

Grenzen der Standardisierung von telefonischer Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen Perspektiven aus der Sozialen Arbeit

Lea Helle-Van Kuren, BA
Lena Wagner, BA

Masterthese

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

Im April 2025

Erstbegutachterin: Dr. Sabine Lehner, BA MA
Zweitbegutachter: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Alois Huber

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass

- ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.
- ich mich bei der Erstellung der Arbeit an die Standards guter wissenschaftlicher Praxis gemäß dem Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten gehalten habe.
- ich die vorliegende Arbeit an keiner Hochschule zur Beurteilung oder in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt oder veröffentlicht habe.

Über den Einsatz von Hilfsmitteln der generativen Künstlichen Intelligenz wie Chatbots, Bildgeneratoren, Programmieranwendungen, Paraphrasier- oder Übersetzungstools erkläre ich, dass

- ☐ im Zuge dieser Arbeit kein Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz zum Einsatz gekommen ist.
- ☒ ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um die Arbeit Korrektur zu lesen.
- ☐ ich Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz verwendet habe, um Teile des Inhalts der Arbeit zu erstellen. Ich versichere, dass ich jeden generierten Inhalt mit der Originalquelle zitiert habe. Das genutzte Hilfsmittel der generativen Künstlichen Intelligenz ist an entsprechenden Stellen ausgewiesen.

Durch den Leitfaden zum Wissenschaftlichen Arbeiten der FH St. Pölten bin ich mir über die Konsequenzen einer wahrheitswidrigen Erklärung bewusst.

Abstract

Grenzen der Standardisierung von telefonischer Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen
Perspektiven aus der Sozialen Arbeit

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Um den sich verändernden gesellschaftlichen Bedürfnissen langfristig gerecht werden zu können, kam es im Jahr 2019 zur österreichweiten Implementierung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Diese soll zur Entlastung der (Prä-)Klinik beitragen und ist niederschwellig rund um die Uhr erreichbar. Anrufe werden von Emergency Communication Nurses entgegengenommen, welche anhand standardisierter Abfragen mittels des Systems LowCode™ die Dringlichkeit einer Behandlung sowie den geeigneten Versorgungsort identifizieren. Diese Beratung ist gegenwärtig stark biomedizinisch geprägt und weist daher einen signifikanten Optimierungsbedarf hinsichtlich psychosozialer Anliegen auf. Da die Umsetzung der telefonischen Gesundheitsberatung in den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Bundesländer fällt, fokussiert sich die vorliegende Arbeit auf Niederösterreich, da dort bereits wirksame, praxisrelevante Strukturen in der Rettungsleitstelle Notruf NÖ geschaffen wurden.

In diese ist sowohl die telefonische Gesundheitsberatung als auch das AKUTteam NÖ integriert, welches derzeit als Versorgungsort für psychosoziale Anliegen fungiert. Das AKUTteam NÖ ergänzt das bestehende Notrufsystem durch seine Expertise im psychosozialen Bereich. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Verschränkung der Organisationseinheiten mit Fokus auf die Soziale Arbeit untersucht, um potenziell standardisierbare Abläufe (bio-)psychosozialer Gesundheitsberatung zu identifizieren. Ziel ist es, zu klären, inwieweit die aktuelle Praxis der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 für psychosoziale Anliegen genutzt wird und wie ein psychosoziales Clearing in diesem Zusammenhang gestaltet werden kann. Zu diesem Zweck wurde eine Gruppendiskussion mit Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ durchgeführt und 20 Falldokumentationen retrospektiv analysiert. Des Weiteren wurde ein Experte zum Thema Krisenintervention interviewt.

Die Forschungsergebnisse verdeutlichen Herausforderungen standardisierter Prozesse im direkten Klient*innenkontakt und unterstreichen die Relevanz eines individualisierten Zugangs für professionelle Soziale Arbeit. Die Unmöglichkeit, psychosoziale Anliegen mithilfe eines standardisierten Programms wie LowCode™ systematisch abzubilden, wird dabei evident. Dennoch zeigt sich, dass ein standardisierter Ablauf eines Clearinggesprächs als Orientierungshilfe und Arbeitsrahmen möglich ist. Diese Form der Standardisierung ermöglicht weiterhin einen klient*innenorientierten Zugang in Gesprächen und trägt zur Professionalisierung bei.

Schlüsselwörter: psychosoziales Clearing, telefonische Gesundheitsberatung, Standardisierung, Abfrageschemata, 1450, Clearing, bio-psychosoziale Gesundheit, Akutsozialarbeit, Behandlungspfade, Assessment, Telekommunikation, Notruf NÖ

Abstract

The Limits of Standardizing Health Advice Hotlines for Psychosocial Concerns Perspectives from Social Work

