

„Ist denn wirklich niemand da?“ Rettungssanitäter*innen als Brücke zur Akutsozialarbeit?

Jacqueline Zeilinger, 1710406047

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2020

Version: 1

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

Abstract

Akutsozialarbeit als Bereich der Sozialen Arbeit hat die Möglichkeit, auch an Tages- und Wochenrandzeiten rasch unterstützen zu können. Kann der Rettungsdienst ein Vermittler zur Akutsozialarbeit sein? Erkennen Rettungssanitäter*innen psychosoziale Problemlagen und verweisen an passende Stellen? Diese Fragen sollen mit dieser Arbeit beantwortet werden. Dazu wurden zwei narrative Interviews nach Flick (2016) mit Rettungssanitätern geführt und, gemeinsam mit den Ausbildungsunterlagen des Roten Kreuzes und den gesetzlichen Regelungen zur Sanitäter*innenausbildung, mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Es stellt sich heraus, dass der Schwerpunkt der Ausbildung auf der medizinischen Notfallversorgung liegt und sich deswegen Schwierigkeiten im Erkennen und Weiterleiten psychosozialer Problemlagen an die Akutsozialarbeit ergeben.

Abstract

Emergency Social Work as a part of Social Work has the possibility to support quickly on off-peak times as well. Could the rescue service hand off to Emergency Social Work? Can paramedics detect psychosocial problem situations and hand them off to appropriate institutions? These questions should be answered within this work. For this two narrative interviews by Flick (2016) with two paramedics as well as training documents from the Red Cross and legal regulations concerning training of paramedics were analysed with qualitative content analyses by Mayring (2015). It shows that the main focus lies on training in medical emergency care and because of that there are difficulties in detecting and forwarding psychosocial problem situations to Emergency Social Work.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung – Forschungsdesign.....	6
2.1	Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse	6
2.2	Forschungsfrage und Detailfragen	7
2.3	Begriffsdefinitionen	7
2.3.1	Rettungssanitäter*in	7
2.3.2	Psychosoziale Problemlagen und Krise	9
2.3.3	Akutsozialarbeit	10
2.4	Vorannahmen	10
2.5	Beschreibung des Feldes und Feldzugang	11
2.6	Sample und Datenerhebung (Methode)	11
2.7	Datenauswertung (Methode)	13
2.8	Ziel der Forschung.....	13
2.9	Einordnung dieser Forschung ins Gesamtprojekt	14
3	Verlust des medizinischen Schwerpunktes oder Wechsel des Blickwinkels? ..	15
3.1	Wichtige Grundlagen zur Sanitäter*innenausbildung	18
3.2	Sanitäter*innen als medizinisches Personal	18
3.3	Einsatz „Psychosozialer Notfall“ – Sanitäter*innen als psychische Ersthelfer*innen	19
3.3.1	Empathie als Grundlage der Psychischen Ersten Hilfe	20
3.3.2	„Gesprächsführung“ als wichtigstes Tool der Psychischen Ersten Hilfe	21
3.3.3	Ruhe bewahren. Umgang mit psychischen Erkrankungen	22
3.3.4	Meldepflicht bei Kindesmisshandlung	23
3.3.5	Patient*innenwille vs. Patient*innensicherheit.....	24
3.3.6	„Besondere“ Patient*innengruppen	25
3.3.7	Wenn Sanitäter*innen nicht mehr helfen können – Umgang mit Tod	25
3.4	„Wir sind nicht zuständig, aber...“ – Sanitäter*innen als Verweisende	26
3.4.1	Kriseninterventionsteams der Einsatzorganisationen	28
3.4.2	AKUTteam Niederösterreich.....	29
3.4.3	Krisenhilfe Oberösterreich	29
3.4.4	AkutbetreuungWien.....	29
3.4.5	Weitere Unterstützungsmöglichkeiten	30
3.5	Welche Auswirkungen hat das auf die Akutsozialarbeit? – Diskussion der Ergebnisse	30
3.5.1	Die psychosozialen Problemlagen finden kaum den Weg zur Akutsozialarbeit.	30
3.5.2	Keine „zweite Chance“ für den Kontakt mit der Akutsozialarbeit	31
3.5.3	Braucht es eine Veränderung in der Sozialen Arbeit?	32
3.5.4	Braucht es eine Veränderung im Rettungsdienst?	33
4	Zusammenfassung und weiterführende Forschungsansätze	37
	Literatur	39
	Daten	41

Abkürzungen	42
Abbildungen	42
Tabellen	43
Anhang.....	44

1 Einleitung

Psychosoziale Problemlagen zeigen sich in unterschiedlichen Ausprägungen und unterschiedlicher Zusammensetzung. Betroffen sein können Menschen in allen Lebenslagen und aus allen Bereichen der Gesellschaft. Es kann sein, dass die Menschen sozialarbeiterische Unterstützung bei der Bewältigung dieser Aufgaben brauchen. Doch wohin können sie sich an Tages- und Wochenrandzeiten wenden, wenn ein Großteil der Einrichtungen geschlossen ist? Akutsozialarbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht, niederschwellig und rasch auch zu diesen Zeiten zu unterstützen und dient als erste Anlaufstelle für psychosoziale Probleme, wenn andere Unterstützungsmöglichkeiten nicht erreichbar sind. Noch gibt es wenige Stellen, die akutsozialarbeiterisch tätig sind. Wissen Menschen nicht, wohin sie sich sonst wenden können, passiert es, dass sie den Notruf 144 wählen und ein Team aus Sanitäter*innen und / oder notärztliches Personal zu ihnen entsandt wird. Es stellt sich die Frage, ob Rettungssanitäter*innen in der Lage sind, adäquat auf psychosoziale Problemlagen zu reagieren und ob sie wissen, an welche Einrichtungen sie verweisen können, wenn die Menschen keine notfallmedizinische Versorgung brauchen.

Diese Arbeit beschäftigt sich damit, wie Sanitäter*innen im psychosozialen Bereich ausgebildet werden. Dazu werden die Erfahrungen aus den Bundesländern Wien und Oberösterreich sowie die Ausbildungsunterlagen aus Niederösterreich analysiert. Der Schwerpunkt liegt auf dem Rettungsdienst des Roten Kreuzes und des Arbeiter-Samariter-Bundes.

Diese Arbeit wurde innerhalb der Forschungsgruppe „Emergency Duty Social Work“ erstellt. An einem möglichen Ablauf akutsozialarbeiterischer Tätigkeit setzt diese Arbeit zu Beginn an, bei der Frage „Wie kommt die Akutsozialarbeit zu Personen, die Unterstützung brauchen?“.

Im ersten Teil dieser Arbeit werden das Forschungsinteresse sowie die Forschungsfrage mit den Unterfragen vorgestellt. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Begriffe dieser Arbeit definiert und die Vorannahmen ausgewiesen. Weiters wird die Organisation des Rettungsdienstes in den drei zu untersuchenden Bundesländern dargestellt. Es folgt das Forschungsdesign dieser Arbeit.

Im Ergebniskapitel werden die drei Kernbereiche der Aufgaben von Sanitäter*innen, wie sie die Analyse der Daten ergeben haben, detailliert dargestellt und daraus die Folgen für die Akutsozialarbeit und den Rettungsdienst abgeleitet.

2 Vom Erkenntnisinteresse zur Forschung – Forschungsdesign

Im Folgenden werden die Ausgangslage und die Forschungsfrage, es folgen die Beschreibung der erhobenen Daten sowie deren Auswertung.

2.1 Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse

Einrichtungen der Sozialen Arbeit sind nicht rund um die Uhr erreichbar. An den Werktagen von Montag bis Freitag gibt es – je nach Region – mehrere sozialarbeiterische Einrichtungen, an die sich Menschen wenden können. Selbst wenn die Einrichtung nicht die geeignete für das geschilderte Problem ist, können die Sozialarbeiter*innen vor Ort an passende Einrichtungen verweisen.

Anders zeigt sich die Situation an Wochenenden und in den Nachtstunden. Außerhalb der Öffnungszeiten sind keine Sozialarbeiter*innen in den Gebäuden anzutreffen, soziale Problemlagen können aber auch in dieser Zeit entstehen oder zu diesem Zeitpunkt einer Intervention bedürfen.

Aufgrund fehlender Alternativen kann es passieren, dass Menschen, die sich in einer psychosozialen Problemlage befinden, den Notruf 144 wählen und ein Rettungsmittel einer Blaulichtorganisation (beispielsweise Rotes Kreuz oder Arbeiter-Samariter-Bund) zum*zur Anrufer*in entsendet wird. Evaluationen von Einsatzstatistiken in Wien ergeben, dass bei rund 2.600 Patient*innen, die den Notruf wählten, nach dem ersten Einsatz bereits 36 Stunden später wieder Einsatzkräfte vor Ort waren und die Patient*innen erneut versorgt werden mussten. Durch die Auswertung der medizinischen Notwendigkeit dieser Einsätze konnte festgestellt werden, dass bei etwa 1.700 Patient*innen davon nicht das medizinische Problem im Vordergrund stand, sondern sich hinter der erneuten Wahl des Notrufes eine komplexere, primär psychosoziale Problemlage verbarg (vgl. Redelsteiner 2013).

Wallner (2017:84) geht davon aus, „dass in den überwiegenden Fällen ein Rettungsmittel entsandt wird“ und ein Transport ins Krankenhaus erfolgt, auch wenn ein psychosoziales Problem vorliegt. Laut Wallner erfolgt keine geordnete Abfrage bezüglich psychosozialen Problemen beim Eingang eines Notrufs (vgl. ebd.).

Diese Arbeit setzt nicht beim Erkennen von psychosozialen Problemlage beim Notruf, sondern vor Ort durch die Sanitäter*innen an. Es soll die Frage geklärt werden, ob Sanitäter*innen für den Umgang mit psychosozialen Problemlagen geschult sind und wenn ja, in welcher Form das geschieht. Des weiteren soll auf Basis dieser Ergebnisse die Auswirkung auf die Akutsozialarbeit dargestellt werden. Unter anderem wird die Frage gestellt, ob eine Weiterleitung von erkannten psychosozialen Problemlagen an die Soziale Arbeit erfolgt oder nicht.

Persönlich bin ich beim Roten Kreuz als Sanitäterin tätig. In meiner freiwilligen Tätigkeit kombiniere ich die sozialarbeiterische mit der notfallmedizinischen Sicht in einer Person.

Sozialarbeiterisch ausgebildet kann es sein, dass mir das Erkennen und der Umgang mit psychosozialen Problemlagen einfacher fällt als anderen Kolleg*innen. Weiters habe ich im Rahmen meiner sozialarbeiterischen Ausbildung ein Praktikum in einem niederösterreichischen Akutkrankenhaus absolviert. Dort habe ich den Eindruck gewonnen, dass psychosoziale Problemlagen teilweise nicht dort ankommen, wo sie auch professionell bearbeitet werden könnten.

Aus diesen Gründen ist es mir wichtig zu beleuchten, was die tatsächliche Aufgabe der Rettungssanitäter*innen ist und wie sie darauf in ihrer Ausbildung vorbereitet werden. Das möchte ich für den psychosozialen Bereich herausfinden.

2.2 Forschungsfrage und Detailfragen

Abgeleitet aus dem Forschungsinteresse in Kapitel 2.1 *Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse* ergeben sich die folgenden Forschungsfragen. Als leitende Forschungsfrage dieser Arbeit dient folgende:

- Wie gestaltet sich die Ausbildung von Rettungssanitäter*innen in Bezug auf psychosoziale Problemlagen?

Diese Hauptforschungsfrage wird durch weitere Details in kleinere Einheiten geordnet und die Thematik genauer eingegrenzt:

- Welche Ausbildungsinhalte in Bezug auf psychosoziale Problemlagen geben die Landesverbände des Roten Kreuzes und des Arbeiter-Samariter-Bundes vor? Welche gesetzlichen Grundlagen stehen dahinter?
- Wie gestaltet sich die Umsetzung der Vorgaben zu Lehrinhalten psychosozialer Problemlagen in der Praxis?

2.3 Begriffsdefinitionen

In dieser Arbeit werden Begriffe verwendet, für die eine Definition bereits vorab notwendig ist.

2.3.1 Rettungssanitäter*in

Das „Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter¹“ (kurz: Sanitätergesetz beziehungsweise SanG) schreibt vor, welche Personen die Tätigkeitsbezeichnung „Rettungssanitäter*in“ tragen dürfen und wird durch die „Verordnung

¹ Die Gesetze sehen im Titel keine Differenzierung der Geschlechter vor, legen aber in § 2 (1) SanG beziehungsweise § 1 (1) San-AV fest, dass bei allen geschlechtsspezifischen Formulierungen stets beide Geschlechter angesprochen werden. Daher wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit eine geschlechtsneutrale beziehungsweise alle Geschlechter ansprechende Formulierung ergänzt.

der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter¹ (kurz: Sanitäter-Ausbildungsverordnung beziehungsweise San-AV) ergänzt.

„Rettungssanitäter*innen“ sind Personen, die die Ausbildung, wie sie in §§ 32-34 SanG festgelegt ist, positiv absolviert haben. Dieser Gesetzesabschnitt sieht eine modulare Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*in vor, die Theorie im Umfang von 100 Stunden und einen praktischen Teil mit 160 Stunden enthält. Der theoretische Teil (§ 33 (1) Z1-Z13 SanG) umfasst unter anderem (erweiterte) Erste Hilfe, rechtliche Grundlagen, spezielle Notfälle, Defibrillation, Sanitätstechnik und Rettungswesen sowie angewandte Psychologie und Stressbewältigung. Praktische Übungen ohne Kontakte mit Patient*innen ergänzen diesen theoretischen Teil. § 33 (2) Z1-Z3 SanG regelt den praktischen Teil der Ausbildung. Diese umfasst die Maßnahmen, die bei Störungen der Vitalfunktionen und Regelkreise² zu setzen sind sowie die Maßnahmen bei verschiedenen und speziellen Notfällen. Haben die Rettungssanitäter*innen die theoretischen und praktischen Stunden absolviert sowie eine Zwischenprüfung positiv abgelegt, können sie zur kommissionellen Abschlussprüfung in Form von drei mündlichen Teilprüfungen antreten (§ 23 (1)-(3) San-AV). Diese drei Teilbereiche umfassen das Fach Sanitätshilfe, das aus Anatomie, Physiologie, Störungen der Regelkreise inklusive den zu setzenden Maßnahmen, Hygiene sowie Defibrillation mit halbautomatischen Geräten besteht. Andererseits sind Gerätelehre und Sanitätstechnik, Rettungswesen und rechtliche Grundlagen sowie der Bereich der Katastrophen, Großschadensereignisse und Gefahrgutunfälle prüfungsrelevant (§ 25 (1) Z1-Z3 San-AV). Zu den mündlichen drei Teilprüfungen kommen zwei Einsatzszenarien hinzu, um die praktischen Fähigkeiten zu prüfen (§ 25 (2) San-AV).

Nach § 23 (1) SanG dürfen Sanitäter*innen ihre Tätigkeit nur in bestimmten Einrichtungen ausüben. Dazu gehören neben dem Arbeiter-Samariter-Bund Österreich (kurz: ASBÖ) und dem Österreichischen Roten Kreuz (kurz: ÖRK) auch die Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich und der Sanitätsdienst des Bundesheeres.

Diese Definition von „Rettungssanitäter*innen“ wird für diese Arbeit übernommen.

Synonym für den Begriff „Rettungssanitäter*in“ wird in dieser Arbeit „Sanitäter*in“ verwendet.

Für diese Arbeit macht es Sinn, ausschließlich Rettungssanitäter*innen und deren Ausbildung heranzuziehen, da dieses die erste Stufe der Ausbildung in der präklinischen Notfallversorgung ist. Daher kann davon ausgegangen werden, dass alle Rettungssanitäter*innen am Ende ihrer Ausbildung über den gleichen Wissensstand verfügen. Durch weitere Aus- und Fortbildungen (wie beispielsweise die Ausbildung zum*zur Notfallsanitäter*in) ändert und erweitert sich der Wissenstand und auch die Einsatzerfahrung, weshalb eine Analyse der Grundausbildung sinnvoll erscheint.

² Regelkreise dienen der Aufrechterhaltung der Körperfunktionen. Dazu gehören beispielsweise die Körpertemperatur, der Hormonspiegel oder auch der Blutzuckerspiegel. Aufgabe der Regelkreise ist es, Werte wie diese konstant zu halten.

2.3.2 Psychosoziale Problemlagen und Krise

Für diese Arbeit wird die folgende Definition von psychosozialen Notfällen verwendet. Luiz, Schmitt und Madler (2002:505) verstehen darunter „die durch eine soziale Mangelsituation getriggerte Exazerbation einer psychischen Erkrankung oder Störung, welche im Gegensatz zur Krise eine unmittelbare gesundheitliche Gefahr in sich birgt“, also eine Verschlimmerung beziehungsweise ein Wiederaufflammen (= Exazerbation) einer bereits bestehenden psychischen Erkrankung durch soziale Einflüsse, die für die betroffene Person gesundheitlich gefährlich sein kann. Mögliche psychosoziale Notfälle können unter anderem sein (vgl. ebd.:505-506):

- Folgen von Substanzmissbrauch,
- akute Belastungsreaktionen,
- Angststörungen,
- Suizidgedanken (ohne psychiatrische Grunderkrankung) und
- Trauerreaktionen.

Die Autoren sprechen in ihrer Definition von „psychosozialen Notfällen“. Dies ist in dieser Arbeit synonym zu „psychosozialen Problemlagen“ zu verstehen.

