

Dokumentation an der Schnittstelle Rettungsdienst und Sozialarbeit

Eine nicht genutzte Ressource?

Anna Christine Zeilinger, 1810406034

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 12.05.2021

Version: 1

Begutachter*in: Sabina Frei, BA, MA

Abstract

Die vorliegende empirische Forschungsarbeit konzentriert sich auf die Einbeziehung der Dokumentation der Sozialen Arbeit bei der Übergabe vom Rettungsdienst von Patient*innen an ein Primärversorgungszentrum. Das Datenmaterial wurde im Zuge von durchgeführten Interviews via Zoom oder schriftlich erhoben und anschließend mit der Methode des offenen Kodierens, beruhend auf der Grounded Theory von Corbin und Strauss, ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Übergabe dokumentiert wird und die Sozialarbeit erst zu dokumentieren beginnt, wenn eine Überweisung erfolgt. Weiter ist eine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit kaum vorhanden und der Reiter Soziales einen großen Nutzen für Patient*innen und etwaige Professionen mit sich bringen würde.

This empirical research focuses on the inclusion of social work documentation in the transfer from ambulance service of patients* to a primary care center. Data was collected during conducted interviews via Zoom or in writing and subsequently analyzed using the open coding method based on Corbin and Strauss' Grounded Theory. The results show that handoff is documented and social work does not begin documenting until a referral is made. Further, an interface between EMS and social work is almost non-existent and the social rider would bring a great benefit to patients and any professions.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Themeninteresse und Vorannahmen	2
2.1	Themeninteresse.....	2
2.2	Vorannahmen.....	2
3	Forschungsrelevante Begrifflichkeiten	3
3.1	Primärversorgung.....	3
3.2	Dokumentation der Sozialen Arbeit.....	4
3.3	Rettungsdienst.....	4
3.4	Berufsbild Rettungssanitäter*in.....	5
3.5	Elektronische Gesundheitsakte (ELGA).....	5
4	Forschungsdesign	6
4.1	Forschungsfragen.....	6
4.1.1	Hauptforschungsfrage.....	6
4.1.2	Unterfragen.....	6
4.2	Erhebungsmethoden.....	6
4.2.1	Auswahl der Interviewpartner*innen.....	7
4.2.2	Datenmaterial von Kolleg*innen des Forschungsprojektes.....	7
5	Ergebnisdarstellung und -diskussion	7
5.1	Dokumentation der Sozialarbeit und des Rettungsdienstes.....	8
5.1.1	Dokumentation des Rettungsdienstes.....	8
5.1.2	Dokumentation der Sozialarbeit.....	8
5.1.3	Unterschiede der Dokumentation.....	8
5.1.4	Dokumentation der Übergabe der Patient*innen.....	9
5.1.5	Zusammenfassung und Interpretation.....	10
5.2	Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialarbeit.....	11
5.2.1	Vorhandenes Wissen der Rettungssanitäter*innen über ein Primärversorgungszentrum.....	12
5.2.2	Geeignetes System bei der Übergabe.....	12
5.2.3	Schnittstelle Rettungsdienst und Sozialarbeit.....	13
5.2.4	Zusammenfassung und Interpretation.....	14
5.3	Reiter Soziales.....	16
5.3.1	Nutzen.....	16
5.3.2	Kritikpunkte aus Sicht des Rettungsdienstes.....	17
5.3.3	Kritikpunkte aus Sicht der Sozialarbeit.....	17
5.3.4	Zusammenfassung und Interpretation.....	17
5.4	Primärversorgungszentren unterstützen die Entlastung der Krankenhäuser nicht immer	19
6	Resümee	20
6.1	Beantwortung der Forschungsfragen.....	20

6.1.1	1. Unterfrage.....	20
6.1.2	2. Unterfrage.....	20
6.1.3	3. Unterfrage.....	21
6.1.4	Hauptforschungsfrage	21
6.1.5	Fazit.....	22
6.2	Forschungsausblick.....	22
Literatur		24
Daten		26
Abkürzungen		26
Anhang.....		I
Eidesstattliche Erklärung		VI

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurde an der Fachhochschule St. Pölten, im Rahmen unterschiedlicher Bachelor-Forschungsprojekte, im Bereich Primärversorgung in Österreich geforscht. Hierbei lag der Fokus vor allem auf sozialarbeiterischen Handlungskonzepten, konkreten Praxisansätzen und -methoden, sowie der Einbindung der Sozialen Arbeit in die Primärversorgung (vgl. FH St. Pölten 2019:o. A.; FH St. Pölten 2020:o. A.).

In diesem Jahr liegt das Hauptaugenmerk auf der Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung (vgl. FH. St. Pölten o. A.). Innerhalb des Projektes vertieften sich die Studierenden in unterschiedliche Teilbereiche und entwickelten spezifische Forschungsfragen.

So entstehen elf Einzelarbeiten zu individuellen Themen und gleichzeitig ein gemeinsamer Output im Rahmen des Gesamtforschungsprojektes in Form eines Papers zur Dokumentation in der Primärversorgung.¹

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Einbeziehung der Dokumentation der Sozialen Arbeit bei der Übergabe vom Rettungsdienst von Patient*innen an ein Primärversorgungszentrum. Da bei der Tätigkeitsausübung als Rettungssanitäterin bereits einige Erfahrungen von Übergaben der Patient*innen in verschiedenen Krankenhäusern gesammelt werden konnten und hierbei keine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit vorlag, wurde der Fokus auf diese Schnittstelle und deren Dokumentation gelegt.

Anfänglich werden das Themeninteresse und die Vorannahmen dargelegt und anschließend die forschungsrelevanten Begrifflichkeiten definiert. Daraufhin wird auf die Forschungsfragen und die Erhebungsmethoden eingegangen. Im nachfolgenden Hauptteil werden Forschungsergebnisse dargestellt und interpretiert. Der Abschluss präsentiert die Beantwortung der Forschungsfragen und einen kurzen Forschungsausblick.

Abschließend sollte an dieser Stelle festgehalten werden, dass diese wissenschaftliche Arbeit unter erschwerten Bedingungen entstanden ist. Durch die anhaltende COVID-19 Pandemie und den daraus resultierenden Maßnahmen, war es mühsamer Interviews zu führen, um relevante Ergebnisse zu erzielen.

¹ Dieser Absatz wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst.

2 Themeninteresse und Vorannahmen

2.1 Themeninteresse

Das Interesse dieser Forschungsarbeit begründet sich auf die Relevanz der Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialen Arbeit in einem Primärversorgungszentrum. Durch meine ehrenamtliche Tätigkeit beim Roten Kreuz sind mir Transporte von Patient*innen, welche zu Hause nicht mehr ausreichend versorgt werden können, durchaus bekannt. Da solche Patient*innen bisher bevorzugt ins Krankenhaus gebracht worden sind, werden nicht nur medizinische Informationen an Pflegekräfte weitergegeben.

Da nun aber auch die Möglichkeit besteht, die betroffenen Personen zur Primärversorgung in ein Primärversorgungszentrum zu bringen, können etwaige schlimmere Krankheiten (zum Beispiel ein Herzinfarkt) ausgeschlossen werden. Dadurch kann diese notwendige Information zur weiteren Versorgung zu Hause auch im Primärversorgungszentrum weitergegeben werden. Das Forschungsinteresse lag auf der Übergabe der Patient*innen vom Rettungsdienst an die Mitarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum und die Frage, ob die Sozialarbeit in diesem Fall eine Rolle spielt. Weiters baut auf diese Schnittstelle auf, ob ein Reiter Soziales bei der E-Card sinnvoll ist, um zum Beispiel die Sozialarbeit, aus der Sicht der Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum zu erleichtern.

2.2 Vorannahmen

Der Rettungsdienst hat einen sehr guten Einblick in das private Umfeld der Patient*innen und nimmt die Umgebung ganz individuell wahr. Wenn es offensichtlich ist, dass sich der*die Patient*in nicht mehr alleine versorgen kann oder die Person dringend Unterstützung benötigt, wird dies dem Pflegepersonal im Krankenhaus, von den Rettungssanitäter*innen, übergeben. Diese relevanten Informationen werden leider nicht immer an die Sozialarbeit oder Überleitungspflege weitergegeben, wie ich selbst aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Dies hat zur Folge, dass die Patient*innen entlassen werden und zu Hause dennoch keine geeignete Versorgung stattfindet.

Aus diesem Grund liegt die Vermutung sehr nahe, dass es in einem Primärversorgungszentrum ähnlich abläuft und die Rettungssanitäter*innen zwar auf die Versorgungsproblematik zuhause aufmerksam machen, jedoch die Sozialarbeit nicht direkt eingeschaltet wird bzw. diese relevanten Informationen auch nicht direkt dokumentiert werden. Weiters bin ich der Annahme, dass die Rettungssanitäter*innen und die Sozialarbeiter*innen kaum bis keinen zwischenmenschlichen Kontakt innerhalb eines Primärversorgungszentrum haben, weswegen es keinen direkten Austausch an dieser Schnittstelle geben kann.

3 Forschungsrelevante Begrifflichkeiten

3.1 Primärversorgung²

Das Österreichische Forum Primärversorgung (ÖFOP) nimmt bei der Begriffsdefinition der Primärversorgung, oder auch Primary Health Care, Bezug auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Erklärung von Alma Ata 1978 (vgl. WHO 1978):

Die Primärversorgung ist „ein essentieller und zentraler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Es ist die erste Versorgungsebene, mit der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten und stellt somit das erste Element eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses dar. Sie umfasst gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen. Sie fördert die Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten und ist ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Versorgungskonzept.“ (ÖFOP 2021).

Es geht also darum, die erste Stufe einer niederschweligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung möglichst wohnort- und zeitnah sicherzustellen. Diesem Ziel folgend, entstanden seit der Gesundheitsreform 2013 die ersten Primärversorgungseinheiten (PVE). Hierzu zählen sowohl Primärversorgungszentren (PVZ), in welchen die Betreuung der Patient*innen innerhalb eines Standortes sichergestellt wird, als auch die Primärversorgungsnetzwerke (PVN), die eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Praxen darstellt (vgl. Ventura 2020:97).

Die Grundlage der Primärversorgungseinheiten bilden das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) und das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), welche sich mit den Eckpunkten der Definition der Primärversorgung, dem Team, den Anforderungen und dem Leistungsumfang, sowie dem Versorgungskonzept und weiteren organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, beschäftigen (vgl. Halmich 2019:10ff).

In der Auseinandersetzung mit dem Team innerhalb der Primärversorgung ist festzustellen, dass dieses entsprechend den regionalen Erfordernissen angepasst ist. Somit sind nicht immer alle grundsätzlich vorgesehenen Gesundheits- und Sozialberufe auch tatsächlich in den einzelnen Primärversorgungseinheiten vertreten. Immer vertreten sein muss jedoch das sogenannte Kernteam, bestehend aus Allgemeinmediziner*innen, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Ordinationsassistent*innen. Erweitert wird dieses Kernteam je nach Bedarf durch das sogenannte erweiterte Team, zu welchem neben Professionen wie Diätologie, Ergotherapie, Psychotherapie und vielen weiteren, auch die Soziale Arbeit zählt (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2014:14f).