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

In order to meet the evolving needs of society in the long term, the nationwide implementation of the telephone health advice hotline 1450 was introduced in Austria in 2019. This service is intended to relieve pressure on (pre-)clinical facilities and is available around the clock with a low-threshold approach. Calls are answered by Emergency Communication Nurses, who use standardized protocols via the LowCode™ system to assess the urgency of treatment and identify the appropriate place of care. Currently, this advice is strongly biomedical in nature and therefore shows significant potential for improvement regarding psychosocial concerns. As the implementation of the telephone health advice service falls within the remit of the individual federal states, the present study focuses on Lower Austria, where effective, practice-oriented structures have already been established within the emergency dispatch center Notruf NÖ. Both the health advice hotline 1450 and the AKUTteam NÖ, which currently serves as a point of care for psychosocial issues, are integrated into this system. The AKUTteam NÖ complements the existing emergency call system with its expertise in the psychosocial field. Within the framework of this study, the interlinking of organizational units was examined with a focus on social work, to identify potentially standardizable processes for (bio-)psychosocial health counselling. The aim is to clarify the extent to which the current practice of health advice hotline 1450 is used for psychosocial concerns, and how psychosocial triage can be structured in this context. To this end, a group discussion was conducted with social workers from the AKUTteam NÖ, and 20 case records were retrospectively analyzed. In addition, an expert in the field of crisis intervention was interviewed. The research findings highlight the challenges of standardized processes in direct client contact and underscore the importance of an individualized approach in professional social work. The impossibility of systematically mapping psychosocial concerns using a standardized program such as LowCode™ becomes apparent. Nevertheless, a standardized procedure for conducting a triage interview can serve as a helpful point of orientation and working framework. This form of standardization continues to allow for a client-centered approach to conversations and contributes to professionalization.

Keywords: psychosocial clearing, health advice hotline, standardization, questioning protocols, 1450, clearing, bio-psychosocial, health, acute social work, treatment pathways, assessment, telecommunication, Notruf NÖ

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Theorie	9
2.1	Professionsverständnis: Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf.....	9
2.2	Die biomedizinische und bio-psychosoziale Definition des Gesundheitsbegriffes ...	11
2.2.1	Das biomedizinische Modell.....	12
2.2.2	Die bio-psychosoziale Definition von Gesundheit	13
2.3	Grundlagen psychosozialer Beratung im Kontext Sozialer Arbeit	14
2.4	Clearing- beziehungsweise Erstgespräche im Kontext Sozialer Arbeit	15
2.5	Standardisierung psychosozialer Arbeit.....	17
2.5.1	Kritik an der Standardisierung	18
2.5.2	Dimensionen und Funktionen von Standardisierung	20
3	Organisationsstrukturen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 und Notruf NÖ.....	24
3.1	Einführung in die telefonische Gesundheitsberatung 1450	24
3.1.1	Triage mittels protokollgestütztem Expert*innensystem LowCode™.....	25
3.1.2	Ablauf der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 bei Notruf NÖ	26
3.2	Etablierung des AKUTteam NÖ	28
4	Forschungskontext	31
4.1	Forschungsprojekt und Relevanz des Themas.....	31
4.2	Zugang zum Feld	32
4.3	Forschungsinteresse und Forschungsfragen.....	32
5	Forschungsdesign	35
5.1	Datenmaterial	35
5.1.1	Falldokumentationen des AKUTteam NÖ	35
5.1.2	Expert*inneninterview.....	35
5.1.3	Gruppendiskussion.....	36
5.1.4	Literaturrecherche	36
5.2	Erhebungsmethoden	36
5.2.1	Expert*inneninterview.....	36
5.2.2	Gruppendiskussion.....	37
5.3	Auswertungsmethoden.....	37
5.3.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	38
5.3.2	Qualitative Datenanalyse mittels MAXQDA	38
5.3.3	Quantitative Datenanalyse mittels MAXQDA	39
6	Ergebnisse.....	40
6.1	Standardisierung psychosozialer Beratung bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450.....	40
6.1.1	Kritik an der Standardisierung der Interaktion zwischen Anrufer*in und Professionist*in.....	41

6.1.2	Möglichkeiten der Standardisierung im psychosozialen Clearing	44
6.2	Gesprächsverlaufsoptionen psychosozialer Beratungen der telefonischen Gesundheitsberatung	45
6.3	Alarmierung AKUTteam NÖ	46
6.3.1	Fälle für das AKUTteam NÖ	47
6.3.2	Wissen über Zuständigkeiten	48
6.3.3	Alarmierung via Smartphone	49
6.3.4	Gesprächsvorbereitung	50
6.4	Telefonisches (Erst)Gespräch	52
6.4.1	Die (psychosoziale) Krise und damit einhergehende Gesprächsausgänge im Kontext des AKUTteam NÖ	54
6.4.2	Kriterien: Krise statt Problem	57
6.4.3	Abklärung: Problem statt Krise	65
6.5	Zwischenfazit	76
7	Empfehlungen für die Praxis	79
7.1	Anforderungen an und Ausbildung für Berater*innen	79
7.2	Medizinische versus sozialarbeiterische Perspektive auf Fälle	82
7.3	Empfohlener Gesprächsverlauf	84
7.3.1	Flächendeckende, fallkontinuierliche psychosoziale Unterstützung (ohne biomedizinisch-klinische Anamnese vor dem Hintergrund der DSGVO)	86
7.3.2	Case Management im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung	88
7.4	Kooperationsmodelle: Medizinisches und sozialarbeiterisches Personal in gemeinsamer Fallarbeit	91
7.4.1	Soziale Arbeit + Rettung: Beispiel „Sociolance“ in Kopenhagen	91
7.4.2	Soziale Arbeit + Polizei: Beispiel „Welfare Checks“ in Ohio (USA)	91
7.4.3	Community Paramedic Programs (CPP) in ländlichen Regionen der USA ..	92
8	Fazit	93
9	Forschungsausblick	97
	Literatur	98
	Daten	107
	Abbildungen	110
	Anhang	111