Pajonk, Poloczec und Schmitt (2000:363-370) beschreiben neben psychosozialen Notfällen (unter anderem Suizidalität und Persönlichkeitsstörungen) noch psychiatrische Notfälle und Krisen. Begründet wird dies damit, dass „eine psychische Grunderkrankung [...] zu einer Minderung persönlicher und sozialer Ressourcen bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse führen kann“ (ebd.:365). Daraus ergibt sich, dass psychiatrische Notfälle einerseits schwer von psychosozialen Notfällen unterschieden werden können und andererseits auch Erkrankungen selbst Auslöser von kritischen Ereignissen sein können (vgl. ebd.). Das Sozialwesen ist, so die Autoren, für psychiatrische Krisen zuständig, psychiatrische Notfälle fallen in den Bereich der Medizin (vgl. ebd.:364).

Soziale Probleme und medizinische Erkrankungen können gleichzeitig Ursache und Ergebnis sein, was eine Unterscheidung schwierig macht. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit unter den Begriff der „psychosozialen Problemlagen“ auch jener der psychosozialen Krise subsumiert, wie ihn Sonneck, Kapusta, Tomandl und Voracek (2016:15) definieren: Es handelt sich bei Krise hierbei um

„den 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 Erfahrungen erworbene Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern.“

Zusammengefasst wird die Ausgangsdefinition von psychosozialen Notfällen durch den Krisenbegriff von Sonneck et al. ergänzt und synonym mit dem Ausdruck psychosoziale Problemlage verwendet, sofern nicht anders angegeben.

2.3.3 Akutsozialarbeit

Die Projektgruppe hat eine eigene Definition für „Akutsozialarbeit“ entwickelt. Böhmer, Redelsteiner und Zahorka (2020) definieren daher Akutsozialarbeit wie folgt:

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

Akutsozialarbeit ist demnach eine Form der Unterstützung, die zu jeder Tages- und Nachtzeit erreichbar ist und durch mobil einsetzbare Ressourcen Betroffene unterstützen kann. Gemeinsam mit den Betroffenen sollen durch diverse sozialarbeiterische Techniken sowohl akute als auch chronische Problemlagen gelöst werden.

Diese Definition wird genau so für diese Arbeit verwendet.

2.4 Vorannahmen

Aufgrund meiner freiwilligen Tätigkeit beim Roten Kreuz ergeben sich die folgenden Vorannahmen:

- Der Schwerpunkt der Ausbildung von Sanitäter*innen liegt auf der medizinischen Versorgung von Patient*innen, psychosoziale Problemlagen werden kaum angesprochen.
- Ich nehme an, dass es nach gesetzlichen Regelungen nicht Aufgabe der Sanitäter*innen ist, psychosoziale Problemlagen zu erkennen und darauf adäquat zu reagieren.
- Ich kann mir vorstellen, dass psychosoziale Problemlagen in der Praxis von Sanitäter*innen zum Teil erkannt und im Team im Anschluss an den Einsatz besprochen werden. Auch glaube ich, dass Sanitäter*innen Informationen, die im Einsatz als „nicht zusammenpassend“ erscheinen, an das Krankenhaus oder die Einrichtung, in die der*die Patient*in gebracht wird, weitergegeben werden. Dennoch denke ich, dass es kaum Erfahrungen mit der Weiterleitung an passende Stellen gibt und Patient*innen daher eher ins Krankenhaus kommen als zuhause mit den notwendigen Informationen versorgt zu werden.

Aus sozialarbeiterischer Sicht vermute ich, dass psychosoziale Problemlagen kaum den Weg zur Sozialen Arbeit finden und wenn, dann auf Akutsozialarbeit treffen. Es kann sein, dass die Patient*innen nicht genau wissen, welche Aufgaben Sanitäter*innen haben und vermuten,

durch einen Notruf bei 144 auch Hilfe im psychosozialen Bereich zu erhalten. Durch möglicherweise mangelndes sozialarbeiterisches Angebot an den Tages- und Wochenrandzeiten vermute ich, dass der Notruf für die Menschen der einzige Weg ist, an Hilfe und Unterstützung zu gelangen. Solche Anrufe werden aus meiner Sicht auch durch die Niederschwelligkeit des Rettungsdienstes begünstigt, da dieser rund um die Uhr erreichbar ist und Sanitätspersonal zu den Patient*innen kommt – und nicht umgekehrt.

2.5 Beschreibung des Feldes und Feldzugang

Die erhobenen Daten beziehen sich auf die Bundesländer Niederösterreich, Oberösterreich und Wien, für die die Rahmenbedingungen für den Rettungsdienst im Folgenden dargestellt werden.

In Niederösterreich müssen die Gemeinden den Rettungs- und Krankentransportdienst gewährleisten und können diesen an eine anerkannte Rettungsdienstorganisation übergeben (vgl. § 3 (3) NÖ RDG). Die Organisation der notärztlichen Versorgung liegt im Kompetenzbereich des Landes und kann ebenfalls delegiert werden (vgl. § 4 (1)-(2) NÖ RDG). Die gleiche Regelung den Rettungsdienst betreffend gilt auch für Wien (vgl. § 5 (1) WRKG) und Oberösterreich (vgl. § 2 (1)-(2) OÖ Rettungsgesetz).

Für diese Arbeit habe ich Kontakt mit dem Roten Kreuz, Landesverband Niederösterreich, aufgenommen. Dieser hat mir die Ausbildungsunterlagen in gedruckter Form zur Verfügung gestellt. Auch beim ASBÖ habe ich um die Ausbildungsunterlagen gebeten. Dort habe ich die Antwort erhalten, dass man dies als „nicht sinnvoll und zielführend“ erachtet und mir stattdessen ein Interview angeboten, dass ich mit Herrn W. (siehe Kapitel 2.6 *Sample und Datenerhebung*) geführt habe. Eine Kollegin aus der Projektgruppe mit einem Thema ebenfalls den Rettungsdienst betreffend, hat meine Fragen in ihr Interview eingebaut. Somit stehen mir alle für diese Forschung vorgesehenen Unterlagen, wenn auch in anderer Form als geplant, zur Verfügung.

2.6 Sample und Datenerhebung (Methode)

Diese Arbeit stützt sich auf drei „Daten-Säulen“:

- Die gesetzlichen Regelungen, die für die Tätigkeit und die Ausbildung von Rettungssanitäter*innen in Österreich die Basis bilden, werden ausgewertet.
- Es werden die Ausbildungsunterlagen des Landesverbandes Niederösterreich (kurz: LV NÖ) des Roten Kreuzes analysiert.
- Zwei leitfadengestützte Interviews (nach Flick 2016) mit Mitgliedern des Roten Kreuzes Oberösterreich (kurz: RK OÖ) beziehungsweise des Arbeiter-Samariter-Bundes Wien (kurz: ASB Wien) bilden den dritten Bereich.

Genaue Übersicht liefert die folgende Tabelle:

Wer? / Was?	Wozu? / Wie?	wichtige Infos
„Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter“, in Kraft getreten im Jahr 2002	Onlineversion des Rechtsinformationssystem des Bundes (kurz: RIS)	Die Gesetzeslage wurde mit dem Stichtag 25.03.2020 analysiert. Alle danach folgenden Änderungen in diesem Gesetz finden keinen Eingang in diese Arbeit.
„Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter“, in Kraft getreten im Jahr 2002	Onlineversion des RIS	siehe oben
Ausbildungsunterlagen des Roten Kreuzes für Rettungssanitäter*innen des LV NÖ in der Version 2018	Modul 1 – Ausbildung zum* zur Rettungssanitäter*in in gedruckter Form	Die neue Version der Ausbildungsunterlagen wird im September 2020 erscheinen. Da diese zum Forschungszeitpunkt noch nicht vorlag, wurde auf die aktuellste aus dem Jahr 2018 zurückgegriffen.
Herr W., ASB Wien	Telefoninterview am 18.03.2020 ohne Audioaufnahme. Im Anschluss wurde ein schriftliches Protokoll angefertigt.	Herr W. ist zuständig für die psychosozialen und psychiatrischen Bereichen in der Rettungssanitäter*innen-ausbildung. Er ist Rettungssanitäter, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision.
Herr H., RK Oberösterreich	Persönliches Interview am 02.03.2020, Audioaufnahme des Gesprächs. Anschließend wurde ein wortwörtliches Transkript angefertigt.	Herr H. ist Bezirksstellengeschäftsleiter und Kommandant einer Bezirksstelle in Oberösterreich sowie Notfallsanitäter und Lehrsanitäter. Er hat eine Ausbildung im Bereich Anästhesie und Intensivmedizin absolviert.

Tabelle 1: Samplingplan

Die oben genannten erhobenen Daten lagen nach der Transkription beziehungsweise der Anfertigung des Telefonprotokolls in schriftlicher Form vor.

Bei beiden Befragungen handelte es sich um leitfadengestützte Interviews nach Flick (2016:113-115). Es wurde vorab eine Fragenliste vorbereitet, anhand derer die Interviewpartner befragt wurden. Diese Methode wurde gewählt, da die Fragen einerseits nicht in der vorab festgelegten Reihenfolge wortwörtlich gestellt werden müssen und andererseits durch Nachfragen der Interviewperson ein Dialog entsteht. Diese Form der Befragung gibt keine festen Antworten vorgibt, aus denen die Befragten wählen können. Somit können als Antwort auf die Fragestellungen breite, nicht durch vorgegebene Auswahlmöglichkeiten beeinflusste Antworten entstehen. So hat es Flick (vgl. ebd.) ebenfalls vorgesehen.

2.7 Datenauswertung (Methode)

Sämtliche Daten wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) analysiert und aufgearbeitet. Nach einer ersten Sichtung der Materialien wurde zur weiteren Analyse das Programm „MAXQDA“ verwendet. Mit Hilfe dieser Software wurden die Daten kategorisiert. Folgend auf eine erste Fallzusammenfassung wurde das Textmaterial mit Hauptkategorien versehen. Im Anschluss daran erfolgte das induktive Bestimmen von Subkategorien, die Hauptkategorien wurden also in kleinere Einheiten zerlegt und diese dann geordnet und organisiert. Induktive Kategorienfindung bedeutet, dass „die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess“ (Mayring 2015:85) abgeleitet werden, ohne sich „auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ (ebd.). Die sich daraus ergebenden Textteile und deren Struktur aus Kategorien und Unterkategorien wurden unter zu Hilfenahme des „Summary Grids“ aus dem Programm „MAXQDA“ paraphrasiert, einzelne Kategorien zusammengefasst und diese dann analysiert. Aufgrund der induktiven Kategorienbildung kann es sein, dass sich einzelne Kategorien und Aussagen nicht mehr auf die exakte Stelle im Ausgangsmaterial zurückführen lassen. Nach Mayring (2015:67) ist es das Ziel dieser Strukturierung, die bestimmenden Aspekte aus dem Material herauszufiltern und aufgrund vorher festgelegter Kriterien einzuschätzen, wonach sich die Begründung der nicht mehr exakt nachvollziehbaren Herkunft einzelner Aussagen ergibt.

2.8 Ziel der Forschung

Die vorliegende Arbeit verfolgt die folgenden Ziele. Durch die Beleuchtung der Ausbildungsinhalte von Sanitäter*innen soll einerseits deren Kompetenz im psychosozialen Bereich deutlich gemacht werden. Zum anderen hat der Rettungsdienst raschen und niederschweligen Kontakt zu den Patient*innen, oft im Rahmen eines „Hausbesuchs“, wenn die erkrankte oder verunfallte Person zuhause angetroffen wird. Sollte diese Forschung ergeben, dass Sanitäter*innen im psychosozialen Bereich speziell geschult werden, können diese Hausbesuche (und die Informationen daraus) für die weitergehende sozialarbeiterische Tätigkeit mit diesen Menschen von Vorteil sein. Auf Basis der Ergebnisse könnte im Anschluss versucht werden, die Ausbildung der Sanitäter*innen (soweit dies möglich und nötig ist), an diese Situation anzupassen und zu erweitern, um eine gelingendere Zusammenarbeit

zwischen Rettungsdienst und Sozialer Arbeit zu schaffen. Als weiteres Ziel soll diese Arbeit zur Sensibilisierung der psychosozialen Thematik im Rettungsdienst führen. Möglicherweise kann diese Arbeit dazu beitragen, dass sich Sanitäter*innen auch der psychischen und sozialen Seite ihrer Patient*innen bewusst werden und dies zu einer passgenaueren Hilfe für die Patient*innen führt.

2.9 Einordnung dieser Forschung ins Gesamtprojekt

Diese Arbeit entstand innerhalb der Projektgruppe „Emergency Duty Social Work“ mit zwölf Studierenden aus dem Bachelorstudiengang Soziale Arbeit. In der Projektgruppe befanden sich sowohl Vollzeit- als auch berufsbegleitend Studierende.

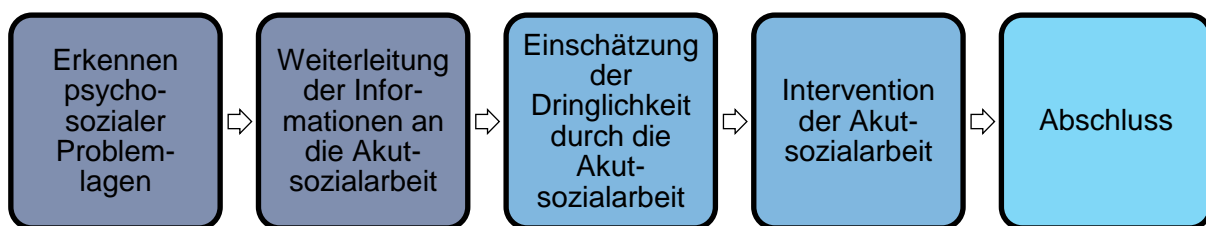


Abbildung 1: Möglicher Ablauf akutsozialarbeiterischer Tätigkeit

Meine Arbeit lässt sich in den ersten beiden Teilen des (möglichen) Ablaufs von Akutsozialarbeit einordnen. Die Grundfrage, nämlich das Erkennen einer Problemlage und die Weiterleitung der gesammelten Informationen an die Soziale Arbeit, sind die Kernpunkte dieser Arbeit. „Wie kommt die Akutsozialarbeit zu bearbeitbaren Situationen?“ ist die Frage, die geklärt werden soll. Der Weg über den Rettungsdienst stellt hier allerdings nur eine Möglichkeit unter vielen anderen dar. Diese Arbeit setzt somit nicht bei den Interventionen von Akutsozialarbeit direkt an, sondern bei der Vorarbeit, die geleistet werden muss, damit akutsozialarbeiterische Tätigkeit überhaupt erst beginnen kann. Die Erhebung der Erstinformationen und die Dokumentation dieser Informationen lassen sich in den ersten beiden Abschnitten verorten, ebenso wie unterschiedliche Arten der Übergabe an die Soziale Arbeit (beispielsweise persönlich oder über digitale Wege).

3 Verlust des medizinischen Schwerpunktes oder Wechsel des Blickwinkels?

Nach Beendigung der Analyse haben sich folgende Kategorien aus den Daten ergeben, die wiederum in kleinere Subkategorien unterteilt wurden:

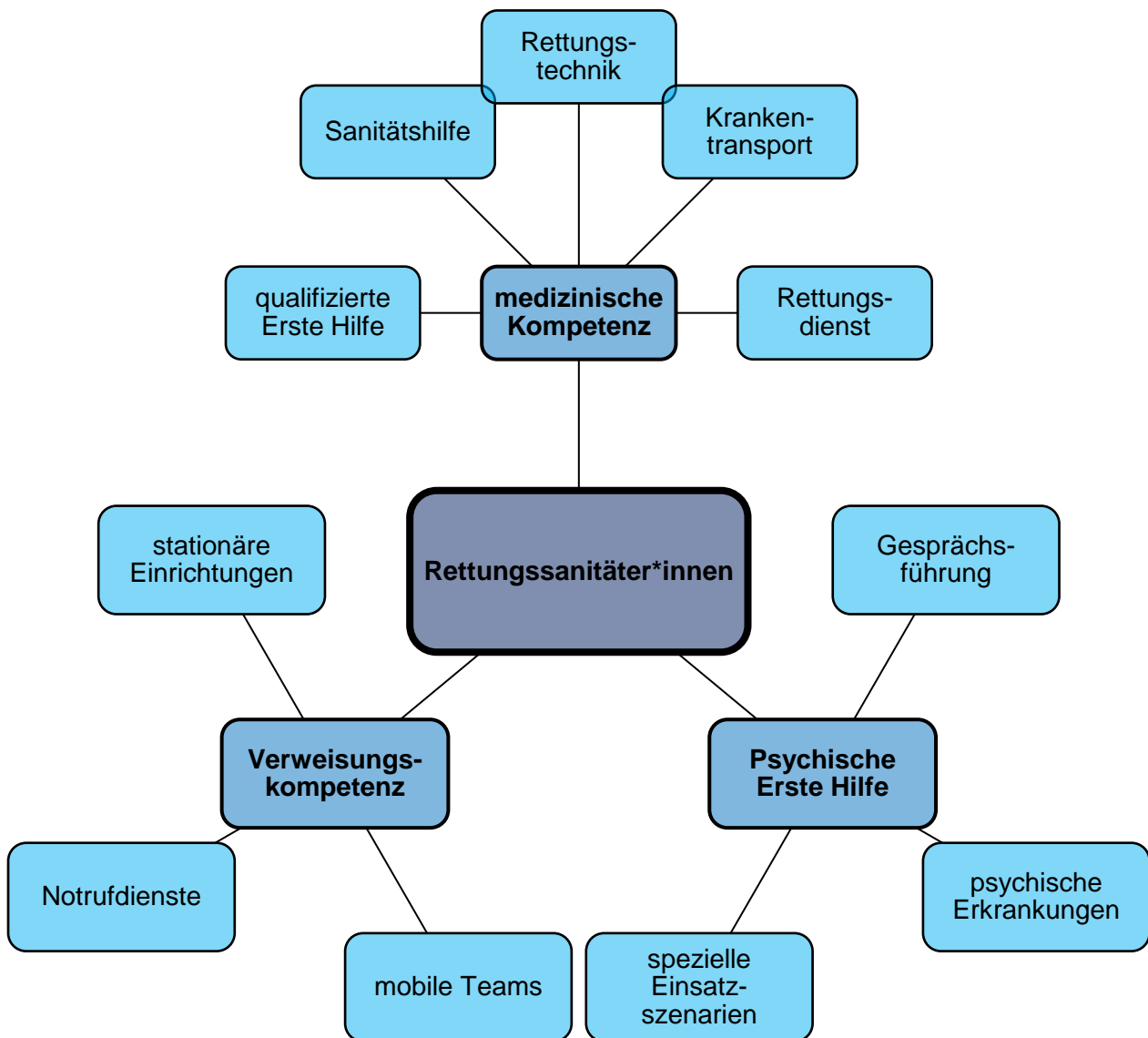


Abbildung 2: Hauptkategorien der Analyse

Die oben genannten Hauptkategorien beinhalten sowohl die rechtlichen Grundlagen für die einzelnen Bereiche, die Inhalte der Ausbildungsmappe zu den Bereichen sowie die Aussagen der Interviewpartner. Auf Basis dieser drei Hauptkategorien wurden die Ergebnisse im folgenden Verlauf in ebenfalls drei große Bereiche unterteilt, die als die drei Kernaufgaben der Sanitäter*innen aus der Analyse hervorgehen. Das sind die medizinische Versorgung von

Patient*innen, die Betreuung auf psychischer Ebene sowie die Verweisungskompetenz, wenn die aufgefundene Problemlage nicht in den Aufgabenbereich der Sanitäter*innen fällt. Es zeigt sich durch diese Grafik, dass der Schwerpunkt auf dem biomedizinischen Bereich liegt und psychische Zustände von Patient*innen bei der Ausbildung nicht außer Acht gelassen werden.

