

# Der Umgang mit psychosozialen Problemlagen des Roten Kreuzes am Einsatzort

Vanessa Brunner  
1710406003  
so171003@fhstp.ac.at

## Bachelorarbeit 2

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

Datum: 02.09.2020  
Version: 2

Begutachter\*in: Veronika Böhmer, BA, und Florian Zahorka, BA MA

## Abstrakt, Deutsch

Die Implementierung der Akutsozialarbeit als Bereich der Sozialen Arbeit kann eine Unterstützungsmöglichkeit in Randzeiten bieten. Kann der Rettungsdienst eine Brückenfunktion im Feld der Akutsozialarbeit einnehmen? Erkennen SanitäterInnen psychosoziale Problemlagen und wie gehen sie damit um? Verweisen sie an weitere Einrichtungen? Was brauchen sie, um passend vermitteln zu können? Diese Fragen sollten im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit beantwortet werden. Es wurden drei ExpertInneninterviews nach Flick (2016) geführt und mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass während der Ausbildung von SanitäterInnen der Blick auf psychosoziale Problemlagen geschärft werden muss, damit sie in der Lage sind, diese zu erkennen. Weiters ergeben sich Schwierigkeiten beim Identifizieren passender Vermittlungsmöglichkeiten.

## Abstract, English

The implementation of acute social work as an area of social work can offer support during off-peak times. Can the rescue service act as a bridge to acute social work? Do paramedics recognize psychosocial problems and how do they deal with them? Do they refer to other institutions? What do they need to be able to convey appropriately? These questions should be answered with the following research work. Three expert interviews according to Flick (2016) were conducted and evaluated using the qualitative content analysis according to Mayring (2015). The results show that the training of paramedics has to focus on psychosocial problems so that they are able to recognize them. There are also difficulties in finding suitable placement opportunities.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung – Forschungsdesign</b> .....	<b>5</b>
2.1	Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse.....	5
2.2	Vorannahmen.....	7
2.3	Begriffsdefinitionen.....	8
2.3.1	RettungssanitäterIn.....	8
2.3.2	Akutsozialarbeit.....	9
2.3.3	Psychosoziale Problemlagen.....	9
2.4	Forschungs- und Subforschungsfrage.....	10
2.5	Feldzugang und Forschungsprozess.....	10
2.6	Erhebungsmethode.....	11
2.6.1	Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	11
2.6.2	Setting und Durchführung.....	12
2.7	Auswertungsmethode.....	12
2.8	Ziel der Forschung.....	12
2.9	Mein Beitrag zum Gesamtprojekt.....	13
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>14</b>
3.1	Notruf als erste Anlaufstelle.....	14
3.2	Nicht (nur) ein medizinisches Problem?.....	14
3.3	Bestehende Interventionsmöglichkeiten.....	15
3.3.1	Kriseninterventionsteams.....	16
3.3.2	AKUTteam Niederösterreich.....	17
3.3.3	Mittelfristige Sozialbegleitung durch das Rote Kreuz.....	17
3.3.4	Weitere Vermittlungsmöglichkeiten.....	18
3.4	Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung.....	18
3.5	Psychische Betreuung.....	19
3.6	Was könnte hilfreich sein?.....	20
3.6.1	Checkliste – Informationsblatt, wäre das sinnvoll?.....	21
3.6.2	Gemeindesanitäter Deutschland.....	21
3.7	Rolle SozialarbeiterIn – SanitäterIn.....	22
3.8	Selbstbestimmung.....	23
<b>4</b>	<b>Resümee</b> .....	<b>24</b>
4.1	Zusammenfassung.....	24
4.2	Blick auf die Forschungsfragen.....	25
	<b>Literatur</b> .....	<b>26</b>
	<b>Daten</b> .....	<b>28</b>
	<b>Anhang</b> .....	<b>29</b>
	<b>Eidesstaatliche Erklärung</b> .....	<b>32</b>

# 1 Einleitung

Psychosoziale Problemlagen können Menschen aller Gesellschaftsschichten in unterschiedlichsten Formen und Ausprägungen betreffen und bedürfen eventuell an sozialarbeiterischer Unterstützung. Diese ist aber nicht zu allen Tages- und Wochenzeiten gegeben. Akutsozialarbeit ist daher eine Möglichkeit, schnell und niederschwellig Unterstützungsangebote zu unterbreiten. Derzeit offerieren nur wenige Einrichtungen Akutsozialarbeit. Der Mangel kann dazu führen, dass Personen den Notruf „144“ wählen und daraufhin rettungsdienstliches Personal zu ihnen nach Hause geschickt wird. Doch sind RettungssanitäterInnen in der Lage, psychosoziale Problemlagen zu erkennen und adäquat zu reagieren?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich damit, ob und welche psychosozialen Problemlagen erkannt werden und wie mit diesen umgegangen wird.

Sie wurde im Rahmen der Forschungsgruppe „Emergency Duty Social Work“ verfasst, welche sich mit dem Ziel befasst, das Themenfeld „Akutsozialarbeit“ genauer zu ergründen. Der Schwerpunkt dieser qualitativen Forschungsarbeit ist der Umgang mit psychosozialen und/oder sozialen Problemlagen der PatientInnen aus Sicht des rettungsdienstlichen Personals.

Eingeleitet wird die wissenschaftliche Arbeit mit einer Beschreibung des individuellen Forschungsinteresses und der subjektiven Vorannahmen. Darauf folgt die Definition relevanter Begrifflichkeiten. Die Hauptforschungsfragen und die sich daraus ergebenden Detailfragen werden dargestellt. Der Feldzugang wird erklärt und in dem Zusammenhang näher auf den gegenständlichen Forschungsprozess eingegangen. Der Fokus dieser Arbeit wird beleuchtet und anschließend werden die Erhebungsmethoden besprochen. Der nächste Abschnitt verweist auf den Auswertungsvorgang. Die Ergebnisse werden aufgezeigt, um eine multiperspektivische Ansicht zu bieten. Abschließend folgen das Resümee, die Beantwortung der Forschungsfragen und die Reflexion des Forschungsprozesses.

## 2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung – Forschungsdesign

Das folgende Kapitel wird dem individuellen Forschungsinteresse gewidmet und beinhaltet eine Beschreibung der Ausgangslage. Darauf folgen die subjektiven Vorannahmen. Um die Verständlichkeit zu fördern und die Wissenschaftlichkeit der Arbeit zu garantieren, werden relevante Begriffe genau definiert. Es folgen die Forschungsfrage und die Detailfragen sowie Angaben zur Auswertungsmethode.

### 2.1 Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sozialarbeit im Notfall am Beispiel Akut-Sozialarbeit und Emergency-Duty-Social-Work“ geht es darum, die Fragestellung zu bearbeiten, wie Akutsozialarbeit zukünftig aussehen könnte, um optimale Ergebnisse im Umgang mit den relevanten Problemlagen, welche im Weiteren noch dargestellt werden, zu erzielen.

Die derzeitige sozialtherapeutische Betreuungslandschaft in Niederösterreich ist derart ausgestaltet, dass für eine Vielzahl psychosozialer oder sozialer Problemlagen diverse Anlauf- und Beratungsstellen zur Verfügung stehen. Jedoch sind diese nicht bei allen Indikationen oder nur zu bestimmten Tages- und Wochenzeiten eine Option für die Betroffenen. Nach den Schließzeiten der Einrichtungen und am Wochenende ist zumeist kaum eine Möglichkeit gegeben, geeignete sozialarbeiterische Unterstützung zu finden, sofern notwendig.

Einsatzstatistiken aus Wien zeigen, dass bei rund 2.600 PatientInnen 36 Stunden nach dem ersten Einsatz der Rettungsdienst wieder vor Ort war. Es konnte festgestellt werden, dass im Falle von ungefähr 1.700 PatientInnen keine medizinische Versorgung erforderlich war, sondern sich hinter dem erneuten Wählen des Notrufs eine komplexere psychosoziale Problemlage verbarg (vgl. Redelsteiner 2013).

Bei Indikatoren wie plötzlichen Todesfällen, Unfällen mit mehreren Schwerverletzten, Suizidandrohung oder -versuch etc. kann beispielsweise das „Akutteam Niederösterreich“ oder das „Kriseninterventionsteam“ des Roten Kreuzes herangezogen werden, um die Betroffenen zu unterstützen. Die Teams setzen sich in diesem Fall aus SozialarbeiterInnen, PsychologInnen sowie PsychotherapeutInnen zusammen und sind rund um die Uhr verfügbar. Aufbauend auf der Erkenntnis, dass professionelle und koordinierte Hilfe in der ersten Phase nach derartigen Ereignissen besonders geeignet ist, sind sie entstanden. Nachteilige Folgen sind bestmöglich zu vermeiden oder zu mildern. Vielmehr gilt es, von plötzlichen Schicksalsschlägen, welche die individuelle Problemlösungskompetenz übersteigen, Betroffene zu unterstützen. Die Dauer der durch das „Akutteam Niederösterreich“ geleisteten Betreuung beträgt maximal sechs Stunden (vgl. Akutteam o. A.); nach dieser Zeitspanne muss eine betreuerische Anschlussversorgung organisiert sein, was jedoch aufgrund des Mangels an weiteren Unterstützungsangeboten schwierig sein kann.

Der Psychosoziale Dienst hingegen ist für Menschen zuständig, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und unter einer psychiatrischen Erkrankung leiden. Der Aufgabenbereich

umfasst psychosoziale Betreuung und Beratung, das Begleiten zu Behörden und zusätzlich die Beratung von Angehörigen (vgl. Psychosoziale Zentren o. A. a). Die Teams bestehen aus SozialarbeiterInnen, FachärztInnen für Psychiatrie, psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegern bzw. -schwestern und ErgotherapeutInnen. Die MitarbeiterInnen sind mobil, aber nur zu festgelegten Öffnungszeiten verfügbar (vgl. PSD – PsychoSozialer Dienst o. A.). Die dargestellten Probleme im Bereich der oftmals erforderlichen Akutbetreuung sind folglich durch fixierte Erreichbarkeit und Hochschwelligkeit gegeben.

Unter den weiteren Betreuungseinrichtungen finden sich auch zahlreiche Telefondienste, wie das Krisentelefon, „Rat auf Draht“, der Kindernotruf, der „helpline-Service“ des österreichischen Bundesheeres (täglich rund um die Uhr besetzt mit PsychologInnen des heerespsychologischen Dienstes, in bestimmten Fällen auch für Nichtressortangehörige) etc. Diese stellen ergänzend zur psychologischen Betreuung Verbindung zu geschulten AnsprechpartnerInnen her. Es kann somit hier zwar auf andere spezifizierte Einrichtungen und Organisationen verwiesen werden, die hilfeleistenden Personen können aber nicht in akuten psychosozialen Notfällen vor Ort als Unterstützung fungieren (vgl. PSZ – Psychosoziale Zentren o. A. b).