1 Einleitung

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Das österreichische Gesundheitssystem sieht sich zunehmend mit psychosozialen Anliegen konfrontiert, folgt jedoch nach wie vor einem vorwiegend biomedizinischen Gesundheitsverständnis. Diese in der Praxis wirksame Dichotomie zwischen biomedizinischem und psychosozialen Denken stellt ein strukturelles Leitprinzip dar und führt in der Versorgung von Patient*innen zunehmend zu Herausforderungen. Steigende und sich verändernde gesellschaftliche Herausforderungen, wie etwa eine alternde Gesellschaft sowie das Fehlen von Gesundheitskompetenzen, führen zu einem wachsenden Patient*innenaufkommen im ambulanten, stationären sowie präklinischen Gesundheitswesen. Diese Entwicklungen führten 2019 bundesweit zur Implementierung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 (Nowak et al., 2013, S. VII). Hier führen Emergency Communication Nurses (ECNs) mithilfe des protokollgestützten Expert*innensystems *LowCode™* standardisierte Abfragen durch und leiten Anrufer*innen zum jeweils geeigneten Versorgungsort weiter.

Der kürzlich vorgestellte niederösterreichische Gesundheitsplan 2040+ sieht zudem vor, dass die telefonische Gesundheitsberatung zukünftig als „[e]rste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Beschwerden“ (Amt der NÖ Landesregierung, 2025) etabliert werden und so einer zentralen Lotsung und Steuerung von Patient*innen im Bundesland dienen soll. Bereits während der Pilotprojektphase beschrieb Chwojka (2018) die Notwendigkeit einer Integration psychosozialer Dienste in die telefonische Gesundheitsberatung – eine konkrete Umsetzung blieb bislang jedoch aus (S. 128).

Ansetzend an dieser Überlegung untersucht die vorliegende Masterarbeit wie psychosoziale Beratung im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Niederösterreich ausgestaltet und österreichweit als strukturiertes psychosoziales Clearing in das bestehende System integriert werden kann. Diese Fragestellung ist dahingehend relevant, da in Österreich bislang keine flächendeckende, einheitlich erreichbare telefonische Anlaufstelle für psychosoziale Anliegen existiert. In diesem Zusammenhang wird die Definition des Gesundheitsbegriffes näher beleuchtet und der Frage nachgegangen, welche Rolle die Soziale Arbeit bei einer Gesundheitsberatung einnehmen kann und soll. Das Professionsverständnis wird insbesondere aufgrund des im Regierungsprogramm 2025 angekündigten Berufsgesetz für die Profession betrachtet.

Vor diesem Hintergrund beschäftigen sich die Autorinnen am Beispiel Niederösterreichs, wie ein psychosoziales Clearing durch das dortige AKUTteam NÖ – bestehend aus Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen – in die telefonische Gesundheitsberatung 1450 eingegliedert werden könnte. Aktuell werden Anrufer*innen aus Niederösterreich mit psychosozialen Anliegen zwar an diese Professionist*innen weiterverwiesen, jedoch wird dieses Team bislang nicht als integrativer Bestandteil der

telefonischen Beratung, sondern vielmehr als eigenständiger „Versorgungsort“, angesehen, vergleichbar mit einem Krankenhaus oder einer allgemeinmedizinischen Praxis. So kommt es derzeit zu einer Auslagerung von psychosozialer Gesundheitsberatung an externe Organisationen. Im Zuge dieser Arbeit wurde mittels Gruppendiskussion mit Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ sowie der retrospektiven Analyse von 20 Falldokumentationen ein idealtypischer Gesprächspfad entwickelt, welcher als Grundlage für psychosoziale Erstgespräche dienen kann. Darüber hinaus wurde mit Unterstützung eines Fachexperten eruiert, inwieweit die Software LowCode™ oder andere Standardisierungsansätze für das professionelle sozialarbeiterische Clearing sowie Krisenintervention geeignet sind. Möglichkeiten und Grenzen der Standardisierung psychosozialer (Gesundheits-)Beratung stehen deswegen im Fokus dieser Arbeit.

Zu Beginn findet dazu eine theoretische Einführung in grundlegende Themen der Arbeit statt, indem auf das Professions- und das Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit näher eingegangen wird. Zusätzlich werden Grundlagen psychosozialer Beratung sowie sozialarbeiterischen Clearings und eine Einführung in das Thema der Standardisierung in der Sozialen Arbeit vorgestellt. Für die Verständlichkeit organisationaler Abläufe kommt es anschließend zur Einführung in die telefonische Gesundheitsberatung, die Expert*innensoftware LowCode™ sowie das AKUTteam NÖ. In weiterer Folge werden Forschungskontext und Forschungsdesign präsentiert, bevor es zur Ergebnisdarstellung kommt. Abschließend werden aus den gewonnen Erkenntnissen Empfehlungen formuliert und es wird ein Fazit gezogen.

2 Theorie

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

In diesem Kapitel werden die Rolle und Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext und damit verbunden die Potenziale und Herausforderungen einer möglichen Anerkennung der Profession als Gesundheitsberuf diskutiert.

Dabei werden rechtliche Rahmenbedingungen, wie ein (noch) fehlendes Berufsgesetz und damit verbundene, mögliche qualitätssichernde Regulierungen beleuchtet. Weiters werden die Unterschiede zwischen dem biomedizinischen Modell, das den Menschen vor allem biologisch-medizinisch betrachtet, und dem bio-psychosozialen Modell, das biologische, psychologische und soziale Faktoren gleichermaßen beachtet, gegenübergestellt. Außerdem wird in den Begriff der psychosozialen Beratung eingeführt, um in Folge auf die Bedeutung und Herausforderungen der Gesprächsführung im Rahmen von Erstgesprächen und Clearingprozessen eingehen zu können. Abschließend thematisiert das Kapitel den Diskurs um Standardisierung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, wobei sich im Zuge dessen mit dem Spannungsfeld aus Professionalisierung-Kontrolle-Fallorientierung auseinandersetzt wird.