² Dieses Kapitel wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst.

3.2 Dokumentation der Sozialen Arbeit

Die Dokumentation der Tätigkeiten der Sozialen Arbeit hat einerseits einen Mehrwert für die jeweiligen Sozialarbeiter*innen und andererseits erfüllt sie die Qualitätssicherung.

Die Politiker*innen drohen mit Einsparungen, sollten gewisse Fallzahlen nicht erfüllt werden und in der Jahresstatistik nicht ausgewiesen werden können, weswegen die Sozialarbeiter*innen alles akribisch dokumentieren. Durch die Dokumentationen wird versucht einen weiteren Abbau der Stellen zu verhindern.

Ruth Brack geht darauf ein, dass nicht nur die Politiker*innen einen Nutzen aus der systematischen Aktenführung ziehen, sondern auch die Sozialarbeiter*innen selbst. Es können dadurch zielgerichtete Beratungen durchgeführt werden, und die Rechenschaftsablage der Organisation, sowie die Fallauswertung bekommen einen anderen Stellenwert (vgl. Brack 1995:51f).

Brack (2009:57) formuliert es im Zuge dessen, wie folgt:

„Ergebnisdokumentation ist der Versuch, am Ende einer Berichtsperiode oder bei Fallabschluss das Resultat der Beratungsbemühungen einzuschätzen und festzuhalten.“

Um am Ende nicht nur eine qualitativ gute Ergebnisdokumentation, sondern auch eine Jahresstatistik zu erhalten, werden die Lebensverhältnisse der Klient*innen, die Ausgangspunkte der Beratungen, die Manifestierung der Probleme, die erwarteten Leistungen, die erbrachten Dienstleistungen und die erzielten Ergebnisse dokumentiert (vgl. Brack 1995:53ff).

3.3 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst gliedert sich in Notfallrettung und Krankentransport und wird in Österreich gemäß der Kompetenzverteilung durch die Bundesländer reglementiert.

Die Notfallrettung wird gemeinsam mit Rettungssanitäter*innen und/oder Ärzt*innen durchgeführt. Der Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäter*innen und Notfallsanitäter*innen umfasst die eigenverantwortlichen Anwendungen der qualifizierten Ersten Hilfe, Sanitätshilfe und Rettungstechniken, sowie der diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen (vgl. SanG, § 8 zit. in ÖRK 2016:C1). Der Krankentransport ist dagegen mit der Beförderung von erkrankten Personen, Verletzten oder anderweitig hilfsbedürftigen Personen, welche nicht als Notfallpatient*innen deklariert werden, beschäftigt und wird ebenfalls von Rettungssanitäter*innen durchgeführt (vgl. DocCheck Flexikon 2020).

Da der Beruf der Rettungssanitäter*innen zu den Gesundheitsberufen zählt, stellt das Sanitätsgesetz (SanG) die gesetzliche Grundlage dar. Im §9 SanG werden die Tätigkeitsbereiche der Rettungssanitäter*innen ausführlich definiert und geregelt. (vgl. SanG § 9 zit. in ÖRK 2016:C1).

3.4 Berufsbild Rettungssanitäter*in

Aufgrund der dezidierten Verwendung des Berufsbildes der Rettungssanitäter*innen und da ein Interview mit solchen durchgeführt wurde, ist es notwendig, diese Begrifflichkeit zu erläutern.

„Rettungssanitäterinnen/Rettungssanitäter führen in Notsituationen selbstständig lebensrettende Sofortmaßnahmen durch, wie z.B. Defibrillation mit halbautomatischen Geräten, Verabreichung von Sauerstoff, Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Körperfunktionen und die Transportfähigkeit der Patientin/des Patienten gewährleisten, so lange keine Ärztin/kein Arzt zur Verfügung steht.“ (Gesundheit 2021).

Wie in Punkt 3.3 erläutert, wird nicht nur die Kompetenzverteilung durch die Bundesländer reglementiert, sondern auch die Ausbildung. Infolgedessen wird die Rettungssanitäterausbildung in Oberösterreich dargelegt.

Diese umfasst ein Ausmaß von insgesamt 260 Ausbildungsstunden und wird in Theorieausbildung und praktischer Ausbildung gegliedert. Die Theorieausbildung beträgt 100 Stunden, in denen den Auszubildenden erweiterte Erste Hilfe, Hygiene, spezielle Notfälle, Anatomie und viele weitere Schwerpunkte nähergebracht werden. Dazu ergänzend muss ein verpflichtendes Praktikum über mindestens 160 Stunden absolviert werden. Während des Praktikums fährt man als dritte Person am Sanitätseinsatzwagen mit und lernt mithilfe der speziell ausgebildeten Praxisanleiter*innen das theoretisch erworbene Wissen in der Praxis einzusetzen. Neben dieser 260 Ausbildungsstunden haben die Auszubildenden gewisse Einsatzsequenzen zu trainieren und schließen die Ausbildung mit dem positiven Bestehen einer kommissionellen Abschlussprüfung ab (vgl. Rotes Kreuz 2021).

Rettungssanitäter*innen können durch das Erwerben des Berufsmodul unter anderem auch beruflich bei den verschiedenen Rettungsorganisationen, beim Bundesheer als Soldat*in, im öffentlichen Sicherheitsdienst, als Strafvollzugsbedienstete*r, als Zollorgan, als Zivildienstleistender oder als Angehörige*r eines sonstigen Wachkörpers sein (vgl. Gesundheit 2021).

3.5 Elektronische Gesundheitsakte (ELGA)

„Die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) stellt eine elektronische Vernetzung der ELGA-Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten, die verteilt im Gesundheitswesen entstehen, her. ELGA ist somit ein Informationssystem, das allen ELGA-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern sowie den berechtigten ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern, z.B. Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Spitälern und Pflegeeinrichtungen, den orts- und zeitunabhängigen Zugang zu ELGA-Gesundheitsdaten ermöglicht.“ (ELGA 2021)

Das Ziel der elektronischen Gesundheitsakte ist, dass nicht nur Spitäler, niedergelassene Vertragsärzt*innen, sowie Apotheken und Pflegeeinrichtungen flächendeckend vernetzt sind, sondern die Patient*innen auch jederzeit ihre eigenen Gesundheitsdaten einsehen und verwalten können. Weiters bietet dieses Tool eine Erleichterung für die behandelnden

Ärzt*innen, da es einen raschen und unkomplizierten Einblick in die Vorbefunde, vergangenen Entlassungsberichte oder jegliche Befunde, Entlassungsberichte oder die aktuelle Medikation der Patient*innen, bietet (vgl. ELGA 2021).

ELGA unterstützt „in der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Behandlung und Betreuung [...] einen besseren Informationsfluss“ (ELGA 2021).

4 Forschungsdesign

4.1 Forschungsfragen

Anhand der Auseinandersetzung mit dem Projekt und der Formulierung des Themeninteresses, wurden folgende Forschungsfragen konzipiert:

4.1.1 Hauptforschungsfrage

Wie wird die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen, wenn Patient*innen zu Hause nicht mehr ausreichend unterstützt werden können und vom Rettungsdienst in ein Primärversorgungszentrum gebracht werden?

4.1.2 Unterfragen

- Werden solche Informationen im PVZ dokumentiert und inwiefern beeinflussen sie die Dokumentation der Sozialarbeit?
- Welche Schwierigkeiten ergeben sich an der Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialen Arbeit?
- Wäre bei der E-Card ein Reiter für Soziales sinnvoll bzw. würde dieser die Arbeit der Sozialarbeit erleichtern?

4.2 Erhebungsmethoden

Da bereits vor der Interviewführung konkrete Fragestellungen notiert worden sind, ist die Wahl der Erhebungsmethode auf leitfadengestützte Interviews gefallen. Die Leitfadeninterviews lassen einen strukturierten Prozess zu und sind laut Flick die zu bevorzugende Methode bei Expert*inneninterviews, da ein dialogischer Prozess und Austausch gebildet werden kann. Zudem wird bei dieser Art der Interviewführung die Möglichkeit gegeben direkt nachzufragen, was zur weiteren Folge hat, dass bereits während des Interviews der Interviewleitfaden leicht abgeändert werden kann.

Da diese Bachelorarbeit darauf abzielt die Erfahrungen, Ansichten und Bedürfnisse der befragten Personen in Erfahrung zu bringen, war es ein relevanter Punkt die individuellen Sichtweisen der Interviewpartner*innen in Erfahrung zu bringen (vgl. Flick 2009:113-115).

Aufgrund dessen, dass bei den Interviews nicht alle Fragen beantwortet werden konnten oder bei den Interviewpartner*innen mangelnde Zeitressourcen mitgespielt haben, wurden aus diesem Grund auch schriftliche Interviews durchgeführt. Durch die schriftlichen, qualitativen Interviews ist es möglich problemlösende Antworten zu erhalten, welche unter der Abwesenheit des Interaktionspartners mithilfe der unterschiedlichen Kommunikationsformen gewonnen werden können (vgl. Schiek 2014:381).

4.2.1 Auswahl der Interviewpartner*innen

Um zu gewährleisten, dass es nicht nur von einer Sichtweise aus behandelt wird, wurden Interviews mit Sozialarbeiter*innen und Rettungssanitäter*innen geführt. Der Kontakt mit den Sozialarbeiter*innen wurde einerseits durch eine Kollegin aus der WEGE – Wohngemeinschaft für Haftentlassene hergestellt und andererseits durch eine Kollegin des Forschungsprojektes. Der Kontakt zu den Rettungssanitäter*innen hingegen ist durch den persönlichen Bekanntenkreis hergestellt worden.

Vorab wurde von den Interviewpartner*innen die Einverständniserklärung über das Datenschutzformular eingeholt.

4.2.2 Datenmaterial von Kolleg*innen des Forschungsprojektes³

In der Projektgruppe wurde ein Datenpool generiert, welches sich aus den Beiträgen aller Studierenden zusammensetzt. Die gesamte Projektgruppe hatte Zugriff auf die erhobenen Daten und alle Studierenden konnten für sie relevante Ergebnisse aus dem Datenpool entnehmen. Da die Anzahl an Primärversorgungseinheiten, in denen Sozialarbeiter*innen tätig sind, gering ist, wurden Interviews zu zweit bzw. zu dritt geführt. Die Ressourcen der Interviewpartner*innen konnten so geschont und Mehrfachanfragen bzw. -termine vermieden werden. Die gemeinsam geführten Interviews in der Gruppe wurden als Bereicherung erlebt, da der Forschungsprozess um mehrere Perspektiven erweitert wurde und diese sich wechselseitig konstruktiv beeinflussten. Daraus folgend konnten vielfältige Ergebnisse erzielt werden.