Des Weiteren stehen bei spezifischen Problemlagen behördliche institutionelle Anlaufstellen, wie Jugend- und Sozialämter, aber auch nichtstaatliche Beratungs- und Hilfsorganisationen, wie zum Beispiel das „Beratungszentrum Rat & Hilfe“ oder „Männerberatung Rat & Hilfe“, und viele andere mehr zur Verfügung.

Die primäre Aufgabe medizinischer Versorgung durch den Rettungsdienst liegt nicht in der Lösung von psychosozialen Problemen. Dennoch weist eine Vielzahl von medizinischen Problemen auch eine relevante soziale Komponente auf (vgl. Völker et al. 2015: 304). Eine steigende Zahl an Rettungsdiensteinsätzen ist einerseits nicht ausschließlich an eine medizinisch nachvollziehbare Indikation geknüpft, sondern zumindest zum Teil an soziale Umstände, und andererseits fallen im Zuge der Einsätze nicht selten Umstände auf, die augenscheinlich psychosozialen oder sozialen Handlungsbedarf indizieren. In bestimmten Fällen spielt das soziale Umfeld somit eine nicht zu vernachlässigende Rolle, beispielsweise bei verschiedenen Intoxikationen, Gewaltdelikten, Suizidversuchen, sozialer Isolation, Vernachlässigung, Unter- und Fehlernährung, nicht erkannter Demenz, psychischen Grunderkrankungen, hilfsbedürftigen Menschen ohne zur Verfügung stehende Hilfe oder bei der Fragestellung, ob PatientInnen ohne Indikation für eine stationäre Behandlung zu Hause bleiben können. Derartige Bedingungen können dem Rettungspersonal auch auffallen, ohne dass ein konkreter Zusammenhang mit einer medizinischen Notlage gegeben ist, zumal eine Konfrontation mit psychosozialen Notlagen sowohl bei Rettungseinsätzen als auch sanitätsdienstlich gesehen niederschweligen Krankentransporteinsätzen erfolgen kann (vgl. Völker et al. 2015: 304).

Den SanitäterInnen fehlt allerdings oft sowohl persönlich als auch methodisch das Knowhow, um in derartigen Fällen adäquat handeln zu können (vgl. Völker et al. 2015: 304). Im gegebenen Zusammenhang stellt sich natürlich auch die nicht unbedeutende Frage, ob die

Lösung solcher Probleme überhaupt zu den Aufgaben des Sanitätspersonals gehört, bzw., wo die rechtlichen und organisatorischen Grenzen zu stecken sind.

Die im Zuge der Beschäftigung mit der Thematik entstandene Idee der Implementierung eines „Sozialnotrufs“ in Analogie zur Notrufnummer für medizinische Notfälle, in der Intention, psychosoziale Notdienste zu vermitteln, wird als ein geeigneter Lösungsansatz erachtet. Dieser psychosoziale Akutdienst soll idealerweise in Form einer Bring-Struktur auch für PatientInnen alarmierbar sein und kann mit Blick auf eine passende weiterführende Versorgung der Vernetzung dienen. Erfolgreiche Modellprojekte mit einer Sozialambulanz (Sociolance) kommen bereits in mehreren europäischen Ländern, wie beispielweise Dänemark, zum Einsatz. Auch in Deutschland wurde ein Projekt gestartet, in dessen Rahmen ein weitergebildeter Notfallsanitäter (sog. „Gemeindenotfallsanitäter“) unter anderem geschickt wird, wenn AnruferInnen wiederholt ein Rettungsmittel anfordern, obwohl es sich offensichtlich nicht um einen Notfall handelt (vgl. Breuer et al. 2019 o. A.).

Soziale Problemlagen wie ein Mangel an Ressourcen, Erkrankungen oder von der Gesellschaft nicht tolerierte Lebensmuster können Bedarf an Unterstützung der dargestellten Form entstehen lassen (vgl. Redelsteiner 2019: 109).

Es besteht laut Redelsteiner die Vermutung, dass SanitäterInnen einen negativen Bezug zu nicht akutmedizinischen Notfällen entwickeln, da eine Überlastung des Rettungsdienstes besteht (vgl. Redelsteiner 2011: 583).

Das Interesse am Projekt wurde durch meine Arbeit als ehrenamtliche Rettungssanitäterin beim Roten Kreuz geweckt. Als Sanitäterin ist meine Aufgabe im Normalfall erfüllt, sobald die PatientInnen entweder zu Hause sind oder im Krankenhaus an das dortige medizinische Personal übergeben wurden. Mir ist aufgefallen, dass es mir, vermutlich aufgrund meiner sozialarbeiterischen Ausbildung, leichter fällt, soziale Problemlagen wahrzunehmen als meinen KollegInnen. Dies kann daran liegen, dass in der Ausbildung zum/zur RettungssanitäterIn zu wenig auf das psychosoziale Gesamtbild eingegangen wird oder keine verpflichtenden Fortbildungen zu diesem Thema durchgeführt werden. Auch im Rahmen meiner Ausbildung wird solchen Themen wenig Platz eingeräumt, obwohl diese sehr wichtig sind, da wir als Rettungsdienst zumeist direkt und tief in die Lebenswelt der PatientInnen eindringen. Deshalb möchte ich in der vorliegenden Arbeit genauer beleuchten, ob psychosoziale Problemlagen erkannt werden und wie mit diesen adäquat umgegangen werden kann.

## 2.2 Vorannahmen

Durch meine rettungsdienstliche Tätigkeit haben sich Vorannahmen ergeben. KollegInnen im Rettungsdienst haben mir von Einsätzen mit „Frequent users“ erzählt – gleichartigen Einsätzen ohne tatsächliche medizinische Indikation –, die mehrmals pro Woche stattfanden und für sie nur eine „Verschwendung“ der wertvollen Ressourcen des Rettungsdienstes darstellten. Sie konnten bei ihrem Eintreffen am Einsatzort nach Analyse der Situation nicht mehr machen, als die Betroffenen entweder ins Krankenhaus zu bringen oder einen Revers

unterschreiben zu lassen. In Gesprächen trat ihr Bewusstsein dafür zutage, dass diese PatientInnen keine medizinischen Maßnahmen benötigten. Jedoch wurde ein sozialer Handlungsbedarf erkannt. Da die rettungsdienstlichen Tätigkeiten nach der Unterschrift auf dem Revers-Formular oder der Übergabe im Krankenhaus an das dortige Personal vollendet sind, ist Wissen über weitere Unterstützungsmöglichkeiten allerdings nicht vorhanden. Das zur Verfügung stehende Zeitfenster wird größtenteils genutzt, um Unstimmigkeiten zu erfassen. Vermutlich entsteht sogar eine Form von persönlicher Betroffenheit durch die Konfrontation mit einer menschlich unangenehmen Situation. Für den Betroffenen ergibt sich aber möglicherweise keine akute oder in naher Zukunft zu erwartende Verbesserung.

Im Fokus der Bachelorarbeit stehen der Umgang mit psychosozialen und/oder sozialen Problemlagen der PatientInnen sowie die Annahme, dass bei rettungsdienstlichen Einsätzen ein starker Fokus auf der Versorgung der physischen Ebene liegt und das Zusammenspiel medizinischer, psychischer und sozialer Komponenten sowie sein Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen nicht immer in ausreichendem Maße mitbedacht und berücksichtigt werden. Ergänzend dazu entstand während der absolvierten Praxisstunden der Eindruck, dass die verfügbaren personellen, zeitlichen und methodischen Ressourcen dafür nicht ausreichend oder nicht passend waren. Es wird davon ausgegangen, dass auf der einen Seite zu wenig oder keine passende Unterstützungsmöglichkeit durch SanitäterInnen gegeben ist und es auf der anderen Seite an präziserer Ausbildung oder Fortbildung fehlt, mit der der Blick auf das soziale Ganze geschärft wird.

## 2.3 Begriffsdefinitionen

Im folgenden Abschnitt werden zugunsten der Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit essenzielle Begriffe erläutert.

### 2.3.1 RettungssanitäterIn

Im „Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter“ (kurz: Sanitätergesetz oder SanG) wird geregelt, wer sich als „RettungssanitäterIn“ bezeichnen darf. Es wird durch die „Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter“ (kurz: Sanitäter-Ausbildungsverordnung oder San-AV) ergänzt.

„RettungssanitäterInnen“ haben die Ausbildung, wie sie in §§ 32-34 SanG festgelegt ist, positiv absolviert. Dieser Gesetzesabschnitt legt die Ausbildung zum/zur RettungssanitäterIn fest, die einen theoretischen Teil im Rahmen von 100 Stunden und einen Praxisteil mit 160 Stunden vorschreibt. Die Theorie (§ 33 (1) Z1-Z13 SanG) beinhaltet unter anderem (erweiterte) Erste Hilfe, rechtliche Grundlagen, spezielle Notfälle, Defibrillation, Sanitätstechnik und Rettungswesen sowie angewandte Psychologie und Stressbewältigung.

Nach § 23 (1) SanG dürfen SanitäterInnen ihre Tätigkeit nur in dafür vorgesehenen Einrichtungen verrichten. Neben dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreich (kurz: ASBÖ) und



dem Österreichischen Roten Kreuz (kurz: ÖRK) gehören auch die Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich und der Sanitätsdienst des Bundesheeres dazu.

### 2.3.2 Akutsozialarbeit

Die Projektgruppe hat eine eigene Definition für „Akutsozialarbeit“ entwickelt. Redelsteiner, Böhmer und Zahorka (2020) haben diesen Begriff folgendermaßen definiert:

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

Für diese Arbeit wird die Definition wie beschrieben verwendet.

### 2.3.3 Psychosoziale Problemlagen

Gernot Sonneck (2000) definiert den Begriff der psychosozialen Krise folgendermaßen:

„[...] Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine durch frühere Erfahrung erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“

Luiz, Schmitt und Madler (2002: 505) sprechen von einer „durch eine soziale Mangelsituation getriggerte[n] Exazerbation einer psychischen Erkrankung oder Störung, welche im Gegensatz zur Krise eine unmittelbare gesundheitliche Gefahr in sich birgt“, also einer Verschlechterung beziehungsweise einem Wiederaufflammen (= Exazerbation) einer bereits existierenden psychischen Erkrankung durch soziale Einflüsse, die für den betroffenen Menschen gesundheitlich schädlich sein kann. Psychosoziale Notfälle können beispielsweise Folgen von Substanzmissbrauch, Angststörungen oder akute Belastungsreaktionen sein (vgl. ebd.: 505-506).