2.1 Professionsverständnis: Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf

Helle-Van Kuren Lea

Vor dem Hintergrund der bisher fehlenden Anerkennung der Sozialen Arbeit in Österreich als Gesundheitsberuf beteiligen sich verschiedene Fachorganisationen und Institutionen am Diskurs über die Rolle der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf, da die Rolle des „Sozialen“ als Teil der Gesundheit von der WHO grundsätzlich definiert wird:

Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. (Sozialministerium, o.J. o. S.)

Determinanten für Gesundheit sind somit nicht nur biomedizinische Faktoren, also die Abwesenheit von „Krankheit und Gebrechen“ (Sozialministerium, o. J., o.S.), sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden, dessen Förderung wiederum als Kernkompetenz der Sozialen Arbeit gilt. (hierzu beispielsweise Redelsteiner, 2023).

Das Fehlen eines Berufsgesetzes spielt auch aus berufsspezifischer Sicht eine Rolle, da zwar ein Berufsbezeichnungsgesetz einen rahmenrechtlichen Bezeichnungsschutz gewährleistet, es aber keine gesetzlichen Regelungen gibt, die die Ausbildung, die Ausbildungsinhalte, die Dokumentationsvorschriften oder die Schweigepflicht von Fachkräften der Sozialen Arbeit festlegen.

Fachkräfte in Gesundheitsberufen, wie z.B. Pflegekräfte, Ärzt*innen oder Ergotherapeut*innen, deren Berufe als solche gesetzlich verankert sind, sind damit im Gegensatz zur Sozialen Arbeit rechtlich abgesichert und Kriterien wie der Zugang zur Ausbildung oder auch der eigene Kompetenzbereich sind klar differenziert. Die Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit (OGSA) betont diesbezüglich, dass die Diskussion um ein Berufsgesetz und den Bezeichnungsschutz für Sozialarbeiter*innen zunehmend an Bedeutung für das Professionsverständnis gewinnt.

Solche Gesetze können die Qualität und Professionalität in der Sozialarbeit verbessern, ähnlich wie es in vielen anderen europäischen Ländern der Fall ist. Der Entwurf eines Berufsgesetzes soll den Berufstitel schützen und klare Qualifikationsanforderungen festlegen, um sowohl den Schutz der Fachkräfte als auch der Klient*innen zu gewährleisten (OGSA, 2023). In zahlreichen anderen Ländern ist die Soziale Arbeit bereits als Gesundheitsberuf anerkannt, was zur Qualitätssicherung beiträgt und eine umfassende Ausbildung, Registrierung und Fortbildungspflicht für Sozialarbeiter*innen vorschreibt (OBDS, o.J.). In dieser Diskussion spielen sowohl historische Perspektiven als auch aktuelle professionelle Praktiken und Herausforderungen eine Rolle, denn die Soziale Arbeit hat eine lange Tradition in der Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen, sozialen und psychischen Problemen, denn die Praxis der Sozialen Arbeit umfasst Beratung, Betreuung und Koordination von Dienstleistungen, die wesentlich zur Gesundheit und zum Wohlbefinden und damit zur Gesundheit der betreuten Personen beitragen (Staub-Bernasconi, 2019).

Vor dem Hintergrund dieses breiteren Professionsverständnisses arbeiten Sozialarbeiter*innen häufig mit Fachkräften aus dem Gesundheitswesen wie Ärzt*innen, Psycholog*innen und Pflegepersonal zusammen, um Unterstützung auf Fall- und Systemebene zu gewährleisten, und verstehen sich als interdisziplinär und vernetzt denkende Professionist*innen. Diese Kooperation ist Grundpfeiler einer ganzheitlichen Betreuung der Klient*innen und unterstreicht die Relevanz der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext, denn oft fehlt im Versorgungsprozess inter- und transdisziplinäres Wissen (Hefel, 2015).

Bereits Ilse Arlt thematisierte die potenziellen Risiken einer übermäßigen Spezialisierung innerhalb der Hilfsprofessionen und wies auf die daraus resultierenden Risiken hin. Sie plädierte aus diesem Grund für die Einrichtung einer eigenen Hochschule, die es ermöglichen sollte, dass alle im Bereich der Lebenspflege tätigen Professionen – wie beispielsweise Elementarpädagog*innen, Lehrer*innen, Ärzt*innen – ein umfassendes Verständnis für die Gesamtaufgabe der „Lebenspflege“ erlangen. Arlt hob im Zuge ihres Argumentariums hervor, dass die Konsequenzen von Arbeitsteilung und Spezialisierung, wenn auf den Menschen angewandt, destruktive Auswirkungen haben können (Arlt & Maiss, 2010, S. 127).