5 Ergebnisdarstellung und -diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der ausgewerteten Daten dargestellt und in weiterer Folge interpretiert. Der Fokus wurde auf die Ergebnisse gelegt, welche einen Mehrwert zur Beantwortung der Hauptfrage, sowie der Unterfragen darstellen. Weiters werden anderweitige Ergebnisse, welche sich unabhängig von den Forschungsfragen ergeben haben, ebenfalls dargestellt und interpretiert.

³ Dieses Kapitel wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst.

5.1 Dokumentation der Sozialarbeit und des Rettungsdienstes

Da sich die Dokumentationen der Sozialarbeit und des Rettungsdienstes allein durch ihre Schwerpunktsetzung deutlich voneinander unterscheiden, werden in diesem Unterkapitel die jeweiligen Dokumentationen näher erläutert, um den Fokus auf die Unterschiede zu lenken.

5.1.1 Dokumentation des Rettungsdienstes

Aufgrund dessen, dass Interviews mit Rettungssanitäter*innen aus verschiedenen Landesverbänden des Roten Kreuzes geführt wurden, wurde an dieser Stelle deutlich, dass es selbst mit Blick auf die Dokumentation, zwischen den Landesverbänden bereits gravierende Unterschiede gibt.

„... wir dokumentieren mithilfe ana App quasi oiso mit am System des nennt sie [Appname] und a h m do haum ma hoit alle Daten vom Patienten, des bedeutet, dass ma quasi den Namen, Vornamen, Nachnamen, des Geburtsdatum, die Versicherungsdaten [...] oiso bei wöcher Versicherung der Patient, die Patientin is u n d [...] a die Wohnadresse, oiso den Hauptwohnsitz ham ma a immer dabei.“ (T118 2021:30-34)

Während in dem einen Landesverband bereits die gesamte Dokumentation über eine App auf einem Tablet erledigt wird, wird in einem anderen Landesverband noch alles per Hand geschrieben, das heißt der Name, die Sozialversicherungsnummer, das Geburtsdatum und die Wohnadresse werden händisch dokumentiert (vgl. T117 2021:36).

5.1.2 Dokumentation der Sozialarbeit

„Oiso es wird [...] ois dokumentiert wos ma mochn. Wir hom in unsam [...] Programm [...] wo eben de gonzen Patientenkarteien drinnen san u n d des san hoid de wichtigsten Infos sozusagen de wos ma auf oan Schlog seng muas in da Kartei do gibt's a so ah Kurzinfo [...] zum Beispiel irgendwelche wichtigen Telefonnummern oda won irgendwos akut gmocht ghort und sunnst gibt's hoid de Verlaufsduku fia de Sozialarbeit wo i hoid einfoch eini schreib ok wos is bei dem Termin passiert, wos is do gmocht worden, wöchane Maßnahmen sang setzt worden . . genau . und ah fian Erstkontakt de Sozialanamnese do gibt's ah an eigenen . eigenen Punkt.“ (T114 2021:191-198)

Die Dokumentation der Sozialarbeit startet nicht automatisch mit dem Betreten des Primärversorgungszentrums, sondern bereits vorher mit der Überweisung, welche von den Ärzt*innen ausgestellt wird. Bereits durch die Ausstellung der Überweisung, wissen die Sozialarbeiter*innen um welches Thema es sich handelt und können sich demensprechend individuell auf die Klient*innen vorbereiten (vgl. T114 2021:207-212).

5.1.3 Unterschiede der Dokumentation

Wodurch sich die Professionen bei ihrer Dokumentation vermutlich am deutlichsten unterscheiden, ist die Tatsache, dass die Dokumentationspflicht durch das Berufsgesetz der

Rettungssanitäter*innen vorgeschrieben ist, während die Sozialarbeit aufgrund des fehlenden Berufsgesetzes keine Dokumentationspflicht besitzt (vgl. Sozialministerium 2020).

Wie in Punkt 3.3 erwähnt, definiert das SanG die Tätigkeitsbereiche der Rettungssanitäter*innen und dadurch auch die Berufs- und Tätigkeitspflichten, welche unter anderem die Dokumentationspflicht regeln. Im Gegensatz zu der Sozialarbeit, welche vorrangig dokumentiert, um den Politiker*innen eine Jahresstatistik präsentieren zu können, um die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit zu betonen und die Tätigkeit zu rechtfertigen, siehe Punkt 3.2.

Die Dokumentationsschwerpunkte geben insofern Unterschiede zu erkennen, da die Rettungssanitäter*innen dazu angehalten sind, alle von ihnen gesetzten sanitätsdienstlichen Maßnahmen zu dokumentieren (vgl. ÖRK 2016:C3). Währenddessen die Sozialarbeiter*innen die verschiedenen Punkte der Ergebnisdokumentation durchlaufen, welche in Punkt 5.1.2 durch das lange Zitat näher erläutert werden.

Dies deckt sich mit den Aussagen der Rettungssanitäterin, welche erläutern, dass sie alle notwendigen Vitalparameter bei Notfallpatient*innen und andere wichtige Faktoren wie den ersten Eindruck, den Patient*innenzustand während des Transportes und die Übergabe dokumentieren (vgl. T118 2021:47-55).

5.1.4 Dokumentation der Übergabe der Patient*innen

In Bezugnahme auf die Dokumentationspflicht betont ein*e Rettungssanitäter*in, dass er*sie jegliche wichtige Informationen, wie zum Beispiel eine Verwahrlosung des*der Patient*in oder die Überforderung der Angehörigen unabhängig von Rettungs- oder Krankentransport, welche er*sie auch an dem jeweiligen Zielort übergibt, dokumentiert. Dadurch ist gewährleistet, dass sich der*die Rettungssanitäter*in durch seine*ihre Dokumentation absichert (vgl. T118 2021:173-177).

Dieses Resultat deckt sich mit der Aussage eines*einer weiteren Rettungssanitäters*in, welche neben den sanitätsdienstlichen Maßnahmen, auch jegliche sozialarbeiterischen Indikationen und die jeweilige Versorgungssituation, zumindest stichpunktartig, dokumentiert (vgl. T117 2021:54-62).

Einen weiteren Aspekt bietet ein*e andere*r Rettungssanitäter*in. Sollte den Rettungssanitäter*innen dezidiert ein*e Patient*in besonders wegen einer Verwahrlosung oder dergleichen auffallen, wird dies nicht nur in den Einsatzprotokollen dokumentiert, sondern auch an die Dienstführung weitergeleitet, welche mit der Koordination der Sozialen Dienste Kontakt aufnimmt (vgl. sT12 2021:14-18).

„... oiso I kau jetzt ned von extrem vielen Fällen sprechen oba eben des ane moi haums scho ziemlich aufmerksam gwirkt und sie haum uns a offensichtlich aufrichtig zuaghet und haum a wirklich gschaut, dass was damit mochen [...], dass die Caritas oder so eingschoiten wird und [...] i denk af jeden Foi, dass de des daun a dokumentiert hobn.“ (T118 2021:182-187)

Das Zitat bezieht sich auf die Dokumentation des zuständigen Primärversorgungszentrums bei der Übergabe eines Patienten.

Die Beobachtung des*der Rettungssanitäters*in stimmt mit der Aussage einer Sozialarbeiterin überein, welche folgende Aussage tätigte:

„Wenn die Sanitäter solche Infos an die Ordinationsassistentinnen oder den Ärzten geben würden, würde dies natürlich in der Kartei dokumentieren werden und wenn Unterstützung von der Sozialarbeit benötigt wird, werde ich natürlich auch darüber informiert oder gleich dazu geholt, wenn ich im Büro bin.“ (sT11 2021:14-17)

Weiters führt sie an, dass sie etwaige Informationen aus der Kartei berücksichtigen würde, sollte sie nicht über eine benötigte Unterstützung ihrer Klient*innen informiert werden (vgl. sT11 2021:17-19).

Ein*e Mitarbeiter*in eines PVZ, welche*r ebenfalls Rettungssanitäter*in ist, betont, dass wichtige Informationen bei der Übergabe notiert werden und an die Ärzt*innen und Krankenpflegekräfte weitergeleitet werden, um eine Lösung zu finden bzw. zu organisieren (vgl. sT12 2021:55-56).

Einen ähnlichen Lösungsweg gehen Rettungssanitäter*innen in einem anderen Bundesland. Werden Patient*innen aus einem Krankenhaus oder Primärversorgungszentrum entlassen, fragen sie bei manchen Patient*innen nach, ob mobile Dienste oder dergleichen organisiert worden sind. Ist in der Situation der, zum Beispiel dementen, Patient*innen bei der Ankunft am Zielort unklar, ob mobile Dienste oder Angehörige informiert worden sind, halten sie Rücksprache mit der Rettungsleitstelle, welche gegebenenfalls diesbezüglich etwas organisiert (vgl. T118 2021:147-159).

5.1.5 Zusammenfassung und Interpretation

Rückblickend auf die vorhergegangenen Unterkapitel des Punktes 5.1, kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich die Dokumentation der Rettungssanitäter*innen und Sozialarbeiter*innen in einigen Dingen deutlich unterscheiden. Die Unterschiede bestehen einerseits in den technischen Voraussetzungen, die nicht überall gegeben sind, manche dokumentieren per Hand, andere wiederum auf einem Tablet oder es wurden eigene Programme dafür entwickelt.

Einen weiteren Einblick teilte der*die Sozialarbeiter*in, welche*r auch als Rettungssanitäter*in tätig ist, dass die Dokumentation im Zuge der sozialarbeiterischen Indikationen aufgrund des Studiums ausgeweitet worden ist. Bei der Übergabe wurden bereits vor dem Studium relevante Informationen, wie zum Beispiel Verwahrlosung, weitergegeben, allerdings erst nach dem Studium auch im Einsatzprotokoll dokumentiert (vgl. T117 2021:74-77).

Eine Gemeinsamkeit lässt sich an dieser Stelle erkennen, wie verschieden die unterschiedlichen Dienststellen beim Erkennen einer sozialen Problemstellung der Patient*innen reagieren. Während die eine Dienststelle dies über die Rettungsleitstelle laufen

lässt, wendet sich die andere direkt an die Dienstführung, damit sich diese dann mit der zuständigen Koordination in Verbindung setzt.