Die Autoren bestimmen daher „psychosoziale Notfällen“ auf diese Weise. Ihre Begriffsdefinition wird in dieser Arbeit dem Begriff „psychosoziale Problemlage“ gleichgestellt.

Pajonk, Poloczek und Schmitt (2000: 363-370) führen neben psychosozialen Notfällen (wie Persönlichkeitsstörungen oder Suizidalität) psychiatrische Notfälle und Krisen an. Die Autoren beschreiben, dass eine psychische Grunderkrankung zu einer Verringerung der für die Bewältigung von Krisen wesentlichen personellen und sozialen Ressourcen führen könne (vgl. ebd.: 365). Dies hat zur Folge, dass die Unterscheidung von psychiatrischen und psychosozialen Notfällen schwierig sein kann (vgl. ebd.). Für psychiatrische Krisen ist laut den Autoren der Sozialbereich zuständig und für psychiatrische Notfälle die Medizin (vgl. ebd.: 364).

Im Kontext dieser Arbeit werden psychosoziale Problemlagen als solche angesehen, die seitens SanitäterInnen des Roten Kreuzes durch das Eindringen in die Lebenswelt der PatientInnen erkannt werden können. Dabei unterscheiden sich offensichtliche Anzeichen, wie beispielsweise Unterernährung, Verwahrlosung der Wohnung oder der Person selbst, Unstimmigkeiten der Symptome bei der Alarmierung und der tatsächlichen Symptome oder blaue Flecken bei eindeutig angespannter Stimmung zwischen einer Patientin und ihrem Mann, von nicht eindeutigen Merkmalen. Diese können Hilflosigkeit in sonstigen Lebenslagen beinhalten oder psychische Erkrankungen sowie Suchterkrankungen, die aber nicht der Hauptgrund der Alarmierung waren.

## 2.4 Forschungs- und Subforschungsfrage

Die Hauptforschungsfrage hat sich aus dem Forschungsinteresse entwickelt, das bereits in 2.1 dargelegt wurde.

- „Wie gestaltet sich der Umgang mit psychosozialen Problemlagen bei Einsätzen?“

Die Detailfragen spezifizieren die Hauptforschungsfrage:

- Wie kann der/die SanitäterIn psychosozialen Handlungsbedarf erkennen?
- Welche Maßnahmen kann der/die SanitäterIn ergreifen?

## 2.5 Feldzugang und Forschungsprozess

Meine Ausbildung als Sanitäterin begann im März 2018 begonnen. Es galt einen theoretischen und einen praktischen Teil zu absolvieren, bevor die Ausbildung durch eine kommissionelle Prüfung abgeschlossen werden konnte. Diese fand im März 2020 statt. Im Rahmen der Ausbildung konnte ich eine Vielzahl von Praxisstunden sammeln und einen direkten Einblick in das Rettungswesen sowie den Ablauf von verschiedenen Einsätzen gewinnen. Während meiner Dienste berichteten mir KollegInnen von ihren Erfahrungen, die samt der abzuleitenden Erkenntnisse in diese Arbeit eingeflossen sind. Die Auswahl meiner InterviewpartnerInnen hat

sich dadurch ergeben, dass ich meine Gruppenkommandantin, die einen guten Überblick über die gesamte Mannschaft hat, gebeten habe, mir geeignete Personen zu nennen. Näheres wird noch im Unterkapitel 2.6.1 erläutert. Somit konnte ich zu diesen Personen gezielt Kontakt aufnehmen und mich mit ihren Erfahrungen und Ansichten beschäftigen. Der Forschungsprozess wurde durch die umfangreichen COVID-19-Maßnahmen in der Dienststelle unterbrochen, konnte aber nach einigen Wochen wieder fortgesetzt werden.

## 2.6 Erhebungsmethode

ExpertInneninterviews werden durch spezifische Fragen vorbereitet, um das relevante Spektrum und das gesamte Thema abzudecken. Die genaue Einhaltung der entwickelten Formulierung ist dabei nicht wichtig. Die Fragen können im Einzelfall inhaltlich an die jeweils interviewte Person angepasst werden. Es wird so sichergestellt, dass die befragte Person die Möglichkeit zur Darlegung einer individuellen Perspektive erhält, um diese anschließend zu betrachten und sodann eingehend zu analysieren. Durch bewusst offene Fragenstellungen werden die Teilnehmenden dazu angeregt, eine aus Ihrer Sicht ausgiebige und vollständige Antwort zu geben. Somit ist es möglich, tatsächlich relevante Informationen und wertvolle Hintergrundaspekte für die Forschung zu erlangen, ohne sich an vorbereitete Fragestellungen zu klammern (vgl. Flick 2016: 113-114).

Für die vorliegende Arbeit wurden leitfadengestützte ExpertInneninterviews gewählt, weil schon vor der Datenerhebung Hypothesen vorlagen, anhand derer die Interviewfragen des Leitfadens entwickelt wurden. Somit konnte gewährleistet werden, dass alle für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Daten erhoben wurden. Da die ehrenamtlichen SanitäterInnen als ExpertInnen betrachtet wurden, war es notwendig, die Interviewsituation, wie bereits oben erwähnt, zugleich so offen wie möglich zu gestalten. Dadurch konnten sie ihre individuelle Sichtweise und fachliche Expertise auf gewinnbringende Weise einbringen.

### 2.6.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen erfolgte durch meine Gruppenkommandantin in enger Abstimmung mit mir – einerseits aufgrund ihrer Diensterfahrung und andererseits aufgrund ihres psychosozialen Hintergrundes. Die SanitäterInnen sind ehrenamtlich beim Roten Kreuz in St. Pölten im Einsatz. Herr S., seit 15 Jahren ehrenamtlich tätig, ist unter anderem für die Ausbildung der Rettungs- und Notfallsanitäter zuständig und studiert derzeit Sozialpädagogik. Herr R., seit 2018 beim Roten Kreuz, war während seiner Ausbildung zum Sanitäter angehender Sozialarbeiter und ist seit 2019 fertig ausgebildet. Frau B. führt seit 6 Jahren rettungsdienstliche Tätigkeiten aus und hat keine Ausbildung im Sozialbereich absolviert. Wichtig für die Arbeit war, die Interviews mit Personen zu führen, die bereits Einsatzerfahrung gesammelt hatten und bedingt durch ihre Ausbildung sowie ihre konkreten intellektuellen Fähigkeiten einen geschärften Blick auf die mit der Forschungsfrage zusammenhängenden

Aspekte aufweisen. Diesen Anforderungen entsprachen meine InterviewpartnerInnen umfanglich.

## 2.6.2 Setting und Durchführung

Durch die während der Forschungszeit notwendige COVID-19-Maßnahmensetzung konnten die Interviews nicht, wie geplant, schon Mitte März in persönlichem Kontakt stattfinden. Da im Rettungsdienst ein Ausnahmezustand eintrat, wurden die Interviews kurzfristig abgesagt und bis auf Weiteres verschoben. Ende April erfolgte schließlich eine telefonische Umsetzung, da ein persönlicher Kontakt noch immer vermieden wurde. Obwohl die wertvollen Interaktionen eines persönlichen Gespräches nicht ersetzt werden konnten, erbrachten die Telefonate doch sehr forschungsdienliche Ergebnisse.

Zu Beginn wurden die InterviewpartnerInnen über die zwingende Vertraulichkeit und Anonymität im Umgang mit den zu gewinnenden Informationen aufgeklärt. Anschließend wurde das Einverständnis für eine Tonaufnahme eingeholt. Die Interviews nahmen 25 Minuten, 55 Minuten und 30 Minuten in Anspruch. Das Einverständnis zur Beantwortung der Fragen unter der Voraussetzung der skizzierten Bedingungen wurde von den SanitäterInnen gegeben.

## 2.7 Auswertungsmethode

Die erhobenen Daten wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert und aufgearbeitet. Nach einem groben Überblick über die Daten wurde zur weiteren Analyse das Programm „MAXQDA“ verwendet. Mit Hilfe dieser Software wurde das Material kategorisiert, dabei wurden die Texte in Hauptkategorien unterteilt. Danach erfolgte das induktive Bestimmen von Subkategorien, indem die bereits vorhandenen Hauptkategorien nochmals unterteilt, geordnet und organisiert wurden. Das Ziel nach Mayring (2015: 67) ist es, bestimmte Aspekte aus dem gewonnenen Material herauszufiltern und diese dann in die vorher bestimmten Kategorien einzuordnen.

## 2.8 Ziel der Forschung

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, zu verdeutlichen inwiefern SanitäterInnen darauf geschult sind, psychosoziale Problemlagen zu erkennen und wie ihre Vorgehensweise aussieht, wenn sie Dergleichen erkennen. Es kann als Vorteil gesehen werden, dass SanitäterInnen mittels „Hausbesuchs“ direkt in die Lebenswelt der PatientInnen eintreten. Sollte diese Forschung ergeben, dass psychosoziale Problemlagen/Krisensituationen erkannt werden, aber in der Rolle als medizinisches Personal keine weiteren Maßnahmen möglich oder bekannt sind, könnte dies eine Brücke zur Akutsozialarbeit schlagen lassen. Es könnten von den SanitäterInnen auch Vorschläge zur Verbesserung geäußert werden, die sich weiterführend auf ihre

regulären Einsätze übertragen ließen. Als weiteres Ziel kann diese Arbeit vom Rettungsdienst herangezogen werden, um zu erkennen, wie wichtig sowohl physische als auch psychische Unterstützung sein können.

## 2.9 Mein Beitrag zum Gesamtprojekt

Im Kontext des Forschungsprojekts „Emergency Duty social work“ wird von Studierenden der Sozialen Arbeit zu unterschiedlichen Thematiken im Bereich der Akutsozialarbeit geforscht. Meine Arbeit erforscht das Handeln, bevor es zu sozialarbeiterischen Tätigkeiten kommt. Hier stellt sich die Frage, wie und ob der Rettungsdienst erkennt, dass in bestimmten Situationen sozialarbeiterische Unterstützung hilfreich wäre. Weiters kann aufgezeigt werden, wie die Weitervermittlung zur Sozialarbeit aussieht.

