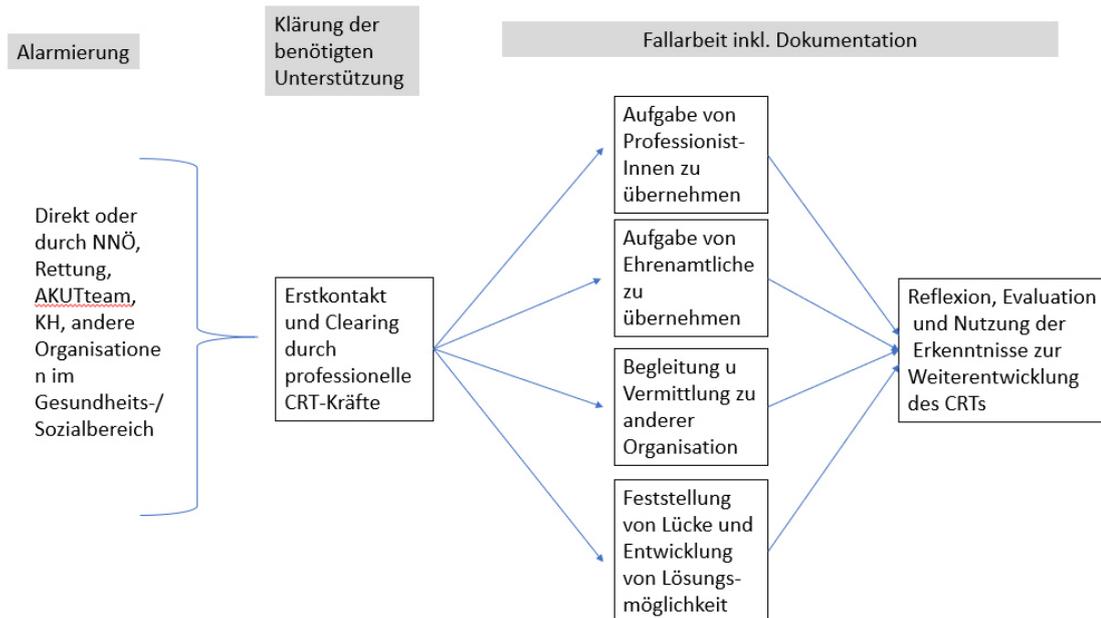
Im Folgenden wird nun auf die konkreten möglichen Angebote und Aufgaben eingegangen, die ein Regional-CRT idealerweise erfüllt. Wichtig ist uns hierbei zu betonen, dass das Angebot sich nach der Nachfrage bzw. dem Bedarf der EinwohnerInnen richten soll und daher durchaus verändert werden kann. Wir unterscheiden außerdem zwischen Aufgaben, die von Ehrenamtlichen übernommen werden, und solchen, die von hauptamtlichen SozialarbeiterInnen DGKPs ausgeführt werden.

■ Bereitschaft

Ausgeführt durch Hauptamtliche

Da jedes Regional-CRT rund um die Uhr erreichbar ist, kann dieses auch zu jeder Tages- und Nachtzeit alarmiert werden. Dies kann bereits bei einer vermuteten psychosozialen Indikation alarmiert werden, zeitgleich mit dem Rettungsmittel zu den KlientInnen kommen und ein erstes Clearing vornehmen. So können Fälle, in denen es voraussichtlich *nur* um eine pflegerische Angelegenheit geht, vom CRT sofort übernommen werden. Des Weiteren könnten Fälle, in denen eine soziale Indikation vermutet wird, von NotfallsanitäterInnen und CRT-MitarbeiterInnen gemeinsam angefahren und bearbeitet werden. So ist es den CRT-MitarbeiterInnen schon frühzeitig möglich, potenziellen KlientInnen niederschwellige Angebote zu machen. Dadurch kann ein erster Kontakt zu den KlientInnen hergestellt werden, ohne dass dafür eine explizite, formelle Einwilligung des/der AnruferIn eingefordert werden muss. Die untenstehende Grafik veranschaulicht dies.

Abbildung 22: Wege der Verweisung zum CRT



Quelle: eigene Darstellung

Ein weiterer Aufgabenbereich der Bereitschaft ist das Reagieren auf Heavy User (vgl. Zielgruppe). Diesen, wie auch anderen KlientInnen, kann die benötigte Hilfe schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt (beispielsweise auch im Rahmen eines Rettungseinsatzes) angeboten werden, was eine häufige telefonische Frequentierung des Notrufs ohne Vorliegen einer medizinischen Indikation unter Umständen verhindern kann. Auch damit können wohnortnahe CRT-Angebote das Rettungssystem langfristig entlasten.

Diese Form der Bereitschaft ermöglicht, dass sowohl im Rettungs- als auch im Regionalkontext eine psychosoziale, niederschwellige, wohnortnahe AnsprechpartnerIn verfügbar ist, welche zeitnah ein Clearing vornimmt, die benötigten Aufgaben definiert und diese an die entsprechenden MitarbeiterInnen/Organisationen verweist.

Die CRT-MitarbeiterInnen agieren im Normalfall in Teams aus Pflege und Sozialarbeit, um das gesamte Spektrum des CRTs-Angebots abdecken zu können.

Wird die Bereitschaft von anderen Organisationen als der Rettung alarmiert, gelten dennoch die gleichen Schritte, auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass schon Vorinformationen, die im Rahmen der Einsatz-Disposition aufgenommen wurden, bestehen, die vom CRT genutzt werden können.

■ Clearing

Ausgeführt durch Hauptamtliche

Die Erstgespräche mit (potenziellen) KlientInnen werden in jedem Fall von den hauptamtlichen MitarbeiterInnen übernommen. In diesen wird der jeweilige Bedarf sowie

die möglichen Leistungen durch ein CRT geklärt. Es wird dabei auch auf die vorhandenen und benötigten Ressourcen geachtet und eine Falleinschätzung sowie damit verbundene Aufgabenbeschreibung und -verteilung vorgenommen.

- **Koordination und Monitoring der Regional-CRT-Aufgaben**
Ausgeführt durch Hauptamtliche

Sofern Fallaufgaben von Ehrenamtlichen übernommen werden, sind die hauptamtlichen MitarbeiterInnen letztverantwortlich und dementsprechend mit dem Monitoring und der Koordinierung der Ehrenamtlichen betraut.

- **Betreuung bei Problemlagen im Bereich der Sozialen Arbeit**
Ausgeführt durch Hauptamtliche

Ein Aufgabenbereich der SozialarbeiterInnen ist die kurz- und mittelfristige Betreuung bei psychosozialen Problemlagen, welche von Menschen mit vordergründig gesundheitlichen Problemen an den NNÖ adressiert wurden und durch die Triagierung an das CRT gelangt sind. Auch Personen, die nicht vom NNÖ an das CRT weitergeleitet wurden, können dessen Leistungen in Anspruch nehmen, wenn sie sich direkt an das Regional-CRT wenden. Das CRT soll eine Erstanlaufstelle für alle Menschen mit psychosozialen Problemlagen sein. Durch die intensive Vernetzung des Teams mit weiteren Institutionen ist es möglich, Fälle unter Umständen an bestehende Institutionen in der vorhandenen Soziallandschaft weiter zu verweisen. Hierbei wird nach dem Regelkreis des Case Managements vorgegangen, um eine strukturierte, zielorientierte Arbeit zu gewährleisten.

- **Grundsicherung**
Ausgeführt durch Hauptamtliche

Das Thema Grundsicherung scheint im Rettungswesen vor allem hinsichtlich der niederschweligen Erwachsenensozialarbeit (vgl. G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit in Kapitel 4.2.7 / G3 Niederschwellige Erwachsenensozialarbeit in Kapitel 6.2.4) sowie der Wohnsituation, welche gesundheitliche Auswirkungen nach sich zieht von Bedeutung. So können beispielsweise Obdachlosigkeit, Überforderung bei der Wohnraumhygiene, Probleme beim Heizen, Älterwerden in Ein-Person-Haushalten oder Wohnraumbeengung Indikationen für eine Betreuung durch das CRT sein. Durch professionelle sozialarbeiterische Beratung und gezielte Unterstützung können diese Probleme adressiert und bestenfalls beseitigt werden. Hierbei geht es nicht um die schnellstmögliche, sondern um die nachhaltigste Lösung. Gerade bei der Antragstellung und den Behördengängen zur materiellen Grundsicherung (Mindestsicherung, Pflegegeld etc.), brauchen Menschen oftmals Unterstützung, die ein CRT bieten kann.

■ Kurzzeitpflege

Ausgeführt durch Hauptamtliche

Im Rahmen der von uns geführten Interviews hat sich herausgestellt, dass oftmals eine pflegerische Indikation bei der Kontaktierung des Notrufs besteht (vgl. C Rettungsdienst als scheinbar einzige Versorgungsinstanz). Deshalb sehen wir auch die Notwendigkeit für die CRTs, pflegerische Tätigkeiten anzubieten. Wir möchten dabei jedoch betonen, dass dies nicht das Hauptangebot des Teams sein soll. Vielmehr sollen damit Akutsituationen bewältigt werden, wenn beispielsweise eine/r pflegende/r Angehörige/r ausfällt. In einem solchen Fall wäre eine pflegebedürftige Person unzumutbarer Weise auf sich allein gestellt, da es in der Regel nicht möglich ist, binnen weniger Stunden eine Pflegekraft zu organisieren. Auch Anleitungen/Hilfestellungen durch den/die DGKP für Pflegende sind möglich.

Ein Ziel könnte ebenso sein, langfristig eine Kooperation mit einem Träger für mobile Hauskrankenpflege einzugehen. Damit wäre auch möglich, nach der kurzfristigen Betreuung durch das CRT eine Regelbetreuung zu Verfügung zu stellen und somit ad hoc einen niederschweligen Zugang zur medizinischen Hauskrankenpflege zu ermöglichen. Ggf. kann das Assessment sogar von der DGKP übernommen werden, sodass wieder Synergien geschaffen und Ressourcen gespart werden. Für unsere Beispielregion Melk Nord-West ist auch eine Kooperation mit dem Pflegeheim Yspertal möglich.

■ Sozial- und Gesundheitsberatung

Ausgeführt durch Hauptamtliche

Ein weiteres mögliches Angebot können Sozial- und Gesundheitsberatungen sein, die von SozialarbeiterInnen und DGKPs durchgeführt werden. Diese können einerseits am CRT-Standort und andererseits im Idealfall auch mobil erfolgen. Dabei macht es aus unserer Sicht Sinn, beispielsweise in einem Bus in Regionen mit wenigen bis keinen Sozial- bzw. Gesundheitseinrichtungen vor Ort zu sein oder Kooperationen mit Institutionen vor Ort einzugehen, um die Beratungen regelmäßig und für die AnwohnerInnen bekannt anbieten zu können. Dies ermöglicht den Personen, die selbst keine Beratungseinrichtungen aufsuchen können, einen niederschweligen Zugang zu Information und Beratung. Das CRT setzt dabei sowohl auf einen nachgehenden als auch auf einen aufsuchenden Zugang.

Gerade im Bereich der Gesundheitsberatung soll aber auch über die Schulung und Mitarbeit von Ehrenamtlichen Wissensvermittlung in den informellen Netzwerken erfolgen (vgl. Anhang), da diese sowohl Lücken identifizieren und ins CRT einbringen, als auch im CRT Antworten finden können, die sie wiederum in ihre Netzwerke mitnehmen.

■ Begleitungen

Ausgeführt durch Hauptamtliche und Ehrenamtliche

Sofern KlientInnen Begleitungen – beispielsweise zu Ämtern oder Behörden – benötigen, werden diese, je nach Bedarf und Ressourcen, von SozialarbeiterInnen oder Ehrenamtlichen übernommen. Gerade Amtswege, bei denen über finanzielle Leistungen (der PVA, BH, GKK o.Ä.) entschieden wird, stellen für KlientInnen eine Herausforderung dar, da viele von ihnen nicht mit dem jeweiligen Sozial-/Versicherungssystem vertraut sind und diese Termine große Bedeutung für ihre finanzielle Absicherung haben (können). In diesen Fällen sollte die Begleitung von ProfessionistInnen übernommen werden. Wenn es hingegen *nur* um die Problematik der Mobilität geht, also wie der Weg zu einer bestimmten Beratung o.Ä. bewältigt werden kann, ist es sicherlich auch möglich, diese Begleitungen von Ehrenamtlichen z.B. im Rahmen eines Fahrtendienstes durchführen zu lassen. Jedenfalls sollte der/die Betroffene in die Entscheidung, von wem er/sie begleitet wird, miteinbezogen werden.

■ Erhöhung der Mobilität

Ausgeführt durch Hauptamtliche und Ehrenamtliche

Ein großes Problem ist, wie bereits mehrfach erwähnt, die fehlende Mobilität vieler Menschen im Bezirk Melk. Es bräuchte einen Fahrtendienst, damit ansässige immobile BürgerInnen beispielsweise das Angebot von psychosozialen Einrichtungen in Anspruch nehmen können. Doch auch alltägliche Tätigkeiten wie das Einkaufen oder ein ÄrztInnenbesuch stellen für viele Menschen ein Problem dar. Auch dies könnte unter Umständen durch einen Fahrtendienst gelöst werden. In der theoretischen Konzeptionierung des CRTs haben wir, das Autorinnenteam, angedacht, einen Fahrtendienst zu implementieren, der ausschließlich von Ehrenamtlichen betrieben wird.

Eine Erhöhung der Mobilität der BürgerInnen wäre auch durch Mobilitätstrainings in Anlehnung an das Projekt der Caritas St. Pölten (G4 Mobilität – Grenzen der Erreichbarkeit) – bzw. auch in Kooperation mit selbiger – denkbar. Dadurch wären KlientInnen nicht unbedingt vom Fahrtendienst oder Sonstigem abhängig. Stattdessen könnte ihre größtmögliche Selbstständigkeit gefördert werden, worin sich wiederum der vorgestellten Empowerment-Ansatz wiederfindet.

■ Nachbarschaftshilfe

Ausgeführt durch Hauptamtliche

Wie im Konzept der Nachbarschaftshilfe dargelegt, geht es bei diesem Aufgabenbereich um die direkte Zusammenarbeit in der Nachbarschaft. Über entstandene Kontakte können auch Einsamkeitserscheinungen und Ähnliches gelindert werden. Auch Kinderbetreuung könnte im Rahmen der Nachbarschaftshilfe des CRTs Platz finden. Dies bedeutet, dass – wenn nötig, etwa in Akutsituationen, in denen das betreuende Elternteil in ein Krankenhaus muss – zum Beispiel eine adäquate Kinderbetreuung mit Hilfe des CRTs engagiert wird. Das Team greift dabei auf informelle Ressourcen, wie etwa das Nachbarschaftsnetz, oder auf geeignete, professionelle Ressourcen zurück.

Das Ziel kann neben der kurzfristigen Kinderbetreuung auch sein, die langfristige Betreuung nachhaltig zu sichern und Anregungen zu informellen Lösungen zu geben – zum Beispiel die selbstorganisierte Kinderbetreuung in den Ferien durch ein elterliches Netzwerk. Auch dabei kann das CRT unterstützen.

■ Besuch- und Betreuungsdienste

Ausgeführt durch Hauptamtliche und Ehrenamtliche

Aufgrund der – auch den Bezirk Melk betreffend – immer älter werdenden Gesellschaft sowie der Zunahme von Ein-Personen-Haushalten (vgl. Ausgangslage und Kontextualisierung des politischen Bezirks Melk – Grunddaten), sehen wir Bedarf an Besuchs- und Betreuungsdiensten. Diese könnten beispielsweise die gemeinsame Freizeitgestaltung durch Ehrenamtliche sein. Gerade Einsamkeit und soziale Isolation, wie im Kontextkapitel beschrieben, können so minimiert werden.

■ Arbeit mit und von Ehrenamtlichen

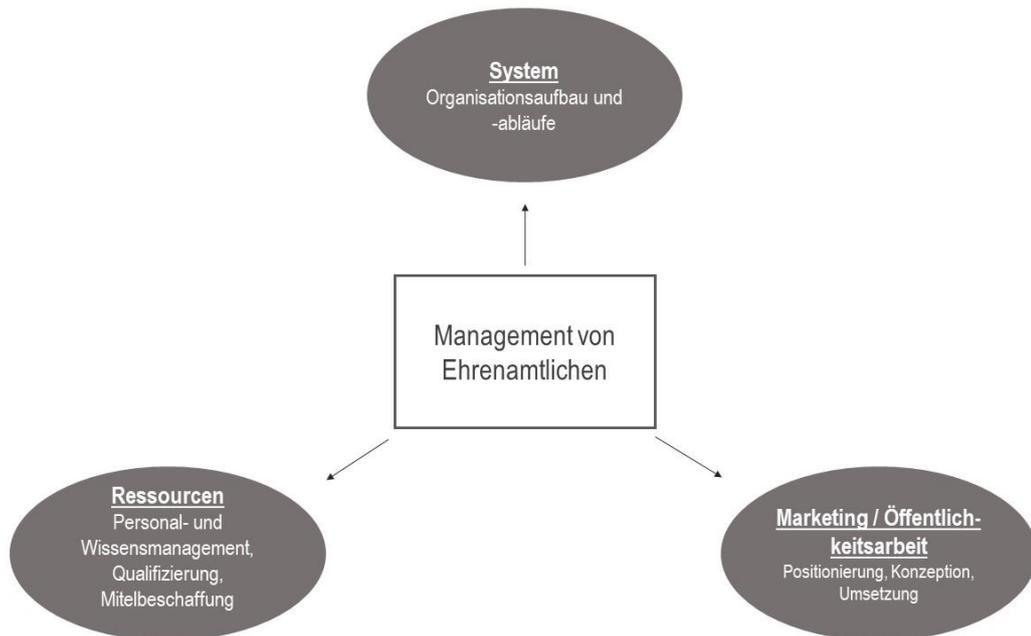
Ausgeführt durch Hauptamtliche und Ehrenamtliche

Da wir stark auf den Einsatz Ehrenamtlicher setzen wollen, ist eine strukturierte Koordination selbiger unbedingt erforderlich.