Das entspricht grundsätzlich dem „biopsychosozialen Modell“ nach Engel (1977:129-136), da sich im weiteren Verlauf der Arbeit zeigen wird, dass neben biomedizinischen und psychischen auch soziale Problemlagen in der Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*in Platz finden.

Engels Modell beschreibt folgende Theorie (vgl. ebd.): Nicht jedes körperliche Symptom, dass biomedizinisch behandelt wird, hat seine Ursache auch direkt im menschlichen Körper, sondern kann auch durch psychische Probleme oder den sozialen Kontext, in dem der Mensch lebt, hervorgerufen werden. Auch geht Engel davon aus, dass das gleiche medizinische Problem von verschiedenen Menschen unterschiedlich wahrgenommen werden kann. So passiert es, dass Person A dringend eine Behandlung wünscht, für Person B die Symptomatik wenig akut erscheint und Person C gar kein Krankheitsgefühl verspürt beziehungsweise für sich selbst definiert. Weiters spricht er auch davon, dass Patient*innen zwischen „Krankheit“ und „Lebensprobleme“ unterscheiden – ein individueller Unterschied, den die Personen selbst treffen. Zusammengefasst können sich folgende drei Faktoren demnach gegenseitig und wechselseitig beeinflussen:

- biologische Faktoren und Zustände,
- psychische Faktoren und Zustände und
- soziale Faktoren und Zustände.

Eine Teilung in psychische und nicht-psychische Erkrankungen greift nach diesem Modell zu kurz, wie auch Egger (2005:4) beschreibt, da sie die sozialen und ökonomischen Faktoren, die Krankheit beeinflussen können, nicht beachtet. Nach dem psychosomatischen Modell gilt es, „bei jedem Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen“ (ebd.) einzukalkulieren.

Eine weitere Kernaussage des biopsychosozialen Modells besteht darin, dass in der „Natur“, wie Engel es nennt, größere Einheiten („Systeme“) über kleineren Einheiten stehen, es also eine hierarchische Anordnung der Systeme gibt (vgl. ebd.). Ein solches System ist „eine Menge von Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen“ (ebd.) und diese Systeme stehen in einem Austausch zueinander. Neben „Materie“ und „Energie“ werden auch Informationen ausgetauscht – zwischen den Subsystemen ebenso, wie mit der Umwelt (vgl. ebd.). Daraus ergibt sich, dass ein Ereignis aufgrund der Vernetzungen zwischen den einzelnen Systemen nicht auf einer, sondern auf mehreren Ebenen stattfinden kann und die Ebenen beeinflusst und / oder verändert (vgl. ebd.:5). Systeme nach Engel (2005:129-136) können die Gesellschaft, Kulturen, aber auch Familienkonstellationen, Gemeinschaften und Einzelpersonen (die wiederum aus Subsystemen wie Organen und Molekülen bestehen) sein – und diese sind hierarchisch geordnet und wechselseitig beeinflussbar.

An dieser Stelle soll der Aufbau der Ausbildungsmappe sowie die Verteilung der Codes auf alle vorliegenden Daten erklärt werden.

- In Kapitel A (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2020:A1-A28³) wird unter anderem das Leitbild des Roten Kreuzes vorgestellt, die Psychische Erste Hilfe sowie die Betreuung sterbender Personen werden thematisiert. Dieses Kapitel enthält vor allem Codes der Kategorie „Psychische Erste Hilfe“.
- Kapitel B (vgl. ebd.:B1-B22) erläutert Hygienemaßnahmen und enthält ausschließlich Codes der Kategorie „medizinische Kompetenz“.
- Die rechtlichen Grundlagen werden in Kapitel C (vgl. ebd.:C1-C16) erläutert. Dieses Kapitel enthält Codes aus allen drei Hauptkategorien.
- Anatomie und Physiologie werden in Kapitel D (vgl. ebd.:D1-18) beschrieben. Da es hier ausschließlich um biomedizinische Zusammenhänge geht, sind nur Codes der „medizinischen Kompetenz“ zu finden, ebenso wie in Kapitel E (vgl. ebd.:E1-E27), das die Störungen der Lebensfunktionen aufarbeitet.
- Ähnlich verhält es sich mit Kapitel F (vgl. ebd.:F1-F28) und Kapitel G (vgl. ebd.:G1-G80). Hier finden sich aber auch Codes zur Psychischen Ersten Hilfe sowie zur Verweisungskompetenz, da auch psychische Erkrankungen thematisiert werden.
- Gerätelehre und Sanitätstechnik widmet sich Kapitel H (vgl. ebd.:H1-H65). Es wird beispielsweise der Ablauf einer Reanimation beschrieben. Ausschließlich die „medizinische Kompetenz“ weist Codes in diesem Kapitel auf.
- In Kapitel I Rettungswesen (vgl. ebd.:I1-I23) wird unter anderem der Umgang mit Gefahren an der Einsatzstelle thematisiert. Daraus ergeben sich Codes der Kategorie „medizinische Kompetenz“, aber auch „Psychische Erste Hilfe“, da die Patient*innenbetreuung während des Transportes beschrieben wird.
- Mit Katastrophen und Großunfällen beschäftigt sich Kapitel J (vgl. ebd.:J1-J27). Codes aller drei Hauptkategorien sind in diesem Kapitel zu finden.
- Abschließend wird die Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen in Kapitel K (vgl. ebd.:K1-K12) thematisiert. Neben der Krisenintervention (Kode: „Verweisungskompetenz“) wird die Psychohygiene der Sanitäter*innen beschrieben.

Beide Interviews sowie die gesetzlichen Grundlagen enthalten Codes aller drei Hauptkategorien.

Die Ausbildung der Rettungssanitäter*innen versucht, medizinische und psychische Aspekte zu verknüpfen, wie die Arbeit im folgenden Verlauf zeigt. Es wird eine Schwerpunktsetzung im medizinischen Bereich deutlich. Medizinische Abläufe sind detaillierter geregelt als der Umgang mit psychischen Notlagen. Sanitäter*innen sollen am Ende ihrer Ausbildung neben umfassender medizinischer Notfallhilfe auch ein gewisses Maß an Verweisungskompetenz aufweisen. Es wird bedingt gefordert, dass psychische Erkrankungen erkannt werden und an die richtige Stelle weitergeleitet wird. Eine Verknüpfung der einzelnen Systeme, wie es das biopsychosoziale Modell aufzeigt, findet in Grundzügen statt, ein Gleichgewicht der drei Bereiche lässt sich allerdings nicht erkennen.

³ Die Kapitel in den Ausbildungsunterlagen gliedern sich in einzelne Kapitel (A bis K), die jeweils neu mit der Seitennummerierung starten.

3.1 Wichtige Grundlagen zur Sanitäter*innenausbildung

Neben den bereits in den Begriffsdefinitionen genannten Prüfungsfächern sind noch weitere grundlegende Details zur Ausbildung zu nennen.

Nach § 27 (1) Z1-Z4 SanG können die Ausbildung zum*zur Sanitäter*in grundsätzlich Personen beginnen, die mindestens 17 Jahre alt und gesundheitlich geeignet sind und die allgemeine Schulpflicht absolviert haben.

§ 2 (1) Z1-Z7 San-AV legt die Ziele der Ausbildung von Sanitäter*innen fest. Diese sind unter anderem die Befähigung zu allen Aufgaben, die das Tätigkeitsbild von Sanitäter*innen umfasst. Dazu gehören neben den Kenntnissen über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers nach Ziffer 2 auch die Funktion der menschlichen Psyche im sozialen Umfeld und wie sich diese im Akutfall verändern kann. Abgerundet wird die Ausbildung durch Ziffer 5, die als Ziel die „Vermittlung von Kenntnissen und der Anwendung von Methoden zur Erhaltung des eigenen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitspotenzials“ (§ 2 (1) Z5 San-AV) umfassen.

Sanitäter*innen werden unter anderem von sogenannten Lehrsanitäter*innen ausgebildet. Das sind Personen, die selbst die Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*in erfolgreich abgeschlossen haben, eine mindestens zweijährige Praxis vorweisen können und 40 Stunden einschlägige Fortbildung in den vergangenen fünf Jahren absolviert haben (§ 47 (2) SanG). Die Ausbildung von Sanitäter*innen deckt sich im Wesentlichen in ganz Österreich (vgl. TP 2020:35). Herr W. gibt an, dass sich einzelne Randbereiche unterscheiden könnten, etwa die Ausbildung im psychosozialen Bereich, der möglicherweise ein unterschiedlich großer Zeitrahmen eingeräumt wird. Genauere Angaben dazu kann er aufgrund fehlender Informationen nicht machen (vgl. ebd.:34-37). Weiters ist die Rettungssanitäter*innenausbildung in Österreich durch Bundesgesetze geregelt, weshalb eine gleiche Ausbildung über Bundeslandgrenzen hinweg logisch erscheint.

3.2 Sanitäter*innen als medizinisches Personal

Im Folgenden wird die Hauptkategorie „medizinische Kompetenz“, die sich aus der Analyse der Daten ergeben hat, beschrieben.

Nach § 8 SanG ist es die Aufgabe von Sanitäter*innen, eigenverantwortlich qualifizierte Erste Hilfe zu leisten sowie Sanitätshilfe und Rettungstechnik anzuwenden. Hierzu gehören auch diagnostische und therapeutische Verrichtungen. Im § 9 (1) Z1.-Z5. SanG werden diese Tätigkeiten detaillierter beschrieben. Demnach haben Sanitäter*innen die Aufgabe, selbstständig und eigenverantwortlich Kranke, Verletzte und andere Hilfsbedürftige, die medizinische Betreuung brauchen, zu versorgen. Dies gilt für die Zeit vor und während des Transportes. Nach ärztlicher Anordnung dürfen Sanitäter*innen Infusionen aufrechterhalten und beenden sowie Blut aus den Kapillaren zur Notfalldiagnostik entnehmen. Die Verabreichung von Sauerstoff sowie die qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie die Anforderung eines*einer Notarztes*Notärztin (§ 9 (2) SanG) gehören ebenfalls zum Kompetenzbereich von Sanitäter*innen.

Diese Anforderungen werden in den Ausbildungsunterlagen deutlich. Die gedruckte Version umfasst knapp 350 A4-Seiten Ausbildungsstoff, der überwiegende Anteil ist der medizinischen Notfallversorgung gewidmet, und zwar in jenen Bereichen, die bereits in Kapitel 2.3.1 *Rettungssanitäter*in* und Kapitel 3.1 *Wichtige Grundlagen zur Sanitäter*innenausbildung* als Prüfungsfächer und Ziele der Ausbildung genannt werden. Unterstützt durch Ablaufschemata (beispielsweise „Lebensrettende Maßnahmen bei Kindern“ (Österreichisches Rotes Kreuz 2018:G68), Tabellen (zum Beispiel Blutdruckwerte (ebd.:D6)) und bildliche Darstellungen (etwa Lagerungsmöglichkeiten von Patienten (ebd.:H16-H20) werden die biomedizinischen Themen aufbereitet.

Wie bereits oben erläutert, zeigt sich in den Ausbildungsunterlagen ein deutlicher Schwerpunkt des Hauptcodes „medizinische Kompetenz“. Wie die gesetzlichen Regelungen zeigen, ist die Versorgung von Patient*innen mit biomedizinischen Problemen die Hauptaufgabe von Sanitäter*innen, wodurch sich dieser Überhang an Codes erklären lässt. Es lässt sich festhalten, dass die beiden anderen Kernbereiche, wie sie zu Beginn genannt wurden, deutlich weniger oft genannt werden.

Für diese Arbeit am relevantesten sind die beiden Kernbereiche „Psychische Erste Hilfe“ und „Verweiskompetenz“, weswegen ihnen ein deutlich größerer Platz in dieser Arbeit eingeräumt wird.

3.3 Einsatz „Psychosozialer Notfall“ – Sanitäter*innen als psychische Ersthelfer*innen

Die folgenden Kapitel widmen sich dem Hauptkategoriesystem „Psychische Erste Hilfe“ mit den dazugehörigen Subkategorien.

Als Besonderheit im Rettungsdienst wird der „psychiatrische Notfall“ beschrieben. Hierbei handelt es sich um „eine akute schwerwiegende Störung der Wahrnehmung, des Denkens, der Stimmung, des Verhaltens oder der sozialen Beziehung, wodurch es zur Selbstgefährdung [...] oder Gefährdung anderer [...] kommen kann“. (Österreichisches Rotes Kreuz 2018:G48) Aus dieser akuten Situation heraus wird von der Gesellschaft, der Familie oder dem*der Patient*in selbst sofortiges Eingreifen gefordert, beispielsweise in Form der Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung.

Aus der Analyse der Daten geht hervor, dass Einsätze, die ausschließlich psychische Ursachen haben, weniger häufig vorkommen, als medizinische Notfälle, was dem Auftrag der Einsatzorganisationen im Grunde auch entspricht (vgl. T 2020:233-234). Vermehrt Einsätze mit psychischem oder psychosozialen Schwerpunkt kommen rund um Feiertage (beispielsweise Weihnachten) vor (vgl. ebd.:233-234). Als Grund, warum gerade zu diesen Zeiten psychosoziale Notfälle gehäuft auftreten, sieht Herr H. die mediale Aufbereitung solcher Tage. Diese würde den Menschen mehr als im restlichen Jahr verdeutlichen, einsamer zu sein, als andere (vgl. ebd.:235-238). Das subjektive Gefühl der befragten Personen zeigt, dass die Anzahl der rein psychosozialen Einsätze im Rettungsdienst steigt und diese oft von den Sanitäter*innen als Fehleinsätze wahrgenommen werden, da aus ihrer Sicht keine geeigneten Maßnahmen gesetzt werden konnten (vgl. ebd.:28-30).

Die analysierten Daten lassen keine Aussage darüber zu, wie hoch die Zahl der ausschließlich psychosozialen Einsätze ist. Herr W. ist der Ansicht, dass eine Statistik dazu schwer zu

erstellen sei. Er begründet das damit, dass ein nicht vorhandenes Bewusstsein für psychosoziale Problemlagen zu einem Nicht-Erkennen dieser Situationen führt und demnach auch in Dokumentationen nicht aufscheinen würde. Er vermutet daher eine hohe Dunkelziffer (vgl. ebd.:50-52).

Neben der Ausbildung im psychosozialen Bereich braucht es laut Analyse der Daten auch Einsatzerfahrung, um psychosoziale Notlagen sicher erkennen zu können (vgl. ebd.:271-274;301-303;642;659-661). Als wichtigste Indikation, dass es sich nicht um ein medizinisches, sondern um ein psychosoziales Problem handelt, gilt der Unterschied zwischen der Berufungsdiagnose und der tatsächlich vorgefundenen Situation (vgl. ebd.:474-475). Wissen Sanitäter*innen nicht, wie in einem solchen Fall zu reagieren ist, stehen bei der Wiener Berufsrettung beispielsweise sogenannte „Supervisor*innen“ zur Verfügung, die als Ansprechpartner*innen bezüglich des weiteren Vorgehens fungieren (vgl. ebd.:455). Auch hauptberuflich Mitarbeitende oder andere Sanitäter*innen können bei Unsicherheiten angefragt werden (vgl. ebd.:462-463).