## 3 Ergebnisse

Im Zuge der Datenanalyse sind Kategorien entstanden, die wiederum in Subkategorien unterteilt wurden. Diese werden im folgenden Kapitel dargestellt und auf Basis passender Fachliteratur erläutert.

### 3.1 Notruf als erste Anlaufstelle

Redelsteiner (2018) spricht von einem unabdingbaren Zusammentreffen nicht akuter, psychosozialer, pflegerischer Aufgaben im Rettungsdienst, da dieser niederschwellig und zu jeder Tages- und Uhrzeit zu erreichen ist. Hier stellt sich die Frage, ob der Intention des Hilfesuchenden immer auf geeignete Art und Weise Rechnung getragen werden kann. Das Problem, dass oftmals Rettungsdienste und Krankenhäuser unfreiwillig als „Auffangeinrichtungen“ fungieren müssen, da sonstige soziale Einrichtungen nicht zu jeder Tageszeit und niedrigschwellig zu erreichen sind, ist gemeinhin bekannt (vgl. Breuer et al.: 129).

PatientInnen, die nicht nur oder ein medizinisches Problem oder kein erkennbares haben, werden, so wie alle anderen Fälle, nach dem Standard-Prozedere untersucht (vgl. T2 2020: Z. 43-45). Sollte dies ergeben, dass keine medizinische Maßnahme vonnöten ist, wird mit den KollegInnen besprochen, wie weiter vorzugehen ist: Kann ein Revers als sinnvoll erachtet werden oder gibt es doch wenigstens eine medizinische Indikation, die einen Krankenhausbesuch rechtfertigt (vgl. ebd.). Der Berufsgruppe der SanitäterInnen sind Probleme der Gesellschaft aus der Praxis bekannt, wie Vereinsamung, Beziehungsprobleme, Obdachlosigkeit, Ausländerfeindlichkeit, aber auch seelische Defizite, wie Depressionen oder Angstzustände (vgl. Redelsteiner 2011: 582-583). Redelsteiner (2011) spricht davon, dass einige Notfälle mit psychosozialen Faktoren in Verbindung gebracht würden, da es für Betroffene leichter sei, in Krisensituationen die Notrufnummer des Rettungsdienstes zu wählen als jene der Polizei, deren Herbeiholen teilweise Ängste hervorruft. Es finden sich immer wieder auch Situationen, in denen die Betroffenen selbst nicht realisieren, dass kein medizinisches, sondern ein psychosoziales Problem besteht. Einigen Menschen fällt es leichter, ihre psychosoziale Problemlage über ein scheinbar medizinisches Problem zum Ausdruck zu bringen (vgl. ebd.). Da die Rettung häufig mit freundlichen Helfern in Verbindung gebracht wird, kann dies ein Aspekt sein, der dazu beiträgt, die den Rettungsdienst zu kontaktieren (vgl. ebd.).

### 3.2 Nicht (nur) ein medizinisches Problem?

Anhand der Interviews, der Erzählungen von KollegInnen und eigener Einsatzerfahrungen konnte herausgefiltert und dargestellt werden, wie der derzeitige Ablauf bei Einsätzen aussieht und wie mit psychosozialen Problemlagen und Aspekten umgegangen wird. Die Erfahrung, die durch die Jahre beim Rettungsdienst entsteht, und der berufliche Hintergrund der SanitäterInnen erwiesen sich im Interviewkontext als den Unterschied beim Erkennen von

psychosozialen Problemlagen verursachend. Eine der interviewten Personen hatte zu Beginn ihrer Karriere beim Roten Kreuz keine Ausbildung im Sozialbereich erfahren, erst durch ihre Erfahrungen sowie die zwischenzeitig begonnene Ausbildung zum/zur Sozialpädagogen/Sozialpädagogin seinen/ihren Blick erweitert und sich darüber Gedanken gemacht, ob die ausschließliche Versorgung im Krankenhaus immer ausreichend oder passend für PatientInnen ist (vgl. T1 2020: Z. 31-32) „Ob im Krankenhaus dann wirklich was passiert is, vor allem, ob am Wochenende was passiert, ob um 3 in der Früh was passiert, diese Frage hab ich mir damals nie gestellt. (T1 2020: Z. 28-29)

Um laut befragtem/befragter Sanitäter/in soziale Problemlagen außerhalb der Sichtweise des eigentlichen Rettungsauftrages eindeutig erfassen zu können, fehlt es zumeist an Wissen, das ebenso dazu veranlasst, Maßnahmen zu ergreifen, die nachhaltig oder zumindest akut in der Sache hilfreich sind (vgl. T1 2020: Z. 55-58).

Deutlich wird aber, dass die interviewten Personen durch ihre dazugewonnene Erfahrung und zusätzliche Ausbildung in der Lage sind, psychosoziale Problemlagen zu erkennen und im Einsatz ihren Möglichkeiten entsprechend handeln und weitermitteln (vgl. T3 2020: Z. 23).

### 3.3 Bestehende Interventionsmöglichkeiten

Die Frage nach den Interventionsmöglichkeiten, die vom Rettungspersonal vermittelt werden können, wenn psychosoziale und/oder soziale Problemlagen erkannt werden, liefert Aufschluss darüber, dass es für spezifische Gruppen, wie beispielsweise ältere Menschen, ein breites Angebot an weiteren Unterstützungsformen gibt (vgl. T1 2020: Z. 53). In Notfallsituationen wie bei plötzlichen Schicksalsschlägen, dem Tod eines/einer Angehörigen ist unter Heranziehen des Akut- oder Kriseninterventionsteams eine kurzfristige passende Unterstützung leistbar (vgl. T3 2020: Z. 93-94).

Die vielfache Nennung weiterer Organisationen in den Interviews hat deutlich gemacht, dass neben der (notfall-)medizinischen Versorgung und der psychosozialen Ersten Hilfe weitere Handlungsschritte vom rettungsdienstlichen Personal eingeleitet werden können. Dabei kann es sich beispielsweise um speziell ausgebildete Teams handeln, die sich in der eigenen Organisation wiederfinden oder um externe Einrichtungen. Deren Fokus liegt aber nicht auf der medizinischen Versorgung, sondern auf der psychischen oder psychosozialen Beratung.

- interne Möglichkeiten der Weitervermittlung: Leistungsbereich der Einsatzorganisation (vgl. T3 2020: Z. 93), beispielsweise das Kriseninterventionsteam, sowie Leistungsbereich des Gesundheits- und Sozialen Dienstes des Roten Kreuzes (vgl. T1 2020: Z. 212-214).
- externe Vermittlungsmöglichkeiten: diverse Notrufnummern (etwa 147) für Jugendliche oder der psychosoziale Notdienst sein (vgl. T1 2020: 193-195). In Niederösterreich kann in psychosoziale Problemlagen das speziell ausgebildete AKUTteam zur Verfügung stehen, das über die Leitstelle angefordert werden kann (vgl. T2 2020: Z. 112).

Es finden sich aber nicht für alle Problemlagen passende Möglichkeiten der Weitervermittlung, die betroffene Personen beispielsweise längerfristig unterstützen können (vgl. T1 2020: Z. 135).

„Aber wenn wer jetzt quasi alkoholkrank ist, spielsüchtig ist, Depressionen hat, mit seinem Leben nicht mehr zurecht kommt - dass man bei dem schaut, was kann man tun, ressourcenorientiert, lebensweltorientiert [...] mit fundierter fachlicher Ausbildung haben wir meines Wissens nix im Angebot.“ (T1 2020: Z. 116-119)

Die folgende Aussage betont, dass nicht nur das Medizinische bei Einsätzen eine Rolle spielt, sondern die gesamte Lebenswelt der PatientInnen. Dies beinhaltet das soziale Umfeld, die psychische Verfassung und auch Suchterkrankungen, die aber nicht primär durch einen Rettungseinsatz erkannt und damit abgearbeitet werden können. Das Erkennen solcher Indikationen ist der erste Schritt, der getan werden kann, um eine geeignete Maßnahme setzen zu können.

„[...] wenn mir solche Patienten im Dienst unterkommen und ich sie nicht ins Krankenhaus mitnehme, [...] entweder kontaktiere ich die Leitstelle und frag nach wie wir da jetzt vorgehen sollen oder ich neige dazu dann auch darauf hinzuweisen, dass es andere Unterstützungsmöglichkeiten gibt, die morgen vielleicht auch angesprochen werden können, so in die Richtung.“ (T2 2020: Z. 55-59)

Eine Möglichkeit, die von SanitäterInnen genutzt wird, wenn sie erkennen, dass kein medizinisches Problem vorliegt, ist, nachzufragen, ob Angehörige die Betroffenen unterstützen können (vgl. T3 2020: Z. 77-79). Es ist nicht immer einfach, ein medizinisches Problem auszuschließen und eine psychosoziale Problemlage zu erfassen (vgl. T3 2020: Z. 88-89).

### 3.3.1 Kriseninterventionsteams

Kriseninterventionsteams setzen sich aus speziell ausgebildeten Personen der Einsatzorganisationen zusammen, die beispielsweise bei traumatischen Erlebnissen wie plötzlichem Tod/einer erfolglosen Reanimation nachgefordert werden können (vgl. T3 2020: Z. 95-96). Von einem Unfall Betroffene oder auch Angehörige von vermissten Personen können die Betreuung durch ein Kriseninterventionsteam in Anspruch nehmen (vgl. ebd.). Die Betreuung beginnt direkt nach dem entsprechenden Einsatz und erfolgt über alle Teams hinweg in standardisierter Weise (vgl. T1 2020: Z. 56). Das KI-Team wird so schnell wie möglich an den Einsatzort geschickt und löst dort die SanitäterInnen ab (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018: o. A.). Das Ziel der Betreuung ist es, Menschen, die sich in akuten psychosozialen Krisen befinden, durch emotionale Unterstützung psychisch so weit zu stabilisieren, dass akute Symptome der Stressbelastung so gut wie möglich minimiert werden (vgl. ebd.). Die (Wieder-)Herstellung von eigenen Bewältigungsmechanismen und die Stärkung der persönlichen Ressourcen spielen dabei eine wesentliche Rolle (vgl. ebd.). Bei Großschadensereignissen, an denen mehrere Verletzte beteiligt sind, werden Kriseninterventionsteams ebenfalls angefordert (vgl. ebd.). Die Alarmierung erfolgt ausschließlich über die Einsatzkräfte und kann nicht von den Betroffenen selbst ausgehen. Ohne deren Einwilligung kann keine Zusammenarbeit mit den Kriseninterventionsteams stattfinden (vgl. ebd.).