Aus organisationaler Sicht stellt sich nun die Frage, wie es gelingen kann, dass dies im CRT nachhaltig funktioniert. Es braucht jedenfalls eine Planungs- und Organisationsebene, um den Ehrenamtlichen die nötige Unterstützung bieten zu können (vgl. Rosenkranz et al. 2014: 8). Diese Rolle soll ein/e hauptamtliche/r SozialarbeiterIn übernehmen, da das Community Response Team unter anderem in Logiken der Sozialen Arbeit agieren soll. Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass Soziale Arbeit eine Profession ist und dementsprechend nicht ausschließlich von Ehrenamtlichen geleistet werden kann. Denn oftmals wird man mit Multiproblematiken konfrontiert, die von nicht professionell Ausgebildeten nicht adäquat bearbeitet werden können. Eine professionelle Herangehensweise im Sinne der Sozialen Arbeit ist dabei auch in unseren Augen in einem CRT unerlässlich (vgl. Seithe 2010: 216). Diese kann nur durch eine fachlich entsprechend ausgebildete Person gesichert sein, die einen Überblick über das Gesamtgeschehen in der Institution hat und dementsprechend koordinierend arbeitet. Für den/die EhrenamtskoordinatorIn können sich außerdem Spannungsfelder ergeben, da sie einerseits die Interessen der Ehrenamtlichen und andererseits die der Institution vertreten muss. Um mit dieser Ambivalenz sowie mit anderen Komplexitäten adäquat umgehen zu können, sind entsprechende Qualifikationen von großer Relevanz. (vgl. Kegel 2012: 76)

Man kann von drei primären Aufgabenfeldern sprechen, die im Zuge des Ehrenamtsmanagements von Bedeutung sind, wie aus der unteren Grafik (vgl. Biedermann 2012: 58) ersichtlich ist. Diese sollen auch im CRT beachtet werden.

Abbildung 23: Management von Ehrenamtlichen



Quelle: eigene Darstellung nach Biedermann 2012: 58

Zum *System* gehört unter anderem auch, ehrenamtliches Engagement als etwas Selbstverständliches in das Wertesystem der Organisation zu integrieren (vgl. Biedermann 2012: 59), was auch in der Konzeption des CRTs notwendigerweise passieren soll. Konkret werden bei der Koordination von Ehrenamtlichen in einem ersten Schritt Strukturen geschaffen und definiert, um die Art und den Ablauf der auszuführenden Tätigkeiten festzulegen. Dabei müssen Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche verteilt werden. (vgl. Redmann 2018: 101) Auch das Konzeptionieren von Arbeitsprofilen und -routinen, sowie der transparente Umgang mit Entscheidungsbefugnissen und Verantwortlichkeiten fällt in den Zuständigkeitsbereich des/der EhrenamtskoordinatorIn (vgl. Biedermann 2012: 60). Des Weiteren ist die Steuerung der geschaffenen Strukturen sowie deren Reflexion und etwaige Anpassung für eine funktionierende Zusammenarbeit aller beteiligten AkteurInnen unerlässlich. (vgl. Redmann 2018: 101)

Auch der öffentliche Auftritt der Organisation ist von großer Bedeutung. Das transparente Kommunizieren des Leitbildes und der Position der Organisation nach außen hin ist dabei ebenso wichtig, wie das des Stellenwertes und der Rolle der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen in der Institution. (vgl. Biedermann 2012: 60)

Zum Ehrenamtsmanagement gehört auch der verantwortungsvolle Umgang mit Ressourcen. Es muss beachtet werden, dass durch den Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen zwar Kosten eingespart werden können, dennoch aber auch finanzielle Mittel aufgebracht werden müssen. Denn es müssen Räumlichkeiten, Sachmittel sowie

Weiterbildungsmöglichkeiten (sowohl für die Ehrenamtlichen, als auch für die koordinierende Person) zur Verfügung gestellt werden. (vgl. Biedermann 2012: 60)

Auch – bzw. insbesondere – an die koordinierende Person selbst gibt es (persönliche) Anforderungen, denen sie gerecht werden sollte, um den Ehrenamtlichen angemessene Führungs- und Koordinationskompetenzen bieten zu können. Die koordinierende Person sollte strategisch und zielorientiert denken und auch begeisterungs-, organisations-, kontakt- sowie kommunikationsfähig sein (vgl. Redmann 2018: 127).

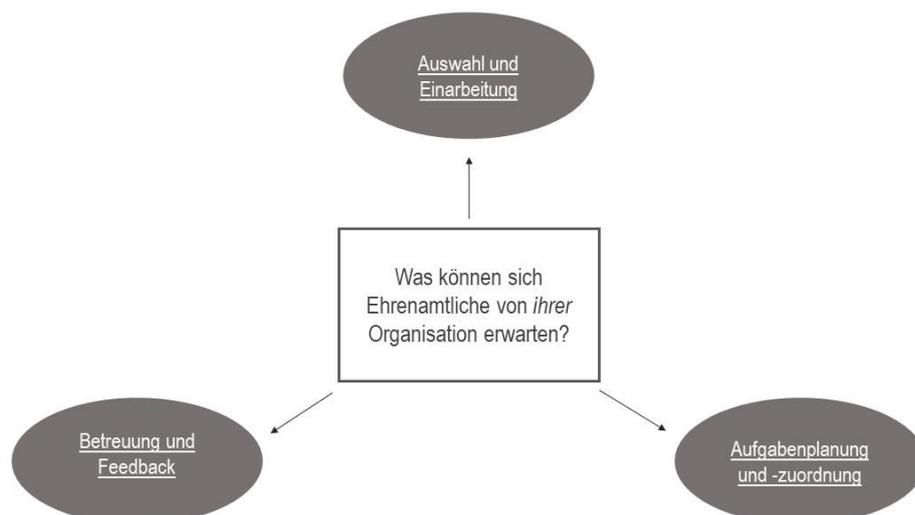
Bezüglich der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und hauptamtlichen MitarbeiterInnen ist es wichtig, eine partnerschaftliche und weitestgehend gleichberechtigte Ausgestaltungsweise zu erreichen. (vgl. Redmann 2018: 162)

■ Exkurs: Ehrenamtskoordination, -auswahl und -benefits
Ausgeführt durch Hauptamtliche

Ausgehend davon erfolgt nun eine konkrete Ausarbeitung dessen, was sich Ehrenamtliche von einer Institution – bzw. in diesem Fall von einem CRT – erwarten können, wenn sie sich dort engagieren.

In der nachfolgenden Grafik finden sich drei Bereiche (vgl. Regnet 2012: 131f), durch die Ehrenamtliche im CRT Benefits erhalten können. Diese sind *Auswahl und Einarbeitung*, *Aufgabenplanung und -zuordnung* sowie *Betreuung und Feedback*. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien nun näher erläutert.

Abbildung 24: Was können sich Ehrenamtliche erwarten?



Quelle: Regnet 2012: 131f

Auswahl und Einarbeitung:

Die potentiellen Ehrenamtlichen werden von dem CRT in einem Erstgespräch über die Bedingungen aufgeklärt. Dabei werden seitens der EhrenamtskoordinatorInnen die Arbeitsbereiche, mit allen positiven wie auch negativen Aspekten, realistisch vorgestellt und auf die Fragen des/der Interessierten eingegangen. Wenn sich eine Person dazu entscheidet, das CRT tatsächlich als Ehrenamtliche/r unterstützen zu wollen, wird sie von dem/der KoordinatorIn entsprechend eingeschult. Die Ehrenamtlichen können also auf fachliche Anleitung und Einarbeitung vertrauen. (vgl. Regnet 2012: 131) Dies gilt es auch zu kommunizieren.

Aufgabenplanung und -zuordnung:

Wichtig ist auch, dass ehrenamtliche Personen die für sie *richtigen* Aufgaben übernehmen. Dies bedeutet, dass bei der Zuordnung der Aufgabenbereiche individuelle Faktoren berücksichtigt werden sollten. Notwendig ist dies, damit sich bei den Engagierten keine Frustrationen zeigt, sondern sie ihr Ehrenamt gerne ausüben und dementsprechend auch langfristig in der Institution verweilen. Idealerweise wird also auf die Wünsche und Bedürfnisse und gleichzeitig auch auf deren Fähigkeiten Rücksicht genommen. (vgl. Regnet 2012: 131f) Diese Organisationskultur sehen wir auch in unserer Konzeption eines CRTs verinnerlicht, in dem eine weitestgehend eigenständige Zuordnung zu den bestehenden Aufgabenbereichen seitens der Ehrenamtlichen möglich und auch erwünscht ist.

Betreuung und Feedback:

Die Ehrenamtlichen, die im CRT tätig werden, bekommen vom dem/der zuständigen KoordinatorIn neben der eben bereits erwähnten Einarbeitung eine umfassende Betreuung. Diese beinhaltet, auf die Bedürfnisse und den Förderungsbedarf der Einzelperson einzugehen. Darauf bezugnehmend können konkrete Hilfestellungen erarbeitet werden. Auch eine angemessene und konstruktive Feedbackkultur ist seitens der KoordinatorInnen gegenüber dem/der Ehrenamtlichen – selbstverständlich auch umgekehrt – zu wahren. Es gilt, bei auftauchenden Problemen gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten und diese in die Realität umzusetzen. Gegenseitige Erwartungshaltungen müssen transparent gemacht werden. All dies kann in regelmäßigen Gesprächen in Austausch gebracht werden. (vgl. Regnet 2012: 132f) Die Institution CRT sollte allen Ehrenamtlichen auch die Möglichkeit geben, an regelmäßigen Vernetzungs- und Austauschtreffen teilzunehmen. Des Weiteren soll das CRT in unserer Konzeption ehrenamtlichen MitarbeiterInnen umfassende Schulungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. So können erste Hilfe, Dokumentation im CRT, Grundlagen von psychosozialen Krisen, Gewaltprävention, Moderation, Gesprächsführung, Rechtsfragen und Ähnliches Themen von Schulungen sein. Das konkrete Schulungsangebot hängt vom Regional-CRT und dem Bedarf der Ehrenamtlichen ab, wobei es verpflichtende Schulungen für die Übernahme bestimmter Tätigkeiten geben sollte.

Ehrenamtlichkeit sollte sich für die Menschen lohnen. Wie schon angesprochen, ist ein Benefit für Ehrenamtliche die Möglichkeit von Schulungen, wo sie Informationen über Gesundheit, Pflege, Sozialwesen und andere notwendige Kenntnisse bekommen. Auch

können Schulungen zum Erlernen weiterer Fertigkeiten genutzt werden. Zudem gibt es Supervisionsangebote für Ehrenamtliche, in denen die Arbeit reflektiert werden kann.

Weiters bietet die Ehrenamtlichkeit die Möglichkeit, den Selbstwert über das aktive Anbieten eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten zu steigern. Dies bringt auch mehr Kontakte zu den Mitmenschen, was gegen Einsamkeit helfen kann. Gerade für PensionistInnen oder Arbeitslose ist diese Form der Wertschätzung und wertvollen Nutzung der eigenen Zeit besonders attraktiv. Die ehrenamtliche Arbeit wird weiters über regelmäßige Veranstaltungen für Ehrenamtliche, wie z.B. Feste, honoriert. Auch öffentliche Feiern, in denen die Arbeit der Ehrenamtlichen der Gemeinschaft präsentiert wird, sind angedacht und sollten sowohl zur Gewinnung weiterer Ehrenamtlicher als auch zur Verdeutlichung der Wichtigkeit der Arbeit genutzt werden.

Bestimmte Tätigkeiten – wie Fahrtendienste – werden auch finanziell honoriert, wobei die Höhe der Abgeltung von der genauen Konzeption des CRTs abhängt. Gerade Tätigkeiten, für die sich keine Ehrenamtlichen finden, die aber notwendig sind, sollten so noch reizvoller werden. Generell kann ein Zeitkonto angedacht werden, welches dazu dienen kann, Menschen, die viel in die Gemeinschaft investieren, auch wieder viel zurückzugeben. Dennoch möchten wir betonen, dass Ehrenamtliche nicht genutzt werden sollten, um Tätigkeiten in den unbezahlten Sektor zu verschieben.

6.8 Methoden und Kooperationen

Nix Sophie

6.8.1 Methoden und zugrundeliegende Haltungen

Die Community Response Team-Struktur stützt sich auf einige methodische Zugänge, welche die Arbeit maßgeblich beeinflussen.

Das CRT-Konzept beruht auf der Idee, dass ein niederschwelliges Schnittstellenmanagement zwischen Rettungs-, Sozial- und Gesundheitswesen zu einer Verringerung der Fallzahlen im Rettungs- und Gesundheitswesen führen kann, ebenso wie es im Sozialwesen zu einem gemeinwesenorientierten Empowerment sowie einer besseren Vernetzung in der Angebotslandschaft führen kann.

Ausgehend von der Rettungslogik (vgl. Rettungswesen), die im Notruf Niederösterreich gelebt wird, versteht sich auch das CRT als grundsätzlich für alles zuständig. Wenn die benötigte Unterstützung nicht durch das CRT erbracht werden kann, werden die notwendigen Schritte gesetzt, bis eine adäquate Unterstützung gegeben ist. Auch wenn nicht immer die beste Lösung erbracht werden kann, so doch wenigstens die *zweitbeste* (Anspruch der Sozialarbeit). Dementsprechend baut das Community Response Team auf Sozialarbeit (vgl. Kategorie A1) auf.

Aufgrund der Schnittstelle zwischen Sozial-/Gemeinwesen, Rettungswesen und Gesundheitswesen wird der bio-psycho-soziale Ansatz herangezogen, der eine ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen ermöglicht, welche die Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Problemen und den jeweiligen sozialen Kontextfaktoren berücksichtigt (vgl. Sozial-, Gesundheits- und Rettungswesen. Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Schnittstellen). So ist es möglich, im Rettungswesen psychosoziale Probleme zu identifizieren und Menschen ihren Bedarf an medizinischer Hilfe nicht abzusprechen und dennoch gleichzeitig ihren sozialen Kontext bei der Erstellung der Hilfsangebote mit zu berücksichtigen. Ein gesundheitliches Problem kann dementsprechend nicht einzig durch eine medizinische Intervention gelöst werden, sondern es sollte die ganzheitliche Lebensweise berücksichtigt werden und Risiken und Ressourcen nicht nur biologisch/medizinisch erfasst werden, sondern eben auch sozial. Dadurch ist es möglich, andere Lösungsansätze zu finden, die in einem rein medizinischen Kontext nicht in den Fokus gerückt würden. So können im Rahmen des CRTs auch gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahmen (Salutogenese) angeboten werden. Es können Faktoren wie das Wohnverhältnis, soziale Bindungen, finanzielle Verhältnisse, Ängste oder Wünsche die gesundheitliche Situation eines Menschen beeinflussen, ohne dass dies im medizinischen Kontext erfasst/bearbeitet werden würde und könnte. Dies wird auch durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit gefördert. Hierfür eignen sich besonders die Methoden der Sozialarbeit, wie in der Kategorie (vgl. A1 Sozialarbeit) ersichtlich wurde. Nach dieser beinhaltet der Aufgabenbereich der Sozialarbeit folgende Bereiche:

- Case Management
- Für Struktur und Ordnung (im Prozess) sorgen
- Koordination
- Vernetzung und Weiterverweisung
- Drehscheibe im Organisationsangebot
- Erstanlaufstelle und Erstkontakt
- Clearing
- Entlastung
- Führen von Entlastungsgesprächen
- Psychosoziale Betreuung
- Begleitung
- Beziehungsarbeit
- Aufrechterhaltung von Kontakt

Die sozialarbeiterischen Tätigkeiten im CRT sind dementsprechend vor allem in der Clearing Phase, in der koordinierenden Begleitung sowie bei Fällen, welche nicht von Ehrenamtlichen oder Freiwilligen erledigt werden können, zu sehen. Das heißt auch, dass die SozialarbeiterInnen des CRTs die Verantwortung für die Tätigkeiten der Ehrenamtlichen und Freiwilligen übernehmen und deren Arbeit bei Bedarf anleiten, jedenfalls aber überblicken.

Die CRT-Struktur agiert nach dem Case und Care Management (CM)-Ansatz. Das heißt, dass KlientInnen, die mit Multiproblemlagen konfrontiert sind, ein Case-Management-

zentrierter Ansatz der Betreuung angeboten wird. Dieser Ansatz beansprucht teilweise mehr Ressourcen als die *normale* Fallarbeit, doch CM ist vor allem bei Multiproblemlagen sinnvoll. Es ist dem CRT als Organisation ein Anliegen, nach den CM-Prinzipien zu agieren. Doch ressourcenorientiert betrachtet wird CM vor allem Menschen angeboten, wo eine einfache Beratung/Fallführung nicht ausreichend scheint. Die Fallarbeit erfolgt nach den Logiken des Case Management-Regelkreises. Gemäß dem Case und Care Management-Ansatz werden die identifizierten Problemlagen nicht nur individuell mit dem/der KlientIn bearbeitet, sondern auch auf Systemebene adressiert. Allein schon über die Erstellung der Gesundheits- und Soziallandschaftskarte zeigt sich die Verfolgung des Ansatzes im CRT-Rahmen. Durch die Anbindung an den NNÖ und die Zielsetzung der Schulungsmaßnahmen auf NNÖ-Ebene ermöglicht der CM-Ansatz eine strukturierte Auseinandersetzung mit Systemlücken und Grenzen, die nicht auf Fallebene gelöst werden können. Durch den starken Fokus auf Vernetzung und Verweisung bei gleichzeitiger Betreuung im Rahmen des Case Managements ist es möglich, dass die KlientInnen die bestmögliche Betreuung erhalten, die das System bieten kann, ohne dass für den/die KlientIn gearbeitet wird, sondern immer mit ihr oder ihm.