Aktuell beruhen die Rahmenbedingungen der Sozialen Arbeit in Österreich auf allgemeinen gesetzlichen Regelungen und internen Richtlinien der jeweiligen

Trägerorganisationen, die sich ihre eigenen Leitlinien, Leitbilder und „Mission Statements“ auferlegen, was wiederum zu einer Heterogenität in der Ausführung und Qualität der sozialen Dienste führt. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf das Forschungsanliegen ist die Frage der rechtlichen Anerkennung nicht als Profession „an sich“, sondern als Gesundheitsberuf insofern relevant, als Soziale Arbeit von der Klarheit der Standards im Gesundheitswesen profitieren könnte, da in Österreich alle Gesundheitsberufe durch verschiedene rechtliche Absicherungen geschützt sind: Tätigkeits- und Berufsvorbehalt, den Bezeichnungsvorbehalt sowie den Ausbildungsvorbehalt fallen in diese professionsspezifische Absicherung (Weiss, 2020). Die Aufgabenbereiche dieser Berufe umfassen die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zur Förderung und Sicherung der Gesundheit und sind somit sehr genau geregelt. Fach- und Berufsangehörige sind verpflichtet, ihre Tätigkeiten nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und fachlichen Standards auszurichten. Diese beruflichen Pflichten werden nicht nur durch die Grund- und Menschenrechte unterstützt, sondern auch durch spezifische Patient*innen-Rechte und andere gesetzliche Vorschriften geregelt (Halmich, 2021). Zugleich wird diskutiert, dass eine solche Orientierung am Gesundheitswesen auch Risiken für die berufliche Autonomie der sozialen Arbeit birgt. Auch die Ausrichtung von Ausbildungsinhalten an gesundheitsspezifische Kompetenzen wird im Diskurs um Sozialarbeit als Gesundheitsberuf thematisiert und teilweise kritisch betrachtet.

Im Regierungsprogramm 2025-2029 vereinbart die Koalition aus ÖVP (Österreichische Volkspartei, SPÖ (Sozialdemokratische Partei Österreichs) und Neos (Das Neue Österreich und Liberales Forum) die „Erarbeitung und Umsetzung eines Bundesgesetzes für Soziale Arbeit“ (Regierungsprogramm, 2025, S. 97) und damit die rechtsverbindliche Verankerung der Sozialarbeit in einem Bundesgesetz. Inwiefern die Umsetzung hierfür gelingen wird und inwieweit die Soziale Arbeit als Profession in Folge der Umsetzung eines einheitlichen Berufsgesetzes als Gesundheitsberuf definiert wird, ist zum Zeitpunkt der Einreichung dieser Arbeit offen.

2.2 Die biomedizinische und bio-psychosoziale Definition des Gesundheitsbegriffes

Helle-Van Kuren, Lea

In diesem Unterkapitel werden das psychosoziale und das biomedizinische Modell gegenübergestellt. Während das biomedizinische Modell vorrangig auf die biologischen und physiologischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit fokussiert, betrachtet das bio-psychosoziale Modell den Einfluss sozialer, psychologischer und umweltbedingter Faktoren auf das Wohlbefinden.

2.2.1 Das biomedizinische Modell

Das biomedizinische Modell prägt die „westliche“ Medizin und das Gesundheitssystem seit dem 19. Jahrhundert maßgeblich. Es basiert auf der Grundannahme, dass Gesundheit primär, wenn nicht ausschließlich, durch biologische Prozesse bestimmt wird und Krankheit als Störung dieser Prozesse zu verstehen ist. Diesem Modell folgend wird der menschliche Körper als eine Art Maschine betrachtet, deren Teile bei Fehlfunktionen repariert werden müssen (Engel, 1977). Folglich sind psychische und soziale Aspekte in einem biomedizinischen Ansatz nicht relevant, da dieser von einem dualistischen Verständnis von Körper und Geist ausgeht - eine Vorstellung, die im Anschluss an die Philosophie von Descartes (Descartes, 1641/1984) das Gesundheitswesen vor allem im globalen Norden seit dem 17. Jahrhundert prägt. Dieser Dualismus hat zu einer (Über)Betonung der biotechnologischen und pharmakologischen Behandlung von Krankheiten geführt. Ganzheitliche Ansätze, die die sozialen und psychologischen Dimensionen von Gesundheit berücksichtigen, treten dagegen im medizinischen Kontext eher in den Hintergrund, so dass Faktoren wie Stress, soziale Isolation oder ökonomische Unsicherheit, die ebenfalls zur Entstehung von Krankheiten beitragen, nicht berücksichtigt werden (Marmot & Wilkinson, 2006). Dieses Verständnis prägt nicht nur das Gesundheitssystem selbst, sondern ist auch allgemein spürbar, da in der Gesellschaft Gesundheit häufig als Abwesenheit von Krankheit definiert wird, was mit einem biomedizinischen Verständnis einhergeht (Global Health Hub Germany, 2021).