### 3.3.2 AKUTteam Niederösterreich

Das AKUTteam Niederösterreich wurde im Jahr 2001 gegründet, da erkannt wurde, dass Menschen nach plötzlichen Schicksalsschlägen, vor allem bei Großschadensereignissen, psychosoziale Unterstützung brauchen. Die Betreuung beginnt wie bei den Kriseninterventionsteams nach dem Einverständnis der betroffenen Personen und wird kostenlos in ganz Niederösterreich angeboten. Die Organisation des AKUTteams wurde 2016 von „144 Notruf Niederösterreich“ übernommen. Es wird somit auch über die Notrufnummer 144 alarmiert. SozialarbeiterInnen und psychologisch ausgebildete Fachkräfte sind für die psychosoziale Betreuung im Rahmen von maximal 6 Stunden zuständig (vgl. Akutteam: o. A.)

### 3.3.3 Mittelfristige Sozialbegleitung durch das Rote Kreuz

Auffallend war die Erwähnung der mittelfristigen Sozialbegleitung seitens des Roten Kreuzes. Diese wurde nur von einem/r der beiden SanitäterInnen erwähnt und bildet eine wichtige Ressource, die aber wenig Aufmerksamkeit erfährt.

„Ich hab erst davon erfahren beim Landesverband, als ich jemanden interviewt habe mit einem ähnlichen Thema, sonst hätte ich nie davon erfahren. Was auch traurig ist, weil es sowas eben gibt. Es ist zwar noch im Ausbau begriffen, aber das gibt es. Und eine Grundidee von dem ist, dass man mal abklärt, was diejenige Person braucht und dann an die Profis verweist. Genau diese Brückenfunktion.“ (T2 2020: Z. 123-127)

Derzeit gibt es in St. Pölten zwei Personen, die dafür zuständig und ehrenamtlich Teil des Projekts sind. Das Angebot wird nicht oft in Anspruch genommen, da es sich, wie beschrieben, noch im Ausbau befindet. Infolgedessen, dass es nicht im Rettungswesen verankert ist, sondern im Gesundheits- und Sozialwesen des Roten Kreuzes, geht es auch in der Ausbildung unter und wird nicht genauer bearbeitet, obwohl ihm wichtige Funktion zukommen könnte. Das Team ist nicht mobil. Sollte es zu einer Vernetzung kommen, müsste die Person, die es in Anspruch nehmen möchte, den Termin direkt auf der Dienststelle wahrnehmen (vgl. T2 2020: Z. 131-138).

Das Angebot ist dadurch nicht niederschwellig und wird auch selten genutzt. Hilfreich wären hier eine Weiterentwicklung und Informationsmaterial, das bei den PatientInnen gelassen werden könnte. „Wenns jetzt um die Brückenfunktion geht brauchts keinen Sozialarbeiter, das können auch andere machen.“ (T2 2020: Z.243-244)

Im Falle einer plötzliche Erkrankung oder des Versterbens eines engen Familienangehörigen, des Verlusts des/r EhepartnerIn, des Verlusts des Arbeitsplatzes, der sozialen Absicherung kann es sich als schwierig erweisen, die eigenen personellen Ressourcen zu nutzen. In solchen Situationen bietet die „RK-Sozialbegleitung“ Hilfestellung. Der Fokus liegt auf der Begleitung und der Aktivierung der Selbsthilfefähigkeit (vgl. Rotes Kreuz o. A.).

„Durch die im Vorfeld mit den KlientInnen vereinbarten Ziele der Begleitung, soll diese nur eine mittelfristige und keine ständige soziale Begleitung im Sinne einer klassischen Sozialarbeit darstellen.“ (Rotes Kreuz o. A.)

### 3.3.4 Weitere Vermittlungsmöglichkeiten

Das Angebot des Roten Kreuzes für ältere Menschen ist breit gefächert. Neben Betreuung zu Hause und Essen auf Rädern werden auch Freizeitbeschäftigungen angeboten (vgl. T1 2020: Z. 104-105). Weitere Einrichtungen werden von den interviewten Personen im Zusammenhang mit Einsätzen erwähnt. Außerhalb der Angebote für die ältere Generation gibt es zwar Informationen zu Institutionen. Diese können aber nur verbal weitergegeben werden, da sie nicht direkt in Verbindung zum Roten Kreuz stehen und daher nur von Personen angeboten werden können, die diese Einrichtungen kennen und über entsprechendes Wissen verfügen, beispielsweise infolge eines Studiums (T2 2020: Z.123). Das Jugendzentrum „Steppenwolf“ mit Fokus auf Jugendliche und die „Emmaus Gemeinschaft“, die bei Themen wie Obdachlosigkeit und Verwahrlosung aktiv wird, sind Anlaufstellen, die den PatientInnen, vorgeschlagen werden können, wenn dies passend erscheint (vgl. ebd.). Ob diese dann auch genutzt werden, liegt derzeit ausschließlich in der Hand der PatientInnen (vgl. ebd.). In manchen Fällen wäre eine Unterstützung bei der Aufnahme von Kontakt zu weiteren Einrichtungen allerdings essenziell (vgl. T2 2020: Z. 63-69).

Die begrenzten Möglichkeiten, beispielsweise bei Einsätzen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung, bringen die SanitäterInnen dazu, ihre eigenen Entscheidungen in Frage zu stellen (vgl. T3 2020: Z. 40-43): „Mir persönlich wäre wohler gewesen, wenn ich gewusst hätte es kommt vielleicht noch eine professionelle Person, die schaut, ob das passt mit den Kindern“. (T3 2020: Z. 54-56) Diese Aussage verdeutlicht, dass ein Gefühl der Ohnmacht entstehen kann, wenn die SanitäterInnen den Einsatzort verlassen und sie sich bisweilen Gedanken darüber machen, ob richtig gehandelt wurde.

## 3.4 Anzeigepflicht bei Kindesmisshandlung

„Häusliche Gewalt ist ein äußerst sensibles Thema und kann sowohl bei Nichterkennen und auch bei Fehldeutungen zu schweren sozialen und psychischen Schäden der Beteiligten führen.“ (Völker et al. 2015: 309)

Die Analyse der Daten hat ergeben, dass die Thematik der Kindesmisshandlung im Kontext von Einsätzen, in denen die SanitäterInnen psychosoziale Problemlagen/Krisen sofort erkannt haben, immer wieder erwähnt wird. Da Kindesmisshandlung (sexuell, psychisch oder physisch) oftmals nicht eindeutig erkennbar ist, kann es schwierig sein, die Situation richtig einzuschätzen (vgl. T3 2020: Z. 110). Anzeichen dafür können widersprüchliche Aussagen zur Verletzung oder zum Unfallhergang sein (vgl. T1 2020: Z. 74-76).

In den Ausbildungsunterlagen des Roten Kreuzes werden folgende Hinweise genannt, die auf Misshandlung hindeuten können (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018: G79):

- Der Notruf wurde nur verzögert gewählt.
- Die Vorgeschichte und der Befund stimmen nicht überein.
- Bei der weiteren Untersuchung fallen Verletzungen auf, die zuerst nicht angegeben wurden.
- „Typische“ Verletzungsmuster, wie etwa Hämatome durch Fingerabdrücke, werden sichtbar.

Solche Einsätze beinhalten zunächst eine Versorgung der Verletzungen und anschließend nach dem Transport in eine Kinderabteilung das Melden eines Verdachts auf Kindesmisshandlung beim zuständigen Personal.

Nach § 37 (3) Z3. B-KJHG sowie nach § 5a (1) Z2. SanG sind SanitäterInnen verpflichtet, bei Missbrauchsverdacht dem zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger Bericht zu erstatten und Meldung vorzunehmen. Diese Meldung fällt nach § 6 (1) SanG aus der Verschwiegenheitsverpflichtung.

Fraglich ist, inwieweit es SanitäterInnen möglich ist, eine Kindesmisshandlung tatsächlich zu erkennen, da vermutlich an erster Stelle die Verletzungen versorgt werden. „[...] wir haben quasi unseren Job gemacht, aber ich war mir dann nicht ganz klar, ob das wirklich die Lösung war für das.“ (T3 2020: Z. 43-44) Verdeutlicht wird durch diese Aussage, dass die medizinische Versorgung in den meisten Fällen im Vordergrund steht, trotzdem aber Unsicherheit bei der Nachbesprechung aufkommen kann, ob das Handeln ausreichend war.

### 3.5 Psychische Betreuung

„[...] das war eine wirklich kleine Wunde. Aber für ihn war das groß. Wir haben das dann so gemacht, dass wir die Wunde äußerst präzise und genau versorgt haben und ich dabei bissl Gesprächsführung versucht habe und ihm die Angst zu nehmen.“ (T2 2020: Z. 52-54)

Dem/Der interviewten SanitäterIn ist die Bedeutsamkeit der psychischen Betreuung aufgrund seiner/ihrer zusätzlichen Ausbildung zum/zur SozialarbeiterIn bewusst. Durch gezielte Gesprächsführung hat er somit versucht, den jugendlichen Patienten zu beruhigen.

Psychische Betreuung der PatientInnen durch die SanitäterInnen ist standardmäßig wesentlicher Bestandteil eines Einsatzes (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018: o. A.). Sicherheit, Verbundenheit, Beruhigung und Hoffnung zu vermitteln, ist wichtig und verhilft den Betroffenen zu einem Gefühl von Akzeptanz für ihre Situation (vgl. ebd.). Die Grundprinzipien bilden die Beachtung aller Umstände, das genaue und einfühlsame Zuhören, das Herstellen einer emotionalen Verbindung sowie anderer Hilfsmöglichkeiten (vgl. ebd.). Die psychische Betreuung muss dabei immer mit ehrlicher Zuwendung erfolgen, zumal der Betroffene in einer sehr unangenehmen Situation ist, die es erforderlich gemacht hat, sich in die Hände von völlig fremden Menschen zu begeben und ihnen das erforderliche Vertrauen zu schenken (vgl. ebd.). Hinzu kommen besondere Hilfs- und vor allem Informationsbedürftigkeit, wobei immer die spezifischen Umstände der PatientInnen schnell erkannt werden müssen (alte Menschen, überforderte Personen, kulturelle Unterschiede usw.) und diesen Erkenntnissen entsprechend zu handeln ist (vgl. ebd.).