Aufgrund der erhobenen Daten gehe ich davon aus, dass die Dokumentation im Rettungsdienst, sowie die Übergabe in den unterschiedlichen Bundesländern oder gar Dienststellen unterschiedlich gehandhabt wird. Meines Erachtens nach, müsste daher die Dokumentation in den verschiedenen Bundesländern einheitlich gestaltet werden. Während in den einen Landesverbänden noch per Hand dokumentiert wird, wird in den anderen bereits per Tablet via App dokumentiert. Der Umstieg auf eine digitale Dokumentation verlangt eine Adaptierung des bisherigen Systems und eine landesweite Umstellung. Um jedoch zu gewährleisten, dass keinerlei Informationen mehr verloren gehen oder um sich mit anderen Professionen vernetzen zu können (siehe Punkt 5.3), wäre dieser Umstieg in naher Zukunft angebracht.

Weiters vertrete ich die Meinung, dass sich die Dokumentation der Rettungssanitäter*innen nach dem Sozialarbeitsstudium verändert und jegliche sozialarbeiterischen Indikationen spätestens dann dokumentiert werden. Dies bestätigt nicht nur ein*e Rettungssanitäter*in, sondern auch ich kann es ebenfalls aus persönlicher Erfahrung belegen.

Zudem bin ich der Überzeugung, dass die Übergabe der Rettungssanitäter*innen dokumentiert wird und die Sozialarbeit so bald als möglich hinzugezogen wird.

An dieser Stelle möchte ich erneut betonen, dass die Aussagen von drei Rettungssanitäter*innen, aus jeweils drei unterschiedlichen Bundesländern, nicht für alle anderen Rettungssanitäter*innen sprechen können, ich aber anhand der Auswertung der Interviews meine Ergebnisse interpretiere.

5.2 Kommunikation zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialarbeit

Die Schnittstelle des Rettungsdienstes und der Sozialarbeit und die Klarstellung dieser Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil dieser Forschungsarbeit, weswegen in diesem Kapitel die Resultate diesbezüglich dargestellt werden.

An dieser Stelle gilt zu betonen, dass drei Interviews mit Rettungssanitäter*innen aus drei verschiedenen Landesverbänden des Roten Kreuzes geführt wurden und nicht mit deutlich mehr Sanitäter*innen, weshalb die dargestellten Ergebnisse aus den beiden Interviews, nicht für alle Primärversorgungszentren und Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit gelten. Sie geben allerdings einen guten Einblick und beziehen eine klare Stellung.

5.2.1 Vorhandenes Wissen der Rettungssanitäter*innen über ein Primärversorgungszentrum

„Oiso jo i kenns, oiso es is ma bekannt auf jeden Foi und i was [...] dass des Primärversorgungszentrum primär aus am multiprofessionellen Team besteht. Des bedeutet, dass do eben Ärzt*innen ah i glaub Physiotherapeuten arbeiten a dabei, Diätologen hob i moi mitkriagt während am Transport und eben a diplomiertes Pflegepersonal [...]. Und i was, dass de primär eben für die Versorgung von Patienten beziehungsweise die Behandlung voroim von de Patienten zuaständig san, de eben dementsprechend mit der jeweiligen Ausgangsloge zu erna kuman.“ (T118 2021:70-77)

Der*die Rettungssanitäter*in gesteht vor der Aufnahme, dass er*sie sich etwas mit dem Primärversorgungszentrum auseinandergesetzt hat, um vorbereitet in das Interview zu gehen. Er*sie betont allerdings auch, dass er*sie vor der Kontaktaufnahme meinerseits nicht davon wusste, dass es eine Sozialarbeit in dem jeweiligen PVZ gibt und er*sie erst durch meine Forschungsarbeit auf das Thema aufmerksam wurde (vgl. T118 2021:80-81).

Wie bereits zu Beginn von Punkt 5 erklärt, kann die Aussage eines*einer einzigen Rettungssanitäter*in nicht für alle anderen Rettungssanitäter*innen stehen. Es war mir jedoch dennoch wichtig, das vorhandene Wissen des*der Rettungssanitäter*in als Ergebnis zu dokumentieren, da es für den weiteren Verlauf des Punktes 5.2 einen wichtigen Bestandteil darstellt.

5.2.2 Geeignetes System bei der Übergabe

Dass die Übergabe von Patient*innen nicht immer optimal läuft, ist der interviewten Person klar, weshalb sie deutlich macht, dass ein Tool in der Notaufnahme bzw. generell im Krankenhaus, bezüglich der sozialarbeiterischen Indikationen, von Vorteil wäre (vgl. T117 2021:546-547).

„Ja, i glaub, i fands gut, wenn's im Krankenhaus oder hoid in der Notaufnahme, [...] a Sozialarbeiterin gab oder wenn's sowos [...] wie's a [...] System gab wo i Patienten aufschreiben ko, wo von mir aus am nächsten Tag oder wann auch immer Montag oder nochn Wochenende waun's hoid passt, wenn wer nachgehend, si nuamoi mödet.“ (T117 2021:568-572)

Der*die Sozialarbeiter*in betont an dieser Stelle, dass das reine Nachgehen durch einen Anruf oder eventuell auch durch einen Hausbesuch schon viel bewirken kann. So ist es jeder Person selbst überlassen, ob sie die Hilfe annehmen möchte oder nicht, natürlich sollte an dieser Stelle auch ein geeignetes Konzept für Ausnahmeregelungen, wie zum Beispiel das Verhalten einer Gefährdung, vorhanden sein. Weiters wird dargelegt, dass viele Patient*innen nicht wissen, an wen sie sich mit ihren individuellen Problemlagen wenden können. Diese Problematik ist auch bei einigen Menschen vorherrschend, welche bereits etwas verändern wollen, aber nicht wissen welche Anlaufstelle für ihre Probleme zuständig ist. Erschwerend kommt an dieser Stelle noch hinzu, dass die Patient*innen meist nicht wissen was die Sozialarbeit macht und wo es sie gibt. Zurückkommend auf die Primärversorgung lenkt der*die Sozialarbeiter*in die Aufmerksamkeit darauf, dass eine Abstimmung zwischen Krankenhaussozialarbeit und dem Primärversorgungszentrum gewiss

sinnvoll wäre. In diesem Zusammenhang wird die Übernahme der klinischen Sozialarbeit von Erstkontakten und deren Vermittlung an ein Primärversorgungszentrum genannt (vgl. T117 2021:578-584).

Infolgedessen gelangt der*die Sozialarbeiter*in zu dem Entschluss, dass ein strukturiertes System bei der Übergabe hilfreich wäre, um den Rettungssanitäter*innen in der Hinsicht der nötigen sozialarbeiterischen Indikation die Verantwortung abzunehmen (vgl. T117 2021:554-557).

5.2.3 Schnittstelle Rettungsdienst und Sozialarbeit

„Najo, da bin ich super unglücklich (B1 lacht) in unser Landkrankenhaus, wo wir die meisten hinfahren. Die haben Sozialarbeit. Das nervt mich oft ziemlich, weil i oft ned woas was i daun damit mochn soi, i sogs daun eigentlich eh immer, wenn es Themen gibt, die Pflegekräfte im Krankenhaus oiso i woas ned ob du des kennst, dass daun oft der Sotz kimmt mit, jo des wiss ma eh oba i moan, es ist ja dann der Zwiespalt zwischen akzeptieren, dass der Patient die Entscheidung troffen hod so zu leben, zu wolln und das ok is, die Autonomie und dass wir doch net bevormunden sollen, [...] weil das Angebot stöhn is des oane, oba aufdrängen find i des andere und die Leute brauchen einfach ein bissi bis es soweit san und bei manchen muss vorher hoid erst eskalieren bis so weit san und des is okay.“ (T117 2021:483-492)

Der*die Sozialarbeiter*in kritisiert an dieser Stelle die mangelnde Kommunikation zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit, welche in dem genannten Krankenhaus nicht vorhanden ist. Auch wenn sich die Forschungsarbeit auf die Primärversorgungszentren konzentriert, möchte ich an dieser Stelle betonen, dass es nicht nur im Primärversorgungszentrum keine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit gibt, sondern auch in anderen medizinischen Einrichtungen.

Im folgenden Abschnitt des Unterkapitels, wird auf die ausgewerteten Ergebnisse im Zusammenhang mit einem Primärversorgungszentrum eingegangen.

„Oiso direkt duat, hob i jetzt nu kann Kontakt mit einer Sozialarbeiterin oder am Sozialarbeiter ghobt, i hob [...] nur mitkriagt, dass des scho so is im PVZ, dass irgendwie doch sehr umgschaut wird uman Patienten, des klingt vielleicht jetzt a wengal banal. I hob scho des Gföh, dass de durt vom Hintergrund her a bissl mehr Bescheid wissen von Patienten selber oder wenn ma was frogt daun kinans da a vü mehr Informationen übern Patienten liefern, was i eigentlich ziemlich positiv empfunden hob.“ (T118 2021:85-90)

Im weiteren Verlauf des Gespräches, geht der*die Rettungssanitäter*in darauf ein, dass er*sie bisher noch nirgends einen Schnittpunkt mit der Sozialarbeit hatte, es aber als sinnvoll erachten würde, diese herzustellen und besonders zu vertiefen (vgl. T118 2021:211-213).

„Oiso i hob eigentlich gor kann Kontakt mit de . mit de Rettungsleid und i glaub kana wirklich von uns Therapeuten .. des is eher so .. bei mir is des Problem, weil wenn i, wenn Leid ned zu mir kema kinan, daun fohr eh i zu erna, des hoaßt i hob von dem her eigentlich eh moi koan Kontakt zu, dass i jetzt den Rettungsdienst auruafn miassat.“ (T114 2021:591-594)

Daraus resultierend erläutert der*die Sozialarbeiter*in, dass es bisher noch nie Thema gewesen sei, dass er*sie etwas mit dem Rettungsdienst direkt zu tun gehabt hätte. Der

Austausch würde vorherrschend zwischen Rettungsdienst und Ordinationsassistent*innen, Ärzt*innen oder Krankenschwestern stattfinden (vgl. T114 2021:601-605).

Weiters wird darauf verwiesen, dass ein sehr guter Kontakt mit der Hauskrankenpflege gegeben ist, welcher wöchentlich stattfindet (vgl. T114 2021:619-620).

Dies bestätigt sich durch das Gespräch mit einem*einer anderen Sozialarbeiter*in, welche*r bekannt gibt, dass er*sie in keinem Austausch mit dem Rettungsdienst steht (vgl. T114 2021:622-623).

Eine weitere Gemeinsamkeit diesbezüglich lässt sich nach der Auswertung des Interviews mit eines*einer ehemaligen Sozialarbeiters*in eines PVZ erkennen, als er betont, dass sich die Zusammenarbeit mit den mobilen Diensten etabliert hat, allerdings nicht mit dem Rettungsdienst (vgl. T113 2021:536-537).