Darüber hinaus hat das biomedizinische Modell zu einer Fragmentierung der medizinischen Versorgung geführt, denn es ist vorwiegend auf die Behandlung spezifischer biologischer „Störungen“ ausgerichtet, wodurch die Gesundheitsversorgung oft in spezialisierte Disziplinen unterteilt, die jeweils für bestimmte Organsysteme oder Krankheiten zuständig sind. Daraus resultiert eine isolierte Betrachtung von Erkrankungen und die Vernachlässigung der Ganzheitlichkeit des*der Patient*innen. Psychosoziale oder soziale Faktoren, die über die organische Dimension hinausgehen, finden innerhalb dieses Modells oft keine adäquate Berücksichtigung (Freeman & Jones, 2018). Dies zeigt sich beispielsweise in der Behandlung chronischer Erkrankungen, bei denen die psychosozialen und sozialen Belastungen der zu behandelnden Person, wie soziale Isolation oder Arbeitsplatzverlust, eine ausschlaggebende Rolle spielen können (Thoits, 2011). Eine der umfassendsten Kritiken am biomedizinischen Modell wurde in den 1970er Jahren von George Engel formuliert, der das Konzept des biopsychosozialen Modells als paradigmatische Alternative entwickelte. Engel stellte die Hypothese auf, dass das biomedizinische Modell eine unzulässige Verkürzung des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit darstellt, und argumentierte, dass die ausschließliche Fokussierung auf biologische Mechanismen eine Vernachlässigung der psychosozialen Dimensionen des menschlichen Erlebens darstelle. Er definierte das biomedizinische Modell somit als reduktionistisch und deterministisch, welches den vielschichtigen Ursachen von Krankheit nicht gerecht werden kann (Engel, 1977).

2.2.2 Die bio-psycho-soziale Definition von Gesundheit

Das bio-psycho-soziale Modell ist ein theoretischer Ansatz psychosozialer Professionen, der die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren hervorhebt (Engel, 1977). Die Relevanz des bio-psycho-sozialen Modells von Engel für die Soziale Arbeit ergibt sich aus dessen ganzheitlichem Ansatz zur Betrachtung menschlicher Probleme und Gesundheitsfragen. Im Kern des biopsychosozialen Modells steht die Überzeugung, dass nicht nur biologische, sondern auch psychologische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und dem Verlauf von Krankheiten spielen (Engel, 1977). Auch als Teilbereich des Gesundheitswesens bietet dieses Modell für die Soziale Arbeit eine Grundlage, auf der die Komplexität menschlicher Erfahrungen anerkannt werden kann.

Abbildung 1 zeigt, dass der Begriff „Krankheit“ im bio-psycho-sozialen Modell im Gegensatz zum biomedizinischen Modell nicht das Fehlen des körperlichen Wohlbefindens bedeutet, sondern vielmehr das Ergebnis komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren ist.

Nach Engel gliedert sich das Modell in drei Hauptkomponenten:

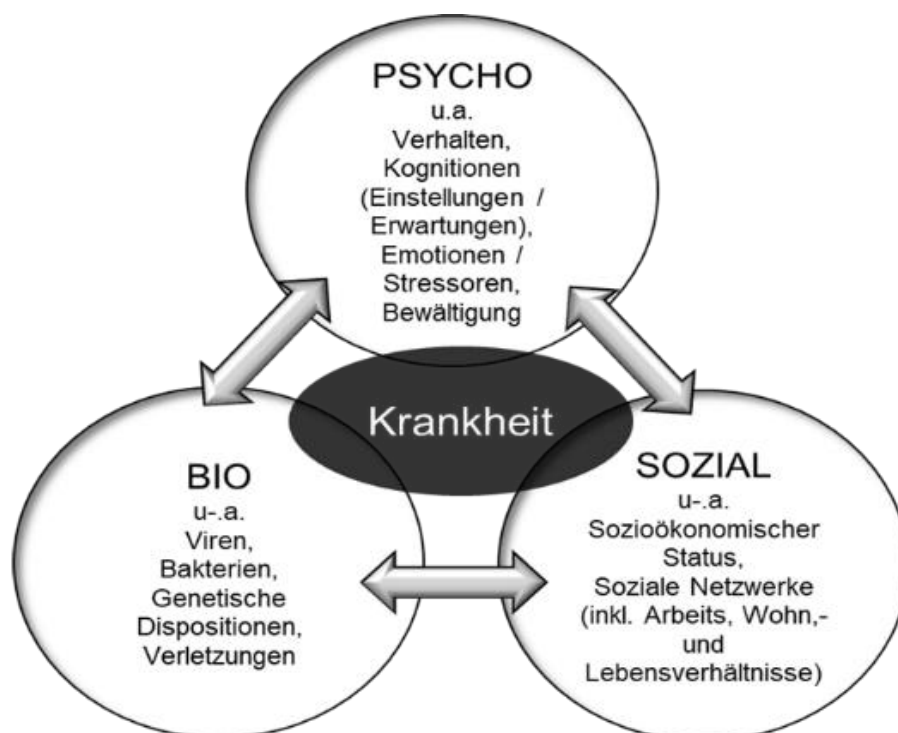


Abbildung 1: Bio-Psycho-soziales Modell (Universität Augsburg), modifiziert nach Engel (1977)

Im Bereich der biologischen Faktoren werden körperliche Ursachen für Krankheit betrachtet, wie beispielsweise Viren, Bakterien, genetische Dispositionen oder Verletzungen. Diese Perspektive entspricht der klassischen medizinischen Sichtweise, bei der Krankheiten als physiologische Fehlfunktionen verstanden werden.

Die psychologischen Einflüsse ergeben sich aus Aspekten wie Verhalten, Kognitionen (z. B. Erwartungen und innere Grundeinstellungen), Emotionen, Stressoren und Bewältigungsstrategien. Ein Beispiel für psychologische Einflüsse auf das Wohlbefinden eines Menschen ist chronischer Stress, der das Immunsystem schwächen und damit zur Krankheitsanfälligkeit beitragen kann (Abdelmonem, 2023).