Die Grundeinstellung und Werthaltung des/der Sanitäters/Sanitäterin spielt daher eine wichtige Rolle und lässt auf Seiten der PatientInnen ein Vertrauensgefühl entstehen (vgl. ebd.). Die Verwendung komplexer medizinischer Fachbegriffe ist als wenig förderlich einzustufen. Einfache Sprache und Selbstvertrauen in die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten bringen positive Effekte. Die Akzeptanz der Gefühle und der Selbstbestimmung des/der

Patienten/Patientin fördern die Zusammenarbeit am Einsatzort, genauso, als SanitäterIn die eigenen Gefühle zu zeigen (vgl. ebd.).

In den Ausbildungsunterlagen des Roten Kreuzes wird in einem Unterkapitel erwähnt, dass der Körper (Soma) und die Seele (Psyche) nicht voneinander trennbar seien. Deshalb ist es wichtig, den Menschen samt seinen Reaktionen und Gefühlen zu akzeptieren und empathisch zu agieren. Dabei sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die positive Einflussnahme genauso auf den/die Patienten/Patientin wirkt wie negative Umstände. Eine positive Beziehungsgestaltung kann nicht verallgemeinert gelehrt werden, da menschlicher Kontakt nicht planbar ist (vgl. ebd.). Er ist abhängig...

- „von momentanen Gefühlen, Wünschen, Erfahrungen, Befürchtungen, Ängsten,
- von der Lebensgeschichte, von subjektiven Erfahrungen,
- von der sozialen Schicht, von der Ausbildung, vom Beruf
- von der Religion, vom Glauben, vom kulturellen und nationalen Bewusstsein.“  
(Österreichisches Rotes Kreuz 2018: o. A.)

Es kommt oft vor, dass die Komplexität des Problems der PatientInnen höher ist als gedacht. Dabei spielen psychosoziale Aspekte wie Vereinsamung, Vernachlässigung der Hygiene, kognitive Minderkapazitäten, Desorientiertheit, Scham und psychische Erkrankungen eine wesentliche Rolle, die das bestehende medizinische Problem noch stärker beeinflussen können (vgl. Redelsteiner 2018: 248).

### 3.6 Was könnte hilfreich sein?

Um soziale Problemlagen erkennen zu können, braucht es für jemanden ohne sozialarbeiterischen oder sozialpädagogischen Hintergrund eine Vertiefung des Themas. Es wird jedoch während der Ausbildung kurz gehalten (vgl. T1 2020: Z. 216-217). Im Interview hat sich ergeben, dass der/die SanitäterIn mit sozialarbeiterischem Hintergrund den Fokus auf mehr Ausbildungen und Fortbildungen zu psychosozialen Themen legt. Wichtig dabei ist, dass der Blick geschärft wird, um über den Tellerrand hinwegzusehen und die PatientInnen inklusive ihrer gesamten Lebenswelt wahrzunehmen (vgl. T2 2020: Z. 102-105).

„Ich hab schon in der Ausbildung selbst, damals noch als angehender Sozialarbeiter, gewünscht, dass gerade solche Themen mehr besprochen werden. Also ich find, dass in der Ausbildung viel zu kurz kommt.“ (T2 2020: Z. 109-111)

Es besteht der Wunsch nach Vertiefung zu bestimmten Thematiken, die dabei unterstützt, ohne psychosoziales Hintergrundwissen Vermittlungstätigkeit zu leisten und dazu befähigt, nicht nur die physiologischen Aspekte bei Einsätzen zu sehen. Es wurde auch erwähnt, dass es nicht als sinnvoll erachtet werde, im Rahmen der Ausbildung den Blick standardisiert und einheitlich auf verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten zu richten, denn diese variieren von Bundesland zu Bundesland (vgl. T1 2020: Z. 80-86).

Deutlich wird, dass es vonnöten ist, Kenntnisse zu schaffen, die es ermöglichen, weitergehend eine Maßnahme zu ergreifen, wie beispielsweise jene, ein Informationsblatt bei den PatientInnen zu hinterlassen. „Hinterlegen von Informationszettel, wo Beratungsstellen oben sind [...]

das fände ich eine gute Option.“ (T2 2020: Z. 159-160). Das praktische Hauptproblem besteht hier natürlich darin, dass im Zuge von Einsätzen eine hohe Zahl von unterschiedlichsten Problemlagen auftauchen kann und nicht für jeden eine geeignete Informationsbroschüre aus dem Hut gezaubert werden kann, da dies eine logistische Überforderung darstellen würde (vgl. T2 2020: Z. 165).

### 3.6.1 Checkliste – Informationsblatt, wäre das sinnvoll?

Es besteht ein Bedarf an weiteren Interventionsmöglichkeiten, wie den interviewten Personen durch ihre Erfahrungen in der Rettungsdiensttätigkeit klar geworden sind. Das nachstehende Zitat macht dies deutlich:

„Quasi a Checkliste, die man abarbeiten kann und was unten rauskommt - is sinnvoll oder is wenig sinnvoll? Und is indiziert, seh das wie ein Stufenplan - tu ma auf alle Fälle oder tu ma goaned oder entscheidts selber. Irgendsowas in die Richtung.“ (T1 2020: Z. 43-45)

Der/Die interviewte SanitäterIn mit sozialpädagogischem Hintergrund sieht eine Checkliste, die abgearbeitet werden kann, als sinnvoll an. Dies sollte aus seiner Sicht ablaufen wie bei der Gesundheitsnummer 1450, mit dem Unterschied, dass die Liste von Personen mit psychosozialen Hintergrund bearbeitet werden, um am Ende des Gesprächs herausfiltern zu können, wie der weitere Handlungsplan zu gestalten ist (vgl. T1 2020: Z. 65-70).

Diese Vorgehensweise setzt aber voraus, dass SanitäterInnen psychosoziale Problemlagen erkennen können. „Allerdings, wohlgemerkt, als Sozialarbeiter hab ich vermutlich meine innere Checkliste auch schon eintrainiert.“ (T2 2020: Z. 103-104)

„Checklisten sind immer so eine Sache. Weil sie etwas hochkomplexes simplifizieren. [...] jetzt bin ich mir nicht sicher, ob das funktionieren würde. Es wäre vermutlich zum Anhalten sehr gut geeignet, nur [...] ja, es kommt drauf an wie eine Checkliste aufgebaut ist. Man könnte es probieren, es wäre eine Option.“ (T2 2020: Z. 91-95)

### 3.6.2 Gemeindesanitäter Deutschland

„Vielleicht noch eine Sache, wovon ich auch noch ein Fan bin, weiß jetzt nicht genau wo es das gibt in Deutschland [...] diesen Gemeindesanitäter.“ (T2 2020: Z. 161-162)

Das im obenstehenden Zitat zur Sprache kommende Pilotprojekt gibt es derzeit in Deutschland im Ammerland, in Cloppenburg und in der Stadt Oldenburg. Es wurde entwickelt, um einen ressourcenschonenderen Umgang mit Rettungsmitteln zu fördern. Im Fokus steht die Ausbildung eines Notfallsanitäters. Die Alarmierung erfolgt genauso wie bei allen anderen Einsätzen über die Leitstelle. Diese hat aber weder eine medizinische Notfall- noch eine Transportindikation (vgl. Gemeindesnotfallsanitäter o. A.).

„Vor Ort greift der Gemeinde-Notfallsanitäter auf ein Netzwerk von verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten zurück, indem er Kontakt zu entsprechenden Institutionen, dem Hausarzt oder dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst aufnimmt.“ (Gemeindenotfallsanitäter o. A.)

Anhand dieses Beispiels wird verdeutlicht, dass die Ressourcen des Rettungsdienstes, allerdings bei einer gänzlich anderen Organisationsstruktur als in Österreich, gegebenenfalls auch anders und vermutlich sinnvoller eingesetzt werden können.

„Diese Variante fände ich auch geschickt. Ich weiß jetzt nicht, ob es einen Sozialarbeiter dafür braucht, ob es jemanden mit einer fundierten Ausbildung in dem Bereich nötig hätte. Natürlich, vorteilhaft wäre es, ganz klar. Aber vielleicht braucht es auch nur jemanden mit ausreichenden Social Skills, der nicht in diesem Alarmmodus zu einem Einsatz fährt, wie wir das tun. Weil in unserer Ausbildung werden wir auch auf sowas hingedrillt dann auch und vielleicht auch deshalb ist der Blickwinkel bei Kollegen zu begrenzt, weil sie in diesem Modus dorthinfahren. Ja, das könnt ich mir auch vorstellen.“ (T2 2020: Z. 166-171)

Die Aussage zeigt, dass aus Sicht des Sozialarbeiters nicht unbedingt jemand dafür notwendig wäre, der eine psychosoziale Ausbildung abgeschlossen hat. Essenziell sei es vielmehr, bei Einsätzen mit psychosozialen Problemlagen eine Brückenfunktion einzunehmen. Dabei braucht es laut interviewter Person keine fundierte Ausbildung. Gewisse Social-Skills und ein Gespür für Menschen genügen, um diese PatientInnen dahingehend zu vernetzen, dass sie die passende Unterstützung erhielten, wenn es gewünscht sei (vgl. T2 2020: Z. 179-182).

### 3.7 Rolle SozialarbeiterIn – SanitäterIn

Eine Trennung der Aufgabenbereiche des Rettungsdienstes und der Sozialarbeit ist nicht immer leicht, bringt aber den Vorteil, dass Problemlagen entdeckt werden können, die sonst nicht auffallen würden (vgl. T2 2020: Z. 89-103).

„Für mich als Person ist es ärgerlich bis frustrierend, weil ich ja sehe, dass da ein anderes Thema im Hintergrund ist, aber ich aufgrund meiner jetzigen, oder zu dem Zeitpunkt [...] als Rettungssanitäter, einfach ein anderes Aufgabengebiet habe, das sowas nur sehr begrenzt berührt, sag ich mal.“ (T2 2020: Z. 21-23)

Verdeutlicht wird dadurch, dass solche Einsätze Unbehagen und ein Gefühl der Ohnmacht auslösen, da es nicht die Aufgabe eines/einer SanitäterIn ist, sich mit psychosozialen Problemlagen zu beschäftigen. Aufgrund des beruflichen Hintergrunds bleiben die lebensweltlichen Aspekte der PatientInnen nicht unerkannt. Es ist trotzdem schwierig, auch für den/die interviewte/n SozialarbeiterIn, dies im Kontext des Rettungsdienst abzuschätzen, da die Personen meistens bis zum Einsatz nicht bekannt sind und neben den Alarmierungsinformationen wenig für SanitäterInnen erkenntlich ist (vgl. T2 2020: Z. 35-39).