Eine bisher neue Erkenntnis bringt ein*e Mitarbeiter*in eines Primärversorgungszentrums mit ein, da es mit der nahegelegenen Dienststelle des Roten Kreuzes bereits Besprechungen und Vorstellungen gegeben hat. Kurz und prägnant wurde darauf in einem schriftlichen Interview eingegangen:

„Kontaktdaten ausgetauscht, jeder weiß wo er sich bezüglich sämtlicher Anliegen melden kann. Diese werden auch immer wieder aufgefrischt, die Kontakte werden gepflegt.“ (sT12 2021:60-62)

5.2.4 Zusammenfassung und Interpretation

Rettungssanitäter*innen wissen was ein Primärversorgungszentrum ist, aber nicht, welche Professionen dort arbeiten und was das genaue Konzept dahinter ist. Auf einer Dienststelle gibt es dazu eine Schnittstelle mit dem Primärversorgungszentrum und es gibt gemeinsame Besprechungen und Vorstellungen, um sich gegenseitig auszutauschen und die Kontakte zu pflegen.

Damit es jedoch nicht nur eine Schnittstelle zwischen den Rettungssanitäter*innen einer nahegelegenen Dienststelle und eines Primärversorgungszentrums gibt, wurde der Gedanke geäußert, dass es vielleicht sinnvoll wäre, der Sozialarbeit im Zuge der Rettungssanitäterausbildung einen Raum zu geben. Hierzu könnte man die jeweiligen Indikationen beim Thema S-S-S (Szene-Sicherheit-Situation) etablieren (vgl. T117 2021:597-603).

Unter **Szene** werden die Uhrzeit, die Lichtverhältnisse und Witterungsbedingungen (relevant für den Rettungshubschrauber), die Örtlichkeit, mitalarmierte Einsatzorganisationen etc. verstanden, welche ausschlaggebend für den ersten Eindruck der Umstände und wichtige Faktoren für das Rettungsteam sind. Die **Sicherheit** hingegen betrifft einerseits die Kommunikation untereinander und mit der Leitstelle (per Funkgerät), die persönliche Schutzausrüstung und die GAMS-Regel (Gefahr, Absperrung, Menschenrettung und Spezialkräfte anfordern). Die **Situation** hingegen umfasst den ersten Eindruck über den

Gesundheitszustandes der Patient*innen, ist dieser Ansprechbar oder nicht etc., und deren Umfeld (vgl. ÖRK 2016:A18-19).

Anhand dieser Regelung wäre es sinnvoll, wenn die Situation in der Rettungssanitäterausbildung angepasst werden würde und bei diesem Punkt die Sozialarbeit und ihre Tätigkeit, einen kurzen Platz erhalten würde.

Einen weiteren Lösungsansatz bot ein*e Sozialarbeiter*in indem sie die Meinung vertrat, dass es von Vorteil wäre, wenn es Kontakte zwischen ihm*ihr und den Rettungssanitäter*innen geben würde, damit diese wissen in welchem Fall sie sich an die Sozialarbeit wenden können (vgl. sT11 2021:33-37).

Ansonsten ist die Schnittstelle Rettungsdienst und Sozialarbeit im Primärversorgungszentrum nicht vorhanden, was alle interviewten Sozialarbeiter*innen einheitlich bestätigten. Auch ein*e Rettungssanitäter*in verweist darauf, dass er*sie bisher keinen Kontakt zur Sozialarbeit hatte. In weiterer Folge gibt er*sie aber auch zu bedenken, dass die Transparenz deutlich besser wäre, wenn es Kontakte zur Sozialarbeit geben würde (vgl. T118 2021:197-208).

Anhand der Ergebnisse teile ich die Position, dass es kaum Schnittstellen zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit in den verschiedenen Bundesländern in Primärversorgungszentren und Krankenhäusern gibt. Ein Ausbau dieser Schnittstelle würde einen Mehrwert für die Patient*innen bringen, da wichtige Informationen ohne Zwischenstelle direkt an die Sozialarbeit gehen können.

Um diesen Mehrwert jedoch erreichen zu können, muss zu Beginn an den Grundlagen gearbeitet werden und den Rettungssanitäter*innen die Profession Sozialarbeit nähergebracht werden. Hierzu hat bereits ein*e Interviewpartner*in einen Ansatz geliefert und vertritt die Meinung, dass sozialarbeiterische Indikationen in der Rettungssanitäter*innenausbildung Platz finden sollen. Erst wenn die Rettungssanitäter*innen auch über die Sozialarbeit und deren Tätigkeitsfelder Bescheid wissen, kann die Schnittstelle ausgeweitet werden. Um den Bezug wieder zu dieser Forschungsarbeit herzustellen, wäre es jedoch auch von Vorteil, wenn die Rettungssanitäter*innen über das nahegelegene PVZ informiert werden und ein Austausch stattfindet, um Kontakte herzustellen.

Um die Schnittstelle zu verbessern, wäre ein strukturiertes System bei der Übergabe sinnvoll. Sollten Patient*innen in ein Primärversorgungszentrum eingeliefert werden, bei denen es offensichtlich ist, dass sie eine*n Sozialarbeiter*in benötigen, so sollte diese Profession sofort hinzugezogen werden, um wichtige Informationen von den Rettungssanitäter*innen zu erfahren. Meines Erachtens kann so der Mehrwert für die Patient*innen gewonnen werden, wenn nicht nur die medizinischen, sondern auch die sozialen Aspekte direkt von den Rettungssanitäter*innen übergeben werden. Fraglich erscheint es mir natürlich, wie die Übergabe ablaufen soll, wenn die Sozialarbeiter*innen nicht im Dienst sind, jedoch sollte dies mit einer strukturierten Übergabe kein Problem darstellen.

Auch an dieser Stelle möchte ich betonen, dass die interviewten Personen nicht für alle Sozialarbeiter*innen und Rettungssanitäter*innen sprechen können, ich jedoch meine Ergebnisse anhand der Auswertung dieser Interviews interpretiere.

5.3 Reiter Soziales

In diesem Unterkapitel wird auf einen fiktiven „Reiter Soziales“ bei der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) eingegangen. Der Fokus wird hierbei auf die verschiedenen Sichtweisen der Sozialarbeit und des Rettungsdienstes gelegt, welche sowohl die Sinnhaftigkeit als auch die verschiedenen Kritikpunkte betrifft.

Der Reiter Soziales soll Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter*innen und dem Rettungsdienst die Möglichkeit geben, wichtige Informationen bezüglich der sozialen Situation der Patient*innen zu dokumentieren. Das Ziel wäre, dass alle Professionen darauf (eingeschränkt) zugreifen und dementsprechend handeln können. Um zu gewährleisten, dass alle im medizinischen Bereich tätigen Berufe darauf zugreifen können, würde sich die ELGA anbieten, sowie eine gemeinsam genutzte Plattform.

Entstanden ist die Idee des fiktiven Reiters im Gespräch mit der Projektleitung.

5.3.1 Nutzen

Auf die Frage hin, ob ein Reiter Soziales nützlich wäre, reagierte ein*e Rettungssanitäter so:

„Jo i denk auf jeden Foi, weils doch oiso i denk amoi je mehr Ebenen, oiso verschiedenen Fachbereiche se austauschen, desto besser fürn Patienten selber. Weil eben wie gsogt an Auffälligkeiten die an Arzt jetzt vielleicht ned auffoin, oder an Pflegeassistenten oder ana Sozialarbeiterin, weils hoid beim Patienten ned selber daham is.“ (T118 2021:222-225)

Im weiteren Verlauf des Gespräches, wurden weitere Gründe aufgeführt, weswegen dieser Reiter sinnvoll wäre. Unter anderem, dass nicht nur die verschiedenen Professionen darauf zugreifen können, sondern auch, dass die Behandlung der Patient*innen dadurch aufgewertet werden könnte. Zudem können dadurch keine wichtigen Informationen verloren gehen und auch wenn bei der Übergabe nicht direkt alles dokumentiert wird, kann im Nachhinein darauf zugegriffen werden (vgl. T118 2021:228-236).

Auf die Frage hin, ob es für die Rettungssanitäter*innen wichtig wäre nachzulesen, was schon im Hintergrund läuft, verweist der*die Rettungssanitäter*in darauf, dass es nützlich wäre zu wissen, ob mobile Dienste involviert sind oder geplant sind, aber alle anderen Dinge wie Pflegegeld oder Heimanträge nicht von Nöten sind (vgl. T118 2021:252-259).

Infolgedessen vertritt ein*e andere*r Rettungssanitäter*in die Meinung, dass es gewiss ein tolles Tool wäre und alle Bereiche etwas entlasten würde. Vor allem wenn bedacht wird, dass das Einlesen in die elektronische Akte für alle Bereiche praktisch ist (vgl. sT12 2021:69-72).

Ein*e Rettungssanitäter*in gibt wiederum bekannt, dass es für einen selbst nicht besonders wichtig sei, zu wissen was bereits bei den Patient*innen im Hintergrund läuft, da es für die Rettungssanitäter*innen schon reichen würde, etwas für die anderen Professionen dokumentieren zu können. Zudem wird betont, dass im Grunde genommen die Patient*innen meist selbst mitteilen können, welche Maßnahmen bisher ergriffen worden sind und die Rettungssanitäter*innen nicht mehr zu wissen brauchen (vgl. T117 2021:676-681).

„Fürn Erstkontakt find i's voi super. Oiso grad, wenn i daun a Erstzuweisung kriag und i kaun a nu des Protokoll vom Rettungsdienst lesen. Guad, find i voi guad.“ (T117 2021:704-705)

Der*die Sozialarbeiter*in geht weiter darauf ein, dass in einem Krankenhaus auf einer Psychiatrie immer ein Anamnesebogen bei der Übergabe ausgefüllt wurde und auch die Rettungssanitäter*innen gefragt worden sind, wie sie den*die Patient*in aufgefunden haben etc., was er*sie als sehr positiv empfunden hat (vgl. T117 2021:704-11).

Ein*e andere*r Sozialarbeiter*in findet zum Nutzen des Reiters folgende Worte:

„Wenn es diesen Reiter geben würde, würden glaube ich alle mehr auf den Aspekt des Sozialen sensibilisiert werden. Oftmals steht bei einem Arztbesuch nur das medizinische im Vordergrund und wenn es diesen Reiter geben würde, würden vielleicht andere Professionen bewusst darauf achten. Wenn dies der Fall sein sollte, würde das meine Arbeit vermutlich schon erleichtern, da ich dann auch sofort Sichtweisen von anderen haben könnte.“ (sT11 2021:45-49)

5.3.2 Kritikpunkte aus Sicht des Rettungsdienstes

Weshalb es nicht sinnvoll wäre als Rettungssanitäter*in einen breitgefächerten Einblick in den Reiter Soziales zu haben, belegt ein*e Rettungssanitäter*in indem er*sie darauf eingeht, dass es bei manchen Kolleg*innen Vorurteile bedienen könnte. Besonders bei „Stammpatient*innen“, welche besonders häufig den Notruf wählen, könnte es die Vorurteile erhärten und die Rettungssanitäter*innen könnten Schwierigkeiten haben, alle Patient*innen und ihre Sorgen ernst zu nehmen (vgl. T117 2021:682-90).