Ziel des CRTs ist es immer, Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten. Es geht nicht darum, Menschen zu entmündigen, sondern darum, die Hilfestellungen zu bieten, die ein möglichst selbstständiges Leben ermöglichen. Hierzu wird auch auf Ressourcen wie die Nachbarschaft, Ehrenamtliche, vorhandene Sozial- und Gesundheitseinrichtungen usw. zurückgegriffen, wobei die jeweiligen Interventionen auf Organisationsebene konsequent reflektiert werden (im Sinne des Case Managements auf Metaebene).

Das heißt, dass sie einen niederschweligen Zugang zu Information, Betreuung und Hilfestellungen anbieten und durch aufsuchende, gemeindenahere Sozialarbeit nicht stigmatisierende Ansprechpersonen/-punkte schaffen. Im Sinne der Gemeinwesenarbeit, wie im Kontext-Kapitel (vgl. Gemeinwesenarbeit) vorgestellt, nutzen wir die vorgestellten Standards für das CRT:

- Zielgruppenübergreifendes Handeln
- Orientierung an Bedürfnissen/Interessen und Themen der Menschen
- Förderung der Selbstorganisation und Selbsthilfefähigkeit
- Nutzung vorhandener Ressourcen
- Ressortübergreifendes Handeln
- Vernetzung und Kooperation (vgl. Hinte et al. 2007: 278ff)

Eine weitere, grundlegende Annahme der CRT-Konzeption zeigte sich durch die Recherchen zu den mehrstufigen Gesundheitssystemen. Während in Österreich davon ausgegangen wird, dass jeder Mensch ein individuelles Gesundheitswissen hat, geht die kenianische Konzeption davon aus, dass Gesundheitswissen sich in der Community bildet. Da Wissen unserer Erfahrung nach irgendwoher kommen muss und es derzeit weder ein Schulfach zu Gesundheitswissen noch sonst irgendeine strukturierte Form von Wissensvermittlung zu gesundheits- und pflegebezogenem Wissen gibt, folgen wir der kenianischen Annahme. Das CRT soll dementsprechend als Wissensvermittlung im

Sinne der Community Health Worker-Konzeption fungieren (vgl. Anhang). Damit sollen Gesundheits-, Pflege- und (psycho-)soziale Fragestellungen im CRT-Kontext gesammelt, beantwortet und an die Gemeinschaft/Region zurückgetragen werden. Somit können auch pflegerische Überforderungserscheinungen frühzeitig gelöst bzw. verhindert werden. Hierfür sind vor allem die DGKP zuständig und fungieren somit als niederschwellige direkt erreichbare Anlaufstelle (ggf. auch durch eine Triagierung von der 1450)

6.8.2 KooperationspartnerInnen und Vernetzungsmöglichkeiten

Sowohl in der Gesundheits- als auch in der Soziallandschaft wird viel auf Vernetzung und Verweisung (vgl. Kategorie H3) gesetzt. Während schnell weiterverwiesen wird, ist die Vernetzung vor allem auf informeller Basis und durch personelle Überschneidungen gegeben. Zwar gibt es grundsätzlich einen Vernetzungsanspruch bzw. ein Bedürfnis danach, doch oftmals fehlen die Ressourcen bzw. die Methoden zur effektiven Vernetzungsarbeit.

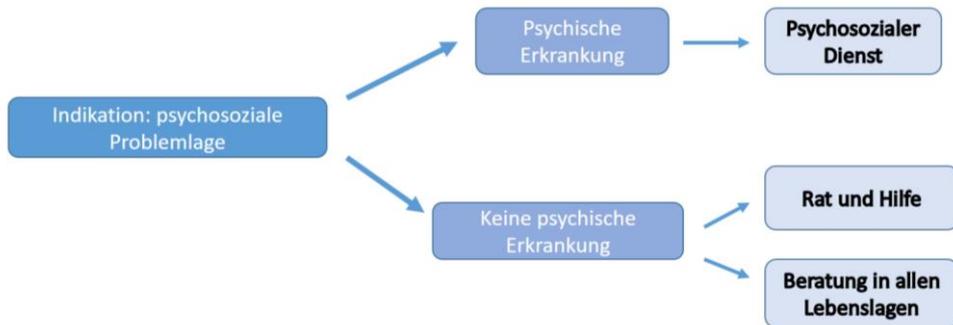
Das CRT versucht dem entgegenzuwirken, indem Case Management als handlungsanleitendes Prinzip in den Grundhaltungen enthalten ist. Außerdem setzt es auf Vernetzung sowohl in der Logik des Subsidiaritätsprinzips (also hierarchisch) als auch zwischen den unterschiedlichen Professionen und Logiken (Rettungs-, Gesundheits- und Sozialwesen) und fördert Kooperationen.

Durch die Zusammenarbeit von ProfessionistInnen und Ehrenamtlichen sowie durch die Vernetzung und Kooperation mit vorhandenen Organisationen eröffnen sich Ressourcen, die in den einzelnen, oben beschriebenen Logiken blinde Flecken darstellen. So können NachbarInnen nur als Hilfsressource angesehen werden, wenn sie gefragt werden und einwilligen bzw. ihre Hilfe von sich aus anbieten. Gerade die Profession der Sozialarbeit ist auf diese niederschwellige Art der Vernetzung spezialisiert, während die Rettungsprofession eher auf die Struktur der schnellstmöglichen Reaktion in Notfallsituationen arbeitet.

Hinsichtlich eines bereits dargestellten Kooperationsgedankens bei der beispielhaften Generierung eines CRTs im Bezirk Melk ist es ebenso wichtig, mögliche KooperationspartnerInnen zu erkennen und deren Expertisen zu nutzen. Einige KooperationspartnerInnen wurden bereits im Kapitel, welches sich speziell mit der aktuellen Versorgungssituation im Bezirk befasst hat, dargestellt. Die drei Beratungseinrichtungen (PSD, Rat und Hilfe, Beratung in allen Lebenslagen) werden vor allem aufgrund ihrer Tätigkeit für Menschen mit psychosozialen Problemlagen herangezogen. Diese bieten bereits zum jetzigen Zeitpunkt ein umfassendes Angebot im Bezirk. Wird in der Indikation eine psychosoziale Problemlage festgestellt, so muss zunächst erkundet werden, ob eine psychische Erkrankung vorhanden ist. Ist diese vorhanden, so können KlientInnen an den Psychosozialen Dienst der Caritas angebunden werden. Ist keine psychische Erkrankung vorhanden, so obliegt es KlientInnen selbst zu entscheiden, welcher Träger gewünscht ist. In diesem Fall stellt

das Community Response Team lediglich die Brückeninstanz mithilfe der Organisation einer Transportmöglichkeit für KlientInnen.

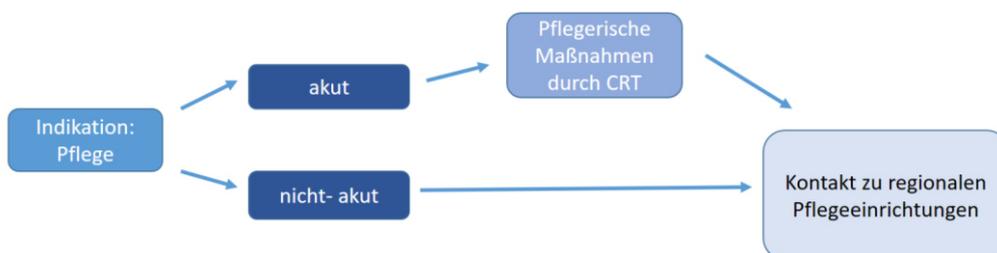
Abbildung 25: Weg der Verweisung bei der Indikation *psychosoziale Problemlage*



Quelle: eigene Darstellung

Es ist davon auszugehen, dass ein CRT nicht nur auf KooperationspartnerInnen im Bereich der psychosozialen Versorgung angewiesen ist. MitarbeiterInnen des CRTs verfügen über ein Verweisungswissen, um KlientInnen an die für sie adäquate Versorgung anbinden zu können. Dieses Verweisungswissen wird zudem durch die generierte Versorgungslandschaft unterstützt. Das bedeutet, dass MitarbeiterInnen des CRTs auf die zugängliche Karte zugreifen und dann je nach Indikation filtern. Fern dieser Übersichtskarte, welche die Arbeitsabläufe vereinfachen soll, obliegt es den MitarbeiterInnen, sich im Bezirk mit diversen Einrichtungen zu vernetzen. Findet sich kein/e geeignete/r KooperationspartnerIn, oder handelt es sich um eine akute Problemlage, so ist es den MitarbeiterInnen möglich, nach den Zuständigkeiten und zeitlicher Begrenzung des CRTs zu agieren. In den Entscheidungsprozess der geeigneten Angebote werden die KlientInnen zu jeder Zeit miteingebunden. Diese Zwischeninstanz des CRTs bis zum/r geeigneten KooperationspartnerIn, soll die nachstehende Grafik am Beispiel der Indikation Pflege darstellen.

Abbildung 26: Weg der Verweisung bei der Indikation *Pflege*



Quelle: eigene Darstellung

Die Ehrenamtlichen stellen die Basis der jeweiligen CRTs dar. Sie sind als nicht professioneller Anker in den Regionen zu verstehen. Ohne sie kann ein CRT nur einen

Bruchteil des Angebots anbieten und somit die in dieser Arbeit beschriebenen Zielsetzungen nicht erreichen. Durch die Zusammenarbeit zwischen haupt- und ehrenamtlichen CRT-MitarbeiterInnen formt sich das jeweilige CRT und kann so die benötigten Aufgaben besser identifizieren und die Menschen vor Ort adressieren.

6.8.3 Zusammenspiel Community Response Team-Basis und Regionalteams

Abschließend möchten wir nun noch auf das Zusammenspiel zwischen der CRT-Basis und den Regionalteams eingehen. Die SozialarbeiterInnen übernehmen in ihrer Funktion als Regionalanlaufstelle in den Regionalteams sowohl Beratungs-, Schulungs- als auch Koordinationsaufgaben. So sind sie für die Kommunikation mit Ehrenamtlichen, die Koordination mit anderen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, die Beratung von KlientInnen etc. verantwortlich. Durch die Möglichkeit, sowohl regional als auch im Basis-/Schulungsteam zu arbeiten, kann ein kontinuierlicher Erfahrungs- und Wissensaustausch stattfinden, da die Erfahrungen aus der Arbeit in den Regional-CRTs in die Arbeit im Basis-CRT mit einfließen. So können z.B. vorgefundene Situationen bei Hausbesuchen in Simulationen nachgespielt werden, es können die Erkenntnisse aus der KlientInnenarbeit in die Arbeit mit Heavy Usern mitgenommen werden oder aber auch ganz banal Regionalerfahrungen mit anderen CRT-MitarbeiterInnen ausgetauscht und somit Erkenntnisse aus anderen Regionalteams in die *eigene Region* mitgenommen werden.

Durch regelmäßige Vernetzungstreffen der Regional-CRTs in der Basis soll ein Wissensaustausch sowohl auf gleicher Ebene (Regional-CRTs) als auch hierarchisch (Regional ↔ Basis) gegeben sein. Durch die strukturierte Dokumentation ist es in weiterer Folge möglich, Erkenntnisse gut aufbereitet anderen Organisationseinheiten des NNÖ sowie PlayerInnen der niederösterreichischen Sozial- und Gesundheitslandschaft zur Verfügung zu stellen und damit auch ein erstes Lobbying für das CRT betreiben zu können bzw. dies in die Öffentlichkeitsarbeit einfließen zu lassen.

6.9 Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Kaufmann Lena

Im folgenden Abschnitt werden die Voraussetzungen, welche für die Implementierung der CRT-Struktur notwendig sind, besprochen. Hierzu werden sowohl infrastrukturelle als auch personelle Rahmenbedingungen definiert.

6.9.1 H2 Umfeld, Standort, Räumlichkeiten

■ Standort im Notruf Niederösterreich

Der Standort im Notruf Niederösterreich beinhaltet Arbeitsplätze für die Leitung und das administrative Personal sowie Räumlichkeiten, die für Schulungs- und

Vernetzungszwecke genutzt werden können. Letztere müssen nur mitgenutzt werden können, das heißt es werden keine eigenen Räumlichkeiten gebraucht. Dadurch werden die Kooperationen mit und die Anbindungen an die Unterschiedlichen Angebote des NNÖ gewährleistet und gefördert (vgl. KooperationspartnerInnen und Vernetzungsmöglichkeiten).

■ Regionale Standorte

Die Standorte der Regional-CRTs hängen von den Gegebenheiten der jeweiligen Region ab. Sie sollten in infrastrukturell schwachen Gebieten angesiedelt sein, wobei es bei der genauen Ortswahl abzuwägen bleibt, ob ein Ort ausgewählt wird, in dem eine Standort vollkommen neu aufgebaut werden muss oder einer, in dem es möglich ist, sich an eine vorhandene Organisation, wie die freiwillige Feuerwehr oder ein Primärversorgungszentrum, anzubinden. Da ein maßgeblicher Faktor die Bereitschaft der AnwohnerInnen ist, das CRT vor Ort anzunehmen und bestenfalls zu partizipieren, sollten die AnwohnerInnen in die Entscheidung miteinbezogen werden. Sofern es aber schon Sozial- und/oder Gesundheitseinrichtungen bzw. gemeinnützige Organisationen wie Vereine mit eigenen Räumlichkeiten in der Region gibt, kann und sollte eine Andockung angedacht und mit den jeweiligen Institutionen in Form von Kooperationen angestrebt werden, um ressourcenschonend eine CRT-Struktur aufbauen zu können. In der Beispielregion *Melk Nord-West* könnte ein Standort beispielsweise im Gemeindeamt der jeweiligen Ortschaften angedacht werden (vgl. G Versorgungslücken – Grenzen der Versorgung im politischen Bezirk Melk).

Besonders Primärversorgungseinrichtungen sollten bei der Standortsuche beachtet werden, da in ihrem Konzept die Sozialarbeit schon angedacht bzw. zum Teil integriert ist und sie im Gesundheitswesen als niederschwelliger Zugang zum System verstanden werden. Derzeit ist nach unserem Wissen und Recherchen allerdings noch keines für den Bezirk Melk geplant.

■ Erforderliche infrastrukturelle Ressourcen

Das konzipierte CRT-Modell beruht auf der Annahme, dass jedes Regional-CRT einen fixen Standort hat. Dieser muss mindestens über einen Arbeits- und einen Aufenthaltsraum mit Kochgelegenheit, Lagermöglichkeiten sowie über Sanitäreinrichtungen (WC, Duschen) verfügen. Unter Umständen wäre auch ein Raum für diverse Veranstaltungen von Vorteil. Der Standort sollte so eingerichtet sein, dass Beratungen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting möglich sind und Arbeitsplätze für die MitarbeiterInnen vorhanden sind. Die Ausstattung hängt sehr vom Angebot des jeweiligen Regional-CRTs ab. Jedenfalls sollten mindestens ein Kopiergerät (mit Drucker und Scanner), ein Telefonanschluss inkl. kompatiblen mobilen Endgeräten sowie PCs für KlientInnen und PCs für MitarbeiterInnen vorhanden sein.

Für die DGKPs braucht es einen verschließbaren Medzinschrank für die gängigsten nicht rezeptpflichtigen Medikamente sowie die entsprechende Ausrüstung für Pflegetätigkeiten. Bestenfalls sollten die Medikamente in Kooperation mit einer Apotheke vor Ort regelmäßig aufgestockt und überprüft werden. Durch diese Kooperation ist es den CRT-DGKPs auch möglich, rezeptpflichtige Medikamente für unmobile KlientInnen

zu organisieren (sofern Sie die notwendigen Rezepte haben). Auch eine enge Kooperation mit MedizinerInnen wäre von Vorteil.

Für die Wahrnehmung mobiler Aufgaben benötigt jedes Regional-CRT eine Wagenflotte. Dies sollte folgende Wagen beinhalten:

- Ein Kleinbus für Fahrtendienste, Ausflüge u. ä.
- Ein PKW (mit Vierradantrieb⁴¹) für die mobilen Dienste
- Bei Bedarf einen Beratungsbus, welcher auch als mobiler Standort genutzt werden kann.

Mit dem Beratungsbus ist es möglich, strukturschwache Regionen aufzusuchen und Beratungsangebote zu bieten. Hierzu sollte der Bus entsprechend ausgestattet sein. Das heißt, dass es möglich sein muss, im Bus eine Beratung und bei Bedarf andere Unterstützungsleistungen (z.B. Entlastungsgespräche oder bei Bedarf auch einfache pflegerische Tätigkeiten, wenn keine entsprechende andere Option verfügbar ist) durchzuführen. Als Vorbild hierfür wären Beratungsbusse, wie der in der Abbildung vom Quartiersmanagement Magdeburger Platz in Berlin⁴² zu nennen.

Abbildung 27: Beratungsbus



Quelle: Heinze 2014: o.A.