„Nur es ist halt immer diese Sache, dass ich als Sozialarbeiter beim Roten Kreuz mit meiner Uniform eines Sanitäters dastehe und auch im Krankenhaus bei der Übergabe somit nicht sagen kann [...] Ich bin Sozialarbeiter und denke [...] sondern, es ist einfach eine andere Rolle. Und die kann man schwer durchbrechen.“ (T2 2020: Z. 131-136)

### 3.8 Selbstbestimmung

Spannend ist der Aspekt der Selbstbestimmung der PatientInnen. Inwieweit ist der Eingriff in die Privatsphäre gerechtfertigt, beziehungsweise ist er überhaupt gerechtfertigt? Da die meisten Einsätze das Zuhause der PatientInnen betreffen, erhält man somit als SanitäterIn einen direkten Einblick in ihre Lebenswelt. Das Umfeld, die Wohnverhältnisse, der Zustand der PatientInnen selbst werden sichtbar und lassen sich nur schwer verbergen (vgl. T2 2020: Z.67-69).

„Wenn jetzt in der Wohnung Alkohol steht und vermüllt ist, jedem seine eigene Entscheidung. Vorsichtig bei solchen Dingen. Sie haben das Recht, so zu leben.“ (T2: 2020: Z. 158-159)

Diese Aussage verdeutlicht, dass es ein Grenzbereich ist, in dem man sich als SanitäterIn bewegt. Denn was ist der Auftrag des Rettungsdienstes? Wo liegt die Grenze? Ist eine Grenze überschritten, wenn PatientInnen auf diverse Lebensumstände angesprochen werden? Hier stellt sich die Frage, wie weit der Rettungsdienst gehen kann, ohne die Privatsphäre und die Autonomie der PatientInnen einzuschränken oder zu verletzen.

„Weil ohne eine Mitarbeit und ohne diese Koproductivität geht das nicht. Ich kann das niemandem aufzwingen. Und nur weil ich dann selbst im Nachhinein draufkomme, das wäre gescheit und ich schicke da wen, dann wäre das zum Scheitern verurteilt.“ (T1 2020: Z. 137-142)

Das Einverständnis der PatientInnen mit weiteren Unterstützungsmöglichkeiten spielt eine wichtige Rolle. Ihre Autonomie zu stärken und ihnen zu zeigen, dass sie selbst die ExpertInnen ihrer Lebenswelt ist, kann förderlich wirken.

Hier finden sich auch die rechtlichen und faktischen Grenzen der Interventionsmöglichkeiten bei häuslicher Gewalt und Vernachlässigung. Es bestehen für das Rettungsdienstpersonal nicht mehr Möglichkeiten als für die Organe der Exekutive.

Wie dieses Spannungsverhältnis gelöst werden kann, ließ sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beantworten.

## 4 Resümee

Das abschließende Kapitel befasst sich mit einem Resümee, das anhand der gewonnenen Ergebnisse herausgearbeitet werden konnte. Die Forschungsfragen werden nochmals beleuchtet und anschließend wird eine Reflexion des Forschungsprozesses geboten.

### 4.1 Zusammenfassung

„Die Profis [...] die gibt's. Die Patienten, die Profis brauchen gibts a. Die Frage ist da primär, wie kommen die Patienten zu den Profis.“ (T2 2020: Z. 199-200)

Die Forschungsarbeit hat bestätigt, dass soziale Aspekte bei Einsätzen nicht unerkannt bleiben können. Die Arbeit der SanitäterInnen ist aber durch ihre medizinische Aufgabe eingeschränkt und lässt wenig Spielraum für weitere Maßnahmen. Rettungsdienstliches Personal ohne psychosozialen Hintergrund könnte Schwierigkeiten haben, soziale Missstände zu erkennen, da die Ausbildung auf diese Thematik nur marginal eingeht. Es fehlt an Vertiefung zu spezifischen Aspekten und verpflichtenden Fortbildungen für SanitäterInnen. Jene mit Hintergrundwissen können zwar die Problemlagen, die sich hinter nicht medizinischen Notfällen verbergen, erkennen, verfügen aber kaum über Handlungsmöglichkeiten. Es besteht ein breites Angebot für die ältere Generation und akute Krisensituationen wie plötzlichen Tod, jedoch fallen viele sonstige Personengruppen bzw. Personen, die sich nicht kategorisieren lassen, aus diesem Spektrum. Weitere Tools, wie beispielsweise eine Checkliste, oder persönliches sozialarbeiterisches Fachwissen, könnten hilfreich sein, um eine Brückenfunktion für weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu etablieren. Dabei ist die Autonomie der PatientInnen ebenso wenig außer Acht zu lassen wie andere rechtliche Bestimmungen, vor allem den Datenschutz und die bereits erwähnte Verschwiegenheitspflicht betreffend. Sollten die betroffenen PatientInnen mit weiteren Maßnahmen einverstanden sein, könnte die rechtliche Lage mit ihrer Unterschrift abgesichert werden. Das Mitführen von Informationsbroschüren, beispielsweise einer Faltkarte mit Handlungsmöglichkeiten, Unterstützungsangeboten und Erreichbarkeiten, könnte in verschiedenen psychosozialen Problemlagen unterstützend wirken. Durch den Eintritt in die Lebenswelt und Privatsphäre der PatientInnen aufgrund des Einsatzes stellt sich auch die Frage, inwieweit er im Kontext von psychosozialen Aspekten, die die betroffenen Personen möglicherweise nicht eigeninitiativ ansprechen, gerechtfertigt ist.

Ein gemeinsames Ziel der Sozialen Arbeit und des Rettungsdienstes wird in der Unterstützung von Menschen in besonderen Lebenslagen/Situationen gesehen. Dabei ist es wichtig, ihre Autonomie zu sichern und ein Gefühl der Anteilnahme zu vermitteln. Neben der bestehenden beruflichen Verpflichtung der ExpertInnen sollten die genannten Aspekte auch im Sinne der Humanität mitbedacht werden (vgl. Redelsteiner 2019: 109).



## 4.2 Blick auf die Forschungsfragen

- Wie gestaltet sich der Umgang mit psychosozialen Problemlagen bei Einsätzen?

Die Möglichkeiten sind begrenzt. Weiterführende Maßnahmen, die derzeit bestehen, sind schwerpunktmäßig auf die Pflege und Unterstützung älterer Menschen ausgelegt. Psychologische Betreuung wird in der Ausbildung vermittelt und auch angewendet. Es fehlt an weiteren Maßnahmen, die bei psychosozialen Problemlagen angeboten werden können. Die befragten SanitäterInnen konnten von Einsätzen erzählen, die sie keinen weiteren Handlungsraum erkennen ließen, da dies ihre rettungsdienstliche Tätigkeit überschritten hätte. Der kurze Zeitraum, der bei der Anamnese der medizinischen Daten gegeben ist, reicht kaum, um sozialen Handlungsbedarf zu erfassen, beziehungsweise adäquat zu reagieren.

Neben dem das Ergebnis belastenden Zeitdruck ist das Recht auf Selbstbestimmung ein wichtiges Thema, das immer wieder in relevanter Weise vorkommt, sowohl bei Einsätzen mit medizinischer Indikation als auch bei anderen Einsätzen, beispielsweise im Rahmen von Krankentransporten. Ab welchem Zeitpunkt ist ein Eingriff in die Privatsphäre gegeben, wenn durch den Einsatz das Rettungspersonal direkt im Lebensfeld der betroffenen Person steht? Das Ansprechen sozialer Missstände ist darüber hinaus ein äußerst sensibles Thema und verlangt gewisse Social-Skills, damit sich die betroffenen Personen nicht übergriffig behandelt fühlen. Solange ein respektvoller Umgang gegeben ist und somit geklärt werden kann, dass möglicherweise sozialer Handlungsbedarf besteht und eine Vernetzung mit weiteren Einrichtungen gewünscht ist, kann durch eine Unterschrift des/der Patienten/Patientin auch die rechtliche Seite abgesichert werden, indem den Erfordernissen von Datenschutz und Verschwiegenheit Rechnung getragen wird.

- Wie kann der/die SanitäterIn psychosozialen Handlungsbedarf erkennen?

Mit gewisser Einsatzerfahrung kann das Erkennen von psychosozialen Problemlagen leichter gelingen, jedoch fehlt es in der Ausbildung an Vertiefung zu psychosozialen Zusammenhängen und ebenso mangelt es an Fortbildungen zu diesem Thema. Durch Berufserfahrung und gewisse Social-Skills ist es dem Rettungspersonal möglich, entsprechende Situationen zu erfassen. Eine Möglichkeit wäre das Erstellen einer Checkliste, die entweder telefonisch von SozialarbeiterInnen oder bei Einsätzen direkt vom rettungsdienstlichen Person abgearbeitet wird. Diese müsste aber so niederschwellig sein, dass sie tatsächlich zum Einsatz kommt.

- Welche Maßnahmen kann der/die SanitäterIn ergreifen?

Die Möglichkeit zur Weitervermittlung pflegerischer Unterstützung oder ähnlicher Angebote für ältere Menschen wird von den SanitäterInnen wahrgenommen. Psychische Unterstützung und Betreuung während der Einsätze sind ein wesentlicher Bestandteil ihrer Tätigkeit und auch in der Ausbildung wird vermittelt, dass SanitäterInnen diese Maßnahme gezielt einsetzen, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Sinnvoll wäre, in die ohnehin anzufertigende Einsatzdokumentation die im psychosozialen Bereich (Weitervermittlung, Setzung von Akutmaßnahmen usw.) ergriffenen Maßnahmen aufzunehmen.

# Literatur

Akutteam NÖ – Akutteam Niederösterreich (o. A.): Akutteam Niederösterreich. <https://akutteam.at/> [Zugriff: 25.01.2020]

Breuer, F. / Pommerenke, C. / Wollenhaupt, L. / Brettschneider, P. / Poloczec, S. (2019): In: Notfall & Rettungsmedizin. Vorkommen von Frequent Usern und Frequent Callern in einem großstädtischen Rettungsdienst: Indikatoren eines unzureichenden Gesundheits- und Sozialsystems?, Berlin.

Böhmer, Veronika / Redelsteiner, Christoph / Zahorka, Florian (2019): Definition Akutsozialarbeit. Unveröffentlicht.