Die Grenzen der eigenen fachlichen Zuständigkeit muss den Sanitäter*innen klar sein, damit der passende Zeitpunkt zur Übergabe an geeigneteres Personal gewählt werden kann (vgl. ebd.:610-611) (siehe Kapitel 3.4 *„Wir sind nicht zuständig, aber...“ – Sanitäter*innen als Verweisende*).

Es lässt sich feststellen, dass für die Sanitäter*innen verschiedene Personen zur Verfügung stehen, wenn sie mit einer Situation überfordert sind. Das können Personen mit anderen oder erweiterten Ausbildungen ebenso sein, wie Sanitäter*innen mit mehr Einsatzerfahrung. Regulärer und spontaner Austausch ist demnach möglich und kann als Basis für Handlungsverbesserungen bei nächsten Einsätzen dienen. Es lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass gemeinsamer Austausch über Einsatzsituationen nicht nur der eigenen Psychohygiene und Einsatzaufarbeitung dient, sondern für das gesamte Team ein Nutzen daraus gezogen werden kann.

3.3.1 Empathie als Grundlage der Psychischen Ersten Hilfe

Die „Psychische Erste Hilfe“, wie es die Ausbildungsunterlagen nennen, sehen verschiedene Möglichkeiten vor. Als wichtigstes Tool wird eine adäquate Gesprächsführung beschrieben, ergänzt durch „richtiges“ Zuhören, Körperhaltung und Empathie der Einsatzkräfte.

In den Ausbildungsunterlagen wird neben praktischen Anweisungen und Beispielssätzen für die Gesprächsführung (siehe nächstes Kapitel) von „Haltung“ gesprochen. Die Ausbildungsunterlagen verstehen unter diesem Begriff die Art und Weise, wie sie auf die Patient*innen reagieren und mit ihnen interagieren. Sanitäter*innen wird vermittelt, dass keine Person ohne einen notwendigen Grund die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit völlig Fremden anvertraut und damit ein Stück Eigenverantwortung abgibt. Wichtig ist es daher, dass Sanitäter*innen sichere Rahmenbedingungen schaffen. Dazu gehört die ausreichende Informationsbereitstellung zur Verminderung von Unsicherheit und das Stillen der emotionalen Bedürfnisse durch Kommunikation.

Um sich auf die Arbeit mit Patient*innen vorzubereiten, raten die Ausbildungsunterlagen, dass sich angehende Sanitäter*innen selbst in die Lage der Patient*innen hineinversetzen und sich die Frage stellen welche Gefühle eine solche Situation in ihnen auslösen würde. Die Reflexion

über diese Fragen kann dazu beitragen, das empathische Herangehen an die Patient*innen zu verbessern. Empathie und das Wahrnehmen der Gefühlswelt der Patient*innen soll dazu führen, dass sich aufgeregte Personen beruhigen und schweigsame Patient*innen zu sprechen beginnen.

Es ergibt sich, dass sich Sanitäter*innen neben medizinischen auch auf psychische Notfälle vorbereiten, indem sie versuchen, sich der „Hilfsbedürftigkeit“ der Patient*innen im medizinischen und auch psychischen Bereich bewusst zu werden.

3.3.2 „Gesprächsführung“ als wichtigstes Tool der Psychischen Ersten Hilfe

Der verbalen Kommunikation wird bei der Beruhigung und Betreuung von Patient*innen ein Schwerpunkt eingeräumt.

In den Unterlagen werden die verbale (Lautsprache) und die nonverbale Kommunikation (Gestik, Mimik, Körperhaltung) unterschieden. Während die verbale Ebene der Weitergabe von Sachinformationen dient, transportiert die nonverbale Ebene ehrliche und direkte Emotionen. Es wird ein Modell beschrieben, dass dem „Vier-Ohren-Modell“ nach Schulz von Thun (2001:25-68) gleicht. Nach diesem Modell hat eine (verbale) Nachricht mehrere Inhalte, die vom Gegenüber wahrgenommen werden können. In dieser Arbeit soll das anhand eines Beispiels geschildert werden: Rettungsdienstpersonal möchte dem*der Patient*in den Blutdruck messen.

- Sachinhalt: Das, worüber der*die Sender*in informieren möchte. „Ich werde zur weiteren Diagnostik Ihren Blutdruck messen, wenn Sie einverstanden sind.“ (Aussage, die der*die Sanitäter*in tatsächlich tätigt.)
- Selbstoffenbarung: Information über die Person, die eine Nachricht gesendet hat. Beispielsweise gibt der*die Sanitäter*in bekannt, dass ihm*ihr die (vermeintliche) Abhängigkeit der Patient*innen in medizinischen Belangen bewusst ist. Das gibt die Person unbewusst an die andere weiter. „Ich habe gelernt, wie man richtig den Blutdruck misst. Darum übernehme ich diese Aufgabe.“ (Aussage, die ungesagt übermittelt wird.)
- Die Beziehung zwischen den Gesprächspartner*innen wird durch Formulierung und Tonfall deutlich. Es ändert sich die Aussage über die Beziehung, wenn der*die Sanitäter*in die Aussage zum Blutdruckmessen anders formuliert oder die Stimme erhebt.
- Eine Person soll dazu ermuntert werden, etwas zu tun oder nicht zu tun, beispielsweise den Arm für die Blutdruckmessung freimachen (Appell).

Weiters wird darauf hingewiesen, dass unabhängig vom Alter der Patient*innen eine Frage nach der anderen zu stellen ist sowie ihnen genügend Zeit zur Beantwortung dieser eingeräumt werden muss. Ein Nachfragen bei Unverständnis von beiden Seiten muss angstfrei möglich sein, eine Zusammenfassung am Ende kann beiden Parteien helfen, Fehlinformationen zu vermeiden und die richtigen Schlüsse aus dem Gesagten zu ziehen. Das bewusste Aushalten von Gesprächspausen, wie es auch in der Sozialen Arbeit bekannt ist, stellt ein Tool der Gesprächsführung dar, das Sanitäter*innen bewusst einsetzen können.

Patient*innen sollten darüber hinaus stets mit der Höflichkeitsform „Sie“ und dem Nachnamen angesprochen werden. Ausnahme hier stellen nur privat bekannte Personen dar, und Kinder

(zum besonderen Umgang mit Kindern siehe unten). Eine passende Verabschiedung wird von den Sanitäter*innen ebenso eingefordert, wie die Mitteilung, dass, wenn das Sanitätsteam den Raum verlassen muss (beispielsweise um Material zu holen), es so schnell wie möglich wieder zurückkommen wird.

In jeder Einsatzsituation sind Belehrungen und Unehrllichkeit sowie leere Floskeln, wie „So geht es jedem von uns irgendwann im Leben.“ (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:A10) zu vermeiden.

Auch auf nonverbaler Ebene werden Sanitäter*innen Inhalte vermittelt. Die Wahl der richtigen Gesprächsposition („auf Augenhöhe“) wird dabei ebenso genannt, wie angemessener Gesprächsabstand und den Patient*innen zugewandte Körperhaltung. Blickkontakt zu halten und zu lächeln werden ebenfalls als positiv beeinflussende Faktoren für ein gelingendes Sanitäter*in-Patient*in Gespräch genannt.

Das soziale Netz der Patient*innen kann eine wichtige Unterstützung für die Betroffenen sein. Sanitäter*innen sollen nach informellen Unterstützungsmöglichkeiten fragen, wenn sie den Eindruck haben, dass das den Patient*innen helfen könnte (vgl. T 2020:285-287).

Sofern es die Zeit zulässt, können Sanitäter*innen ausführlichere Gespräche mit den Angehörigen führen, für länger andauernde psychische Betreuung ist der Regelrettungsdienst allerdings nicht zuständig (vgl. ebd.:626-629).

Die gesamten bisher genannten Details der Gesprächsführung werden einerseits bei „gewöhnlichen“ Einsätzen, also Einsätzen mit medizinischem Schwerpunkt, eingesetzt und andererseits soll besonders bei psychosozialen Problemlagen ein spezielles Augenmerk auf die Gesprächsführung gelegt werden.

Sanitäter*innen werden zusammengefasst die Grundlagen der Gesprächsführung gelehrt, ob „Gesprächsführung“ auch Eingang in praktische Übungen in der Ausbildung findet, konnte mit Hilfe der vorliegenden Daten nicht geklärt werden.

3.3.3 Ruhe bewahren. Umgang mit psychischen Erkrankungen

Als wichtigste Maßnahme bei psychiatrischen Notfällen wird Ruhe bewahren genannt. Dies sowohl im Gespräch als auch im Verhalten der Sanitäter*innen.

Durch ständige Patient*innenbeobachtung sollen plötzliche Veränderungen in der Stimmung erkannt und Angriffe gegen die Sanitäter*innen verhindert werden. Wenn der*die Patient*in nicht aggressiv ist, soll das Gespräch mit einer persönlichen Anrede begonnen und durch gezieltes Nachfragen und aufmerksames Zuhören Interesse signalisiert werden. Bei aggressiven Patient*innen wird darauf hingewiesen, dass Notwehr auch im Rahmen der Tätigkeitsausübung erlaubt ist, ansonsten aber keine Gewalt angewendet werden darf. Es soll das Abflauen der Aggression abgewartet und im Bedarfsfall die Exekutive beigezogen werden, die den*die Patient*in im Notfall überwältigt und bei Bedarf in eine geeignete Abteilung einweisen lässt.

Die Ausbildungsunterlagen kennen verschiedene psychische Erkrankungen, die in den Grundzügen (vor allem in deren äußerlich sichtbaren Symptomatik) beschrieben werden (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:G48-G52):

- Schizophrenie,
- Bipolare Störungen,
- Angststörung und Panikattacken,
- Akute Belastungsreaktion sowie
- Psychiatrische Krisen und Suizidalität.

Auffälliges Verhalten muss aber nicht durch eine psychische Ursache hervorgerufen werden, sondern kann auch organisch begründet sein. Das ist von den Sanitäter*innen oft nicht erkennbar, vor allem, wenn die Patient*innen zum ersten Mal in dieser Situation sind, weshalb eine Abklärung einer möglichen Grunderkrankung notwendig ist.

Grundsätzlich wird von den Sanitäter*innen keine sichere Bestimmung einer psychischen Erkrankung gefordert. Im Kapitel der Ausbildungsunterlagen steht der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen im Vordergrund. Es scheint das Ziel zu sein, Sanitäter*innen für diese Thematik zu sensibilisieren, vor allem, wenn medizinische Werte unauffällig sind.

3.3.4 Meldepflicht bei Kindesmisshandlung

Ein weiteres Ergebnis unter der Hauptkategorie „Psychische Erste Hilfe“ und „Spezielle Einsatzszenarien“ ist die Thematik der Kindesmisshandlung.

Kindesmisshandlung (körperlich, psychisch, sexuell) ist häufig nicht eindeutig erkennbar. Durch widersprüchliche Aussagen zum Verletzungsmuster und Unfallhergang oder durch Ansprechen des Kindes kann eine eventuelle Missbrauchserfahrung erkannt werden. Des Weiteren werden noch folgende Hinweise genannt, die auf eine Misshandlung hindeuten können (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:G79): Der Rettungsdienst wurde nur verzögert alarmiert. Vorgeschichte und der Befund passen nicht zusammen. Es werden weitere Verletzungen entdeckt, die zunächst nicht angegeben worden sind. Es zeigen sich „typische“ Verletzungsmuster, wie etwa Hämatome durch Fingerabdrücke. In diesem Fall sind die Verletzungen gemäß der Sanitätshilfe zu versorgen und nach dem Transport in eine Kinderabteilung der Verdacht auf Misshandlung dem zuständigen Personal zu berichten.

Nach § 37 (3) Z3. B-KJHG sowie nach § 5a (1) Z2. SanG müssen Sanitäter*innen, wenn sie den Verdacht haben, dass Kinder missbraucht werden oder worden sind, das dem zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger melden. Diese Meldung steht nach § 6 (1) SanG nicht der Verschwiegenheitsverpflichtung im Wege.

Es soll an dieser Stelle in Frage gestellt werden, inwieweit Sanitäter*innen eine mögliche Kindesmisshandlung auch tatsächlich erkennen können, da vermutlich die Versorgung der Verletzungen im Vordergrund stehen wird. Möglicherweise braucht es speziell für diesen Bereich Einsatzerfahrung, wie aus dem Interview mit Herrn H. deutlich wurde: „Ja genau. Also wir schauen dann auch, dass wir da nicht zwei Rookies [junge, neu ausgebildete Sanitäter*innen, Anm. d. Verf.] [...] schicken, sondern, dass halt jemand da ist, der schon gewisse Einsatzerfahrung hat.“ (T 2020:301-303)

3.3.5 Patient*innenwille vs. Patient*innensicherheit

Unter der Hauptkategorie „Psychische Erste Hilfe“ wurden auch Informationen zu Patient*innenwille und -sicherheit kodiert.

Als Notwendigkeit für alle Maßnahmen im Rettungsdienst gilt der Wille der Patient*innen, Zwangsgewalt kann von den Sanitäter*innen nicht ausgeübt werden (vgl. T 2020:359;263-265). Zwar können Sanitäter*innen beratend tätig sein und versuchen, die Patient*innen zum Mitfahren / zur Behandlung zu bewegen, der Wille der Patient*innen ist aber grundsätzlich ausschlaggebend (vgl. T 2020:379-381). Es wird hier von einer „informierten Einwilligung“ ausgegangen. Das bedeutet, dass Sanitäter*innen dazu verpflichtet sind, die Patient*innen darüber aufzuklären, wozu eine Maßnahme dient und welche Folgen eine Maßnahme haben kann. Diese Erklärung der zu setzenden Maßnahmen hat in einer sprachlichen Form zu erfolgen, die der*die Patient*in versteht. Dazu gehört unter anderem die Vermeidung von Fachausdrücken, das deutliche Sprechen sowie ein strukturiertes Erklären der weiteren Vorgehensweise. Es steht den Patient*innen frei, die erklärte Maßnahme abzulehnen. Dies ist für die Sanitäter*innen bindend.

Das bedeutet, dass grundsätzlich alle Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, selbst in die Hilfeleistung und den Transport einwilligen können (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:C6-C7). Davon ausgenommen sind Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, geistig behindert sind oder sich selbst gefährden (zur Selbstgefährdung siehe unten). Als Ersatz für deren Einwilligung können Vorsorgebevollmächtigte, Erwachsenenvertreter*innen und Obsorgeberechtigte zustimmen (vgl. ebd.).

Möchte ein*e Patient*in keine Behandlung / keinen Transport, so ist dies zu akzeptieren, sofern die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit gegeben ist. Dies ist beispielsweise bei geistig verwirrten oder (stark) alkoholisierten Menschen nicht der Fall, eine Unterschrift am Revers⁴ darf daher nicht als gültig betrachtet werden. Ausnahme ist hierbei, wenn es sich um geringfügige Verletzungen / Krankheitsmuster handelt und die Person trotz der Einschränkungen in der Lage ist, über die Hilfeleistung zu entscheiden (vgl. ebd.). Hier wird den Sanitäter*innen eingeräumt, dass sie das in der Praxis nicht erkennen müssen und bei Unsicherheit ein*e (Not-)Arzt*Ärztin hinzuzuziehen ist. Sollten die Verletzungsmuster / Krankheitsbilder eine akute Bedrohung für die Gesundheit oder das Leben des*der Patient*in darstellen, so darf auch hier kein Zwang angewendet werden. Die Ausbildungsunterlagen sprechen von behutsamen Vorgehen (vgl. ebd.), um den*die Patientin doch zu einer Behandlung / einem Transport zu bewegen.

Als einzige Ausnahme der genannten Regelung zum freien Willen der Patient*innen gilt das Unterbringungsgesetz („Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten“ – kurz: UbG). Nach § 3 UbG kann eine Person auch gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn sie unter aktuellen psychiatrischen Symptomen leidet und in diesem Zusammenhang sich selbst oder andere gefährdet (das Leben oder die Gesundheit betreffend). Hinzu kommt die Voraussetzung, dass es in keiner anderen Weise möglich ist, die Person zu behandeln oder zu betreuen. Für eine Person, die

⁴ Revers: Eine Unterschrift auf einem Dokument, in dem der*die Patient*in bestätigt, über seine*ihre Verletzungen und deren möglichen Folgen informiert worden zu sein und trotz Rat der Sanitäter*innen eine Mitfahrt zur weiteren Abklärung in eine passende Einrichtung verweigert.

unterzubringen ist, sind die Polizei sowie ein*e Amtsarzt*Amtsärztin zuständig, der Rettungsdienst hat hier lediglich eine unterstützende Funktion (Transport).

Zusammengefasst ist demnach der Wille der Patient*innen bindend, bei Unsicherheit darüber, ob die Einsichtsfähigkeit vorliegt, kann ärztliches Personal hinzugezogen werden. Sanitäter*innen haben die Möglichkeit, die Verantwortung über diese Entscheidung an anders qualifiziertes Personal abzugeben. Wenn gegen den Willen des*der Patient*in nach UbG gehandelt wird, ist der Rettungsdienst nur „Transporteur“.

3.3.6 „Besondere“ Patient*innengruppen

In den Ausbildungsunterlagen wird verschiedenen Personengruppen ein eigener Bereich die Gesprächsführung und medizinische Behandlung betreffend eingeräumt.