5.3.3 Kritikpunkte aus Sicht der Sozialarbeit

Ein*e Sozialarbeiter*in bezieht die Stellung, dass der Reiter zwar sinnvoll wäre, aber die Sozialarbeiter*innen in Krankenhäusern und Primärversorgungszentren gut darin geschult sein müssten, wie sie mit den darin enthaltenen Informationen umgehen sollen. Es wird das Beispiel genannt, wenn der*die Patient*in im Gespräch mit der Sozialarbeit nicht ganz ehrlich ist, aber im Reiter Soziales erst vor kurzem von jemandem etwas dokumentiert wurde (vgl. T117 2021:732-740).

5.3.4 Zusammenfassung und Interpretation

Wie man den vorhergegangenen Unterkapiteln entnehmen kann, überwiegen die formulierten Vorteile des Reiters Soziales den Nachteilen. Sowohl die Rettungssanitäter*innen, als auch

die Sozialarbeiter*innen sind sich einig, dass der Reiter Soziales einen Nutzen für alle Seiten mit sich bringen würde und vor allem den Mehrwert der Behandlung der Patient*innen steigern könnte.

Die Rettungssanitäter*innen äußern sich diesbezüglich, dass es zwar interessant wäre zu wissen, ob bereits mobile Dienste involviert sind, aber die restlichen Anträge, welche im Hintergrund laufen, seien in deren Augen nicht relevant.

Ein*e Sozialarbeiter*in formuliert allerdings auch Bedenken, dass es sich um eine moralische Frage im Hinblick des Triple-Mandates handeln würde (vgl. TI17 2021:748-750).

Es wird darauf angespielt, dass der Aspekt der Kontrolle durch ELGA zwischen Patient*innen und Sozialarbeiter*innen, zwar helfend wirken kann, allerdings die Arbeitsbeziehung auch erschweren oder gar verhindern kann. Die Patient*innen könnten die Kontrolle als einen unakzeptablen Eingriff in ihre Autonomie erleben (vgl. Baum 2016:3; zit. in. Juhnke 2018:15; vgl. auch Bosshard u.a. 199).

Anhand der vorliegenden Daten vertrete ich die Meinung, dass der Reiter Soziales ein praktisches Instrument sein könnte und vor allem den Patient*innen zu Gute kommen würde, welche alleine zuhause leben und keine nahen Angehörigen haben.

Ein wichtiger Kritikpunkt in meinen Augen ist allerdings, dass nicht in allen Bundesländern die Dokumentation der Rettungssanitäter*innen digital durchgeführt wird. Wie bereits in Punkt 5.1 beschrieben, wird in manchen Landesverbänden des Roten Kreuzes bereits digital dokumentiert und in manchen noch per Hand, was bereits in diesem Fall die Vernetzung mit dem Reiter Soziales sehr schwierig gestaltet. Ein weiterer negativer Aspekt ist der, dass es bis zum derzeitigen Zeitpunkt unklar ist, ob die App, die in einem Landesverband, zur Dokumentation verwendet wird, sich so programmieren lassen würde, dass man infolgedessen eine Verbindung zur ELGA herstellen könnte.

Zudem muss man bedenken, dass nicht alle Personen sich dafür entscheiden die elektronische Akte zu verwenden, was zur Folge hätte, dass einige Patient*innen im Nachteil wären.

Weiters möchte ich auch an dieser Stelle festhalten, dass nur Sozialarbeiter*innen und Rettungssanitäter*innen zu dem Reiter Soziales befragt wurden, aber aufgrund der Forschungsfragen keine Hausärzt*innen oder Fachärzt*innen. Deren Sichtweise zu diesem weiteren Reiter in der ELGA wäre nicht nur gewiss sehr interessant gewesen, sondern hätte auch einige weitere Kritikpunkte gebracht.

Wie bei den vorherigen Interpretationen bereits erwähnt, möchte ich auch hier festhalten, dass die interviewten Personen nicht für alle Sozialarbeiter*innen und Rettungssanitäter*innen sprechen können, ich aber meine Ergebnisse anhand der Auswertung dieser wenigen Interviews interpretiere.

5.4 Primärversorgungszentren unterstützen die Entlastung der Krankenhäuser nicht immer

Dieses Ergebniskapitel beschreibt ein Nebenergebnis, welches nicht konkret erfragt worden ist, sich aber im Laufe der Gespräche mit den Sozialarbeiter*innen in den verschiedenen Primärversorgungszentren ergeben hat.

„Soweit ich es mitbekomme, bringt die Rettung Großteils Klient*innen zu Therapien oder bringt Klient*innen ins Krankenhaus, wenn unsere Ärzte dies als nötig erachten.“ (sT11 2021:7-8)

Ein*e andere*r Sozialarbeiter*in stellt klar, dass auch ein*e Hausärzt*in im PVZ zugegeben hat, dass sie nicht ganz im Sinne der Primärversorgung handeln (vgl. T117 179-181).

Im weiteren Gespräch wird erläutert, dass das Primärversorgungszentrum bis zu einem gewissen Grad die Krankenhäuser entlastet, allerdings ist der Rettungsdienst nicht dazu angehalten, dass er akute Notfallpatient*innen in das Primärversorgungszentrum bringt (vgl. T117 195-197).

Die Akutversorgung und die Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen ist neben der ambulanten Grundversorgung und der Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein, der Langzeitversorgung chronisch kranker und multimorbiden Patient*innen, der rehabilitativen Therapie, Palliativversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung, Familienplanung und Schwangerschaftsberatung sowie den besonderen Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen, alten Menschen und Personen mit psychischen Erkrankungen ist eine Basisaufgabe in den Primärversorgungszentren (vgl. teambasierte Primärversorgung 2021).

Wie bereits oben festgehalten wurde, nehmen nicht alle Primärversorgungszentren Patient*innen zur Akutversorgung auf, was dazu führt, dass nicht alle PVZ im Sinne der Akutversorgung von Notfallpatient*innen handeln.

Auch wenn dieses Kapitel nur ein kleines Ergebnis beschrieben hat, stellt es für mich dennoch ein wichtiges dar. Wie in den Ergebnissen gezeigt wurde, sind nicht alle Primärversorgungszentren dazu angehalten Notfallpatient*innen vom Rettungsdienst zu übernehmen. Dies erscheint mir jedoch etwas problematisch. Das eine Primärversorgungszentrum wurde erst im vergangenen Jahr eröffnet, das andere hingegen gibt es schon seit einiger Zeit, jedoch arbeiten beide PVZ nicht daran die Krankenhäuser zu entlasten. Infolgedessen ist es auch einleuchtend, dass in diesem Primärversorgungszentrum keine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit vorhanden ist.

6 Resümee

Im Abschlusskapitel werden die Hauptfrage und die Unterfragen der Forschungsarbeit mithilfe der Ergebnisdarstellung beantwortet und dadurch die wissenschaftlich relevanten Aspekte hervorgehoben. Im Anschluss wird darauf eingegangen, welche Vorannahmen sich bestätigt haben und welche anhand der vorhandenen Ergebnisse widerlegt werden konnten. Weiters wird ein Einblick in die weiteren Forschungsmöglichkeiten gegeben.

6.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Um strukturiert die Hauptforschungsfrage beantworten zu können, werden zunächst die Unterfragen einzeln beantwortet.

6.1.1 1. Unterfrage

Die erste Unterfrage beschäftigt sich mit dem Thema, ob die Information über den Versorgungszustand von Patient*innen zu Hause in einem Primärversorgungszentrum dokumentiert werden und inwiefern diese die Dokumentation der Sozialarbeit beeinflussen.

Ein*e Rettungssanitäter*in gibt bekannt, dass sie in der Vergangenheit schon das Gefühl hatte, dass solche Informationen dokumentiert werden (vgl. T118 2021:182-187). Ein*e Sozialarbeiter*in unterstützt dieses Gefühl, indem sie bekannt gibt, dass solche Informationen sehr wohl dokumentiert und weitergegeben werden. Sollte der*die Sozialarbeiter*in im Büro sein, wird er*sie entweder sofort oder im Nachhinein darüber informiert (vgl. sT11 2021:14-17).

Inwiefern solche Informationen die Dokumentation der Sozialarbeit beeinflussen, kann an dieser Stelle nicht konkret beantwortet werden. Da die Dokumentation der Sozialarbeit erst dann startet, sobald diese eine Überweisung erhält oder dazu geholt wird (vgl. sT11 2021:22-24). So kann gleichwohl festgehalten werden, dass die Dokumentation der Sozialarbeit insofern beeinflusst wird, dass sie mit der Vorbereitung auf den Fall beginnt (vgl. T114 2021:207-212).

Ob sie allerdings durch die vorangegangene Dokumentation beeinflusst wird, konnte innerhalb dieser Forschungsarbeit nicht ermittelt werden.

6.1.2 2. Unterfrage

Die nächste Unterfrage beschäftigt sich mit der Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialarbeit und welche Schwierigkeiten sich an dieser ergeben.

Da die Schnittstelle zwischen dem Rettungsdienst und der Sozialarbeit de facto kaum vorhanden ist, ergeben sich einige Schwierigkeiten (vgl. T118 2021:211-213).

Die fehlenden Kontaktpunkte und die dadurch nicht vorhandene Kommunikation zwischen den beiden Professionen ermöglichen keine direkte Kommunikation, weshalb etwaige Informationen über die soziale Lage der Patient*innen (Haushalt, Verhältnis zu Angehörigen, Wohnungs-/Hauszustand etc.) verloren gehen (könnten), da nicht immer gewiss ist, dass alles bei der Übergabe vom Rettungsdienst in einem Primärversorgungszentrum dokumentiert wird.

Weiters wissen die Rettungssanitäter*innen über die Profession der Sozialarbeit kaum etwas bzw. nur sehr wenig (vgl. T118 2021:80-81). Dies führt dazu, dass die Rettungssanitäter*innen nicht wissen, für welche Themenbereiche die Sozialarbeit zuständig ist und vor allem wo sie tätig ist (zum Beispiel in einem Primärversorgungszentrum oder einem Krankenhaus).

6.1.3 3. Unterfrage

Die letzte Unterfrage beschäftigt sich mit dem fiktiven Reiter Soziales bei der elektronischen Gesundheitsakte und inwiefern dieser sinnvoll ist bzw. die Arbeit der Sozialarbeit erleichtern würde.

Der Reiter Soziales wird aus Sicht der interviewten Rettungssanitäter*innen und Sozialarbeiter*innen als sinnvoll erachtet und würde einen Mehrwert bei der Behandlung der Patient*innen mit sich bringen.