6.9.2 H1 Personalbedarf

■ Erforderliche personelle Ressourcen

Die CRT-Basis benötigt eine Leitung sowie ggf. (je nach Anzahl der regionalen CRTs) unterstützendes administratives Personal. Alle weiteren Aufgaben können von Regional-CRT-MitarbeiterInnen bzw. MitarbeiterInnen des NNÖ übernommen werden.

⁴¹ Vierradantrieb ist vor allem im Winter, in strukturschwachen, hügeligen bis bergigen Gegenden wichtig.

⁴² Diese bieten mobile Sozialarbeit und Beratungen für Prostituierte an.

Das regionale Community Response Team besteht aus DGKPs, SozialarbeiterInnen (wobei eine/r zusätzlich die Funktion eines/r EhrenamtskoordinatorIn übernimmt) sowie geschulten Ehrenamtlichen. Das Team ist rund um die Uhr erreichbar. Durch diese multidisziplinäre Zusammenarbeit ist es möglich, dass zeitgleich verschiedene Sichtweisen in eine Fallbearbeitung miteinfließen können. Für eine 24-Stunden-Abdeckung benötigt jedes Regional-CRT mindestens vier Vollzeitäquivalente (VZÄ) aus dem Bereich Sozialarbeit sowie weitere vier VZÄ aus dem Bereich DGKP, wobei bei dieser Berechnung Urlaube/Krankheiten nicht mitgerechnet wurden. Hierfür können ggf. CRT-weite SpringerInnen eingesetzt werden bzw. die Aufteilung von VZÄ-Planstellen auf mehrere Personen erfolgen. Da einige Aufgaben (z.B. Hausbesuche) besser in Teams bearbeitet werden, ist eine Personalaufstockung wünschenswert. Jedenfalls sollte der Personalschlüssel pro Regional-CRT auch Gegenstand der Evaluation sein.

Weiters setzt das CRT stark auf den Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen. Im Rahmen unseres Modells wollen wir hierbei ganz klar zwischen *Ehrenamtlichen mit psychosozialer/medizinischer Grundausbildung* und *Ehrenamtlichen ohne psychosozialer/medizinischer Grundausbildung* unterscheiden, wobei nun im Folgenden näher auf diese Unterscheidung eingegangen wird.

- Ehrenamtliche mit psychosozialer/medizinischer Grundausbildung

Hierbei soll es sich um Personen handeln, die bereits eine psychosoziale bzw. medizinische Grundausbildung haben und sich im Rahmen ihrer erlernten Profession dem CRT als Freiwillige zu Verfügung stellen. Dabei kann es sich beispielsweise um SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, DGKPs, ÄrztInnen etc. handeln. Diese sollen den hauptamtlichen KollegInnen im Rahmen ihrer professionellen Möglichkeiten unterstützend zur Seite stehen.

- Ehrenamtliche ohne psychosozialer/medizinischer Grundausbildung

Die Ehrenamtlichen hingegen, die keine psychosoziale oder medizinische Grundausbildung haben, sollten dem CRT primär ihre Zeit zur Verfügung stellen, indem sie beispielsweise Aufgaben wie Fahrtendienste etc. übernehmen. Wichtig ist uns hierbei jedoch, dass sie jedenfalls eine kostenlose Schulung vom CRT zur Verfügung gestellt bekommen. In dieser soll Grundlegendes für die Arbeit mit Menschen mit psychosozialen Problemlagen vermittelt werden. Dies hat unter anderem auch den Vorteil, dass die Arbeit der Ehrenamtlichen von der Öffentlichkeit als professioneller wahrgenommen wird.

6.10 Qualitätssicherung, Evaluation, Dokumentation

Kaufmann Lena

Bei der Implementierung des ersten Regional-CRTs sollte eine wissenschaftliche Begleitung inklusive Monitoring und Evaluation durchgeführt werden. Diese soll bei einem erfolgreichen Projektabschluss in geeigneter Form an die Leitung übergeben werden, sodass Monitoring, Evaluation und wissenschaftliche Reflexion immer Teil des

Konzepts bleiben. Weitere Daten/Informationen kommen durch das laufende Monitoring und die jährliche Evaluierung, welche sowohl durch die Leitung als auch durch eine wissenschaftliche Begleitung durch die FH St. Pölten erbracht wird. Die Evaluation bezieht die Ansichten von KundInnen, KlientInnen, Ehrenamtlichen und KooperationspartnerInnen der jeweiligen Regional-CRTs mit ein. Durch die Vernetzung dieser Informationen ist es möglich, eine lernende Organisation zu sein, die sich laufend weiterentwickelt und den sich verändernden Anforderungen der jeweiligen Regionen anpasst. Die Implementierung beginnt mit einer genauen Auseinandersetzung mit der vorhandenen Gesundheits- und Soziallandschaft sowie geeigneten Räumlichkeiten. Nach der erfolgreichen Identifikation werden alle vorhandenen Organisationen inklusive VertreterInnen aus Zivilgesellschaft, Vereinen und Verwaltung zu einem runden Tisch eingeladen, das CRT-Projekt vorgestellt und die mögliche Zusammenarbeit besprochen. Sofern schon Regional-CRTs bestehen, werden diese hierbei vorgestellt, wobei die Vorzüge für die jeweilige Region besonders hervorgehoben werden. Sobald sich direkte KooperationspartnerInnen (Räumlichkeiten etc.) finden, wird ein Kooperationsvertrag erarbeitet. Andernfalls werden geeignete Räumlichkeiten näher exploriert. Ein erster MitarbeiterInnenstamm wird aufgebaut.

Danach wird die Bevölkerung über die Implementierung des CRTs informiert. Hierzu wird eine Kick-off Veranstaltung durchgeführt, bei der die Vorteile und Möglichkeiten des CRTs vor Ort durch die MitarbeiterInnen sowie die CRT Leitung im NNÖ vorgestellt werden. Die Bevölkerung wird aktiv zur Mitarbeit eingeladen. Konzepte der Nachbarschaftshilfe und Gemeinwesenarbeit werden in diesem Rahmen in geeigneter Form vorgestellt. Die Menschen, die mitarbeiten möchten, werden eingeladen, das CRT-Konzept für die Region zu verdichten und zu bewerben – hierzu sollen unterschiedliche kreative Methoden verwendet werden, wie z.B. Annoncierung in Zeitungen, in Schulen, öffentlichen Gebäuden, weitere Veranstaltungen, persönliche Gespräche, Vorstellungen in vorhandenen Vereinen etc.

6.10.1 Dokumentation und Monitoring

Besonders die EDV des CRTs müsste maßgeschneidert entwickelt werden, damit CRT-MitarbeiterInnen alarmiert werden und erforderliche Ehrenamtliche direkt erreichen können. Die Dokumentation muss einerseits von den mitarbeitenden Ehrenamtlichen direkt eingebracht werden können, ohne dass diese in die Fallakten Einsicht haben können (oder nur in bestimmte Bereiche), und andererseits die ProfessionistInnen eine umfangreiche Dokumentation gewährleisten können. Zudem sollte die Grundlage der Wissensgenerierungen für die Schulungen und Weiterbildungen daraus gezogen werden können. Das Dokumentationssystem sollte sowohl mit mobilen Endgeräten als auch mit PCs bearbeitet werden können. Das System muss jedenfalls vor Zugriffen von Unbefugten geschützt sein.

Im Zusammenhang mit der Arbeit von und mit Ehrenamtlichen ist es uns wichtig wiederholt zu betonen, dass es nur den professionellen Kräften des CRT-Teams möglich sein soll, auf die vollständige Dokumentation zuzugreifen (vgl. Arbeit mit und von Ehrenamtlichen). Auch wenn die Ehrenamtlichen ihre Arbeit ebenfalls dokumentieren,

ist es unerlässlich, dass die volle Einsicht in die Daten nur dem professionellen Teil des Teams vorbehalten bleibt. Dies ist nicht nur aus Datenschutz-, sondern auch aus Stigmatisierungs- und (Persönlichkeits-) Sicherheitsgründen wichtig.

Die Dokumentation muss digital erfolgen und nach den neusten Sicherheitsstandards vor Fremdzugriffen geschützt sein. Dies beinhaltet auch ein Zugrifflog. Wie die gesamte CRT-Arbeit muss auch die Dokumentation regelmäßig evaluiert und gemonitort werden, denn sie stellt eine der wichtigsten Quellen des Wissenstransfers dar.

Die Dokumentation der Arbeit ist Grundlage des Monitorings, welches anhand der Case Management Methoden erfolgt. Dies bedeutet unter anderem, dass die im Clearing erkannten Ziele regelmäßig und transparent überprüft werden. Die jeweiligen Methoden zur Zielerreichung werden hierbei ebenfalls überprüft. Erkenntnisse daraus werden (natürlich in anonymisierter Form) für die Qualitätssicherung genutzt.

In der fallunspezifischen Arbeit sind die Ergebnisse aus den Erkenntnissen der Regional-CRT Vorerhebung über die Zusammensetzung der Region (vgl. gemeinwesenorientierten Sozialarbeit) heranzuziehen und mit neuerlichen Erhebungen abzugleichen.

Das Berichtswesen sollte mindestens jährlich veröffentlicht werden, um Transparenz zu gewährleisten. Bestenfalls sollten die Ergebnisse in der jeweiligen Region präsentiert und gemeinsam reflektiert werden. Ebenso sollten die Erkenntnisse mit Verantwortlichen vom NNÖ reflektiert werden, um zu gewährleisten, dass die CRT-Struktur tatsächlich die Fallzahlen im Rettungswesen beeinflussen kann und für die MitarbeiterInnen eine Ressource darstellt.

6.10.2 Qualitätssicherung und Evaluation

Mit der Idee der lernenden, sich weiter entwickelnden Organisation, welche durch die CRT-Basis gesteuert wird, gibt es für Ehrenamtliche und ProfessionistInnen im CRT-Kontext die Möglichkeit, sich auf Augenhöhe zu begegnen, gemeinsam zu arbeiten und sich weiterzuentwickeln. Die Erkenntnisse werden beim Aufbau weiterer Regional-CRTs zu berücksichtigen sein und damit für reibungslosere Abläufe sorgen. In unserem Konzept wird jedoch immer mitbedacht, dass jedes Regional-CRT besonders sein kann bzw. muss und den jeweiligen regionalen Gegebenheiten angepasst werden soll.

Bereiche der regelmäßigen Evaluation sind jedenfalls der Personalstand sowie die Zeiten, zu denen gearbeitet wird, um zu überprüfen, ob der Out of Hours-Problematik etwas entgegengesetzt werden konnte. Hierbei sind alle vorhandenen Kooperationen und Vernetzungen mit zu beachten.

Die Qualitätssicherung erfolgt vorwiegend über die CRT-Basis, die regelmäßig die Dokumentation heranzieht, um diese und die zugrundeliegende Arbeit zu evaluieren. Weiters organisiert die CRT-Basis regelmäßige Super- und Intervisionen, damit die CRT-MitarbeiterInnen ihre eigene Arbeit reflektieren können und ein Forum zum

Austausch haben. Auf Regional-CRT Ebene werden eigene Supervisionsangebote für Ehrenamtliche gemacht.

6.11 Zusammenfassung

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

In diesem Kapitel wurde eine mögliche Konzeption von Community Response-Arbeit in der rettungsnahen, regionalen Gemeinwesenarbeit aufgezeigt. Dazu wurde die Wichtigkeit von Gemeinschaft (Community), Nachbarschaftshilfe und BürgerInnenschaftlichem Engagement einerseits, aber auch von Fachlichkeit, Kooperation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und haltungsorientierter prozessgeleiteter Arbeit andererseits aufgezeigt. Erst im Zusammenspiel können Lücken erkannt und geschlossen (oder zumindest überbrückt) werden. Durch die Struktur von Basis- und Regional-CRT ist es möglich, sowohl in der Region als auch im Land verankert zu sein und tatsächlich, ganz im Sinne des Case Management-Ansatzes, auf Mikro-, Meso- und Makroebene zu agieren. Hierbei ist es erforderlich die jeweilige Regional-Situation im Vorfeld genau zu untersuchen und sowohl die Gemeinschaft als auch alle möglichen KooperationspartnerInnen in die Implementierung einzubinden.

7 Conclusio

Kaufmann Lena, Krähan Lisa, Nix Sophie

Ausgehend von der Problematik, dass vermehrt Menschen ohne akut-medizinischer Indikation Leistungen des Rettungswesens in Anspruch nehmen, wurden in der vorliegenden Masterthese mögliche Reaktionsformen darauf erarbeitet, wobei der Notruf Niederösterreich als Ausgangspunkt gewählt wurde. Es wurde theoretisch ein im Bezirk Melk bzw. im Land Niederösterreich agierendes Community Response Team konzipiert. Dazu wurde im ersten Kapitel der Problemaufriss dargestellt und somit ein Einstieg in die Thematik geschaffen. In einem weiteren Schritt folgte eine Kontextualisierung selbiger. Dazu wurden für die Forschungsarbeit wichtige Begriffe theoretisch beleuchtet bzw. erläutert. Im dritten Kapitel wurden anschließend das Forschungsdesign bzw. die verwendeten Methoden beschrieben. Es folgte in einem weiteren Schritt in Kapitel vier die Auswertung der Interviews sowie die deskriptive Darstellung eines Datensatzes. Das Kapitel fünf diente der Darstellung des Forschungsgebiets – des politischen Bezirks Melk. Dabei wurden die in der Auswertung gewonnenen Kategorien der Ist-Situation im politischen Bezirk Melk gegenübergestellt. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse bildeten zusammen mit den Erkenntnissen der Interviewauswertung die Basis für die theoretische Konzeptionierung eines CRTs, die in Kapitel sechs beschrieben wurde.

Methodisch orientierten wir uns am Mixed-Methods-Zugang. Zunächst wurde das Ziel verfolgt, anhand des vom Notruf Niederösterreich zur Verfügung gestellten Datensatzes, die Verteilung der Rettungseinsätze im Bezirk zu analysieren. Diese Erkenntnisse sollten für die Generierung eines CRTs mitgenutzt werden. Da jedoch einerseits ein Mitglied der Forschungsgruppe diese verließ und andererseits auch keine relevanten Erkenntnisse aus dem Datensatz gezogen werden konnten, verschob sich unser Fokus. Wir entschieden uns, im Rahmen der Erhebungs- und Auswertungsmethodik Literaturrecherche, Geoinformationssysteme, Leitfadeninterviews sowie die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring anzuwenden. Das Autorinnenteam wurde im Laufe des Forschungsprozesses jedoch noch vor weitere Hürden gestellt. So verließ ein weiteres Mitglied die Gruppe. Von anfänglich fünf AutorInnen befanden sich schlussendlich nur noch drei in der Forschungsgruppe. Da der zweite Ausstieg kurz vor Fertigstellung der These stattfand, wurde eine weitere, große Umstrukturierung erforderlich, die den Forschungs- bzw. insbesondere den Gruppen- und Schreibprozess zusätzlich erschwerte. Trotz alledem konnte das Ziel der Forschung – die theoretische Konzeptionierung eines CRTs im politischen Bezirk Melk unter Miteinbezug der regional vorherrschenden Strukturen – erreicht werden.

Es folgt nun eine Zusammenführung der in der Arbeit zusammengetragenen Erkenntnisse anhand einer Abhandlung der Forschungsfragen.

- Wie kann ein Community Response Team – am Beispiel des politischen Bezirks Melk – aussehen bzw. aufgestellt werden?

Ein CRT im politischen Bezirk Melk kann in verschiedenen Regionalteams agieren, deren Leitung im Notruf Niederösterreich angesiedelt ist. Vorrangig siedeln sich die Regionalteams in strukturschwächeren Gegenden des politischen Bezirks an. Durch mobile Beratungs- und Betreuungsangebote können von den CRTs auch großflächigere Bereiche betreut werden, wodurch die Idealzahl der CRT-Verteilung in Melk nicht Voraussetzung für die funktionierende Struktur ist. Die Regionalteams kooperieren miteinander sowie mit der jeweils vorherrschenden Soziallandschaft.

Die MitarbeiterInnen des CRTs bieten Schulungen für die eigenen MitarbeiterInnen sowie jene des Notruf Niederösterreich in sozialarbeiterischen und pflegerischen Belangen an. Somit ist ein Wissenstransfer sowohl innerhalb der CRT-Struktur als auch in die Notrufstrukturen gewährleistet.

- Wie können psychosoziale Fälle interdisziplinär durch ein CRT adäquat versorgt werden?

Durch den Erstkontakt, welcher wahlweise durch die Rettung oder direkt durch das CRT passiert, findet ein professionelles Clearing statt. Im Sinne des Case Management-Ansatzes sowie der multiprofessionellen Zugänge des CRTs ist es möglich, psychosoziale Problemlagen zu clustern und je nach Indikation den Best Point of Care zu eruieren. Dies kann sowohl eine sehr niederschwellige Hilfestellung durch Interventionen der CRT-ProfessionalistInnen (z.B. Beratung zur Burn-Out-Prävention von Pflegenden), durch Ehrenamtliche (z.B. Besuchsbegleitungen), oder ein Anbinden an eine andere, geeignetere Institution beinhalten.

- An welchen Institutionen kann ein CRT andocken?

Das hier entwickelte Konzept sieht eine Andockung an den Notruf Niederösterreich vor, da damit direkter Kontext zum Rettungswesen gesichert ist. Auf Regionalebene ist eine Andockung an unterschiedliche Institutionen möglich, die – im Sinne eines gemeinwesenorientierten Zugangs – die vorhandene Gesundheits- und Soziallandschaft sowie die Bedürfnisse der AnwohnerInnen berücksichtigen. Ziel ist die Förderung von Synergien und die Verhinderung von Doppelgleisigkeiten, z.B. durch die gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten und anderen vorhanden Ressourcen und Strukturen. Durch die Andockung der Regional-CRTs an verschiedene Organisationen ist eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit mit diesen möglich und wahrscheinlich.