Zu den sozialen Faktoren gehören soziale Netzwerke, der sozioökonomische Status sowie Arbeits-, Wohn- und Lebensverhältnisse. Menschen mit niedrigerem Einkommen haben beispielsweise oft schlechtere gesundheitliche Versorgung und ein höheres Krankheitsrisiko (hierzu beispielsweise Vonneilich, 2020).

Engel drückt durch die Pfeile zwischen den drei Bereichen aus, dass alle drei Dimensionen miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen: Krankheit entsteht daher aus einem Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und wird nicht als rein somatisches Geschehen verstanden.

Auch wenn das biomedizinische Modell derzeit noch als Leitparadigma gilt, bleibt vor dem Hintergrund der zunehmenden Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit, die seit der COVID-19-Pandemie noch deutlicher geworden sind, zu hoffen, dass sich mittel- und langfristig eine gesamtgesellschaftliche und fachliche Orientierung hin zu einem ganzheitlicheren Gesundheitsverständnis vollzieht, das die bisherige Dichotomie zwischen psychisch-sozialen und körperlichen Aspekten nachhaltig überwindet.

2.3 Grundlagen psychosozialer Beratung im Kontext Sozialer Arbeit

Helle-Van Kuren Lea

Aus alltagsweltlicher Perspektive ist Beratung eine Form sozialer Kommunikation, bei der Menschen Personen aus ihrem nahen Umfeld, wie Familie und Freunde, aufsuchen, um Schwierigkeiten zu klären und Lösungswege zu finden (Thiersch, 2007). Im Gegensatz zu diesem alltagsbezogenen Verständnis wird professionelle Beratung definiert als eine

„vielgestaltige, sich ständig verändernde und durch viele interne und externe Einflussfaktoren bestimmte professionelle Hilfeform. Sie unterstützt in variantenreichen Formen bei der Bewältigung von Entscheidungsanforderungen, Problemen und Krisen und bei der Gestaltung individueller und sozialer Lebensstile und Lebensgeschichten.“

(Nestmann et al., 2007, S. 599)

Psychosoziale Beratung richtet sich, im Unterschied zu einer allgemeinen professionellen Beratung oder einer informellen Alltagsberatung im sozialen Nahbereich, an Klient*innen, die in psychosozialen Handlungsfeldern betreut werden.

Der Fokus dieser Beratungsform liegt darin, Menschen in belastenden psychosozialen Situationen oder in Konflikt- und Krisenzeiten zu unterstützen und zu stabilisieren. Dabei hebt psychosoziale Beratung besonders hervor, wie eng individuelle Schwierigkeiten mit den jeweiligen lebensweltlichen und sozialen beziehungsweise sozioökonomischen

Rahmenbedingungen verbunden sind. Im Mittelpunkt steht die Aktivierung persönlicher Ressourcen und Kompetenzen, um Ratsuchenden die eigenständige Bewältigung ihres Alltags wieder zu ermöglichen (Nestmann et al., 2007).

Vor dem Hintergrund, dass sich Soziale Arbeit als Profession versteht, die den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit betrachtet und psychosoziale Anliegen als zentrales Aufgabenfeld definiert, ist psychosoziale Beratung somit zwar inter- und transdisziplinär anschlussfähig, jedoch zugleich klar als Kernkompetenz der Sozialen Arbeit zu verorten (DGSA, o.J.).

Somit wird die psychosoziale Beratung als „ein Prozess dialogischer Problemlösung zwischen theoretisch und methodisch im Handlungsfeld geschulten Professionellen und einem oder mehreren Menschen in inneren und äußeren Problemsituationen“ (Gahleitner, 2022, S. 693) verstanden und „findet in unterschiedlichen theoretischen Bezügen, methodischen Konzepten, Settings und Institutionen statt“ (Gahleitner, 2022, S. 693). Psychosoziale Beratung ist daher geprägt von einem inter- beziehungsweise transdisziplinären Ansatz, der psychologische, soziologische, sozialarbeiterische und sozialpädagogische Theorien miteinander verbindet, um Klient*innen auf verschiedenen Ebenen zu unterstützen.

2.4 Clearing- beziehungsweise Erstgespräche im Kontext Sozialer Arbeit

Wagner Lena

Der Clearingbegriff ist in der Sozialen Arbeit nicht einheitlich definiert, welcher von Professionist*innen jedoch aus dem Englischen wörtlich übersetzt weitgehend als „Abklärung bzw. Klärung von Klienteninteressen (sic!) oder -ansprüchen“ (Fürst, 2008, S. 58) verstanden wird. Bereits Mary Richmond beschrieb die Klärung von Problemen als wesentliche Tätigkeit der Sozialen Arbeit, weshalb Clearing in der Praxis häufig Einklang findet (Fürst, 2008, S. 58).

Fürst (2008) stellt in diesem Zusammenhang die Herkunft des Begriffs aus der Betriebswirtschaft und somit den zugrundeliegenden ökonomischen Hintergrund dar, welcher in Österreich in diversen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit verbreitet ist. In seinen Überlegungen dazu gruppiert er Clearing in organisatorisches Clearing, psychosoziales Clearing und Clearing zur Abklärung materieller Ansprüche. Trotz ihrer unterschiedlichen Fokusse verbindet sie das Hauptaugenmerk auf Sozialanamnese und Prüfung möglicher Ansprüche (S. 58-60).