Bundesärztekammer (o. A.): Ärzte. Versorgung. Notfallmedizin. Rettungswesen. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/rettungswesen/> [Zugriff am 08.05.2020]

Gemeindenotfallsanitäter (o. A.): Der Gemeindenotfallsanitäter. <https://www.gemeindenotfallsanitaeter.de/> [Zugriff: 02.05.2020]

IFSW - International Federation of Social Workers (2005): Ethik in der Sozialen Arbeit. [http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex\\_ifsw\\_1.pdf](http://www.sozialarbeit.at/files/ethiccodex_ifsw_1.pdf) [Zugriff: 10.05.2020]

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

Martens E. (2004): In: Notfall & Rettungsmedizin. Notfallseelsorge. Stellenwert in der Rettungsmedizin, Band 7, Berlin. S. 539-546.

Mayring P., Fenzl T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N., Blasius J. (eds) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. S.62-86.

Österreichisches Rotes Kreuz (2018): Sanitätshilfe. Ausbildung. Wien. Unveröffentlicht.

Pajonk, Frank / Poloczec, Stefan / Schmitt, Thomas (2000): Der psychiatrische Notfall. Abgrenzung zu Psychotraumatologie und Krise. In: Notfall und Rettungsmedizin, 03/2000, 363-370.

Parlament GV – Parlament GV (o. A.): Sanitätergesetz. [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME\\_00112/imfname\\_590309.pdf](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXI/ME/ME_00112/imfname_590309.pdf) [Zugriff: 10.05.2020]

PSD – PsychoSozialer Dienst (o. A.): PSD – PsychoSozialer Dienst. <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/beratungsangebote/psychosozialer-dienst/> [Zugriff: 27.01.2020]

Psychosoziale Zentren – Psychosoziale Zentren gGmbH (o. A. a): Psychosozialer Dienst (PSD). <https://www.psz.co.at/beratung-behandlung/psd/> [Zugriff: 27.01.2020]

Psychosoziale Zentren – Psychosoziale Zentren gGmbH (o. A. b.): Schnelle Hilfe. <https://www.psz.co.at/schnelle-hilfe.html> [Zugriff: 27.01.2020]

Redelsteiner, Christoph/ Kuderna, Heinz/ Kühberger, Rudolf/ Baubin, Michael/ Feichtelbauer, Erwin/ Pause, Gerhard/ Lütgendorf, Philipp/ Schreiber, Wolfgang (2011): Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen. 2.Auflage, Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagsbuchhandlung

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate Patientinnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabenfeld der sozialen Arbeit. In: soziales\_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. 09/2013, St. Pölten. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/256/412.pdf> [Zugriff: .15.07.2020].

Redelsteiner, Christoph (2018): Rettungsdienst – ein Türöffner im österreichischen Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit, Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung, 6/2018,245-254.

Redelsteiner, Christoph (2019): Primärversorgung. Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit. In: ÖGERN- Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (2019): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Band 6, Wien: Educa Verlag, S. 90-111.

Rotes Kreuz (o. A.): Rotes Kreuz. RK Sozialbegleitung. <https://www.rotekreuz.at/noe/pflege-betreuung/unterstuetzung-in-sozialen-notlagen/rk-sozialbegleitung/> [Zugriff: 04.05.2020]

Schmitt T.K. / Pajonk F.G. / Poloczec S. (2000): In: Notfall & Rettungsmedizin. Psychiatrische Notfälle und Krisen. Psychische Erste Hilfe, Krisenintervention und Notfallseelsorge, Band 3, Auflage 8, Berlin. S. 531-538.

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.

# Daten

T1, Transkript Interview 1 mit Sanitäter mit sozialpädagogischem Hintergrund, erstellt von Brunner Vanessa, April 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

T2, Transkript Interview 2 mit Sanitäter mit sozialarbeiterischem Hintergrund, erstellt von Brunner Vanessa, April 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

T3, Transkript Interview 3 mit Notfallsanitäterin, erstellt von Brunner Vanessa, August 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

# Anhang

## Leitfaden der Interviews

### Vor dem Interview:

- Willkommen und Danke
- Auftrag klären: Studentin Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, Thema
- Datensicherheit, Tonaufnahme, Anonymisierung

### Hauptteil:

- Seit wann bist du beim Rettungsdienst?
- Wie bist du mit Einsätzen umgegangen/wie gehst du mit Einsätzen um, in denen kein medizinischer Notfall vorlag/vorliegt?
- Welche Aspekte sind dir aufgefallen, die darauf hinweisen, dass ein psychosoziales Problem vorliegt?
- Was würde dir beim Einsatz helfen, ein solches zu erkennen?
- Welche Möglichkeiten gibt es derzeit, adäquat auf eine psychosoziale Problemlage zu reagieren?

### Abschluss:

- Gibt es noch etwas, was du sagen möchtest und noch nicht erwähnt wurde?
- Danke!

# Auszug Transkript

Zeilen 19-50.

I = Interviewerin

B = Befragte

I: Ok, also seit 6 Jahren bist du dabei ... kannst mir von Einsätzen erzählen, bei denen du dir gedacht hast, dass es hier mehr als nur medizinische Unterstützung benötigt?

B: Ja, sehr oft eigentlich. Ein Beispiel, das mir gleich einfällt, das war .. ich kann dir das kurz mal schildern, auf was wir dann alarmiert waren und so. Wir sind alarmiert worden in ein Einfamilienhaus zu einer Familie und das waren zwei Kinder und Mutter, Vater. Und es ist irgendwie darum gegangen, die Mutter ist psychisch entgleist und Psychose und ist irgendwie gewalttätig, mit Polizei. Und wir sind dort hingekommen, Polizei war auch schon vor Ort, die Polizei hat die Familie schon gekannt – die waren schon öfters bei der Familie und die haben uns dann quasi erklärt, bei denen weiß man nicht so genau, wer ist da eigentlich der Schlimmere – die Mutter oder der Vater. Damals haben wir aber die Mutter nach Mauer geführt, also die ist dann mit dem Amtsarzt nach UBG eingewiesen worden und der Vater ist daheim geblieben bei den Kindern. Und auf der Fahrt im Auto hat mir die Mutter quasi ihr Leid geklagt – so von wegen, dass sie weg ist von den Kindern und er ist ja so oag und sie will nur die Kinder beschützen. Angeblich hat aber sie den Kindern gegenüber Gewalt ausgeübt, also für mich war es komplett undurchsichtig. Wer hat da eigentlich was gemacht und was wäre eigentlich das Beste für die Kinder. Und ja, wir habens dann nach Mauer geführt und habens dort auch ans Personal übergeben und die Polizei ist halt quasi bei der Familie daheim geblieben und hat Sachen aufgenommen und hat sich das genauer angeschaut. Aber ich hab mir dann irgendwie so gedacht, also ich weiß nicht, die Kinder dort hätten wahrscheinlich eine andere Hilfe gebraucht in dem Moment. Oder allgemein die Familie bräuchte vielleicht nu irgendwas anderes. Also das war sicher eins der einschneidendsten Erlebnisse, weil ich mir dann auf der Fahrt noch dacht hab, haben wir da jetzt den Richtigen daheim gelassen, bei den Kindern. Wäre es vielleicht besser gewesen, wir hätten die Mutter daheim gelassen und dann Vater weggebracht – wir haben quasi unseren Job gemacht, aber ich war mir dann nicht ganz klar, ob das wirklich die Lösung war für das.

I: Und ihr habt das dann im Team nachbesprochen?

B: Genau, wir haben das noch nachbesprochen, ich glaub, ich damals auch einen Azubi mitgehört und der Samu war Fahrer. Also mit dem Samuel besprech ich sowieso jeden Einsatz, egal, ob das ein Krankentransport oder ein oager Einsatz mit NEF und drum und dran. Er war dann auch Meinung, ganz so zufriedenstellend war das für uns nicht. Und man weiß halt nicht ...

# Auszug Auswertung

C:/Users/Vanes/Documents/FH/Aufgaben/SS20/BA2/Neues Projekt/mx20 - MAXQDA Analytics Pro 2020 (Release 20.1.1)

Start Import Codes Memos Variablen Analyse Mixed Methods Visual Tools Reports Stats MAXQDA-dio

Intercode-Übereinstimmung  
Survey-Antworten kategorisieren  
XOX Codekonfigurationen  
123 Codelaufigkeiten

Leikalische Suche  
Komplexe Segment-Suche  
Segment-Suche

Transkript\_Koch - Standardisiertes Handeln

Transkript\_Bea  
Transkript\_Koch  
Transkript\_Samu  
Sats

Summary-Grid

Codesystem	Trans...	Trans...	Trans...
Personengruppen			
Obdachlose Mensch			
Psychische Erkrankung			
Suchtkranke			
Familie			
Ältere Menschen			
Wünsche			
Ausbildung			
Vor der Praxis			
Forbildung			
Sozialarbeit dazuhol			
Weitervermittlung			
Ablauf			
Standardisiertes Hanr			
Bestehende Ang			
Persönliches Handeli			
Gefühle			
Selbstbestimmung			
Grenzen			
Rolle			
Ohrmacht			

Codierte Segmente (5)

jetzt von der Ausföhrung des Ganzen ist es trotzdem mal das Standardprozeder, weil sich ja hinter den nicht ganz so offensichtlichem was verstecken könnte an direkt physiologischen, medizinischen Problemlagen  
6 - 6 [0]

frage auch im Team - wie sehts ihr das, Leute?  
6 - 6 [0]

Mann kann die Leitstelle kontaktieren, oder man kann bei Übergabe im Krankenhaus drauf hinweisen, dass das vermutlich eher eine soziale Integration ist.  
18 - 18 [0]

Und beim Verbleib auf der anderen Seite Unterstützung anbieten oder auf Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen.  
18 - 18 [0]

Trotzdem, der Ablauf im Prinzip ist das Gleiche. Zuerst, eben wie schon geschildert, ausschließen, ob es eine medizinische Ursache gibt und dann versuchen bisl! nachzuvollziehen warum es zu diesem Einsatz kam.  
20 - 20 [0]

Summary

Liste der Codes

- Vor der Praxis
- Forbildung
- Sozialarbeit dazuholen
- Weitervermittlung
- Ablauf
- Standardisiertes Handeln
- Bestehende Angebote
- Persönliches Handeln
- Gefühle
- Selbstbestimmung
- Grenzen

Einfache Segment-Suche (Oder-Kombination von Codes)

# Eidesstaatliche Erklärung

Ich, **Vanessa Brunner**, geboren am **27.10.1995** in **Braunau**, erkläre,

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

**St. Pölten**, am **02.09.2020**

Handwritten signature of Vanessa Brunner in black ink.