Eine Zusammenarbeit mit der vorhandenen Gesundheits- und Soziallandschaft, welche auf Regional- und Landesebene agiert, ist jedenfalls anzustreben. Hierbei sind die großen NGOs, wie *Caritas*, *Hilfswerk*, *Volkshilfe*, etc. jedenfalls miteinzubeziehen. Des Weiteren braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den Unterorganisationen der NNÖ GmbH sowie mit den lokalen Gesundheits-, Pflege-, Religions-, Vereins- und Verwaltungsstrukturen.

Regional-CRTs ohne ehrenamtliche Beteiligung können nur einen Bruchteil der von uns festgestellten benötigten Aufgaben übernehmen. Zudem stellt ehrenamtliches

Engagement die Verankerung in der jeweiligen Gemeinschaft sicher, weshalb jedenfalls auf die Beteiligung der Menschen vor Ort größtes Augenmerk gelegt werden muss.

Da in unserem Untersuchungsfeld, dem politischen Bezirk Melk, deutlich wurde, dass die Sozial- und Gesundheitslandschaft nicht überall gleich gut ausgebaut ist, ist es uns ein Anliegen zu betonen, dass Regional-CRTs durchaus auch als eigenständige Organisationseinheiten ohne Andockung bestehen können. Auch dadurch können sie Lücken in der vorhandenen Gesundheits- und Soziallandschaft schließen oder zumindest minimieren.

■ Welche Aufgaben kann ein CRT diesbezüglich abdecken?

Ein CRT kann unter anderem über die 24-Stunden Erreichbarkeit die Out of Hours-Problematik verringern und hierbei auch Kurzzeitbetreuungen anbieten, die weitergehend an die zuständigen Organisationen wie PSD, BH, mobile Hauskrankenpflege oder Ähnliches übergeben werden können, sodass die Zahl der Krankenhausaufenthalte verringert werden kann. Des Weiteren kann das CRT niederschwellige, gemeindenahere Unterstützungsmaßnahmen organisieren, Besuchsbegleitungen übernehmen und bei der Überwindung von Mobilitätshürden unterstützen.

Über die Beratungstätigkeiten, die auch mobil angeboten werden, ist es zudem möglich, dass das CRT KlientInnen bei der Grundsicherung unterstützt. Somit werden auch Menschen, die die Angebote der Sozial- und Gesundheitslandschaft in Niederösterreich nicht kennen bzw. nicht wissen, wie sie diese in Anspruch nehmen können, erreicht.

Vor allem in niederschweligen Bereichen kann das CRT Vernetzung, Verweisung und Begleitungsaufgaben übernehmen.

Das CRT kann zudem die MitarbeiterInnen des Rettungswesens unterstützen, psychosoziale Problemlagen zu erkennen und diese an adäquate Einrichtungen zu verweisen bzw. zu adressieren.

■ Wie kann ein CRT dazu beitragen, Fallgruppen mit psychosozialen Problemlagen zu versorgen?

Durch die niederschwellige Konzipierung der Regional-CRTs können KlientInnen mit psychosozialen Problemlagen leichter an das CRT andocken, als es derzeit für Menschen in der Gesundheits- und Soziallandschaft der Fall ist. Vor allem wenn diese in Gebieten wohnen, welche keine ausreichende psychosoziale Versorgungslandschaft zu Verfügung stellen, bestehen aktuell große Hürden. Diese können durch den Einsatz niederschwelliger Nachbarschaftshilfe verringert werden.

■ Aus welchen Professionen kann sich ein CRT üblicherweise zusammensetzen?
In dieser Konzeption setzt sich ein CRT üblicherweise aus SozialarbeiterInnen und DGKPs zusammen. Weitere Professionen des Gesundheits- und Sozialbereichs sind willkommen und erweitern die Ressourcen stark. Über Ehrenamtliche vor Ort kann außerdem eine Angebotserweiterung erreicht werden, wie auch über

Gemeinwesenarbeit und Nachbarschaftshilfe. Diese Kombination aus professionellen und ehrenamtlichen Ressourcen schafft sowohl für die Hilfesuchenden, als auch für die HelferInnen individuell positive Aspekte.

■ Wo liegen die Unterschiede und Ergänzungen des CRTs zu bestehenden Instanzen, wie dem Notruf 144 oder dem AKUTteam NÖ?

Die größten Unterschiede bestehen in der Erreichbarkeit, den möglichen Interventionen bzw. Angeboten und der regionalen Verankerung. Während der NNÖ und das AKUTteam auf Landesebene im Rahmen des Rettungswesens agieren, kann das CRT sowohl lokal als auch auf Rettungsebene agieren. Durch die regionale Verankerung ist es möglich, eine stärkere Vernetzung mit Angeboten vor Ort zu erreichen. Des Weiteren stehen dem CRT mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung, da hier Aufgaben auch an Ehrenamtliche übergeben werden können. Außerdem ist beim CRT eine zeitliche Befristung der Betreuung der KlientInnen (mit Ausnahme der Kurzzeitpflege) nicht vorgesehen.

■ Wie kann sich ein CRT, spezifisch im Bezirk Melk, in die regionale Versorgungslandschaft einbinden?

Das CRT kann und muss sich mit der regionalen Versorgungslandschaft vernetzen und kann hier Lücken, wie z.B. fehlende Fahrdienstangebote, schließen. Weiters ist es möglich, über die Andockung an unterschiedliche Organisationen eine stärkere Vernetzung in der Gesundheits- und Sozillandschaft zu fördern. Zudem können informelle Netzwerke im Rahmen der Gemeinwesenlogik erschlossen und aktiviert werden. Damit kann Hilfe zur Selbsthilfe im Sinne der Nachbarschaftshilfe in der Gemeinschaft gefördert werden.

■ Wie kann ein CRT zur Verringerung der Out of Hours-Problematik im Bezirk Melk beitragen?

Das CRT trägt über die 24-Stunden-Verfügbarkeit zur Verringerung der Out of Hours-Problematik bei. Weiters kann mit dem Angebot der Kurzzeitpflege die Lücke im Bereich der mobilen Hauskrankenpflege geschlossen werden, die vor allem im Hinblick auf das Wochenende und Akutbedarf deutlich wurde. Durch die ständige Erreichbarkeit kann eine Sozial-/Pflegestruktur neben der Rettungs-/Notrufstruktur etabliert werden, die letztere nicht mehr zur einzigen Anlaufstelle zu diesen Zeiten macht. Über die enge Vernetzung mit der vorhandenen Gesundheits- und Sozillandschaft ist es gegebenenfalls in Akutsituationen bestenfalls sogar möglich, bestimmte Stellen, die von der Out of Hours-Problematik betroffen sind, zu diesen Zeiten dennoch zu aktivieren, oder zumindest diese Zeiten durch Akuthilfe zu überbrücken.

■ Welche Mobilitätsaspekte muss ein CRT erfüllen, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten?

Zwei Aspekte von Mobilität sind für ein CRT relevant: Zum einen sind die CRT-MitarbeiterInnen in der Lage, mobil aufsuchend/nachgehend zu agieren – ihnen werden die notwendigen Transportmittel dafür zur Verfügung gestellt. In diesem Kontext wird zudem auch im strukturschwachen Regionalgebiet über mobile Beratungsangebote ein niederschwelliger Zugang zu weitergehenden psychosozialen Angeboten in Orten ohne

entsprechende Sozial- bzw. Gesundheitslandschaft ermöglicht. Der zweite Aspekt betrifft die Mobilität der (möglichen) CRT-KlientInnen: Über Fahrtendienstangebote können Mobilitätshürden überwunden werden und Angebote, welche für sie nicht vor Ort sind, in Anspruch genommen werden. Weiters soll es KlientInnen durch Mobilitätstrainings ermöglicht werden, selbstständig mobil(er) zu agieren.

Bei dem hier konzipierten Community Response Team handelt es sich um ein theoretisches Konstrukt, das zurzeit in dieser Form keine Anwendung in der Praxis findet. Um es praktisch umzusetzen, müssten vor allem auch finanzielle Aspekte in die Konzeptionierung miteinfließen. Dies ist auf Anraten der Projektleitung sowie aufgrund der Tatsache, dass dies den Rahmen dieser Masterthese gesprengt hätte, hier nicht geschehen. Nichtsdestotrotz handelt es sich bei dem hier vorgestellten Konzept um eine konkrete Idee eines Community Response Teams, das – sofern finanzielle Fragen, Kooperationen sowie durch die BürgerInnen formulierte spezifische regionale Bedarfe geklärt sind – auf den Bezirk Melk mit dessen strukturellen Gegebenheiten abgestimmt ist und somit aus konzeptioneller Sicht tatsächliche Umsetzung finden könnte.

Auch die erstellten Landkarten sowie die Erkenntnisse aus Kapitel 5 könnten angedacht über die Masterthese hinaus genutzt werden, indem sie z.B. als Arbeitstool implementiert werden, und somit einen großen Mehrwert für SozialarbeiterInnen im Bezirk Melk bringen. Als flächendeckendes Arbeitstool könnten sie eine vereinfachte Übersicht über vorhandene Angebote schaffen, wodurch eine Weiterverweisung ohne eine Vielzahl von Recherchen möglich wäre. Durch die Einfachheit der kategorisierten Darstellung ist dies auch ein Tool, welches sowohl für KlientInnen, als auch ProfessionistInnen, welche nicht im Sozialbereich tätig sind, ihre Anwendung finden kann.

Die CRT-Konzeption zeigt auf, dass niederschwellige Primärversorgung idealerweise auf informellen Netzwerken, wie Nachbarschaftshilfe, aufbaut, und die Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen im Arbeitsfeld der Gemeinwesenorientierung behandelt werden kann und sollte.

Literatur

AKUTteam Niederösterreich (o.A.): Idee & Hintergrund. <https://akutteam.at/idee/> [08.10.2018].

AKUTteam Niederösterreich (o.A. a): Einsatzindikationen. <https://akutteam.at/einsatzindikationen/> [08.10.2018].

Amt der NÖ Landesregierung (2016): Mobilität in NÖ. Ergebnisse der landesweiten Mobilitätserhebung 2013/14. In: http://www.noel.gv.at/noe/P68046_LandNOE_Mobilitaetserhebung_Barrierefrei.pdf [12.03.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2018): 20 Jahre stationäres Hospiz im Pflege- und Betreuungszentrum Melk. https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20181012_OTS0029/20-jahre-stationaeres-hospiz-im-noe-pflege-und-betreuungszentrum-melk [09.08.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2019): Melk. Bezirksstatistik. Bevölkerung. <http://www.noel.gv.at/noe/Zahlen-Fakten/Melk.html#bevoelkerung> [19.02.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2019a) : Mutter-Eltern-Beratung in Niederösterreich. http://www.noel.gv.at/noe/Gesundheitsvorsorge-Forschung/Mutter-Eltern-Beratung_in_noe.html [01.08.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2019b): Gewaltschutzzentrum <http://www.noel.gv.at/noe/Frauen/gewaltschutzzentren.html> [05.08.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2019c): Zuständigkeiten BH Melk. http://www.noel.gv.at/noe/Melk/Zustaendigkeiten_BH_Melk.html [17.07.2019].

Amt der NÖ Landesregierung (2019d): Niederösterreich in Zahlen 2019. http://www.noel.gv.at/noe/Zahlen-Fakten/Bezirksfolder_Melk_2019.pdf [06.05.2019].

Andersen, Uwe / Woyke, Wichard (Hrsg.) (2013): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. 7., aktualisierte Auflage, Heidelberg: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/handwoerterbuch-politisches-system/202107/sozialstaat>. [15.07.2019].

Andreas, Felix (2009): Rechtliche Grundlagen des österreichischen [sic!] Rettungswesens. Dissertation. Wien.

Autonome österreichische Frauenhäuser (2019): Frauenhäuser.
<https://www.a oef.at/index.php/frauenhaeuser2> [05.07.2019].

Bastecky, Sebastian / Leier-Kriz, Barbara / Mötzl, Irene / Wernitznig, Bernhard (2017): Ansätze alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf. Masterthese. Fachhochschule St. Pölten.

bgwieselburg (2018): Schulsozialarbeit. Methoden.
http://www.bgwieselburg.ac.at/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=110. [11.07.2019].

Biedermann, Christiane (2012): Freiwilligen-Management. Die Zusammenarbeit mit Freiwilligen organisieren. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hrsg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

BMASK. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): Freiwilliges Engagement in Österreich. Bundesweite Bevölkerungsbefragung 2012. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

BMASGK. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2018): Sozialstaat Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des bürgerschaftlichen Engagements in Deutschland. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Projektgruppe Zivilengagement.
<https://www.wzb.eu/de/forschung/beendete-forschungsprogramme/zivilengagement/zeng-bericht-engagement> [26.01.2019].

BMFSFJ. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Für eine Kultur der Mitverantwortung. Erster Engagementbericht. Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland – Schwerpunkt: Engagement von Unternehmen. Drucksache 17/10580.
<https://www.bmfsfj.de/blob/93678/b9388038c7a0cfb3441f5c2cae98c40d/erster-engagementbericht-bericht-der-bundesregierung-data.pdf> [31.01.2019].

Böhm, Martin / Gruber, Dominik / Koren, Gernot / Endel, Florian (2011): „Wenn sich die Türe dreht...“ Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von PsychiatriepatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich. Linz: pro mente prävention - Institut für seelische Gesundheitsförderung, Abteilung Forschung der pro mente austria / Technische Universität Wien, Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie.
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564551&version=1391184570> [08.01.2019].

Böhnisch, Lothar / Schröer, Wolfgang (2018): Sozialpolitik. In: Graßhoff, Gunther / Renker, Anne / Schröer, Wolfgang (Hrsg.): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 429-440.

Caritas der Diözese St. Pölten (2019): Mobilitätscoaching. In: <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/berufliche-integration/mobilitaetscoaching/> [12.03.2019].

Caritas der Diözese St. Pölten (2019 a): PSD-Psychosozialer Dienst. <https://www.caritasstpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischererkrankungen/beratungsangebote/psychosozialer-dienst/> [02.03.2019].

Caritas der Diözese St. Pölten (2019 b): Familienberatung Rat und Hilfe. <https://www.caritasstpoelten.at/hilfe-angebote/familien/familienberatung-rat-hilfe/> [02.03.2019].

Caritas der Diözese St. Pölten (2019 c): Suchtberatung. <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/beratungsangebote/suchtberatung/> [24.07.2019].

City of Colorado Springs (2015): CSFD/CSPD Community Response Team. <https://vimeo.com/116090321> [01.03.2019].

Cravens, Scott (2018): Up Close With Colorado Springs' Community Response Team. In: EMS World. Print Online Expo. <https://www.emsworld.com/article/219668/close-colorado-springs-community-response-team> [26.02.2019].

Döring, Nicola / Borth, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage, Berlin: Springer.

ecoplus (2018): Neuer Verein organisiert „Nachbarschaftshilfe Plus“ in Pölla und Röhrenbach. Presseinformation. https://www.ecoplus.at/media/10520/pa_leader_nachbarschaftshilfe_poella_roehrenbach.pdf [25.02.2019].

Ehlers, Corinna / Müller, Mathias (2013): Implementierung von Case Management (CM) in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (Hrsg.): Case Management in der Sozialen Arbeit. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 107-126.

Evers, Adalbert (2010): Aktivierung von Zivilgesellschaft in der Sozialen Stadt – ein anderer Blick und mögliche Konsequenzen. In: Forum Wohnen und Stadtentwicklung, 1, 50-53.

In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (Hrsg.). Case Management in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 7, Opladen: Budrich, 127-156.

Goger, Karin / Tordy, Christian (2018): Praxis des Case Managements in Österreich. In: Soziale Arbeit. Case Management 2.0. 9-10, 373-382.

Greene, Roberta R. (1992): Case Management: An Agenda for Social Work Practice. In: Vourlekis, Betsy S. / Greene, Roberta R. (Hrsg.): Social Work Case Management. New York: Aldine de Gruyter.

Günther, Julia (2005): Das soziale Netz der Nachbarschaft als System informeller Hilfe. In: Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für angewandte Organisationspsychologie. 36. Jahrgang. 4, 427-442.

Hairer, Michael (2016): Bezirk Melk. Auf der Spur der Drogen. https://www.meinbezirk.at/melk/c-lokales/bezirk-melk-auf-der-spur-der-drogen_a1809132 [11.08.2019].

Heidbrink, Ludger (2006): Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips. In: Heidbrink, Ludger / Hirsch, Alfred (Hrsg.): Ebd. Frankfurt: Campus Verlag, 13-35.

Heinze, Kerstin (2014): Sozialarbeit und Prostitution im Kurfüstenkiez. <http://www.tiergarten-sued.de/Sozialarbeit-und-Prostitution-im-Kurfuestenkiez.7003.0.html> [12.04.2019].

Hemetsberger, Paul (2019a): Community. <https://www.dict.cc/?s=community> [23.07.2019].

Hemetsberger, Paul (2019b): Response. <https://www.dict.cc/?s=Response> [23.07.2019].

Hemetsberger, Paul (2019c): Team. <https://www.dict.cc/?s=Team> [23.07.2019].

Hilfswerk (2019): Familien- und Beratungszentrum Melk. <https://www.hilfswerk.at/niederoesterreich/wir-ueber-uns/unsere-standorte/standorte-familien-und-beratungszentren/familien-und-beratungszentrum-melk/> [02.03.2019].