- Ältere Menschen: Im Zusammenhang mit älteren Menschen wird das „soziale Alter“ beschrieben (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2020:F21-F22), das von der Rolle in der Gesellschaft abhängig ist. Es werden Pflegebedürftigkeit, Armutsgefährdung und Multimorbidität beschrieben.
- Kinder: Besonders jüngeren Kindern kann die Angst genommen werden, wenn eine Vertrauensperson die Behandlung und den Transport begleitet. Auch genaue Erklärungen und das Mitnehmen von Spielzeug oder Stofftieren kann zur Beruhigung der Kinder beitragen.
- „Menschen mit Migrationshintergrund“ (vgl. ebd.:A13-A15): Vor allem wie Sanitäter*innen mögliche Sprachbarrieren überwinden können (beispielsweise Dolmetsch oder Einsatz von Apps und Piktogrammen⁵) wird dargestellt. Auch verschiedene Erwartungshaltungen (zum Beispiel sind Sanitäter*innen kein ärztliches Personal) werden thematisiert.
- Menschen, die eine elektronische Fußfessel tragen, bei deren Behandlung allerdings keine speziellen Vorschriften bei der medizinischen Versorgung und der Gesprächsführung gelten, werden auch unter „besonderer Personengruppe“ gelistet.

Sanitäter*innen wird durch diese Informationen die Möglichkeit gegeben, adäquat auf verschiedene Patient*innengruppen zu reagieren. Das Wissen über Erkrankungen, die speziell im Alter auftreten, ist aus medizinischer Sicht hilfreich. Der spezielle Umgang mit Kindern kann helfen, diese Erlebnisse für Kinder erträglicher zu gestalten. Sprachliche Barrieren im Rettungsdienst werden thematisiert.

3.3.7 Wenn Sanitäter*innen nicht mehr helfen können – Umgang mit Tod

Als letzte Unterkategorie der „speziellen Einsatzszenarien“ gehen aus den Daten Einsätze hervor, bei denen Menschen im Verlauf versterben oder bereits beim Eintreffen des Rettungsteams verstorben sind.

⁵ Ob diese Kommunikationsmittel auch tatsächlich genutzt und in den Fahrzeugen mitgeführt werden, lässt sich durch diese Arbeit nicht sagen.

Neben der persönlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik werden angehende Sanitäter*innen auf Szenarien vorbereitet, bei denen sie entweder nicht mehr helfen können, eine Reanimation abgebrochen oder eine bereits tote Person am Einsatzort vorgefunden wird. Auch theoretische Inputs zum Thema „Sterben“ werden angeführt.

Laut Ausbildungsunterlagen lassen sich verschiedene „Arten des Sterbens“ (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:A16) unterscheiden. Unter „sozialem Sterben“ verstehen die Unterlagen das Zurückziehen eines Menschen aus seinem sozialen Umfeld. „Psychisches Sterben“ erfolgt, wenn ein Mensch seinen bald eintretenden Tod akzeptiert und sich in sich selbst zurückzieht. Das „biologische Sterben“ tritt ein, wenn die Lebensfunktionen erlöschen und lebenswichtige Organe ihre Arbeit einstellen. Die häufigste Art des Sterbens, die Sanitäter*innen bewusst in ihrem Dienst erleben, ist jene des biologischen Sterbens, meist in Form von fehlgeschlagenen Reanimationen, also nicht-erfolgreichen Maßnahmen zur Wiederbelebung, wenn das Herz aufgehört hat zu schlagen. Sollten Sanitäter*innen in diese Situation kommen, so geben die Unterlagen folgende Hilfestellungen dazu:

- Während Reanimationsmaßnahmen sollen Angehörige abgelenkt und nicht alleine gelassen werden, soweit dies möglich ist.
- Den hinterbliebenen Angehörigen sollen Hilfestellungen zur Verbesserung der Situation angeboten werden, beispielsweise die Vermittlung zu einem Kriseninterventionsteam (siehe nächstes Kapitel). Angehörige, die unmittelbar von einer solchen Situation betroffen sind, haben ein hohes Informationsbedürfnis, dem nachgekommen werden soll, soweit es den Sanitäter*innen vor Ort möglich ist. Den Angehörigen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich von dem*der Verstorbenen zu verabschieden.
- Bei Verstorbenen sollen die Augen geschlossen, der Körper mit einem Tuch bedeckt und „würdig“ zurückgelassen werden (alle Materialien einsammeln etc.).

Neben der medizinischen Versorgung wird der Umgang mit den Hinterbliebenen geschildert. Wenn eine Person verstirbt, endet die Zuständigkeit des Rettungsdienstes. Kurze Gespräche mit den Angehörigen sind möglich, wie bereits in *Kapitel 3.3.2 „Gesprächsführung“ als wichtigstes Tool der Psychischen Ersten Hilfe* beschrieben wurde. Für eine weitergehende psychische Betreuung ist der Rettungsdienst allerdings nicht mehr zuständig. An dieser Stelle braucht es andere Berufsgruppen / Leistungsbereiche der Einsatzorganisationen / Einrichtungen. Sanitäter*innen können an diese Einrichtungen verweisen, wie die nachfolgenden Kapitel zeigen.

3.4 „Wir sind nicht zuständig, aber...“ – Sanitäter*innen als Verweisende

Als dritte große Hauptkategorie hat sich bei der Analyse jene der „Verweisungskompetenz“ herausgestellt. „Verweisungskompetenz“ als solche wird nicht explizit in den Ausbildungsunterlagen genannt. Durch zahlreiche Verweise auf andere Einrichtungen und Nennung solcher in den Interviews hat sich aber gezeigt, dass Kenntnisse in diesem Bereich erwartet werden.

Demnach steht Sanitäter*innen eine weitere Möglichkeit der Unterstützung neben der medizinischen Versorgung und der psychosozialen Ersten Hilfe, die bereits beschrieben

wurden, zur Verfügung: die Verweisung an andere Einrichtungen. Diese Einrichtungen haben den Auftrag der psychischen oder psychosozialen Beratung, ihr Schwerpunkt liegt nicht auf der medizinischen Versorgung. Solche Einrichtungen beziehungsweise Teams aus speziell geschulten Personen finden sich einerseits innerhalb der Organisation (RK oder ASB) oder es handelt sich um externe Einrichtungen:

- Interne Möglichkeiten der Verweisung: andere Leistungsbereiche der Einsatzorganisationen (vgl. T 2020:390-391), beispielsweise Kriseninterventionsteams (kurz: KI-Team). Eine weitere Möglichkeit ist der Leistungsbereich der Gesundheits- und Sozialen Dienst (kurz: GSD) des Roten Kreuzes.
- Externe Weiterleitungsmöglichkeiten können diverse Notrufnummern (etwa 142) oder der Psychosoziale Notdienst sein (vgl. T 2020:252-254). In Niederösterreich steht für psychosoziale Problemlage das AKUTteam zur Verfügung, das über die Leitstelle⁶ angefordert werden kann (vgl. T 2020:675-676), in Wien die Akutbetreuung Wien (kurz: ABW) (vgl. TP 2020:55-57).

Als weiteren Schritt neben der Unterscheidung zwischen organisationsinternen und -externen Verweisungsmöglichkeiten ist auch der Zeitpunkt, wann das psychische / psychosoziale Problem erkannt wird. Abhängig vom Zeitpunkt des Erkennens unterscheidet sich die Vorgehensweise.

Meldet der*die Anrufer*in bereits beim Notruf psychische oder psychosoziale Probleme, ist es die Aufgabe der Leitstelle herauszufinden, ob das RK beziehungsweise der ASB hier zuständig sind und speziell der Rettungsdienst die passende Stelle ist (vgl. T 2020:391-392). Sollte das nicht der Fall sein und ein Rettungsmittel⁷ nicht weiterhelfen können, klären die Mitarbeitenden der Leitstelle, ob ein anderer Leistungsbereich der Einsatzorganisationen hier weiterhelfen kann (vgl. ebd.).

Wird erst am Einsatzort bekannt, dass kein medizinisches Problem vorliegt beziehungsweise nicht im Vordergrund steht, steht den Sanitäter*innen die Möglichkeit offen, nach Angehörigen zu fragen, die die betroffene Person hier weiterbetreuen und unterstützen können (vgl. T 2020:423-424). Diese Situation stellt einen gewissen Grenzbereich dar. Einerseits muss es den Sanitäter*innen gelingen, medizinische Probleme ausschließen zu können und andererseits muss auch die psychosoziale Problemlage erkannt werden. Dazu benötigt es, so das Ergebnis der Auswertung, neben der Ausbildungsgrundlage auch ein gewisses Maß an Lebens- und Einsatzerfahrung. Herr H. sagt dazu: „Dann kommts auf die Lebenserfahrung [...] [an], holt man die Polizei [sic!], oder gibts vielleicht doch einen Angehörigen, der das übernimmt? Da ist man im Grenzbereich, ganz klar.“ (T 2020:424-426).

Grafisch dargestellt wird dieser mögliche Ablauf in der folgenden Grafik.

⁶ Die Leitstelle als zentrale Einrichtung nimmt unter anderem Notrufe entgegen und koordiniert die Fahrzeuge der Einsatzorganisation. Ein solches Leistellensystem gibt es beispielsweise in Niederösterreich.

⁷ Rettungsmittel = ein von der Leitstelle entsandtes Transportmittel (bodengebunden oder in der Luft) an den Einsatzort. Dies kann mit Rettungssanitäter*innen, Notfallsanitäter*innen oder auch notärztlichem Personal besetzt sein (vgl. § 2 (3) NÖ RDG).

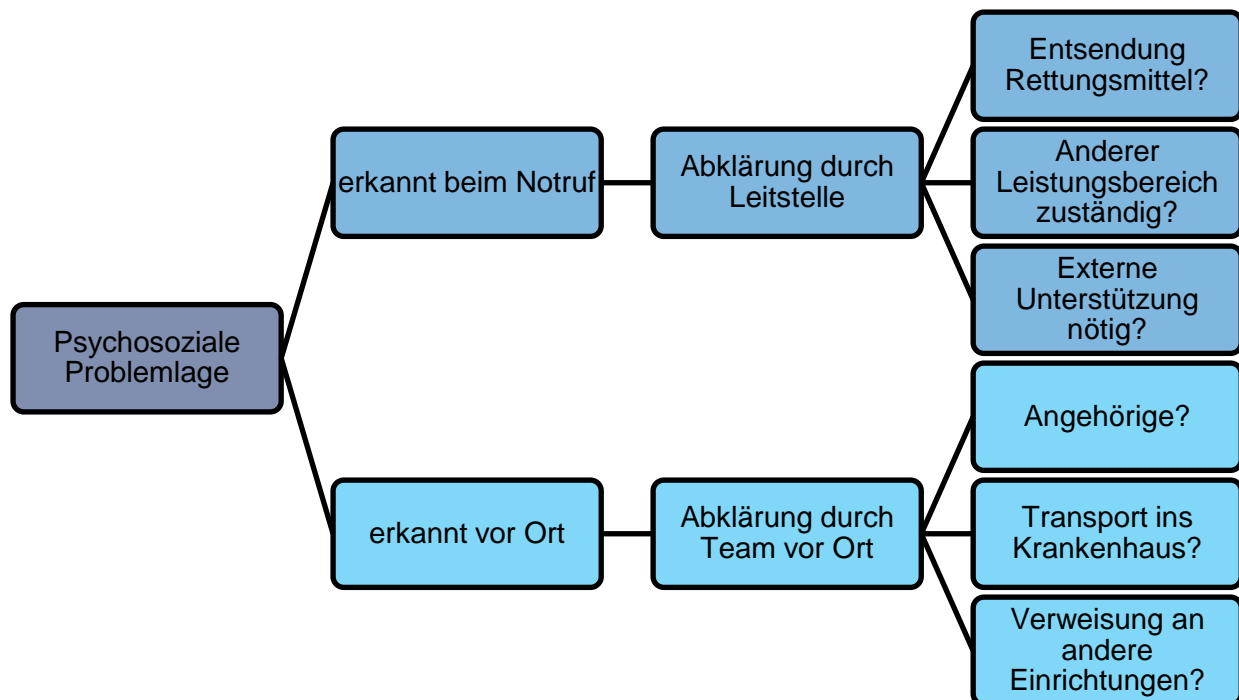


Abbildung 3: Erkennen psychosozialer Problemlagen im Rettungsdienst

Explizit nicht gemeint bei der Verweisung an andere Institutionen sind Anlaufstellen, die speziell für die Sanitäter*innen eingerichtet wurden, etwa das sogenannte Peersystem des Roten Kreuzes (vgl. TP 2020:74-77) oder Stressverarbeitung nach belastenden Einsätzen, das der Vorbeugung psychischer Problemen nach schwierigen Einsätzen dient.

3.4.1 Kriseninterventionsteams der Einsatzorganisationen

KI-Teams (vgl. T 2020:618-623) bestehen aus speziell ausgebildeten Mitarbeitenden der Einsatzorganisationen. Eingesetzt werden sie beispielsweise nach erfolglosen Reanimationen zur Betreuung der Hinterbliebenen. Bei Unfällen, bei denen ein Mensch verstorben ist und der mögliche Verursachende dieses Todes (beispielsweise ein*e Lokführer*in bei einem Suizid im Gleisbereich) Betreuung in Anspruch nehmen möchte, steht das KI-Team ebenso zur Verfügung, wie bei der Betreuung von Angehörigen vermisster Personen. Das Vorgehen der KI-Teams ist standardisiert, die Betreuung findet direkt nach dem Ereignis statt. Sollten diese Menschen einige Tage nach einem solchen Ereignis Unterstützung brauchen, ist das KI-Team nicht mehr zuständig. Hier wird an den Psychosozialen Notdienst verwiesen.

Das KI-Team kommt direkt an den Einsatzort, um das dort befindliche Sanitäter*innenteam abzulösen (vgl. Österreichisches Rotes Kreuz 2018:J9). Die Zielgruppe des KI-Teams sind Menschen in akuten psychosozialen Krisen, es gilt durch die rasche emotionale Hilfe den psychischen Zustand der Betroffenen zu stabilisieren und akute Symptome der Stressbelastung zu reduzieren (vgl. ebd.). Dadurch sollen die eigenen

Bewältigungsmechanismen wiederhergestellt werden. Das zu erreichen ist bereits durch eine kurzfristige Betreuung vor Ort erreichbar (vgl. ebd.).

Weiters werden KI-Teams bei Großschadensereignissen eingesetzt (vgl. ebd.), bei dem es eine hohe Anzahl an Verletzten oder zu betreuenden Personen gibt. Auch hier sind die Teams primär für die Verletzten und nicht das Rettungspersonal zuständig.

Die Zusammenarbeit mit dem KI-Team kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen, es braucht die Einwilligung der Betroffenen zur Zusammenarbeit. Alarmiert werden kann das KI-Team nicht von den Betroffenen selbst, sondern ausschließlich durch Einsatzkräfte (vgl. ebd.).

3.4.2 AKUTteam Niederösterreich

Gegründet wurde das AKUTteam Niederösterreich (kurz: AKUTteam) im Jahr 2001. Grund dafür war die Erkenntnis, dass die psychosoziale Unterstützung von Menschen bei plötzlichen Schicksalsereignissen vor allem bei Großschadensereignissen notwendig ist. Mit Zustimmung der Betroffenen erhalten diese psychosoziale Unterstützung – kostenlos und in ganz Niederösterreich. Die Organisation des AKUTteam hat 2016 „144 Notruf Niederösterreich“ (kurz: Notruf NÖ) übernommen und wird nun über den Rettungsnotruf 144 alarmiert. Diese mobile Betreuung im Ausmaß von maximal sechs Stunden übernehmen sowohl Sozialarbeiter*innen als auch psychologische Fachkräfte (vgl. Notruf NÖ GmbH o.A.).

3.4.3 Krisenhilfe Oberösterreich

Personen mit Wohnsitz in Oberösterreich (kurz: OÖ) können die Angebote der Krisenhilfe OÖ für sie kostenlos in Anspruch nehmen. Die Leistungen der Krisenhilfe OÖ reichen von telefonischer und persönlicher Krisenintervention über Hausbesuche bis hin zur Unterstützung für Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen. Auch Onlinekrisenberatung wird angeboten. Telefonisch erreichbar ist die Krisenhilfe OÖ rund um die Uhr. Getragen wird dieses Angebot vor allem von pro mente OÖ und EXIT-sozial in Zusammenarbeit mit dem Kriseninterventionsteam des Roten Kreuzes und der Telefonseelsorge / Notfallseelsorge. Finanziert wird das Projekt durch das Sozialressort des Landes OÖ (vgl. Krisenhilfe OÖ o.A.a). Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen übernehmen die Betreuung (vgl. Krisenhilfe OÖ o.A.b).

3.4.4 AkutBetreuungWien

Nach einem außergewöhnlich belastenden Ereignis betreuen psychosoziale Fachkräfte der AkutBetreuungWien Betroffene direkt vor Ort. Diese werden durch die Leitstelle der Berufsrettung Wien alarmiert. Ob es zu einer Alarmierung kommt, ist vom Schweregrad der möglicherweise vorliegenden Traumatisierung abhängig. Die Betreuung durch die Fachkräfte der ABW ist für die Betroffenen kostenlos und soll unter anderem posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen vorbeugen (vgl. Magistrat der Stadt Wien o.A.).

3.4.5 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Der Psychosoziale Notdienst in Oberösterreich dient als externe Anlaufstelle für Sanitäter*innen, die auf eine psychosoziale Problemlage aufmerksam werden (vgl. T 2020:240). Als weitere Einrichtungen, an die Sanitäter*innen verweisen können, wurden in dem Interview mit Herrn W. genannt: Der Fonds Soziales Wien (kurz: FSW), der für Pflege und Betreuung zuständig ist, der Pflegenotdienst der Johanniter (für die Abarbeitung von Pflegenotständen) sowie nicht näher bezeichnete Beratungsstellen bei häuslicher Gewalt (TP 2020:77-79).