Ein*e Sozialarbeiter*in legt zudem dar, dass es die eigene Arbeit insofern erleichtern würde, da durch diesen Reiter die Aspekte des Sozialen besser beleuchtet werden würden und durch die folgende Sensibilisierung nicht nur die medizinischen Angelegenheiten bei einem Arztbesuch besprochen werden, sondern auch die sozialen Angelegenheiten (vgl. sT11 2021:45-49).

6.1.4 Hauptforschungsfrage

Die Hauptforschungsfrage bezog sich darauf, ob die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen wird, wenn Patient*innen zuhause nicht mehr ausreichend versorgt werden können und vom Rettungsdienst in ein Primärversorgungszentrum gebracht werden.

Durch Heranziehung der vorhergegangenen Ergebnisse und Beantwortung der verschiedenen Unterfragen kann festgestellt werden, dass diese Frage nicht eindeutig zu beantworten ist, da nicht in allen Primärversorgungszentren im Sinne der Akutversorgung von Notfallpatient*innen gearbeitet wird und mich aufgrund dessen die Annahme stellen lässt, dass sie im größeren Rahmen beantwortbar gewesen wäre.

Wie in den vorangegangenen beantworteten Unterfragen entnommen werden kann, beginnt die Dokumentation der Sozialarbeit erst, sobald diese hinzugezogen wurde. Das heißt, dadurch wird auch die Dokumentation der Sozialarbeit miteinbezogen, sofern die Sozialarbeit in einem Fall involviert wird.

Die Hauptfrage lässt sich in meinen Augen nicht konkret beantworten, da ich im gesamten Verlauf der Forschung, davon ausgegangen bin, dass in allen Primärversorgungszentren Notfallpatient*innen aufgenommen werden und solche Präzedenzfälle, in denen die Patient*innen zuhause nicht mehr ausreichend versorgt werden können, zur Genüge vorhanden seien.

Es wurde jedoch von mehreren Sozialarbeiter*innen erwähnt, dass in dem Primärversorgungszentrum, in welchem sie arbeiten keine Notfallpatient*innen aufgenommen werden. Insofern gelten die vorangegangenen Ergebnisse nur für PVZ, welche nicht im Sinne der Akutversorgung arbeiten, weswegen ich die Hauptfrage nicht eindeutig beantworten kann.

6.1.5 Fazit

In den Vorannahmen wurde festgehalten, dass ich die Vermutung hege, dass in einem Primärversorgungszentrum relevante Informationen vom Rettungsdienst nicht an die Sozialarbeit weitergeleitet bzw. nicht dokumentiert werden.

Diese Vorannahme kann sowohl von den Sozialarbeiter*innen, als auch von einem*einer Rettungssanitäter*in widerlegt werden, da relevante Informationen, welche die Patient*innen betreffen, immer dokumentiert werden, sowohl von dem Primärversorgungszentrum, als auch vom Rettungsdienst. Durch die Dokumentation bzw. die darauffolgende Überweisung, wird die Sozialarbeit miteinbezogen.

Eine weitere Vermutung war, dass es kaum bis keinen zwischenmenschlichen Kontakt zwischen der Sozialarbeit und den Rettungssanitäter*innen in einem Primärversorgungszentrum gibt.

Diese Vorannahme wurde von den Sozialarbeiter*innen und den Rettungssanitäter*innen bestätigt und auch bemängelt, da in deren Augen ein Ausbau dieser Schnittstelle einen Mehrwert für die Professionen unter sich, aber besonders für die Patient*innen mit sich bringen würde.

6.2 Forschungsausblick

Im Zuge dieser Forschungsarbeit wurde festgestellt, dass das Forschungsfeld noch unzureichend erforschte Bereiche mit sich bringt. Durch eine nachgehende Forschung könnte eine Sensibilisierung mehrerer Professionen auf die sozialen Indikationen erreicht werden.

In dieser Forschungsarbeit wurde sich auf die Dokumentation der Sozialen Arbeit in einem Primärversorgungszentrum, bei Übergabe eines*einer Patient*in konzentriert. Dahingehend konnte erfasst werden, dass es eine kaum vorhandene Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit gibt. Dies könnte ein Anlass dazu sein, die Forschungslücken, weshalb keine Schnittstelle vorhanden ist und wie man diese erstellen bzw. verbessern kann, zu schließen.

Weiters scheint es, dass nicht in allen Primärversorgungszentren gleich gearbeitet wird, weshalb es von hoher Relevanz zeugt sich damit auseinanderzusetzen, weshalb in manchen Primärversorgungszentren akute Notfallpatient*innen aufgenommen werden und in anderen wiederum nicht und inwiefern dies dann die Dokumentation der Sozialen Arbeit verändern würde.

Zusätzlich könnte diese Forschungsarbeit die Weichen für eine weitere Untersuchung und Forschung hinsichtlich des Reiters Soziales stellen, um etwaige Vorteile und Nachteile aus der Sicht von niedergelassenen Ärzt*innen, Fachärzt*innen, Ärzt*innen in Krankenhäusern Rettungssanitäter*innen und Pflegekräften einzuholen.

Literatur

Baum, Max (2016): Das Doppel- und Triplemandat in der Sozialen Arbeit. Zusammenfassung.

Bosshard, M./ Ebert, U./ Lazarus, H.: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie: Lehrbuch, Bonn 1999.

Brack Ruth (2009): Der Beitrag klientbezogener Dokumentation zur Qualitätssicherung in der Sozialarbeit, In: Brack, Ruth / Geiser, Gasper (2009) (Hg.,0In.): Aktenführung in der Sozialarbeit. Vorschläge für die klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung. 4. Auflage. Bern: Haupt. S. 51-57.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich.

DocCheck Flexikon - Das Medizinlexikon zum Medmachen (2020): Rettungsdienst. <https://flexikon.doccheck.com/de/Rettungsdienst> [Zugriff: 02.03.2021].

ELGA –Meine elektronische Gesundheitsakte (2021): Wissenswertes zu ELGA. <https://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/> [Zugriff: 14.04.2021]

FH St. Pölten (2019): Soziale Arbeit. Projekte. Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff: 05.03.2021].

FH St. Pölten (2020): Soziale Arbeit. Projekte. Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/einbindung-der-sozialen-arbeit-im-integrativen-versorgungskonzept-der-primarversorgung> [Zugriff: 05.03.2021].

FH St. Pölten (o.A.): Living Document. Grundlage für Auswahl, Steuerung und Dokumentation von Bachelorprojekten. St. Pölten. Unveröffentlicht.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg

Gesundheit - öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2021): Rettungssanitäterin/Rettungssanitäter. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/berufe/krankenpflege/rettungssanitaeter> [Zugriff: 02.03.2021].

Halmich, M., (2019): Berufsgruppenmix und die dazugehörigen Kompetenzen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe. In: ÖGERN, Hrsg. in: Tagungsband Nr.6 Symposium Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Wien: Educa Verlag

Jahnke, P.: Spezialisierte Generalisten? Zur Professionalisierungsdebatte in der psychiatrischen Sozialarbeit. Diplomarbeit. Evangelische Fachhochschule, Hannover 2005.

ÖFOP - Österreichische Forum Primärversorgung (2021): FAQs. Was ist Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/?fps=Was%20ist%20Prim%C3%A4rversorgung?> [Zugriff: 02.03.2021].

ÖRK – Österreichisches Rotes Kreuz Generalsekretariat (2016): Sanitätshilfe. Ausbildung. 7. Auflage. Wien: o. A.

Rotes Kreuz (2021): Freiwillig im Rettungsdienst. Wir haben die passende Jacke für dich! Deine Ausbildung in Linz-Stadt/Land. <https://www.rotekreuz.at/oberoesterreich/linz-stadt-land/ich-will-helfen/freiwillig-im-rettungsdienst> [Zugriff: 14.04.2021].

Schiek, Daniel (2014): Das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 43, Heft 5, Oktober 2014. S. 379-395.

Sozialministerium (2020): Medizin und Gesundheitsberufe. Gesundheitsberufe in Österreich 2020. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe.html> [Zugriff: 20.04.2021]

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1997): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Teambasierte Primärversorgung (2021): ÄrztInnen und andere GesundheitsexpertInnen. Wissenswertes über das Konzept PVE. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal> [Zugriff: 28.04.2021]

Ventura Ilana (2020): Primärversorgungseinheiten für Österreich. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735247&version=1588151861> [Zugriff am 07.03.2021].

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff: 02.03.2021].

Daten

ITV 13, Interview geführt von Ramona Wagner geführt mit einem*einer ehemaligen Sozialarbeiter*in eines PVZ, 19.02.2021, Audiodatei.

ITV 14, Interview geführt von Ramona Wagner geführt mit einem*einer Sozialarbeiter*in in einem PVZ, 17.02.2021, Audiodatei.

ITV 17, Interview geführt von Anna Christine Zeilinger geführt mit einem*einer Rettungssanitäter*in und Sozialarbeiter*in in einem PVZ, 17.03.2021, Audiodatei.

ITV 18, Interview geführt von Anna Zeilinger geführt mit einem*einer Rettungssanitäter*in, 05.03.2021, Audiodatei.

sITV 1, schriftliches Interview, ergänzende Fragen erstellt von Anna Christine Zeilinger und ausgesendet an eine*n Sozialarbeiter*in in einem PVZ, April 2021.

sITV 2, schriftliches Interview, erstellt von Anna Christine Zeilinger und ausgesendet an eine*n Mitarbeiter*in eines PVZ und Rettungssanitäters*in, April 2021.

TI 13, Transkript Interview ITV 13, erstellt von Ramona Wagner und Christian Hamberger, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI 14, Transkript Interview ITV 14, erstellt von Ramona Wagner und Anna Christine Zeilinger, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI 17, Transkript Interview ITV 17, erstellt von Ramona Wagner und Anna Christine Zeilinger, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI 18, Transkript Interview ITV 18, erstellt von Anna Christine Zeilinger, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

sTI 1, Transkript schriftliches Interview sITV 1, erstellt von Anna Christine Zeilinger, April 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

sTI 2, Transkript schriftliches Interview sITV 2, erstellt von Anna Christine Zeilinger, April 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMS	emergency medical services
etc.	et cetera
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
SanG	Sanitätsgesetz
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z. B.	zum Beispiel

Anhang

Interviewleitfaden für eine*n Rettungsanitäter*in

Forschungsfrage: Wie wird die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen, wenn Patient*innen zu Hause nicht mehr ausreichend unterstützt werden können und vom Rettungsdienst in ein PVZ gebracht werden?

Einstieg: Begrüßung, bedanken dass sich Zeit genommen wurde und auch für die Offenheit um über so ein sensibles Thema zu reden, kurze Erklärung des Ablaufs, Hinweis auf die Tonaufnahme, Einverständniserklärung und Erklärung des anonymisierens

Allgemeine Tätigkeiten als Rettungsanitäterin

- Du bist beim Roten Kreuz als Rettungsanitäterin tätig, könntest du zu deinen Aufgabengebieten etwas erzählen?
- Wie sieht die Dokumentation des Roten Kreuzes in Niederösterreich bei einem Krankentransport aus?