Hinske, Norbert (2004): Kants Warnung vor dem Wohlfahrtsstaat. In: Die neue Ordnung. 58, 6. <http://www.die-neue-ordnung.de/Nr62004/NH.html> [05.07.2019].

Hinte, Wolfgang (2018): Gemeinwesenarbeit. In: Graßhoff, Gunther / Renker, Anne / Schröder Wolfgang (Hrsg.) (2018): Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 205-216.

Hinte, Wolfgang / Lüttringhaus, Maria / Oelschlägel, Dieter (2007): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. 2. aktualisierte Ausgabe, München: Juventa Verlag.

Hopf, Christel (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 177-182.

Horaczek-Gasnarek, Tanja (2019): Akuter Mangel an Pflegepersonal. <https://www.noen.at/melk/bezirk-melk-akuter-mangel-an-pflege-personal-bezirk-melk-pflege-24-stunden-betreuung-154031183> [29.07.2019].

Jochum, Joachim (2017): Der österreichische Sanitäter im Spannungsfeld zwischen "Können", "Wollen" und "Dürfen": von der Wiege bis zur Bahre. Risiken und Nebenwirkungen des Sanitätergesetzes auf die bisherige und bestehende Situation sowie die Notwendigkeit von Änderungen im Zusammenhang mit dem Ärztemangel. Dissertation. Innsbruck.

Kegel, Thomas (2012): Perspektive Strategisches Freiwilligenmanagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hrsg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa, 67-78.

Kelle, Udo (2019): Mixed Methods. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer, 159-172.

Keppel, Matthias (2015): Gerechtigkeit im österreichischen Gesundheitssystem. Masterarbeit. Universität Wien.

Klein, Ansgar (2017): Ehrenamtliche/freiwillige Tätigkeit im sozialen Bereich. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage, Baden-Baden: Nomos, 208-209.

Knecht, Alban / Schubert, Franz-Christian (2012): Ressourcen – Einführung in Merkmale, Theorien und Konzeptionen. In: Knecht, Alban / Schubert, Franz-Christian (Hrsg.): Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Zuteilung-Förderung-Aktivierung. Stuttgart: Kohlhammer, 13-46.

Kollak, Ingrid / Schmidt, Stefan (2015): Fallübungen Care und Case Management. Berlin: Springer.

Kromrey, Helmut (2002): Empirische Sozialforschung. 10. Auflage, Stuttgart: utb.

KRDO (2018): Who is the Community Response Team? <https://www.krdo.com/news/colorado-springs/who-is-the-community-response-team-/745173292> [01.03.2019].

LAG Soziale Brennpunkte Niedersachsen e.V. (2019): Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip. <http://www.stadtteilarbeit.de/theoriegwa/grundlagen-gwa/359-chancen-gwa.html> [14.09.2018].

Lehman, Uta / Sanders, David (2007): The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. WHO. Geneva https://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf [01.03.2019].

Luiz, Thomas / Schmitt, T.K. / Madler, C. (2002): Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. In: Notfall & Rettungsmedizin, 5, 505-511.

Luiz, Thomas (2008): Der psychosoziale Notfall. In: Notfall & Rettungsmedizin, 11, 547-551.

May, Michael (2011): Jugendliche in der Provinz. Ihre Sozialräume, Probleme und Interessen als Herausforderung an die Soziale Arbeit. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage, Weinheim: Beltz.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage, Weinheim: Beltz.

Meuser, Michael / Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews. Vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef / Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-471.

Meyer, Thomas (2009): Was ist Demokratie? Eine diskursive Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ministry of Health Kenya (2013): Community Health Volunteers (CHVs). Basic modules handbook. http://guidelines.health.go.ke:8000/media/CHV_handbook_PDF-F.pdf. [20.01.2019].

Monzer, Michael (2018): Case Management Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage, Heidelberg: medhochzwei.

Moxley, David P. (1989): The Practise of Case Management. Newbury Park: SAGE.

Nokielski, Hans (1992): Nachbarschaftshilfe. In: Bauer, Rudolf (Hrsg.): Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. G-O. München: R. Oldenbourg Verlag, 1385-1387.

NÖ Landeskliniken und Landesbetreuungszentren (2019): Ehrenamt. <http://www.pbz-melk.at/ber-uns/ehrenamt> [13.07.2019].

Noebetreuungszentren (2019): Altersalmanach NÖ. <http://www.noebetreuungszentren.at/files/o/0337de6698f6c872c6a7ec07dc8131ce.pdf> [20.07.2019].

Notruf Niederösterreich (o.A.): Welche Ausrückzeiten sind ab der Alarmierung bei RD-Events einzuhalten? <https://notrufnoe.com/welche-ausrueckzeiten-sind-ab-der-alarmierung-bei-rd-events-einzuhalten/> [14.07.2019].

Novosad, Heinz / Wallner, Stefan (2017): Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen. Masterthese. Fachhochschule St Pölten.

ÖBB Personenverkehr (2019): Fahrplanauskunft. <http://fahrplan.oebb.at/bin/query.exe/dn> [12.03.2019].

Oberlerchner, Herwig / Radoš, Christa (2015): Der Psychiatrische Not- und Krisendienst in Kärnten. Geschichte, Trends und Entwicklungen. In: psychopraxis.neuropraxis, 18, 82-86.

Olk, Thomas (2017): Bürgerengagement. In: Kreft, Dieter / Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Dresden: Beltz Juventa, 218-222.

Orthmann Bless, Dagmar (2006): Lebensentwürfe benachteiligter Jugendlicher. Theoretische Betrachtungen und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung bei Mädchen mit Lernbehinderung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2019): Versorgungskarte. <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [24.03.2019].

Österreichisches Rotes Kreuz (2019): Hilfe für den Nächsten. <https://www.roteskreuz.at/noe/mitarbeit/gesundheit-und-soziale-dienste/> [09.08.2019].

Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich (o.A. a): Die lokalen Bezirksstellen im Mostviertel. <https://www.roteskreuz.at/noe/organisieren/bezirksstellen/mostviertel/> [20.06.2019].

Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich (o.A. b): Die Ortsstellen. <https://www.roteskreuz.at/noe/dienststellen/melk/organisieren/ueber-uns/die-ortsstellen/> [20.06.2019].

Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich (o.A. c): Ortstellen.
<https://www.rotekreuz.at/noe/dienststellen/poeggstall/organisieren/ueber-uns/ortsstellen/> [20.06.2019].

Österreichisches Rotes Kreuz Niederösterreich (o.A. d): Ortsstelle Blindenmarkt.
<https://www.rotekreuz.at/noe/dienststellen/ybbs-an-der-donau/organisieren/ueber-uns/ortsstelle-blindenmarkt/> [20.06.2019].

ÖRK. Österreichisches Rotes Kreuz (2014): Rahmenvorschrift Rettungsdienst. Österreichisches Rotes Kreuz.

Pantucek, Peter (2010): Sozialräumliches Arbeiten in der Stadt und auf dem Land. Referat auf der Fachtagung „Sozialräumliches Arbeiten“ der Sozialverwaltung der Provinz Bozen/Bolzano, 28. September 2004.
<http://www.pantucek.com/index.php/soziale-arbeit/texte/134-sozialraeumliches-arbeiten-in-der-stadt-und-auf-dem-land> [14.09.2018].

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

Pflegezentrum Yspertal (2019): Kurzzeitpflege & Übergangspflege.
<https://pflegezentrum-yspertal.at/wordpress/kurzzeitpflege-uebergangspflege/> [12.08.2019].

Preglau, Max (2002). Das Solidarprojekt Sozialstaat - gestern, heute und morgen. SWS-Rundschau, 42(3), 353-368. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-165593> [22.07.2019].

Redelsteiner, Christoph (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht. 6, 164-166.

Redelsteiner, Christoph (2015): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Akteure, Problemanalyse, Lösungsansätze. Dissertation. Universität Bielefeld.

Redmann, Britta (2018): Erfolgreich führen im Ehrenamt. Ein Praxisleitfaden für freiwillig engagierte Menschen. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Regnet, Erika (2012): Management von Ehrenamtlichen – Management durch Ehrenamtliche. Konfliktpotenziale und erfolgreiches Konfliktmanagement. In: Rosenkranz, Doris / Weber, Angelika (Hrsg.): Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

Rittmannsberger, Hans / Sulzbacher, Anke / Foff, Christian / Zaunmüller, Thomas (2014): Heavy User stationärer psychiatrischer Behandlung. Vergleich nach Diagnosegruppen. In: Neuropsychiatrie. 4, 169-177.

Rosenberger, Gerlinde / Sauer, Birgit (Hrsg.) (2004): Politikwissenschaft und Geschlecht: Konzepte-Verknüpfungen-Perspektiven. Stuttgart: UTB.

Rosenkranz, Doris / Görtler, Edmund / Limbeck, Brigitte (2014): Woher kommen künftig die Freiwilligen? Engagementplanung als Zukunftsaufgabe für Kommunen und Verbände. Weinheim: Beltz Juventa.

Samariter Bund Niederösterreich (o.A.): Gruppen in Niederösterreich. <https://www.samariterbund.net/gruppen/landesverband-niederoesterreich/startseite/> [20.06.2019].

Schmid, Tom (2009): Daseinsvorsorge – Möglichkeiten und Grenzen einer lokalen Agenda. In: Kluschatzka, Ralf / Wieland, Sigrid (Hrsg.): Sozialraumorientierung im ländlichen Kontext. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 73-94.

Schmidt, Manfred G. (2010): Demokratietheorien. Eine Einführung. 5. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schreier, Maren (2011): Gemeinwesenarbeit (re-)politisiert!? In: sozialraum.de (3) Ausgabe 1/2011. <https://www.sozialraum.de/gemeinwesenarbeit-re-politisiert.php> [14.09.2018].

Schubert, Herbert (2017): Kooperation. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Fachlexikon der Sozialen Arbeit. 8. Auflage, Baden-Baden: Nomos, 522-523.

Schuntermann, Michael F. (2009). Einführung in die ICF: Grundkurs – Übungen – Offene Fragen. 3. Auflage, Heidelberg: ecomed Medizin.

Schweiger, Denise / Horaczek-Gasnarek, Tanja (2019): Patienten suchen ihre Ärzte. <https://www.noen.at/melk/bezirk-melk-patienten-suchen-ihre-aerzte-melk-franz-haunlieb-harald-waxenegger-aerztemangel-135629237> [06.07.2019].

Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Weinheim: Beltz Juventa.

Simons, Lucy / Lathlean, Judith (2010): Mixed Methods. In: Gerrish, Kate / Lacey, Anne (Hrsg.): The Research Process in Nursing. 6. Auflage, London: Wiley Blackwell, 331-342.

Stigler, Hubert / Felbinger, Günter (2012): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, Hubert / Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. 2. Auflage, Innsbruck: Studienverlag, 141-146.

Stimmer, Franz (2006): Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer.

Streissler, Agnes (2004): Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 89. AK Wien.

Szabo, Erna (2009): Grounded Theory in der Marketing- und Managementwissenschaft. In: Carsten Baumgarth / Martin Eisend / Heiner Evanschitzky (Hrsg.): Empirische Mastertechniken. Eine anwendungsorientierte Einführung für die Marketing- und Managementforschung. Wiesbaden: Gabler, 107-129.

Veltrup, Clemens (2002): Illegale Drogen (Psychotherapie). In: Fengler, Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Landsberg/Lech: ecomed, 233-237.

Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland (2019): Angebote. <https://www.nachbarschaftshilfeplus.at/angebote/> [22.02.2019].

Verein Soziales Ybbs (2019): Leitbild. <http://www.sozialesybbs.at/leitbild.html> [22.02.2019].

Verkehrsverbund Ost-Region (2019): Fahrplan. <https://www.vor.at/fahrplan/> [12.03.2019].

Vogelsang, Waldemar / Kopp, Johannes / Jacob, Rüdiger / Hahn, Alois (2018): Stadt – Land – Fluss. Sozialer Wandel im regionalen Kontext. Wiesbaden: Springer VS.

Völker, Maria Theresa / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten. In: pro care 01-02, 14-23.

Wagner, Leonie / Litges, Gerhard / Debiel, Stefanie / Penke, Swantje / Engel, Alexandra / Hermann-Stietz, Ina (2012): Stadt – Land – Soziale Arbeit. Besonderheiten Sozialer Arbeit in ländlichen Räumen. In: Ebd. (Hrsg.): Soziale Arbeit in ländlichen Räumen, Wiesbaden: Springer VS, 1-13.

Wendt, Peter-Ulrich (2015): Einführung: Was ist Gemeinwesenarbeit? In: Wendt, Peter-Ulrich (Hrsg.): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag, 296-305.

Wendt, Wolf Rainer (2009): Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter? In: Wendt, Rainer / Löcherbach, Peter (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg: Economica, 1-52.

Wendt, Wolf Rainer (2018): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 7. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

WHO (1946): Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> [11.07.2019].

WHO (1978): Alma Ata Deklaration. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [11.07.2019].

WHO (2019): Universal health coverage (UHC). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) [22.07.2019].

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

Zahorka, Florian (2018): Alternative Verweisungspfade für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik. Erkenntnisse auf Basis eines Forschungsaufenthalts in Colorado Springs. soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit Nr. 19 (2018) / Rubrik "Junge Wissenschaft" / Standort St. Pölten. Printversion: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/566/1016.pdf> [15.07.2019].

Daten

A1, Anfrage an BH Melk, gestellt von Lena Kaufmann und Christoph Redelsteiner am 15.11.2018 und 01.12.2018

A2, Anfrage an Notruf Niederösterreich, gestellt von Sophie Nix am 19.06.2018

A3, Anfrage an Rat und Hilfe, gestellt am 09.01.2019 von Lena Kaufmann

A4, Anfrage an Beratungszentrum Hilfswerk NÖ, gestellt am 04.01.2019 von Lena Kaufmann

A5, Anfrage an Landeskrankenhaus Melk, gestellt am 23.08.2018 von Thomas Kaiser

ITV1, Interview mit Elisabeth Weber Schigutt, AKUTteam, geführt am 28.06.2018 von Thomas Kaiser, Marie-Theres-Klamminger, Lisa Krähan und Sophie Nix

ITV2, Interview mit René Kerschbaumer, Notrufleitstelle, geführt am 28.06.2018 von Lisa Krähan und Sophie Nix

ITV3, Interview mit Dominik Golser, Notrufleitstelle, geführt am 10.07.2018 von Thomas Kaiser und Marie-Theres Klamminger

ITV4, Interview mit Christoph Doppler, 1450, geführt am 10.07.2018 von Thomas Kaiser und Marie-Theres Klamminger

ITV5, Interview mit Marina Zöchling, 1450, geführt am 10.07.2018 von Thomas Kaiser und Marie-Theres Klamminger

ITV6, Interview mit Alois Schroll, Bürgermeister von Ybbs, geführt am 13.07.2018 von Lena Kaufmann

ITV7, Interview mit Franz Haubenberger, Polizei Melk, geführt am 16.07.2018 von Lena Kaufmann und Lisa Krähan

ITV8, Interview mit einem/r SozialarbeiterIn im psychosozialen Bereich, geführt am 24.07.2018 von Thomas Kaiser und Lena Kaufmann

ITV9, Interview mit einem/r AllgemeinmedizinerIn, geführt am 02.03.2019 von Lena Kaufmann

Abkürzungen

141	Ärztenuotruf
144	Notruf
1450	Telefonische Gesundheitsberatung
AMS	Arbeitsmarktservice
BH	Bezirkshauptmannschaft
bzw.	beziehungsweise
CM	Case Management
CRT	Community Response Team
DGKP	Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
ebd.	ebenda
ECN	Certified Emergency Communication Nurse
ErwSchG	Erwachsenenschutz Gesetz
etc.	et cetera (lat.: „und die übrigen“)
f	folgende
ff	fortfolgende
FH	Fachhochschule
ggf.	gegebenenfalls
GKK	Gebietskrankenkassa
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ITV	Interview
KIT	Kriseninterventionsteam
NGO	Non Government Organisation
NNÖ	Notruf Niederösterreich
NÖ	Niederösterreich
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkassa
o.A.	ohne Angabe
o.Ä.	oder Ähnliches
ÖAMTC	Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touringclub
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
PC	Personal Computer
PKW	Personenkraftwagen
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PSD	Psychosozialer Dienst
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
sic	<i>sic</i> erat scriptum (so stand es geschrieben)
UbG	Unterbringungsgesetz
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungen

Abbildung 1: Der politische Bezirk Melk.....	18
Abbildung 2: Sozial-, Gesundheits- und Rettungswesen	28
Abbildung 3 : Hierarchie der Gesundheitsversorgung.....	30
Abbildung 4: BürgerInnenchaftliches Engagement	35
Abbildung 5: Drei Ebenen.....	37
Abbildung 6: Anzahl der Einsätze nach Tageszeit.....	50
Abbildung 7: Anzahl der Einsätze nach Wochentag	51
Abbildung 9: Anzahl der Einsätze nach <i>Abtransport</i> oder <i>kein Abtransport</i>	51
Abbildung 10: Anzahl der Einsätze nach Geschlecht.....	52
Abbildung 11: medizinische und soziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk.....	73
Abbildung 12: Versorgungshotspots Bezirk Melk.....	75
Abbildung 13: Soziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk	76
Abbildung 14: Rettungsdienststellen Bezirk Melk	80
Abbildung 15: psychosoziale Versorgungslandschaft Bezirk Melk.....	81
Abbildung 16: psychosoziale Versorgungslandschaft Stadt Melk	82
Abbildung 17: Pflegeeinrichtungen Bezirk Melk.....	86
Abbildung 18: Zusammenspiel CRT-Basis und Regional-CRTs	102
Abbildung 19: CRT zwischen regionaler Sozial- und Gesundheitslandschaft und Notruf Niederösterreich.....	103
Abbildung 20: Notruf Niederösterreich GmbH.....	104
Abbildung 21: Verweisung, Kooperation und Schulung – CRT zwischen NNÖ und Sozial- und Gesundheitslandschaft in NÖ	105
Abbildung 22: Doppelfunktion der CRT-Basis.....	110
Abbildung 23: Wege der Verweisung zum CRT.....	113
Abbildung 24: Management von Ehrenamtlichen	118
Abbildung 25: Was können sich Ehrenamtliche erwarten?	119
Abbildung 26: Weg der Verweisung bei der Indikation <i>psychosoziale Problemlage</i> ...	125
Abbildung 27: Weg der Verweisung bei der Indikation <i>Pflege</i>	125
Abbildung 28: Beratungsbus	128