Die soeben genannten Verweisungsstellen gelten für Wien. Inwiefern die Sanitäter*innen tatsächlich dorthin verweisen oder wie bekannt ihnen diese Stellen sind, kann durch diese Arbeit nicht gezeigt werden. Auch lassen sich in den niederösterreichischen Ausbildungsunterlagen, die für diese Arbeit analysiert wurden, keine äquivalenten Stellen zur Verweisung aufzeigen.

Eine weitere Möglichkeit der Verweisung stellt die Weitergabe von Telefonnummern dar. In den Daten wurden die Ö3-Kummernummer (116123) und Rat auf Draht (147) genannt (vgl. T 2020:240;602-603).

Laut Herrn W. sind Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen den Sanitäter*innen als Kooperationspartner bei psychischen Problemen am besten bekannt (vgl. TP 2020:65-66).

3.5 Welche Auswirkungen hat das auf die Akutsozialarbeit? – Diskussion der Ergebnisse

Durch die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellte Ausbildungssituation und -inhalte von Rettungssanitäter*innen und den zugewiesenen Kodes durch die Analyse sämtlicher Daten können nachfolgend die Konsequenzen für die Soziale Arbeit, im speziellen die Akutsozialarbeit, dargestellt werden.

Es kann gesagt werden, dass Soziale Arbeit als solche nicht explizit in den Ausbildungsunterlagen benannt wird. Demnach lässt sich die These aufstellen, dass Sanitäter*innen in ihrer Ausbildung zwar Verweisungskompetenz vermittelt bekommen, über die Berufsgruppe, an die bei psychosozialen Problemlagen verwiesen wird, aber nichts erfahren.

Im Vergleich zum medizinischen Wissen nimmt der psychosoziale / psychische / psychiatrische Bereich in den Ausbildungsunterlagen wenig Platz ein. Daraus ergibt sich, dass der Tätigkeitsschwerpunkt von Sanitäter*innen auf der biomedizinischen Versorgung und nicht auf der psychischen Betreuung von Patient*innen liegt. Daraus wiederum ergeben sich die folgend dargestellten Situationen.

3.5.1 Die psychosozialen Problemlagen finden kaum den Weg zur Akutsozialarbeit.

Wie erwähnt, liegt der Schwerpunkt auf der medizinischen Versorgung der Patient*innen. Es nicht die Aufgabe von Rettungssanitäter*innen, psychosoziale Problemlagen zu erkennen. Zwar erfolgt der Hinweis auf psychiatrische Erkrankungen und deren Symptomatik, eine

differenzierte Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemlagen oder dem möglichen Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und medizinischen Symptomen erfolgt nicht. Es erfolgt keine Differenzierung zwischen psychischen, psychiatrischen und psychosozialen Problemlagen. Eine Unterscheidung ist für Sanitäter*innen nicht möglich, weswegen die Auswahl der passenden Einrichtung, an die verwiesen wird, möglicherweise schwierig ist. Dennoch lässt sich erkennen, dass in den Einrichtungen, an die verwiesen wird oder verwiesen werden soll, Sozialarbeiter*innen beschäftigt sind. Die Patient*innen erhalten demnach Zugang zu Sozialer Arbeit, auch wenn dies nicht bewusst geschieht.

Durch die oberflächliche Auseinandersetzung mit der Thematik kann davon ausgegangen werden, dass Sanitäter*innen psychosoziale Problemlagen in der Praxis nicht oder nur selten zielsicher erkennen. Gesetzlich betrachtet ist es auch nicht ihre Aufgabe, wie oben beleuchtet wurde. Setzen sich Sanitäter*innen also nicht mit den sozialen Problemen ihrer Patient*innen auseinander, dann folgen sie den gesetzlichen Vorgaben zu ihrem Tätigkeitsbild. Verweisen sie nicht zur Akutsozialarbeit, dann ist dies nach Ausbildungsunterlagen und gesetzlichen Regelungen in Ordnung.

Damit zusammenhängend kann auch die Frage gestellt werden, ob eine theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik überhaupt ausreichend ist oder ob es Praxiserfahrung braucht, um psychosoziale Problemlagen zu erkennen. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass sowohl bei der Zwischenprüfung als auch bei der Abschlussprüfung der psychosoziale Bereich keinen Eingang gefunden hat.. Dadurch, dass dieses Thema nicht prüfungsrelevant zu sein scheint, kann die These aufgestellt werden, dass sich Sanitäter*innen auch nicht näher mit psychosozialen Problemlagen befassen und diese nach der Ausbildung in den Hintergrund ihrer Arbeit rücken.

3.5.2 Keine „zweite Chance“ für den Kontakt mit der Akutsozialarbeit

Der Rettungsdienst kann grundsätzlich ein Weg sein, wie psychosoziale Problemlagen zur Akutsozialarbeit kommen. Findet aber keine ausreichende Sensibilisierung der Sanitäter*innen statt, ist die Kette unterbrochen und die Patient*innen werden ins Krankenhaus gebracht, anstatt an sozialarbeiterische Einrichtungen verwiesen zu werden. Der Rettungsdienst, der „Hausbesuche“ bei Einsätzen im privaten Bereich macht, sammelt eine Vielzahl an Informationen, die auch für die Soziale Arbeit von Nutzen sein könnten. Es besteht allerdings die Gefahr, dass diese Informationen die Soziale Arbeit nicht erreichen, wenn der Bedarf an sozialarbeiterischer Intervention nicht erkannt wird. Nach Analyse der Daten kann davon ausgegangen werden, dass die Vielzahl an psychosozialen Problemlagen aufgrund der fehlenden Ausbildung in diesem Bereich nicht erkannt werden und demnach nicht adäquat betreut werden können. Stehen Verletzungen oder Erkrankungen im Zusammenhang mit den psychischen oder psychosozialen Problemlagen, ist eine Versorgung in einem Krankenhaus sinnvoll. Da dort ebenfalls Sozialarbeiter*innen beschäftigt sind, gäbe es theoretisch „eine zweite Chance“, dass die Soziale Arbeit – nicht die Akutsozialarbeit – auf die Thematik aufmerksam wird. Dabei zeigt sich allerdings folgendes Problem: Soziale Arbeit in den Krankenhäusern findet nicht in den Akutambulanzen oder der Notaufnahme statt, sondern im stationären Bereich. Diese „zweite Chance“ für den Kontakt mit der Sozialen Arbeit gibt es nur, wenn das Pflegepersonal der Akutstationen einen sozialarbeiterischen Bedarf erkennt und

dies sofort an die Sozialarbeiter*innen weiterleitet. Anhand eines Beispiels soll dies verdeutlicht werden:

Eine 75-jährige Patientin kommt um 01:00 Uhr nachts wegen Schmerzen nach einem Sturz in die Notaufnahme und wird dort behandelt. Besteht keine Notwendigkeit, die Patientin medizinisch zu überwachen, wird sie wenige Stunden später vom Rettungsdienst wieder nach Hause zurückgebracht. Mögliche psychosoziale Problemlagen finden in dieser Zeit nicht den Weg zur Sozialen Arbeit, weil

- Soziale Arbeit im Krankenhaus nicht auf Akutstationen tätig ist,
- Sozialarbeiter*innen im Krankenhaus in den Nachtstunden keinen Dienst versehen und
- diese Patientin zuhause am nächsten Tag wahrscheinlich nicht selbst Kontakt zu sozialarbeiterischen Stellen suchen wird, sondern bei erneuten Problemen wieder den Notruf wählt.

Anders wäre es, wenn diese Patientin stationär aufgenommen werden würde. Im Rahmen der Versorgung auf der Station oder am Ende ihres Aufenthaltes beim Kontakt mit dem Entlassungsmanagement könnte der Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung deutlich werden. Dies betrifft dann allerdings nicht mehr die Akutsozialarbeit, wie sie in dieser Arbeit dargestellt wird, sondern „klassische“ klinische Soziale Arbeit. Es gibt demnach keine „zweite Chance“ auf einen Kontakt mit der Akutsozialarbeit.

3.5.3 Braucht es eine Veränderung in der Sozialen Arbeit?

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung soll die Frage aufgeworfen werden, ob die Soziale Arbeit zu hohe Ansprüche an den präklinischen Bereich stellt. Herr W. beschreibt im Interview, dass es unmöglich sei, „fundierte Beratungskompetenz“ (vgl. TP 2020:21) ähnlich jener von Sozialarbeiter*innen, in der kurzen Zeit, die für diesen Bereich zur Verfügung steht, zu vermitteln (vgl. TP 2020:20-21). Er ist demnach der Ansicht, dass es nicht Sinn und Zweck der Sanitäter*innenausbildung ist, aus ihnen „zweitklassige“ Sozialarbeiter*innen zu machen, die nur über einen Teil des Wissens von Sozialarbeiter*innen verfügen. Dennoch ist bekannt, dass sich die Aufgaben des Rettungsdienstes verändert haben und dieser auch viele Aufgaben übernimmt, die eigentlich in den Zuständigkeitsbereich von Primärversorgungszentren fallen würden. Der Aufbau eines flächendeckenden Netzes aus Primärversorgungszentren steht erst am Anfang. Vorteile dieser Zentren ist die Verbindung von psychischer, sozialer und medizinischer Versorgung durch die Vielfalt an dort beschäftigten Professionen. Mit Stand März 2019 gab es Niederösterreich und Oberösterreich jeweils drei, in Wien zwei Primärversorgungszentren, die in Betrieb sind (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen 2020). Es bleibt abzuwarten, ob der Rettungsdienst weniger Einsätze in psychosozialen Bereich verzeichnen wird, wenn es mehr Primärversorgungszentren in Österreich gibt.

Da Akutsozialarbeit als solche per se noch nicht existiert, sondern sich einzelne Teams dieser Arbeit angenommen haben, kann es auch sein, dass die Bekanntheit dieser Interventionsmöglichkeit noch zu gering ist und aus diesem Grund noch keinen Eingang in die Ausbildungsunterlagen gefunden hat. Ob jene, die im September 2020 erscheinen werden, diesen Themenbereich eingearbeitet haben, bleibt offen. Auch kann die Frage aufgeworfen

werden, ob, wenn nicht in der Ausbildung selbst, so später in Weiterbildungen, die Soziale Arbeit als Kooperationspartnerin unter den Sanitäter*innen bekannt gemacht wird. Diese Arbeit kann nicht sagen, wieweit die Bestrebungen von Seiten der Sozialen Arbeit in diesem Bereich sind, es kann aber vermutet werden, dass es noch intensivere Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialen Arbeit braucht, um die Vernetzung zur Sozialen Arbeit ebenso selbstverständlich zu machen, wie den Transport in ein Krankenhaus.

Derzeit arbeiten Sozialarbeiter*innen in den Krankenhäusern nicht auf den Akutstationen, sondern sind grundsätzlich im stationären Bereich tätig, auch wenn, wie die persönliche Erfahrung zeigt, es auch hier vereinzelte Ausnahmen gibt. Dies erscheint sinnvoll, da Patient*innen die Akutstationen rasch wieder verlassen und möglicherweise keine ausreichende Zeit für Interventionen bleibt. Auch in den Nachtstunden könnte, wären zu diesen Zeiten Sozialarbeiter*innen im Dienst, keine direkte Vernetzung zu anderen Einrichtungen stattfinden, da auch sie geschlossen haben.

Aus Sicht dieser Arbeit braucht es...

- ... ein Konzept für die Akutsozialarbeit, wie es auch andere Einrichtungen der Sozialen Arbeit haben, auf Grundlage dessen auch Interventionen geplant und gesteuert werden.
- ... eine engere Kooperation mit den Rettungsdiensten zur Bekanntheitssteigerung und besseren Verweisung zur Sozialen Arbeit.
- ... eine Sensibilisierung der Rettungssanitäter*innen bereits in der Ausbildung, was Soziale Arbeit leisten kann und in welchen Einrichtungen Sozialarbeiter*innen anzutreffen sind.

3.5.4 Braucht es eine Veränderung im Rettungsdienst?

Aus den bereits oben genannten Punkten kann abgeleitet werden, dass Sanitäter*innen nicht ausgebildet sind, psychosoziale Problemlagen zu erkennen. Dennoch werfen die Ergebnisse die Frage auf, ob die Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*innen noch an die aktuellen Gegebenheiten angepasst ist, schließlich stammen die Grundgesetze dazu aus dem Jahr 2002 und sind zum Forschungszeitpunkt 18 Jahre alt. Der Dekurs in der Literatur zeigt auf, dass es eine Veränderung der Rettungssanitäter*innenausbildung braucht.

Verglichen mit anderen Ländern umfasst die Ausbildung zum*zur Rettungssanitäter*in wenige Stunden. Die Rettungssanitäter*innenausbildung in Österreich stellt die erste und grundlegendste Ausbildung in der klinischen Primärversorgung dar. Gesamt 260 Ausbildungsstunden sind dafür nötig. In Deutschland nennt sich die Basisausbildung „Rettungshelfer*in“ mit insgesamt 320 Stunden Ausbildung, in der Schweiz verfügen „Transporthelfer*in“ über die Basisausbildung, die 50 Stunden umfasst (vgl. Prause et. al 2017:502). Bis zum höchsten Ausbildungsniveau von „Notfallsanitäter*innen mit

Notfallkompetenzen⁸ (1.400 Stunden) in Österreich, „Notfallsanitäter*in“ (3.600 Stunden) in Deutschland und „Diplomierter Rettungssanitäter*in“ in der Schweiz (5.400 Stunden) (vgl. ebd.) summieren sich die Stunden deutlich. Im Ländervergleich zeigt sich bei dem Ausbildungsumfang ein deutlicher Unterschied. Hinzu kommt, dass beispielsweise die höchste Ausbildungsstufe in der Schweiz einen Matura- oder einen Fachmittelschulabschluss voraussetzt sowie ein Mindestalter von 22 Jahren erforderlich ist (vgl. Kantonsspital St.Gallen o.A.). Ähnlich verhält es sich mit der höchsten Ausbildungsstufe in Deutschland, die eine dreijährige Ausbildung an einer Berufsfachschule umfasst (vgl. Walser Rettung o.A.). In Österreich sind lediglich 160 Einsatzstunden als Rettungssanitäter*in und die Absolvierung eines Einstiegstest die Voraussetzung, um mit der Notfallsanitäter*innenausbildung beginnen zu können (§ 40 (1) San-AV).

Neben den veralteten Gesetzen haben sich auch die Anforderungen an den Rettungsdienst verändert. So beschreibt Redelsteiner (2015:183) eine steigende Anzahl an Einsätzen bei gleichbleibender Zahl an Notfällen im notfallmedizinischen Sinne. Er geht davon aus, dass aufgrund weniger Hausärzten*Hausärztinnen und der alternden Bevölkerung in Österreich die Einsatzzahlen noch weiter steigen werden (vgl. ebd. 184). Der Rettungsdienst wird auch hier als Einrichtung beschrieben, die rund um die Uhr erreichbar ist und bei der die Hilfe direkt zu den Patient*innen kommt (vgl. ebd.). „Der Rettungsdienst erfüllt somit derzeit bereits in der Praxis Aufgaben der Primärversorgung von Patienten [und Patientinnen; Anm. d. Verf.], die durch allgemeine soziale, pflegerische und medizinische Problemstellungen entstehen.“ (ebd.) Somit erfüllt der Rettungsdienst – und im speziellen Rettungssanitäter*innen – eine Aufgabe, die eigentlich durch andere Einrichtungen übernommen werden sollte.

Weiters ist der Rettungsdienst in Österreich hauptsächlich durch Freiwillige gedeckt – und dieses ehrenamtliche Prinzip soll bei Veränderungen in der Rettungsdienstausbildung auch nicht in Frage gestellt werden (vgl. Pretebner 2017:2). Die geforderten Änderungen in der Ausbildung beziehen sich vor allem auf die höheren Ausbildungsstufen. Es gibt Überlegungen, diplomierte Notfallsanitäter*innen auszubilden (vgl. ebd.:7-11). Zugänglich soll diese Ausbildung sowohl freiwilligen als auch hauptberuflichen Sanitäter*innen sein und beginnt mit einem Assessment-Center zur Eignungsüberprüfung (vgl. ebd.:7). Diese Diplomausbildung soll drei Jahre dauern, 1.600 Stunden Theorie und 500 Stunden Praxis umfassen (vgl. ebd.:8). Ein Praxisjahr unter Supervision mit Abschlussprüfung und einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit runden dieses Ausbildungsmodell ab (vgl. ebd.). Ergänzend zur bestehenden Notfallsanitäter*innenausbildung sollen Kenntnisse unter anderem in den Bereichen „Einsatztaktik“, „Pharmakologie und Toxikologie“ und „Kommunikation und transkulturelle Kompetenz“ erworben werden (vgl. ebd.:10), ebenso kommen diagnostische Untersuchungen und Care Management hinzu (vgl. ebd.). Um eine solche Ausweitung der Ausbildung auch umsetzen zu können, bräuchte es eine Änderung des SanG sowie der San-AV (vgl. ebd.:11). Sozialarbeiter*innen könnten in Modul 1 „Soft-Skills“ im Umfang von 30 Präsenzstunden und 10 Einheiten Fernstudium die Inhalte vermitteln (vgl. ebd.:22).