Transport in ein Primärversorgungszentrum

- Kennst du das Primärversorgungszentrum in Sankt Pölten und wenn ja, kannst du vielleicht dazu ein paar Worte nennen, was das ist und welche Professionen darin arbeiten?
- Wie oft hast du bereits Patient*innen in ein Primärversorgungszentrum transportiert und weswegen hast du diese in das PVZ gebracht?

Übergabe der Patient*innen

- Wie sieht die Übergabe des*der Patient*in in einem PVZ aus?
- Wenn dir zuhause bei den Patient*innen aufgefallen ist, dass sie zuhause nicht mehr alleine zurecht kommen und evtl. mobile Dienste oder dergleichen benötigen, was fängst du mit dieser Information dann an?
- Hast du im PVZ selbst Kontakt zur Sozialarbeit? Wenn ja, wie sieht dieser Kontakt aus? Wenn nein, würdest du dir diesen Kontakt wünschen?

Reiter Soziales bei der E-Card

- Stell dir bitte vor, dass es bei der E-Card einen Reiter Soziales gibt. In diesen können sowohl Hausärzt*innen etwas reinschreiben, als auch alle anderen Ärzt*innen, Pflegekräfte und vor allem Sozialarbeiter*innen.
- Würde dieser Reiter die Arbeit im Rettungsdienst beeinflussen bzw. glaubst du, dass er die Übergabe manchmal etwas erleichtern würde?

Abschluss: Hast du noch etwas zu diesem Thema hinzuzufügen?

Interviewleitfaden für eine*n Rettungssanitäterin / Sozialarbeiter*in

Forschungsfrage: Wie wird die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen, wenn Patient*innen zu Hause nicht mehr ausreichend unterstützt werden können und vom Rettungsdienst in ein PVZ gebracht werden?

Einstieg: Begrüßung, bedanken dass sich Zeit genommen wurde und auch für die Offenheit um über so ein sensibles Thema zu reden, kurze Erklärung des Ablaufs, Hinweis auf die Tonaufnahme, Einverständniserklärung und Erklärung des anonymisierens

Allgemeine Tätigkeiten als Rettungssanitäterin

- Du bist beim Roten Kreuz als Rettungssanitäterin tätig, könntest du zu deinen Aufgabengebieten etwas erzählen?
- Wie sieht die Dokumentation des Roten Kreuzes bei einem Krankentransport aus? Wenn dir zuhause bei den Patient*innen aufgefallen ist, dass sie zuhause nicht mehr alleine zurecht kommen und evtl. mobile Dienste oder dergleichen benötigen, was fängst du mit dieser Information dann an? (aus Sicht der Rettungssanitäterin)

Sozialarbeiterin in einem Primärversorgungszentrum

- Du arbeitest im Primärversorgungszentrum in Linz, was sind deine Tätigkeiten und welche weiteren Professionen gibt es in diesem PVZ?

Übergabe der Patient*innen

- Wie sieht die Übergabe des*der Patient*in in einem PVZ als Rettungssanitäterin aus?
- Du bist Rettungssanitäterin und übergibst Patient*innen regelmäßig an eine andere professionelle Stelle, wie siehst du an dieser Stelle die Schnittstelle Sozialarbeit und Rettungsdienst?
- Wie könnte man diese Schnittstelle verbessern? Besonders in der Primärversorgung?

Reiter Soziales bei der E-Card

- Stell dir bitte vor, dass es bei der E-Card einen Reiter Soziales gibt. In diesen können sowohl Hausärzt*innen etwas reinschreiben, als auch alle anderen Ärzt*innen, Pflegekräfte und vor allem Sozialarbeiter*innen.
- Würde dieser Reiter die Arbeit im Rettungsdienst beeinflussen bzw. glaubst du, dass er die Übergabe manchmal etwas erleichtern würde?
- Wie würde dieses Feature die Arbeit der Sozialarbeit beeinflussen?

Abschluss: Hast du noch etwas zu diesem Thema hinzuzufügen?

Interviewleitfaden für eine*n Sozialarbeiter*in (schriftliches Interview)

Forschungsfrage: Wie wird die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen, wenn Patient*innen zu Hause nicht mehr ausreichend unterstützt werden können und vom Rettungsdienst in ein PVZ gebracht werden?

Primärversorgungszentrum

- Arbeitet das PVZ in der Primärversorgung so, wie man es im Studium lernt und auch eine Anlaufstelle für die Rettungsdienste ist, um die Krankenhäuser zu entlasten?

Übergabe der Patient*innen

- Würden wichtige Informationen der Rettungssanitäter*innen bei der Übergabe, wie z.B. Verwahrlosung, dokumentiert werden bzw. inwiefern würde diese Dokumentation deine Dokumentation als Sozialarbeiterin beeinflussen?
- Wann fängt deine Dokumentation in diesem Fall an?
- Du hast zwar wenig bis keinen Kontakt zu Rettungssanitäter*innen, wie siehst du generell die Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Sozialarbeit?
- Wie könnte man diese Schnittstelle verbessern? Besonders in der Primärversorgung?

Reiter Soziales bei der E-Card

- Stell dir bitte vor, dass es bei der E-Card einen Reiter Soziales gibt. In diesen können sowohl Hausärzt*innen etwas reinschreiben, als auch alle anderen Fachärzt*innen, Pflegekräfte und vor allem Sozialarbeiter*innen.
- Würde dieser Reiter die Arbeit der Sozialarbeit erleichtern oder gar beeinflussen?

Abschluss: Hast du noch etwas zu diesem Thema hinzuzufügen?

Auszug aus dem Transkript T117 (Interview mit einem*einer Rettungssanitäter*in und Sozialarbeiter*in)

B1: Jo wir hom an klassischen Transportschein oiso wir schreiben des nu händisch.

I1: Mhm.

B1: A h m mit de klassischen gonz normal medizinischen Sochen wie Vitalparameter, Blutdruck, Herzfrequenz, Blutzucker, natürlich jetzt Temperatur u n d bei uns gibt's auch ein Feld für Bemerkungen des jetzt mittlerweile seit am Joa ungefähr nimma gonz frei is sondern offiziell soit do des Sampleschema abgefragt werden oiso Schmerzen, Allergien, Medikamente, Patientengeschichte, letzte Mahlzeit und Ereignis.

I1: Mhm.

B1: Ähm . i nutz des oba ned imma so streng (B1 lacht) oiso des Sample steht jo quasi so ähm wie hoast des hori na ned horizontal des ondare vertikal (B1 lacht)

I1: jo genau (I1 lacht).

B1: Von oben nach unten (B1 lacht) ähm und jo was dokumentier i, es kommt a bissl auf de Situation drauf an goi? Oiso wenn des a Situation is, die vielleicht a sozialarbeiterische Indikation hod oder ah was psychiatrisches . . don dokumentier i meistens wie i den Patienten aufgefunden hob wie ihn wahrnumma hob . don natürlich trotzdem Sample de ganze Kurzfassung ähm und . was ma do um zu deem Forschungsthema zurück zu kommen scho ah Notizen w i e hod a Hauskrankenpflege, wens hoid da Patient sogn kon oda wie wie de Versorgungssituation is oda wenn ma etwas besonderes auffgoin is. I nutz do monchmoi auch de Rückseite vom Transportzettel wenne sehr motiviert bin (B1 lacht) oba normalerweise versuch i des stichpunktartig do eini zum schreiben und i glaub olles was medizinisch do sunnst nu dokumtiert wird glaube is jetzt eh ned so relevant oda? Oiso so das do hoid so Manschgal gibt wo ma hoid so ankreuzeln kann.

I1: Genau. Hm.

B1: Ähm. So sochn oda wer olla dabei woa und . genau.

I1: Ok des hoast du notierst da des eigentlich don wirklich ah scho wenn du merkst da wär irgendwie von da sozialen Situation her a Indikation notwendig fia mobile Dienste. Mochst du des jetzt eigentlich erst seitdem du Sozialarbeiterin bist oder hosd du des vorher ah schon gmocht?

B1: Hm. I glaub erst seitdem i Sozialarbeiterin bin oiso erst seitdem i studier glaub i ansunnsten hob i des . mündlich . . jo weitergeben jo schwa zum song goi . hm . na tatsächlich ned des mecht i jetzt goaned song i glaub des is wirklich erst seit i de Sozialarbeiterin bin dase de Dokumentation ausgeweitet hob jo.

Auszug aus dem Offenen Kodieren

Passage	Konzept	Eigenschaften	Dimensionen	Memo
Oiso wenn des a Situation is, die vielleicht a sozialarbeiterische Indikation hod oder ah wos psychiatrisches.	Indikationswahrnehmung	Situationsanalyse	Sozialarbeiterische Indikation – keine sozialarbeiterische Indikation _____ Psychiatrische Indikation – keine psychiatrische Indikation _____ negativ – positiv keine Auswahl – mehrere Optionen	Nicht alle Situationen im Rettungsdienst handeln von medizinischen Notfällen. Es können auch sozialarbeiterische oder psychiatrische Indikationen auftreten.
Don dokumentier i meistens wie i den Patienten aufgefunden hob wie ihn wahrnumma hob.	Dokumentation	Situationswahrnehmung _____ Erster Eindruck	Nicht wahrnehmen – wahrnehmen _____ Nicht auffinden – auffinden _____ Nicht dokumentieren – dokumentieren	Die Dokumentation einer Rettungssanitäterin beinhaltet das Auffinden der Patient*innen und deren ersten Eindrucks.
Wenns hoid da Patient sogn kon oda wie wie de Versorgungssituation is oda wenn ma etwas besonderes auffgoin is.	Versorgungssituation	Eindrücke _____ Vermittlung von Patient*innen _____ Auffälligkeiten	Negativ – positiv _____ Nichts sagen – etwas sagen _____ Auffälligkeiten – keine Auffälligkeiten	Nicht alle Patient*innen können sich mithilfe von Worten ausdrücken (Demenz etc.), weswegen alle Eindrücke dokumentiert werden.
I glaub erst seitdem i Sozialarbeiterin bin oiso erst seitdem i studier glaub i.	Veränderung	Studium _____ Einstellung/ Haltung	Nicht lernen – lernen _____ Keine Veränderung – Veränderung _____ Negativ - positiv	Das Studium der Sozialen Arbeit bringt nicht nur Veränderung der Einstellung und der Haltung mit sich, sondern auch eine Veränderung in der Ausübung von anderen Tätigkeiten, im positiven Sinn.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Anna Christine Zeilinger, geboren am 28.11.1997 in Gmunden, erkläre,

dass ich diese Bachelorarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Steyrermühl, am 12. Mai 2021

A handwritten signature in black ink, reading 'Zeilinger' in a cursive script.

Anna Christine Zeilinger