Tabellen

Tabelle 1: Geografische Gegebenheiten	17
Tabelle 2: Übersicht über die geführten Interviews	45
Tabelle 3: Übersicht über die gestellten Anfragen	47
Tabelle 4: Psychosoziale Versorgungsinstanzen.....	84
Tabelle 5: Fallbeispiel Mobilität.....	88

Anhang

Interviewleitfaden

- 1) Wie definieren Sie das Aufgabengebiet Ihrer Organisation?
 - a) *Wie definieren Sie Ihr Aufgabengebiet in Ihrer Organisation?*
- 2) Mit welchen Problemlagen werden Sie in Ihrer Arbeit konfrontiert?
 - a) *Mit welchen Problemlagen werden Sie in Ihrer Arbeit konfrontiert, bei denen das Krankenhaus nicht der Best Point of Service zu sein scheint.*
- 3) Was tun Sie mit KlientInnen für die Sie sich auf Grund Ihrer Aufgabengebiete nicht zuständig fühlen?
- 4) Wie gehen Sie mit KlientInnen um, die Ihre Organisation häufig/immer wieder frequentieren?
- 5) Mit welchen Organisationen arbeiten Sie zusammen?
 - a) *An welche verweisen Sie?*
 - b) *Wenn Sie nicht an eine Organisation verweisen können, welche alternativen Möglichkeiten nutzen Sie?*
 - c) *Von welchen Organisationen bekommen Sie KlientInnen?*
- 6) Zu welchen Zeiten ist Ihre Organisation wie verfügbar und erreichbar?
 - a) *Merken Sie Tag-/Nacht-Unterschiede?*
- 7) Welche Rolle spielt Ehrenamtlichkeit in Ihrer Organisation?
 - a) *Welche Vor- und Nachteile sehen Sie in der Ehrenamtlichkeit?*
 - b) *Wie gewinnen und betreuen Sie Ehrenamtliche? (z.B.: Werden Ausbildungen/Fortbildungen angeboten oder vorausgesetzt?)*
- 8) Was verstehen Sie unter psychosozial?
 - a) *Können Sie uns ein Beispiel nennen bei denen SA seit neuestem auch aufsuchend unterwegs sind? (Was wäre, wenn sich der Fall am Samstag Mitternacht ereignet?)*
 - b) *Wie versorgen Sie derzeit diesen psychosozialen Fall?*
- 9) Fallen Ihnen Versorgungslücken in NÖ für psychosoziale Problemlagen ein?
- 10) Welche Professionen können Sie sich für ein mobiles Team vorstellen und warum?
 - a) *Wie könnte sich ein CRT, (spezifisch im Bezirk Melk), in die regionale Versorgungslandschaft einbinden?*
 - b) *Braucht es einen Stützpunkt/Büro/Andockort?*

Interviews

AKUTteam

Das Interview mit DSAⁱⁿ Mag.^a Elisabeth Weber-Schigutt, welche die sozialarbeiterische Leitung des AKUTteams NÖ zu der Zeit der Interviewführung innehatte, fand am 28.06.2018 statt. Es dient Erkenntnissen über die Arbeit des AKUTteams, das psychologische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Leistungen im Rahmen des Rettungswesens anbietet und damit Vorreiter im Bereich der Verschränkung von Rettungs-, Gesundheits- und Sozialwesen ist.

Das AKUTteam ist in die Strukturen des Notruf Niederösterreich (NNÖ) integriert. Die Leitlinie des NNÖ: „Nicht zuständig und tschüss gibt es nicht“ (ITV1: 13.19-14.44) wird auch im AKUTteam gelebt. Konzeptioniert wurde das AKUTteam als zweite Welle nach dem Kriseninterventionsteam (KIT) – wobei beide bei Bedarf gemeinsam alarmiert werden können (ITV1: 57.54-58.54). Angeboten werden psychologische Stabilisierung, sowie Stabilisierung im Sinne der Existenzsicherung (ITV1: 01.45-03.24). Das Team setzt sich aus Fachkräften der Psychologie/Psychotherapie (*PSY*) sowie Sozialarbeit zusammen (ITV1: 41.03-46.16). Alle MitarbeiterInnen sind nebenberuflich und auf Werkvertragsbasis beschäftigt (ITV1: 37.01-40.22). Die Finanzierung des AKUTteams erfolgt durch das Land Niederösterreich, Abteilung *Gesundheit und Soziales*. (ITV1: 12.42)

Als Grundsatz des AKUTteams beschreibt Frau Weber-Schigutt den Versuch bzw. den Anspruch, immer eine Lösung für die akut vorliegenden Problemlagen der KlientInnen anzubieten (ITV1: 33.53-36.57). Dies geschehe durch Triagierung und Weitervermittlung (ITV1: 14.44-16.05), sowie durch Begleitung der KlientInnen, bis sie bei der passenden Institution tatsächlich angekommen sind (ITV1: 40.25-40.54) Dabei gehe es auch oft einfach darum, die Betroffenen in das System zu bringen (ITV1: 28.58-29.29). Das AKUTteam ziele primär auf Fälle aus dem Rettungswesen ab. Es solle nicht dazu kommen, dass Menschen bei 144 anrufen, weil es bei ihnen keine soziale Einrichtung gibt. (ITV1: 14.44-16.05)

Das AKUTteam erhalte seine Alarmierungen zu $\frac{2}{3}$ aus dem Einsatzwesen (Polizei, Feuerwehr, Rettung), zu $\frac{1}{4}$ von Betroffenen selbst, aus sozialen Einrichtungen, von niedergelassenen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen etc. und weitere ca. 10% von Krankenhäusern. (ITV1: 53.33-54.50) Die Alarmierungen finden meist zwischen sechs und 22 Uhr (ITV1: 57.58-58.54) statt.

Die Interviewpartnerin erwähnt außerdem, dass es in Akutsituationen keine Einwilligung oder Zustimmung zur Aufnahme der Daten der Betroffenen braucht. Es gelte aber die Zweckbindung des Rettungseinsatzes. Das heißt, der Rettungsdienst alarmiert die Leitstelle, die wiederum die Alarmierung an die Fachbereitschaft des AKUTteams weitergibt, die dort anrufen und Unterstützung anbietet (ITV1: 20.09-22.49).

Je Fall gibt es einen Stundenrahmen von sechs Stunden reiner Arbeitszeit innerhalb von vier bis sechs Wochen. In 5-7% brauche es mehr Zeit. In solchen Fällen wird der Stundenrahmen ausgeweitet (ITV1: 10.31-11.48; ITV1: 41.03-46.16). Nach der Akutphase stehen Verweisung und Vermittlung (ITV1: 41.03-46.16) im Vordergrund.

Notrufleitstelle

■ Qualitätsmanagement

Das Interview mit René Kerschbaumer dient den Erkenntnissen aus dem reaktiven Qualitätsmanagement des NNÖ, das er maßgeblich mit aufgebaut, und somit einen tiefen Einblick in die im Hintergrund ablaufenden Prozesse hat. Es fand am 28.06.2018 statt. Herr Kerschbaumer ist unter anderem zuständig für intern als auffällig gemeldete Fälle, den Kontakt mit der Polizei, konzeptuelle Umgangsempfehlungen bei Terror und Amok und Troubleshooting im Allgemeinen. Er ist seit 26 Jahren Notfallsanitäter und von der Grundausbildung her Diplomkrankenschwäger. (ITV2: 02.40-09.40)

■ Disponent

Das Interview mit Dominik Golser dient dazu, allgemeine Informationen über 144 Notruf Niederösterreich zu erlangen sowie bei der Generierung eines CRTs zu berücksichtigen. Dominik Golser ist Disponent bei 144 Notruf Niederösterreich. Das Interview wurde am 10.07.2018 geführt und dauerte in etwa eine halbe Stunde.

Der Interviewpartner erzählt zu Beginn etwas über den Notruf 144 im Allgemeinen. Laut ihm sei 144 immer zuständig, es sei die erste Anlaufstelle. (ITV3: 02.29-02.41) Dementsprechend kämen Anrufe aller Art an – auch solche, bei denen es sich nicht um akute Notfälle handelt: „Kleinigkeiten wie ‚mir tun die Zehen‘ weh und ‚ich habe Fieber‘. Alles was so Kleinigkeiten sind, oder Ohrenscherzen. Das kommt alles auf 144 zu.“ (ITV3: 02.08-2.17), wobei die Gesundheitsberatung 1450 hierbei schon viele Fälle abnehmen würde. Trotzdem müsse, wenn jemand bei 144 anruft, die Abfrage wie bei jedem Notruf gestartet werden. Am Schluss stelle sich dann heraus, wo man dem/der AnruferIn am bestmöglichsten weiterhelfen kann. (ITV3: 03.01-03.23) Von der Zahl der Anrufe her sei Montag immer der stärkste Tag. (ITV3: 20.17-20.24) Dies passt auch zu dem beschriebenen Datensatz – hierbei stellt der Montag den Tag dar, an dem mit 15,25% durchschnittlich die häufigsten Rettungseinsätze stattfinden.

1450, Ihre telefonische Gesundheitsberatung

■ Pfliegerische Leitung

Das Interview mit dem diplomierten Gesundheits- und Krankenpflieger (DGKP) Herrn Christoph Doppler, pfliegerische Leitung von *1450, Ihre telefonische Gesundheitsberatung* (1450), fand am 10.07.2018 statt. Es dient dazu, die telefonische Gesundheitsberatung in ersten Schritten kennenzulernen und wichtige Informationen zu sammeln, welche für die Generierung eines CRTs erste Anhaltspunkte liefern sollen.

Als pflegerische Leitung 1450 ist Herr Doppler in erster Linie für Organisatorisches, Qualitätsmanagement, das Mitwirken bei den Aus- und Fortbildungen, sowie für das Recruiting verantwortlich. Nur wenig bzw. im Moment gar nicht sei die pflegerische Leitung „am Telefon“ (ITV4: 02.07-02.52).

Herr Doppler beschreibt die Grundaufgabe von 1450 darin, die Dringlichkeit des Problems des/der AnruferIn zu eruieren, und anschließend den besten Versorgungspunkt zu definieren. AnruferInnen kontaktieren 1450 vorwiegend aufgrund medizinischer, durchaus aber auch aufgrund sozialer Probleme. (ITV4: 01.00-01.23) Als Minimum wolle 1450 die Instanz sein, die mitteilen kann, wo jemand etwas am besten herbekommt. In manchen Fällen sei 1450 aber ohnehin die beste Anlaufstation, die den Betroffenen gut weiterhelfen kann. (ITV4: 04.44-04.56)

Ähnlich wie unsere Interviewpartnerin Frau Weber-Schigutt beschreibt auch Herr Doppler die Philosophie von Notruf Niederösterreich darin, sich grundsätzlich um alles zu kümmern. 1450 wolle die AnruferInnen dort hinführen, wo sie hingehören (ITV4: 05.10-05.28).

■ Emergency Communication Nurse (ECN)

Das am 10.07.2018 geführte Interview mit der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP) Marina Zöchling, die als *Emergency Communication Nurse (ECN)* bei 1450 tätig ist, dient dem Informationsgewinn über 1450, dem Kennenlernen der Aufgabengebiete von 1450, sowie dem Erfahren erster Ideen für eine mögliche Generierung eines CRTs.

Bürgermeister Ybbs

Das Interview mit dem Ybbser Bürgermeister Alois Schroll diene Erkenntnissen einerseits aus einer gemeindevertretenden Funktion und andererseits aus 30-jähriger Erfahrung eines freiwilligen Mitarbeiters des Roten Kreuzes im Bezirk Melk. Das Gespräch fand am 13.07.2018 statt.

Die Stadtgemeinde Ybbs verfügt über ein ÄrztInnenzentrum (ITV6: 02.49-03.21), welches durch den ortsansässigen Apotheker aus Ybbs geschaffen wurde, in dem WahlärztInnen angesiedelt sind, ebenso wie beispielsweise psychosoziale Versorgung¹, eine Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde und ein Schmerztherapeut. In Ybbs befindet sich eine Bezirksstelle des Roten Kreuzes mit je einem Noteinsatzfahrzeug (ITV6: 03.27-03.43), sowie der Wasserrettung und einem psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien. Jede soziale oder gesundheitliche Organisation, welche sich in Ybbs ansiedeln möchte, werden bestmöglich unterstützt, weil es der Stadtgemeinde ein großes Anliegen ist, derartige Einrichtungen ortsansässig zu haben (ITV6: 07.33-07.50)

Als eine der ersten Gemeinden Niederösterreichs wurde der *Verein Soziales Ybbs* gegründet (ITV6: 04.04). Er verfügt mittlerweile über 700 Mitglieder (ITV6: 04.14-04.23). Hierbei gibt es die Möglichkeit, 40 elektrische Betten, sowie Leibstühle, Rollstühle,

Krücken oder Badewannenlifte zu einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von €15,- zu entleihen (ITV6: 04.24-04.33; ITV6: 04.34-05.00). Die benötigten Hilfsmittel werden in weiterer Folge durch den städtischen Bauhof zugestellt. (ITV6: 05.05-05.08) Zum derzeitigen Stand ist es aufgrund der begrenzten Mittel nur Ybbser StadtbürgerInnen möglich, Mitglied in diesem Verein zu werden (ITV6: 05.27-05.46). Es gebe jedoch schon Anfragen bezüglich der Ausweitung des Vereins in weitere Gemeinden (ITV6: 05.52-06.23).

Orte, welche an der Westautobahn liegen, weisen eine höhere Einsatzzahl aufgrund der anliegenden Autobahn auf (ITV6: 18.00-18.10). Zudem sind in den größeren Orten viele Firmen ansässig, die Arbeitsunfälle zählen da auch hinein. (ITV6: 18.12-18.37) Ebenso haben Schulen, sowie Diskotheken vermutlich einen Einfluss auf die Einsatzzahlen. (ITV6: 19.04-19.58). Transportbusse wurden durch das Rote Kreuz für Menschen angeschafft, welche zu Chemotherapien oder Strahlentherapien müssen, auch in weiter entlegene Orte wie Linz, Krems oder St. Pölten (ITV6: 20.39-20.50)

Polizei Melk

Das Interview mit einem Mitarbeiter der Polizeidienststelle Melk diene vor allem Erkenntnissen, in welcher Art und Weise die Polizei im Bezirk derzeit mit psychosozialen Problemlagen konfrontiert ist. Es wurde uns nicht gestattet, Tonaufnahmen zu machen. Die Datenschutzerklärung der FH St. Pölten wurde von dem Interviewpartner nicht unterzeichnet. Er gab jedoch mündlich seine ausdrückliche Zustimmung zur Verwendung der Informationen. Die Erkenntnisse wurden durch die Interviewerinnen sinngemäß protokolliert. Das Interview wurde am 16.07.2018 geführt. Aufgrund der nicht vorhandenen Tonbandaufnahme erfolgt die Zitation des Interviews im Rahmen dieser Arbeit ohne Zeitangabe (o.A.).

Psychosozialer Bereich

Das Interview mit einer/einem SozialarbeiterIn aus dem psychosozialen Bereich in Melk dient den Erkenntnissen der Arbeit einer SozialarbeiterIn in unserem Forschungsfeld. Auf Wunsch werden die Quelle sowie die Organisation anonymisiert dargestellt. Der Name ist den Autorinnen bekannt. Das Interview fand am 24.07.2018 statt.

Der/die InterviewpartnerIn ist als SozialarbeiterIn in einer Einrichtung tätig. Es wird eher selten aufsuchend gearbeitet, was bedeutet, dass die Betroffenen in die Institution kommen müssen. Die Aufgabenbereiche sind einen Erstkontakt zu den KlientInnen herzustellen, Clearing, psychosoziale Betreuung, Case Management, Beziehungsarbeit, als Drehscheibe im Organisationsangebot fungieren, Begleitungen, Entlastungsgespräche führen (ITV8: 14.44-16.15), sowie Unterstützung bei Anträgen und ähnlichem (ITV8: 16.37-18.55) geben. In der Organisation werden keine Menschen betreut, die dement sind oder an aktiven Suchterkrankungen leiden. (ITV8:1.24-4.18) Wenn die Institution nicht die richtige Anlaufstelle sei, verweise der/die InterviewpartnerIn an andere weiter, und stelle eventuell bereits einen Kontakt her bzw.

„motiviere die Betroffenen, sich da durchzukämpfen und mehrfach anzurufen“ (ITV8: 21.26-14.38).

AllgemeinmedizinerIn

In einem Gespräch mit einem/r AllgemeinmedizinerIn aus dem Bezirk konnten weitere Erkenntnisse hinsichtlich der derzeitigen medizinischen Versorgung im Bezirk gewonnen werden. Auf Wunsch des/der GesprächspartnerIn erfolgt eine anonymisierte Darstellung, der Name der interviewten Person ist den Autorinnen bekannt.