⁸ Notfallsanitäter*innen können nach §§ 11-12 SanG und §§ 38-42 SanG zusätzliche Qualifikationen in den Bereichen Arzneimittelkunde, Venenzugang und Infusion und Intubation und Beatmung erwerben. Die Ausbildung in allen drei Zusatzqualifikationen stellt derzeit die höchste Ausbildungsstufe dar.

Eine andere Art der Ausbildung sieht die Fachhochschule St. Pölten vor. Hier ändern sich nicht grundsätzlich die Ausbildungsinhalte der Rettungssanitäter*innenausbildung, sondern diese Ausbildung wird zusätzlich angeboten. So können Studierende des Bachelor Studiengangs „Gesundheits- und Krankenpflege“ den Akademischen Lehrgang „Präklinische Versorgung und Pflege“ absolvieren (vgl. Fachhochschule St. Pölten o.A.a). In die Pflegeausbildung integriert sind die Rettungssanitäter*innen- und Notfallsanitäter*innenausbildung. Nach einem Vertiefungsmodul sind Absolvent*innen „Expert*innen in der präklinischen Versorgung und Pflege“ (vgl. Fachhochschule St. Pölten o.A.b.). Somit verfügen Absolvent*innen dieses Studiengangs neben der Expertise im klinischen auch jene im präklinischen Bereich. Dadurch kann ein umfassenderes Verständnis der Patient*innen möglich sein. Gewonnene Informationen über die Patient*innen aus dem Rettungsdienst kann ihnen in der klinischen Versorgung und danach von Vorteil sein.

Nicht bei der Ausbildung selbst, sondern bei der Leitstelle setzen die vorgeschlagenen Änderungen von Novosad und Wallner an. Die Sozialarbeiter haben ein Modell zur Abfrage von psychosozialen Problemen in der Leitstelle von Notruf NÖ entwickelt, das sozialarbeitsrelevante Problemlagen markiert und eine spezielle Bearbeitung dieser erkannten Problemlagen zuführt (vgl. Novosad / Wallner 2017:88). Weiters schreiben sie, dass durch fehlende Informationen und Ausschlusskriterien ein Einsatz als Notfall definiert wird, obwohl möglicherweise kein klassischer Notfall vorliegt und diese Definition nicht nur von der Leitstelle selbst sondern auch von den Sanitäter*innen vor Ort verlangt wird (vgl. ebd.:89). Sanitäter*innen vor Ort können nach Ausschluss medizinischer Probleme eine sozialarbeitsgestützte Triage anfordern, die klären soll, ob hier Unterstützung im psychosozialen Bereich nötig ist (vgl. ebd.). Diese Triage kann, wenn notwendig, weitergehende Unterstützungsmöglichkeiten einleiten (vgl. ebd.).

Zwei Ergebnisse aus der Literatur sollen abschließend angeführt werden. Bereits im Jahr 1993, also vor Inkrafttreten der derzeitig gültigen gesetzlichen Regelungen, hat eine Studie gezeigt, dass sich Sanitäter*innen nicht nur eine Erhöhung der Ausbildungsstunden wünschen (vgl. Müller 1995:330-332). Knapp zwei Drittel der befragten Personen haben damals auch angegeben, dass sie „psychologische Patient*innenbetreuung“ „häufig“ ohne Anwesenheit von ärztlichem Personal durchführen (vgl. ebd.:340). Damalige Sanitätshelfer*innen (Basisausbildung wie heute die Rettungssanitäter*innenausbildung) erhielten 76 Stunden theoretische und 100 Stunden praktische Ausbildung (vgl. ebd.:259). Eine Doppelstunde dieser Ausbildung war dem Bereich „Psychiatrische Notfälle; Augennotfälle, Kindernotfälle; Ertrinkungsunfall; Tauchunfall; Strahlenunfall“ gewidmet (vgl. ebd.:261). Aufgrund der umfassenden Themen in dieser Doppelstunde kann davon ausgegangen werden, dass der psychiatrische Teil nur sehr kurze Zeit in Anspruch genommen hat. Im Vergleich zu heute hat sich zwar die Anzahl der Ausbildungsstunden auf 260 erhöht, der psychosoziale / psychiatrische Ausbildung hat aber kaum an Stunden gewonnen. Zeitlich gesehen lassen sich keine genauen Stundenausmaße für den psychosozialen Bereich festlegen. Herr W. beschreibt, dass vier Stunden für den psychischen / psychiatrischen Bereich das Mindestmaß darstellen, unterschiedliche Landesverbände diesen Zeitraum aber erweitern können: Demnach räumt „der ASB LV Wien [...] in der Ausbildung für diesen Bereich einen gesamten Tag ein, der Schwerpunkt liegt hier eher auf psychiatrischen Themen, als (psycho-)sozialen

Notlagen.“ (TP 2020:13-15) Diese Unklarheit und Unterschiedlichkeit in der psychosozialen Ausbildung von Sanitäter*innen führt, so lautet eine These dieser Arbeit, zu unterschiedlicher Handhabung in der Praxis im Umgang mit diesem Themenbereich. Sanitäter*innen nehmen wahr, dass ihre Kompetenzen hier nicht ausreichend sind. Das kann zu Überforderung und Unsicherheit der Sanitäter*innen am Einsatzort führen. Dass auch Literatur aus Deutschland, beispielsweise Lasogga und Gasch bereits 1997 einen Veränderungsbedarf bei der psychosozialen Ausbildung gesehen hat, zeigt, dass dieses Problem kein neues ist. Sie zitieren Bengel und Kuntz aus dem Jahr 1995:

„Das Rettungsdienstpersonal ist für die psychische Erstbetreuung von Patienten [und Patientinnen; Anm. d. Verf.] und Unfallopfern nicht spezifisch ausgebildet. Die Rettungsassistenten [und Rettungsassistentinnen; Anm. d. Verf.] sind hier auf Intuition und eigene spezifische Erfahrungen angewiesen.“ (Bengel / Kuntz 1995:115; zit. in Lasogga / Gasch 1997:68)

Dass es dennoch so wenige Schritte zur Verbesserung gemacht wurden, verwundert an dieser Stelle.

Da die Ausbildungsunterlagen nach den gesetzlichen Regelungen zusammengestellt werden, lässt sich vermuten, dass ohne gesetzliche Änderungen keine Erhöhung der Stunden im psychosozialen Bereich möglich ist, da ansonsten der medizinische Schwerpunkt zu wenig intensiv ausgebildet werden kann. Ein „Alleingang“ der Einsatzorganisationen erscheint hier also nicht möglich. Möglicherweise könnten (verpflichtende) Fortbildungen im psychosozialen Bereich Abhilfe schaffen.

Zusammengefasst lassen sich folgende Punkte feststellen:

- Im Ländervergleich beinhaltet die erste Ausbildungsstufe der präklinischen Versorgung wenige Stunden, der Besuch von Fachschulen oder ähnlichem wie in Deutschland oder der Schweiz für höhere Ausbildungsstufen ist nicht nötig.
- Die gesetzlichen Grundlagen stammen aus dem Jahr 2002. Da diese nicht an die geänderten Rahmenbedingungen (beispielsweise älter werdende Bevölkerung, Veränderung der Anforderungen an den Rettungsdienst) angepasst sind, scheint eine Änderung der Gesetze sinnvoll. Die präklinische Versorgung, wie sie sich etwa Primärversorgungszentren zum Ziel gesetzt hat, ist nicht Aufgabe des Rettungsdienstes, wird derzeit aber teilweise von ihm übernommen.
- In der Literatur wird eine Veränderung der Ausbildung im präklinischen Bereich gefordert, etwa durch die Schaffung diplomierter Notfallsanitäter*innen. Vereinzelt Projekte zur Situationsverbesserung, wie etwa die Verbindung einer Pflegeausbildung mit der Notfallsanitäter*innenausbildung oder die Schaffung eines spezifischen Abfrageschemas für Leitstellen werden umgesetzt beziehungsweise diskutiert.
- Vor über 20 Jahren gab es bereits Forderungen nach einer veränderten Ausbildung, das Stundenausmaß erweiterte sich zwar, psychosoziale Problemlagen blieben dennoch ein verschwindend kleiner Teil der Rettungssanitäter*innenausbildung.

4 Zusammenfassung und weiterführende Forschungsansätze

Die Darstellung der Ergebnisse im Ergebniskapitel zeigt, dass es grundsätzlich nicht die Aufgabe von Sanitäter*innen ist, den psychosozialen Aspekt ihrer Patient*innen zu beachten. Einerseits sehen die gesetzlichen Regelungen es nicht vor und andererseits wird auch in der Ausbildung den gesetzlichen Bestimmungen gefolgt und der biologischen Notfallmedizin der Vorrang gegeben. Sanitäter*innen des ÖRK und des ASBÖ sind in der kompetenten medizinischen Unterstützung von Patient*innen geschult, die wichtigste Eigenschaft ist jene der medizinischen Erst- und Notversorgung. Bei der Versorgung der Patient*innen soll zwar neben der medizinischen Betreuung auch eine Betrachtung der Lebensumstände sowie der direkten Patient*innenumgebung erfolgen, die Hauptaufgabe der Sanitäter*innen ist dies allerdings nicht.

Obwohl die Ausbildung den gesetzlichen Regelungen aus dem Jahr 2002 entspricht (und daher ebenfalls veraltet ist), zeigt die Diskussion in der Literatur, dass es eine Veränderung im Rettungsdienst in Österreich braucht. Neben der älter werdenden Bevölkerung haben sich auch die psychosozialen Problemlagen verändert. Eine Tatsache, auf die die Ausbildung im Rettungsdienst nicht reagiert hat. Stattdessen übernimmt dieser nun Aufgaben, die eigentlich von Primärversorgungszentren erfüllt werden sollten.

Es gibt vereinzelte Projekte, um eine Verbesserung der Situation herbeizuführen. Die Rettungssanitäter*innenausbildung wurde in jene der Gesundheits- und Krankenpflege integriert, ein Modell zur „sozialen Triage“ bei den Leitstellen entwickelt. Eine österreichweite Änderung der Ausbildungsstandards fehlt allerdings.

Der Rettungsdienst kann eine Brücke zur Akutsozialarbeit sein, sofern die Problemlage erkannt wird und hat den Vorteil, dass vielschichtige Informationen, wie etwa den Betreuungs- oder Wohnungskontext, an die Soziale Arbeit weitergegeben werden können. Ob und in welcher Form eine Weitergabe an die Akutsozialarbeit erfolgt, kann durch diese Arbeit nicht festgestellt werden. Des weiteren ist unklar geblieben, ob Psychische Erste Hilfe auch in praktischen Übungen trainiert wird.

Unsicher bleibt, ob diese Inhalte Einzug in die Abschlussprüfung gefunden haben. Es bleibt unklar, ob die erwähnten Übersetzungstool bei Sprachschwierigkeiten oder das Nachfragen bei anderen Sanitäter*innen bei Unsicherheit auch tatsächlich umgesetzt werden. Diese Arbeit wirft somit eine Vielzahl an Fragestellungen auf, an denen weitere Forschungsprojekte anknüpfen können.

Ob ein festgestelltes (oder vermutetes) psychosoziales Problem den Weg zur Sozialen Arbeit oder zur Akutsozialarbeit finden, hängt zusammenfassend von folgenden Faktoren ab:

- Einsatzerfahrung der Sanitäter*innen und der Beruf, in dem die Sanitäter*innen tätig sind. Es kann vermutet werden, dass Sozialarbeiter*innen oder andere psychosoziale Fachkräfte oder speziell geschulte Personen auch im Dienst psychosoziale Problemlagen erkennen.

- Die medizinische Versorgung von Patient*innen steht im Vordergrund. Eine Unterscheidung zwischen Ursache und Wirkung kann schwierig sein. Es wird vermutet, dass im Zweifel der medizinischen Versorgung der Vorrang eingeräumt wird.
- Als dritter Punkt sind den Sanitäter*innen übergeordnete Stellen zu nennen. Wenn notärztliches Personal oder die Leitstellen Kenntnisse von Akutsozialarbeit haben, können diese auch empfohlen und an sie verwiesen werden.
- Auch der Zeitpunkt des Notrufes ist entscheidend. Haben Patient*innen in der Nacht Probleme und wenden sich an den Rettungsdienst, werden sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in ein Krankenhaus gebracht. Dort gibt es in den Nachstunden keine Sozialarbeiter*innen – es besteht die Gefahr, dass psychosoziale Problemlagen unentdeckt bleiben.

Ohne entsprechende Aus- oder Fortbildung gibt es keine Verweisung an sozialarbeiterische Stellen. Ohne Verweisung kann keine passende Hilfe in Anspruch genommen werden und für die Soziale Arbeit bleibt der Unterstützungsbedarf im Dunkeln.

Sensibilisierung und eine Erweiterung der Ausbildung im psychosozialen Bereich für Sanitäter*innen sind auf Grundlage der Analyse die beiden Erfordernisse die es braucht, damit psychosoziale Probleme bei den richtigen Stellen ankommen. Trotz der Psychischen Ersten Hilfe, die Sanitäter*innen erlernen, ist es genau das: Hilfe, die kurzzeitig und rasch erfolgt und das notwendigste abdeckt. Weitergehende und vor allem fundierte Betreuung und Beratung kann nicht erfolgen, Sanitäter*innen sind nach derzeitigem Stand nicht dafür ausgebildet.

Literatur

- Bengel, Jürgen / Kuntz, Volker (1995): Psychosoziale Aus- und Fortbildung von Rettungsassistenten. In: Ahnefeld, Friedrich (Hrsg) (1995): Ethische, psychologische und theologische Probleme im Rettungsdienst, Nottuln: Verlags- und Vertriebsgesellschaft des DRK Landesverbandes Westfalen-Lippe, 114-125.
- Böhmer, Veronika / Redelsteiner, Christoph / Zahorka, Florian (2020): Definition Akutsozialarbeit, unveröffentlicht.
- Egger, Josef (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: Psychologische Medizin, 16. Jahrgang, 2/2005, 3-12.
- Engel, George (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science, Volume 196, Nummer 4286, 1977, 129-136.
- Fachhochschule St. Pölten (o.A.a): Studium und Weiterbildung. Gesundheits- und Krankenpflege PLUS. Studieninhalte. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/gesundheits-und-krankenpflege/studieninhalte#/plus> [Zugriff: 28.04.2020].
- Fachhochschule St. Pölten (o.A.b): FH-Bachelor Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege PLUS Akademischer Lehrgang präklinische Versorgung und Pflege. <https://www.fhstp.ac.at/de/mediathek/pdfs/infoblaetter/akademischer-lehrgang-praeklinische-versorgung-und-pflege.pdf> [Zugriff: 29.04.2020].
- Flick (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge, 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kantonsspital St.Gallen (o.A.): Startseite. Dipl. Rettungssanitäter/in HF. <https://www.kssg.ch/dipl-rettungssanitaeterin-hf> [Zugriff: 28.04.2020].
- Krisenhilfe OÖ (o.A.a): Krisenhilfe Oberösterreich. Über uns. Unser Angebot. <https://www.krisenhilfeooe.at/%C3%BCber-uns/unser-angebot/> [Zugriff: 14.01.2020].
- Krisenhilfe OÖ (o.A.b): Krisenhilfe Oberösterreich. Über uns. Unser Team. <https://www.krisenhilfeooe.at/%C3%BCber-uns/unser-team/> [Zugriff: 14.01.2020].
- Lasogga, Frank / Gasch, Bernd (1997): Notwendigkeit von Psychischer Erster Hilfe. In: Bengel, Jürgen (Hrg.) (1997): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

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

Magistrat der Stadt Wien (o.A.): wien.at. Menschen und Gesellschaft. Sicherheit. Krisenmanagement und Akutbetreuung. Akutbetreuung. AkutBetreuungWien – Psychosoziale Betreuung in Notfallsituationen. <https://www.wien.gv.at/menschen/sicherheit/krisenmanagement/akutbetreuung/> [Zugriff: 14.01.2020].

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

Müller, Christian (1995): Analyse und Strategien in der notfallmedizinischen Ausbildung des nichtärztlichen Sanitätspersonals im Rettungsdienst, Schriftenreihe zur Soziale- und Gesundheitssystemforschung sowie Gesundheitsökonomie der Österreichischen Akademie für Gesundheitswesen, Band 7, 3. Auflage, Wien: Ö.A.G.W., https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XX/SNME/SNME_07162/imfname_615261.pdf [Zugriff: 28.04.2020].

Notruf NÖ GmbH (o.A.): AKUTteam Niederösterreich. Idee und Hintergrund. <https://akutteam.at/idee/> [Zugriff: 14.01.2020].

Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2020): Versorgungskarte. <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Zugriff: 28.04.2020].

Österreichisches Rotes Kreuz (2018): Ausbildung Rettungssanitäter Modul 1, 7. Auflage, Version September 2018, Wien.

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

Prause, Gerhard / Wildner, Gernot / Gemes, Geza / Zoidl, Philipp / Zajic, Paul / Kainz, Johann / Pock, Markus / Trimmel, Heidi (2017): Abgestufte präklinische Notfallversorgung – Modell Graz. In: Notfall und Rettungsmedizin, 20/2017, 501-508.

Preterebner, Karl (2017): Ausbildungsstruktur des österreichischen Rettungswesen NEU. Rettungssanitäter/innen. Notfallsanitäter/innen. Diplomierte Notfallsanitäter/innen. ÖGB/ARGE-FGV für Gesundheits- und Sozialberufe. https://www.fgv.at/files/pdf/2017_Rettungswesen-NEU.pdf [Zugriff: 28.04.2020].

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate Patientinnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. 09/2013, St.

Pölsen. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/256/412.pdf> [Zugriff: 14.01.2020].

Redelsteiner, Christoph (2015): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit. 13/2015, St. Pölsen. <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/361/635.pdf> [Zugriff: 14.01.2020].

Schulz von Thun,, Friedemann (2001): Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen, Sonderausgabe 2001, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Sonneck, Gernot / Kapusta, Nestor / Tomandl, Gerald / Voracek, Martin (Hrg.) (2016): Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Auflage, Wien: Facultas Universitätsverlag.

Wallner, Stefan (2017): Grundlagen und Verortung im Gesamtsystem. In: Novosad, Heinz / Wallner, Stefan (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen. Masterthese FH St. Pölsen.

Walser Rettung (o.A.): Ausbildung. <http://www.walser-rettung.at/ausbildung.html> [Zugriff: 28.04.2020].

Daten

ITV1, Interview, geführt von Jacqueline Zeilinger mit Herrn W., telefonisch am 18.03.2020, ohne Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Iris Niederleitner mit Herrn H., persönlich am 02.03.2020 in Oberösterreich, Audiodatei.

TP, Telefonprotokoll des ITV1, erstellt von Jacqueline Zeilinger am 18.03.2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

T, Transkript des ITV2, erstellt von Iris Niederleitner am 17.03.2020, adaptiert von Jacqueline Zeilinger, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

ABW = Akutbetreuung Wien

Akutteam = AKUTteam Niederösterreich

ASB Wien = Arbeiter-Samariter-Bund Wien

ASBÖ = Arbeiter-Samariter-Bund Österreich

B-KJHG = Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz)

etc. = et cetera

FSW = Fonds Soziales Wien

ggfs. = gegebenenfalls

GSD = Gesundheits- und Soziale Dienste

KI-Team = Kriseninterventionsteam

LV NÖ = Landesverband Niederösterreich

Notruf NÖ = 144 Notruf Niederösterreich

NÖ RDG = Niederösterreichisches Rettungsdienstgesetz

OÖ = Oberösterreich

OÖ Rettungsgesetz = Gesetz über das Hilfs- und Rettungswesen im Land Oberösterreich

ÖRK = Österreichisches Rotes Kreuz

RIS = Rechtsinformationssystem des Bundes

RK OÖ = Rotes Kreuz Oberösterreich

San-AV = Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter (Sanitäter-Ausbildungsverordnung)

SanG = Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitättergesetz)

UbG = Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz)

vgl. = vergleiche

WRKG = Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz

Abbildungen

Abbildung 1 (2020): Möglicher Ablauf akutsozialarbeiterischer Arbeit, eigene Darstellung.

Abbildung 2 (2020): Hauptkategorien der Analyse, eigene Darstellung.

Abbildung 3 (2020): Erkennen psychosozialer Problemlagen im Rettungsdienst, eigene Darstellung.

Abbildung 4 (2020): Auszug Auswertung (Anhang), Screenshot des Programms „MAXQDA“, eigener Screenshot.

Tabellen

Tabelle 1 (2020): Samplingplan, eigene Tabelle.

Tabelle 2 (2020): Auszug Rechercheprotokoll, eigene Tabelle.

Anhang

Leitfaden der Interviews

Einleitung (Dank für das Interview, Datenschutzerklärung, Darstellung des Projekts und der Forschungsarbeit)

Welche Aufgaben haben Sie beim Roten Kreuz / beim Arbeiter-Samariter-Bund?

Welche gesetzlichen Vorgaben liegen der Sanitäter*innenausbildung zugrunde?

Wie gestaltet sich die Ausbildung der Sanitäter*innen in der Praxis?

Wo liegt der Schwerpunkt in der Tätigkeit von Rettungssanitäter*innen?

In welcher Weise unterscheidet sich die Ausbildung von Sanitäter*innen in den einzelnen Bundesländern?

Wie wird im Alltag von Sanitäter*innen mit psychosozialen Problemlagen umgegangen?

Gibt es Fortbildungen im psychosozialen Bereich?

Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten?

Auszug Transkript

I = Interviewerin

B = Befragter

Zeilen 276-313

I: Okay und was lernen da die Sanitäterinnen und Sanitäter in der Ausbildung über psychosoziale Problemlagen?

B: Ja, das ist eben genau das Stichwort, und do drinnen diese psychischen Geschichten, aber natürlich nur in der rudimentären Ausbildung, was es halt alles gibt und wie sie halt mit diese Schlagworte, die man halt überall in den Ausbildungen findet, wie man halt da mit dem einzelnen Krankheitsbild vielleicht im Grunde umgeht. Wenns die Zeit zulässt, dass man halt was formuliert, dass man Zuspruch macht, dass man sagt jetzt nicht hektisch wird sondern versucht das Problem zu erkennen, dass man sagt okay haben Sie wen, mit dem Sie reden können? Dass man dort die Schiene dorthinbringt, dass man entweder Angehörige alarmiert, also die anruft und sagt wissens eh, da ist ein Redebedarf da. Vielleicht gibts einen Nachbarn oder Nachbarin, die das mit übernehmen können. Also sonst wieder der Verweis auf die Psychosozialen Notdienste. Also auch wenn die Gefahr eines Suizids im Raum steht, gibts auch jemanden, der auch theoretisch kommt. Wenn das was akutes ist, heißt das für uns Gefahr in Verzug und dann müssten wir rein theoretisch, praktisch die Polizei rufen und dann gehts halt richtig los. Und das hinterlässt dann Spuren. Ganz klar. Weil wenn man Mal amtszeitig festgesetzt wird, der Amtsarzt kommt und darüber befunden wird, ob man selbst gefährdet ist... ja das ist dann schon Mal eine gewisse Schwelle, die man versucht natürlich so niedrig wie möglich zu halten, wenns nicht sein muss.

I: Okay, das heißt da wird eigentlich schon relativ viel über psychosoziale Probleme in der Ausbildung auch angesprochen, also Krankheitsbilder, wie damit umgegangen wird haben Sie gesagt und auch sowas wie die Einbindung von Nachbarn und so. Wird das gemacht dann auch?

I: Ja genau. Also wir schauen dann auch, dass wir da nicht zwei Rookies, zwei junge miteinander schicken, sondern, dass halt jemand da ist, der schon gewisse Einsatzerfahrung hat. Und die sollen das dann miteinander machen. Das ist ja nicht so, dass wir wen rausstellen und sagen ja, das ist so. Sondern die Ausbildung ist ja nur ein Fundament. Und das sagt ja auch nicht aus, wenn jetzt jemand aus der Ausbildung rauskommt, deine eine hat einen Fall, der andere hat vielleicht 10 Jahre nix und dann vielleicht einen, der andere hat vielleicht fünf hintereinander. Und da ist natürlich dann auch der Unterschied, wo ich mich aufhalte. Das heißt... ich nehme jetzt irgendeine Gemeinde her, ich sag jetzt Mal in Steinerkirchen. Steinerkirchen ist von Lebensform von den Umständen, die dort sind wesentlich anders als Wels, Linz, oder von mir aus Graz oder Wien. Und dort hat halt jede Umgebung ihre Besonderheiten. Also in der Stadt ist es eher Mal, dass es ein Problem gibt, was man vielleicht am Land eher nicht so sehr hat. Und das machts natürlich dann auch aus. Wenn ich jetzt nochmal Steinerkirchen hernehme, wenn dort wer hinkommt, das ist natürlich nicht...

Auszug Telefonprotokoll

Zeilen 1-39

Zur Person:

Herr W. [anonymisiert] ist Rettungssanitäter, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision. Beim ASBÖ in Wien ist er als Trainer für den psychosozialen und psychiatrischen Bereich zuständig.

Zu den gesetzlichen Vorgaben der Sanitäter*innen-Ausbildung:

Das SanG und die San-AV geben nur wenige Vorgaben zur Ausbildung von Sanitäter*innen vor. Aufgebaut ist die Ausbildung der Sanitäter*innen als ein eher schulisches System, als Kurskonzept. Verglichen mit anderen Gesundheitsberufen, ist der Kurs für Sanitäter*innen mit 10 100 Stunden im theoretischen Teil zeitlich sehr kurz, es bleibt wenig Zeit für den psychischen/psychiatrischen/psychosozialen Bereich. Die Ausbildungsverordnung sieht lediglich vier Stunden für Angewandte Psychologie und Stressbewältigung vor, der ASB LV Wien räumt in der Ausbildung für diesen Bereich einen gesamten Tag ein, der Schwerpunkt liegt hier eher auf psychiatrischen Themen, als (psycho-)sozialen Notlagen.

Auf die Frage, wieso dem so ist (ob da zeitliche Ressourcen oder der anders festgelegte Tätigkeitsbereich der Sanitäter*innen der Grund dafür ist), gibt Herr W. [anonymisiert] an, dass wahrscheinlich beide Punkte zutreffen würden und es in der Ausbildung der Sanitäter*innen eine Schwerpunktsetzung brauche. Es sei nicht möglich, in den wenigen Stunden den Sanitäter*innen – im Gegensatz zu Studierenden der Sozialen Arbeit oder der Pflege – fundierte Beratungskompetenz zu vermitteln.

Generell habe er den Eindruck, dass in Österreich die Thematik der psychosozialen Notlagen kaum gelehrt werde, solange sie nicht in weiterer Folge dann psychiatrisch relevant werden könnten. Es gäbe auch leider keine klaren Vorgaben durch den Gesetzgeber dazu. Er würde es persönlich sehr begrüßen, wenn es in diesem Feld mehr Ausbildung dazu geben würde. Einerseits würde das den Patient*innen nicht gerecht werden und andererseits entspricht die aktuelle Vorgehensweise nicht den Entwicklungen der Praxis und der aufgezeigten Entwicklung in der Literatur. Vor allem in Wien als Ballungszentrum, wo die psychosozialen Einsätze in den Rettungsdiensten zunehmen und auch die (oft von Sanitäter*innen als solche erlebten) Fehleinsätze steigen. Hier werde fehlendes psychosoziales Interventionsrepertoire für Notlagen besonders sichtbar.

Unterscheiden sich die Ausbildungsunterlagen in den einzelnen Bundesländern?

Herr W. [anonymisiert] habe keine genauen Einblicke in die Unterlagen der anderen Bundesländer, die wesentlichen Inhalte würde sich aber sicher decken. Eher an den Randbereichen würden Unterschiede zu finden sein, und auch die psychosozialen Problemlagen würden als Randbereich wahrgenommen. Es freue ihn zu sehen, dass, wenn schon nicht in der Ausbildung selbst, dann zumindest im Bereich der Fortbildungen zunehmend mehr möglich gemacht werde.

Auszug Auswertung

Abbildung 4 zeigt einen Ausschnitt aus der Hauptkategorie „Rettungsdienst“, aus der sich im Analyseverlauf weitere Subkodes ergeben haben. Dargestellt wurde dieser Ausschnitt mit Hilfe der Software „MAXQDA“ mit dem Befehl „Summary Grid“.

Codierte Segmente (108)					
System	Inter...	Tele...	Kapi...	Kapi...	Kapi...
System					
! Sonstiges					
! Struktur des ÖRK					
! GSD					
! Rettungsdienst					
! Ausbildung					
! Benennung der Zielgruppe					
! sozialarbeiterisch relevante Be...					
! örtliche Begebenheiten					
! Vielfalt der Helfenden					
! fachliches Vorgehen					
! menschliches Verhalten					
Summary					
Sanitäter*innen des ÖRK sind in der kompetenten medizinischen Unterstützung von Patient*innen geschult, die wichtigste Eigenschaft ist jene des "Helfens". Bei der Versorgung der Patient*innen soll neben der medizinischen Betreuung auch eine Betrachtung der Lebensumstände sowie die direkte Patient*innenumgebung beachtet werden und weitergehen beurteilt werden, wie hier eventuell auch in anderer Weise geholfen werden kann. Diese Hilfe soll aus den Kreisen des ÖRK stammen, wenn es nötig ist. Dazu müssen die Sanitäter*innen wissen, was sie tun, in ihrem Handeln sicher sein und auch die anderen Angebote des ÖRK kennen.					
Haltung von Sanitäter*innen: Sanitäter*innen muss klar sein, dass Patient*innen nicht ohne Grund die Rettung alarmieren sondern weil die Selbsthilfekompetenzen für die gerade aktuelle Situation nicht mehr ausreichen. Es soll den Sanitäter*innen bewusst sein, dass keine Person ohne einen triftigen Grund die Gesundheit und die körperliche Unversehrtheit völlig Fremden Personen anvertraut und damit ein Stück Eigenverantwortung abgibt. Wichtig ist es daher, dass Sanitäter*innen sichere Rahmenbedingungen schaffen (ausreichende Informationsbereitstellung zur Verminderung von Unsicherheit, stillen der emotionalen Bedürfnisse durch Kommunikation, psychische Erste Hilfe leisten). Die Anhängigkeit, in der sich Patient*innen befinden, dürfen die Sanitäter*innen sie*ihn nicht spüren lassen und trotz dieser Abhängigkeit sollen die Selbstbestimmungsrechte gewahrt bleiben können.					
Eine positive Atmosphäre unterstützt den Genesungsprozess.					
Menschen reagieren völlig unterschiedliche auf kritische Ereignisse. Wie die Menschen darauf reagieren, hängt von ihren Erfahrungen und Fähigkeiten ab. Dazu zählen die Stärken eines Menschen, die Art des Ereignisses, das Alter und auch der kulturelle Hintergrund spielen eine Rolle. Herausgehoben wird auch, dass die Reaktion auf ein Ereignis auf von der Unterstützung, die der betroffene Menschen von anderen Personen erhält, abhängig ist.					
Psychische Erste Hilfe ist eine Aufgabe von Sanitäter*innen. Dazu werden in den Ausbildungsunterlagen folgende Punkte benannt: - Kommunikation über verbale (Sprache) und nonverbale (Gestik, Mimik, Körperhaltung) Elemente. - verbal: Die verbale Kommunikation dient vor allem der Weitergabe von					
nur ein Teil 7:449 - 7:452 (0)					
estik und Mimik sowie Körperhaltung 7:508 - 7:513 (0)					
ransportieren viel ehrlicher und direkter Emotionen, 7:546 - 7:597 (0)					
Jeder Mensch spricht in seiner ei- genen Art und Weise und bewertet auch empfangene Nachrichten ganz individuell. 7:754 - 7:868 (0)					
r Sozinformationen 7:936 - 7:955 (0)					
unbewusste Ausdruck von eigenen Gefühlen und Einstellungen. 7:994 - 7:1055 (0)					
vier Aspekte einer Nachricht 7:1112 - 7:1139 (0)					
Sozinholt 7:1215 - 7:1224 (0)					
Appell 7:1378 - 7:1384 (0)					
motivieren, 7:1540 - 7:1550 (0)					
Vorgang unterlassen 7:1706 - 7:1724 (0)					
Beziehung 7:1842 - 7:1850 (0)					
unbewusster					

Abbildung 4: Auszug Auswertung

Auszug Rechercheprotokoll

Die folgende Tabelle zeigt einen Ausschnitt aus den Rechercheergebnissen im Rahmen der Recherche der Projektgruppe „Emergency Duty Social Work“ und enthält die bereits gefilterten Ergebnisse nach intensiver Auseinandersetzung mit den Ergebnissen. Rechercheergebnisse, die in dieser Arbeit verwendet wurden, finden sich auch im Literaturverzeichnis.

Datum	Suchbegriff	Plattform	Ergebnisse
05.10. 2019	„Versorgungsebenen“	„Google“	Hauptverband der Sozialversicherungen (o.A.): Fünf typische Wege ins Gesundheitssystem. Die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette. http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564419&version=1391184560 [Zugriff: 05.10.2019].
01.02. 2020	„Krise in der Sozialen Arbeit“	„Google Scholar“ und „Google“	Lindner, Kathrin (2009): Krise als Chance – Depression als Weg. Krisenmanagement als Hilfsansatz in der Sozialarbeit, Sozialwissenschaften, Band 17, Marburg: Tectum Verlag. Höhne, Thomas (2012): Die Krise als Chance? Eine habitustheoretische Dekonstruktion des Bewältigungsbegriffs. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 37/2012, 403-420.
13.02. 2020 – 15.02. 2020	„psycho-sozialer Notfall“	Springer	Luiz, Thomas (2008): Der psychosoziale Notfall. In: Notfall + Rettungsmedizin, 11/2008, 547-551. Sefrin, Peter / Ripberger, Gerald (2008): Stellenwert des Notarztes im Rahmen der Bewältigung psychosozialer Probleme. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin, 45/2018, 55-63. Redelsteiner, Christoph (2018): Der Rettungsdienst als Gatekeeper medizinischer und sozialer Dienste. In: Neumayr, Agnes / Baubin, Michael / Schinnerl, Adolf (Hrg.) (2018): Herausforderung Notfallmedizin. Innovation – Vision – Zukunft, Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 107-117. Madler, Christian / Kreimeier, Uwe (2009): Die soziale Dimension der Notfallmedizin. In: Notfall + Rettungsmedizin, 12/2009, 7-8. Völker, Maria / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. Mitarbeiter benötigen Unterstützung im Umgang mit diesen Patienten. In: ProCare. Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege, 21/2016, 14-23.

Tabelle 2: Auszug Rechercheprotokoll

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Jacqueline Zeilinger**, geboren am **18.12.1996** in **Amstetten**, 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,

Neufurth, am **29.04.2020**

Zeilinger Jacqueline

Unterschrift