Suchtproblematiken würden laut dem/der AllgemeinmedizinerIn immer stärker zunehmen. Oft handle es sich dabei um den Konsum illegaler Substanzen, nicht etwa um Alkohol oder um Nikotin. Dieser Problematik seien sich viele nicht bewusst, da der Konsum verdeckt passiere. (ITV9: o.A.)

Fallbeispiele

Im Zuge der Interviews wurden von mehreren GesprächspartnerInnen Fallbeispiele genannt, die im Folgenden beschrieben werden.

■ Fallbeispiel 1 – Obdachloses Paar

Ein obdachloses Paar steht um elf Uhr nachts im November, bei Minusgraden, vor dem Krankenhaus in Scheibbs und weiß nicht wo es schlafen soll. Es hat die Rettung gerufen, welche es anschließend zum Spital gebracht hat. Anstelle einer Hospitalisierung wäre laut unserer Interviewpartnerin eine mögliche Lösung gewesen, dem Paar eine Nacht in einem günstigen Hotel zu bezahlen, bis am nächsten Tag die BH den Fall übernehmen könne. (ITV1: 46.35-49.26)

■ Fallbeispiel 2 – Hospitalisierung zur Sicherstellung der Betreuung

Eine Frau hat die Rettung für ihren Mann gerufen. Diese ist gekommen und wurde von der Anruferin empfangen. Die Rettung hat daraufhin festgestellt, dass sie nicht gesund aussieht, da sie blass und schweißgebadet war. Sie wollte, dass die Rettung ihren Mann mitnimmt, um ihn auf die urologische Ambulanz zu bringen und seinen Katheter zu wechseln. Letztendlich hat sich herausgestellt, dass die Anruferin einen Herzinfarkt hatte und zu der Zeit, in der ihr Mann im Spital gewesen wäre, eine/n ÄrztIn aufsuchen wollte, da sie sich offenbar tatsächlich nicht gesund fühlte. Im Endeffekt wurde die Situation so gelöst, dass die Frau stationär in ein Krankenhaus aufgenommen wurde. Auch ihr Mann wurde mit hospitalisiert, da ad hoc nichts anderes zu organisieren war. Ansonsten wäre er allein zu Hause nicht versorgt gewesen. (ITV2: 01.03.06-01.05.10)

■ Fallbeispiel 3 – Psychosozialer Notfall

Ein 14-jähriger Junge wohnt allein, mit Zustimmung der Mutter, in einer Wohnung. Die Rettungskräfte wurden aufgrund von starker Atemnot, bzw. eines vermeintlichen Erstickenfalls des Jungen gegen 23 Uhr abends alarmiert. Beim Betreten der

Wohnung wurde festgestellt, dass diese stark vermüllt sowie die Einrichtung teilweise zerstört ist. Beheizt wurde die Wohnung nur mittels eines kleinen Ofens, so befand sich augenscheinlich keine Zentralheizung in der Räumlichkeit. Der Junge ist auf der Bank gesessen und zwei etwa gleichaltrige Mädchen neben ihm. Er konnte normal sprechen, hat den Rettungskräften jedoch mitgeteilt, dass ihm im Hals etwas stecke und er nicht schlucken könne. Der Junge habe auch wirklich gespeichelt, es war jedoch offensichtlich, dass er nicht vital bedroht ist. Letztendlich hat sich herausgestellt, dass der Bub unter dem Globus-Phänomen (dabei hat man sozusagen einen Kloß im Hals) litt, und keine medizinische Indikation vorhanden war. Er war psychisch völlig überlagert, da er seine Lehrstelle verloren hatte und die Wohnung nicht mehr finanzieren konnte. Der Junge ist dann freiwillig mitgefahren ins Krankenhaus und wurde dort auch stationär aufgenommen. Er hat sich jedoch bereits auf der Fahrt ins Spital bereits etwas beruhigt und konnte wieder normal schlucken. (ITV2: 01.11.09-01.19.33) Diesen Fall bezeichnet der Interviewpartner als „psychosozialen Notfall“ (ITV2: 01.16.00)

■ Fallbeispiel 4 – Heavy User

Ein Interviewpartner erzählt von einer Anruferin, die den Rettungsnotruf über einen längeren Zeitraum hinweg fünf- bis sechsmal täglich kontaktiert hat. Sie habe immer *nur reden* wollen. Oft sei sie bei den Anrufen auch betrunken gewesen. Auch beim AKUTteam habe die Dame öfters angerufen, von dem der Fall letztendlich auch übernommen wurde. Ab und zu sei auch die Rettung zu der Frau gefahren, jedoch war keine medizinische Indikation vorhanden, und der Einsatz somit rasch wieder vorbei, ohne dass der Frau geholfen werden konnte. Nun würde man von ihr gar nichts mehr hören, sie würde nicht mehr anrufen. (ITV3: 18.28-20.04)

■ Fallbeispiel 5 – Heavy User

Es wird eine Anruferin beschrieben, die in einer betreuten Wohneinrichtung lebt. Sie hat bei 141, 144, 1450 angerufen und diverse körperliche Symptome beschrieben. Das war bis zu fünfmal täglich und irgendwann hat sich heraus gestellt, dass das Problem die Versorgungssituation ist. Ausgehend von 1450 wurde versucht, eine adäquate Betreuung zu organisieren. (ITV4: 12.32-14.00)

■ Fallbeispiel 6 – psychosozialer Bereich

Eine interviewte Person beschreibt ein Fallbeispiel, in dem ein Mann eine Beratung aufsucht. Er befindet sich in einer extremen Notlage, da er knapp vor der Delogierung steht und außerdem keine Arbeitslosen-Leistungen (mehr) erhält. Seine Wohnung ist massiv vermüllt und in einem katastrophalen Zustand. Er ist bereits eigentlich schon bei der Wohnungssicherung angedockt. Um seinen Arbeitswillen zu zeigen, wurde er zur Arbeitsassistentin vermittelt. Dort hatte er schon den ersten Termin versäumt. Er ging dort dann allerdings ein paar Mal hin. Ich konnte den Fall aufgrund der fehlenden Zuständigkeit nicht weiterverfolgen. Eigentlich wäre das eine Sache für die Sozialabteilung der BH gewesen, die sich für solche Fälle mehr Zeit nehmen kann oder dass es eine eigene Stelle für solche Fälle gibt: Schwierige Lebenslage, Grundsicherung. (ITV8: 35.27-43.01) Er gehört nicht in die Zielgruppe.

■ Fallbeispiel 7 – Junge Frau

In einem Interview wird ein weiteres Fallbeispiel thematisiert. Es handelt von einer jungen Frau, die aufgrund psychischer Probleme immer wieder hospitalisiert wird. Sie ist nicht bereit, therapeutische Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen, benötigt aber Hilfe. So kontaktiert sie immer wieder den Rettungsnotruf, wird in ein Krankenhaus gebracht und medizinisch untersucht. Sie erhält Beruhigungsmittel und wird wieder entlassen. Dies mag für den Moment der Akutsituation eine passende Lösung sein, ist langfristig allerdings nicht zielführend. (ITV8: 37.40-43.01)

■ Fallbeispiel 8 – Missbrauch des Notrufs durch Heavy User

Ein besonders schwerwiegender Fall von Missbrauch wird folgendermaßen beschrieben: Eine Frau wurde vom NNÖ immer wieder angezeigt, da sie jahrelang von Telefonzelle zu Telefonzelle gefahren ist und ihren Suizid angekündigt hat. Sie hat pro Monat 200 bis 300 Mal angerufen. Die Rettung ist daraufhin immer mit Blaulicht und Polizei hingefahren. Sie wurde dann zu einer Bewährungsstrafe verurteilt und hat unmittelbar nach der Verhandlung wieder beim Notruf angerufen. Sie wurde auch schon nach Unterbringungs-Gesetz (UbG) eingeliefert, was die Situation allerdings nicht verändert hat. (ITV2: 40.00-44.11)

Beispiele, die für die CRT-Konzeption herangezogen wurden

Diese Masterthese hat ursprünglich eine Auswahl an internationalen und nationalen Beispielen und Vorbildern enthalten, die wir für die Konzeption herangezogen haben. In der Neukonzeption der These konnten diese nicht mehr integriert werden. Da wir sie dennoch für relevant halten und uns z.T. noch auf sie bezogen haben, werden sie im Folgenden schematisch angeführt.

Nationale Beispiele

■ Verein Soziales Ybbs

Der *Verein Soziales Ybbs* ist ein Verein, der im niederösterreichischen Ybbs an der Donau, welche dem politischen Bezirk Melk zuzuordnen ist, agiert. Seine Hauptziele werden folgendermaßen beschrieben:

- Betreuung, Förderung und Unterstützung betagter Menschen in deren gewohnten Umgebung
- Integration von Erwerbslosen und Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- Förderung und Unterstützung kranker und benachteiligter Kinder (Ferienaufenthalte)

(vgl. Verein Soziales Ybbs 2019: o.A.)

Gegen einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von €15 kann man dem Verein beitreten und dessen Angebote in Anspruch nehmen. Konkret sind diese unter anderem die Betreuung von SeniorInnen, die Bereitstellung von medizinischen Hilfsmitteln wie Badeliften und Krankbetten, sowie das Benutzen eines Einkaufsbusses. Für die Zukunft sind noch weitere Projekte geplant. So arbeitet der Verein beispielsweise daran, einen Wäscheabholdienst, betreutes Wohnen für SeniorInnen, einen Betreuungsbonus, sowie Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen anbieten zu können. Auch der Ankauf eines rollstuhlgeeigneten Busses für die Einkaufsfahrten ist in Planung. (vgl. ebd.) Wir sehen den Verein bzw. dessen Strukturen als Vorbild, da nachbarschaftliche Logiken genutzt werden, um alltägliche Probleme einfach und unkompliziert zu lösen.

■ NachbarschaftsHILFE PLUS

Auch der *Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland* setzt mit seinem Sozialprojekt *NachbarschaftsHILFE PLUS* auf den Einsatz ehrenamtlicher BürgerInnen und insbesondere auf nachbarschaftliche Strukturen. So werden unter anderem Fahr- und Begleitdienste sowie vorübergehende Kinderbetreuung angeboten. In Akutsituationen unterstützt der Verein auch, indem er beispielsweise eine Person bereitstellt, die die kurzfristige Führung des Haushaltes übernimmt, oder bei dem Organisieren pflegerischer Leistungen unterstützt. Diese in Akutsituationen anfallenden Dienste werden als Notfalldienste bezeichnet. (Langfristige, dauerhafte) pflege- und hauswirtschaftliche Dienste werden jedoch nicht angeboten. Die Leistungen des Vereins können in Anspruch genommen werden, indem sich die interessierte Person mit dem/der

Zuständigen des Projekts persönlich, telefonisch oder via E-Mail in Verbindung setzt und diesem/r mitteilt, welches Angebot sie gerne wahrnehmen möchte. Der/die ProjektmitarbeiterIn wiederum nimmt Kontakt zu dem Pool an Ehrenamtlichen auf und macht daraus eine Person ausfindig, die die Serviceleistung übernimmt. Zuletzt wird seitens dem/der zuständigen ProjektmitarbeiterIn wiederum Kontakt mit dem/der NutzerIn aufgenommen, um alles Weitere zu fixieren. (vgl. Verein für Gemeinde-Entwicklung im Mittelburgenland: o.A.)

Auch in Niederösterreich wurde das gleichnamige Projekt bereits implementiert. So organisiert der *Verein MIT EUCH – FÜR EUCH* in den Gemeinden Pölla im Bezirk Zwettl und Röhrenbach im Bezirk Horn ebenfalls alltägliche Aufgaben und stellt so eine Schnittstelle zwischen Ehrenamtlichen und Hilfesuchenden dar. Darüber hinaus bietet der Verein auch Informationsveranstaltungen und Vernetzungstreffen an. Die freiwilligen BürgerInnen erhalten für Ihr Engagement einen Fahrtspesenersatz und sind unfall- bzw. haftpflichtversichert. Für die NutzerInnen ist das Angebot kostenlos – mit Ausnahme der bereits zuvor erwähnten Notfalldienste. (vgl. ecoplus 2018: o.A.)

Wir sehen das Projekt *NachbarschaftsHILFE PLUS* als Inspiration für ein CRT im Bezirk Melk, da es – wie auch der *Verein Soziales Ybbs* – auf alltäglich auftretende Problemlagen reagiert und das nachbarschaftliche Netz als Ressource sieht und aktiviert.

Internationale Beispiele

■ Community Response Team in Colorado Springs

Das seit Ende 2014 in Colorado Springs, USA, agierende Konzept *Community Response Team (CRT)* ist ein Zusammenschluss aus dem *Colorado Springs Fire Department*, dem *Colorado Springs Police Department* sowie *AspenPointe*, einem Anbieter für psychische Gesundheit. Es handelt sich bei dem CRT um ein mobiles Team, bestehend aus einem/r PolizistIn mit Zusatzqualifikationen in Krisenintervention, einem/r SanitäterIn des Fire Departments, sowie einem/r psychosozial ausgebildeten MitarbeiterIn bzw. BeraterIn von AspenPoint. Zielgruppe sind Menschen in psychischen Krisen. Das Team nimmt psychiatrische Einschätzungen vor und bestimmt anhand derer, was der Best Point of Care für den/die PatientIn ist. Dadurch können langwierige Aufenthalte in der Notaufnahme vermieden, und den PatientInnen gleichzeitig eine adäquate medizinische Versorgung geboten werden. Alarmiert wird das Team einerseits von der *Colorado State Crisis Hotline*, und andererseits auch durch die Notruf-Nummer 911. (vgl. Cravens 2018: o.A.)

Die spezielle multidisziplinäre personelle Zusammensetzung hat den Hintergrund, dass dadurch einerseits die Sicherheit aller Beteiligten gewährleistet wird (Polizei), andererseits der/die PatientIn beruhigt wird (Fachkraft von AspenPoint), und nicht zuletzt auch eine medizinisch-psychiatrische Abklärung erfolgen kann (SanitäterIn) (vgl. KRDO 2018: o.A.).

Eine weitere Besonderheit des CRTs in Colorado Springs ist, dass es zu den Einsätzen in einem neutralen PKW anreist. Denn bei Menschen, die sich psychisch auffällig verhalten, würden meist (mehrere) Einsatzfahrzeuge (z.B. Polizei, Feuerwehr) den Ort des Geschehens anfahren. Dies würde die Situation noch angespannter für alle beteiligten Personen – insbesondere aber für den/die PatientIn – machen. Bei dem multiprofessionellen Community Response Team, das in einem neutralen Fahrzeug mobil ist, ist dies nicht der Fall. (vgl. City of Colorado Springs 2015: o.A.)

Das CRT in Colorado Springs sehen wir unter anderem aufgrund seiner multidisziplinären Zusammensetzung als Vorbild für die Modellierung eines CRTs im politischen Bezirk Melk. Wir erhoffen uns dadurch einen erweiterten Blick auf Problemlagen und somit eine Erhöhung der fachlichen Kompetenz.

■ Community Health Workers and Volunteers in Kenia und Ostafrika

Der Oberbegriff der Community Health Workers beschreibt eine Vielzahl unterschiedlicher Community Health Projekte und Ansätze, wobei diese größtenteils auf Basis von Ehrenamtlichkeit aufgesetzt sind (vgl. Lehman / Sanders 2007: V, 14). Diese Form des Communitybased Healthwork hat sich vor allem in Gebieten durchgesetzt, in welchen es kein Sozialversicherungssystem im Sinne einer wohlfahrtsstaatlichen Gesundheitsversorgung gibt, oder anders ausgedrückt: In denen arme Menschen keinen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung haben (vgl. ebd.: VI) und bezieht sich im Grunde auf die Alma Ata Deklaration. Das System setzt sich in immer mehr Staaten durch und bezieht sich auf die Gemeinschaft/Community als unterste Stufe einer umfassenden Gesundheitsversorgungshierarchie. Über Schulung, Wissensvermittlung und Nutzung von Community-Strukturen und Netzwerken werden die Grundlagen einer Gesundheitserhaltung (z.B. Sport, Zugang zu sauberem Trinkwasser und die Herstellung davon, Mütter- und Kindergesundheit, Pflege usw.) vermittelt. Dazu werden die Community Health Volunteers geschult und vernetzt, sodass Community-bezogene Gesundheitsproblematiken schneller erkannt und adressiert werden können. Besonders ist an dem Konzept, dass es je nach Region, wo es angewandt wird, angepasst und weiterentwickelt werden kann.

So werden beispielweise in Kenia die Volunteers aus der Community herausgewählt, in Netzwerken trainiert um anschließend in der Gemeinschaft aufsuchend/nachgehend zu agieren. Die von ihnen identifizierten Probleme tragen sie in die *Community Health Volunteer*-Netzwerke zurück und erarbeiten dort wiederum neue Ansätze, um Gesundheitsdeterminanten zu fördern bzw. den identifizierten Problemen zu begegnen. (vgl. Ministry of Health Kenya 2013: o.A.)

Das Konzept, durch diesen Ansatz nicht nur das Individuum, sondern die Gemeinschaft in den Fokus der Basis von Gesundheitsversorgung zu rücken, ist durch die Gemeinwesenarbeit in und für Österreich theoretisch begründet und dient als eines der Vorbilder des CRTs.

Eidesstattliche Erklärungen

Ich, **Lena Kaufmann**, geboren am **29.06.1996** in **Melk**, 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, 04.09.2019



Unterschrift

Ich, **Lisa Krähan**, geboren am **19.04.1995** in **Wien**, 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, 04.09.2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'LK'.

Unterschrift

Ich, **Sophie Nix**, geboren am **11.11.1987** in **Berlin**, 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, 04.09.2019



Unterschrift