Eine wesentliche Aufgabe von Sozialarbeiter*innen, in welcher Clearing stattfindet, stellt die professionelle Gesprächsführung mit ihrer Klientel dar, welche laut Widulle (2020) in Eingangs-, Arbeits- und Abschlussphase gegliedert werden kann (S. 185). Zu Beginn des Kontaktes wird demnach im Zuge eines Erstgesprächs eine Problem- sowie Auftrags- und Zielklärung vorgenommen, bevor in einem weiteren Schritt über die gemeinsame Zusammenarbeit gesprochen wird (S. 155). Die Besonderheit dieser Phase liegt darin, dass hier gemeinsam festgelegt wird, welche Thematiken den Hilfeprozess prägen werden. Wird hier festgestellt, dass es sich um eine akute Krise

handelt, muss im weiteren Fallverlauf Krisenintervention durchgeführt werden oder an entsprechende Einrichtungen verwiesen beziehungsweise weitervermittelt werden (Widulle, 2020, S. 155-157). Nach diesem Verständnis kann es, je nach Organisationsstruktur, vorkommen, dass außerdem bereits vor einem ersten direkten Klient*innenkontakt Vorinformationen vorliegen. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass diese Informationen inkorrekt sind, weshalb Widulle (2020) appelliert sich nicht auf diese zu verlassen (S. 156, 160). Seinen Überlegungen folgend, können außerdem Anlässe und Zugänge zu Erstgesprächen voneinander divergieren. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Soziale Arbeit zum Einsatz kommt, wenn Betroffene, ihr Lebensumfeld oder andere Organisationen bemerken, dass soziale Probleme nicht mehr aus eigener Kraft mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Stärken bewältigt werden können (Widulle, 2020, S. 157f). Nehmen Klient*innen selbst Kontakt mit Hilfeeinrichtungen auf, geht Widulle (2020) davon aus, dass sie akut belastet sind und es im Zuge dessen zu einer freiwilligen Kontaktaufnahme mit Helfer*innen kommt (S. 156, 160). Diese ist deswegen auch mit einer Erwartungshaltung seitens der Betroffenen auf entsprechende Entlastung verbunden (Widulle, 2020, S. 156, 160).

Anders kann dies bei Zwang durch das persönliche Umfeld sein, wenn beispielsweise der Druck von diesem auf Klient*innen bereits so groß ist, dass gezwungenermaßen Hilfe gesucht wird. Die Freiwilligkeit ist in diesen Fällen nicht immer gegeben, weshalb Kontakte auch von Ambivalenzen geprägt sein können. Der größte Widerstand findet sich in Zwangskontakten, welche beispielsweise durch andere Institutionen verordnet sind und im Falle eines Kontaktausbleibens zu Konsequenzen führen (Widulle, 2020, S. 156f).

Laut Widulle (2020) müssen Sozialarbeiter*innen in Erstgesprächen direkt zu Beginn den vorliegenden Rahmen klären, sich selbst und die Organisation vorstellen, Verschwiegenheit und Datenschutz erklären und abklären, ob Personen freiwillig die Einrichtung aufsuchen. Sollten bereits Vorinformationen vorliegen, sollten diese hier offengelegt und zusammengefasst werden (S. 159). In einem weiteren Schritt wird der inhaltliche Kontext geklärt, indem die individuelle Situation beziehungsweise das „presented problem“ exploriert wird. Das zugrundeliegende Ziel ist es dabei, ein gemeinsames Verständnis über die aktuelle Situation zu erhalten, wofür Klient*innen zu Beginn dazu empowert werden sollen frei zu erzählen. Aktives Zuhören und Nachfragen durch offene Fragen und eine Informationssammlung sowie -ordnung sind dabei wichtige Aspekte der Gesprächsführung (Widulle, 2020, 160-163). „[D]urch konkretisierende Fragen [sollte] eine ‚dichte Beschreibung‘ der Situation entstehen“ (Widulle, 2020, S. 161). Ansen (2024) beschreibt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit und Besonderheit von professioneller Gesprächsführung spontan auf Klient*innen zu reagieren, da Kontakte nicht vorhersehbar sind (S. 13). Diesem Verständnis nach dienen Gespräche verschiedenen Funktionen, jedoch haben sie immer das Ziel eines Informationsaustausches zwischen allen Akteur*innen (Ansen, 2024, S. 13f). Folgt man den Ausführungen von Widulle (2020) wählen Klient*innen mit ihren Sozialarbeiter*innen anschließend jene Themen aus, welche in weiterer Folge fokussiert betrachtet und bearbeitet werden sollen, bevor dann eine gemeinsame Problem- und Ressourcenanalyse stattfindet (S. 162f). Hier soll festgelegt werden,

welche Lebensbereiche aktuell belastend und welche als belastungsfrei wahrgenommen werden (Widulle, 2020, S. 162). Direkt nach einem Erstgespräch, oder aber auch in einem zweiten Gesprächstermin, kommt es dann zur Klärung der individuellen Ziele und somit zur Formulierung eines SOLL-Zustandes (Widulle, 2020, S. 164f).

In der Arbeitsphase kann es anschließend zu einem Beratungsgespräch kommen. Hier werden einerseits Informationen gegeben, zu welchen Klient*innen bisher keinen Zugang gefunden haben, es kommt andererseits auch zur Vermittlung zu themenspezialisierten Organisationen, Rückmeldung im Sinne von Feedback an Klient*innen und der Erarbeitung von Hilfeplänen. Zusätzlich geht es auch um direkte Unterstützung durch Beziehungsarbeit, aktives Zuhören, Empowerment und Ressourcenerschließung (Widulle, 2020, S. 169f).

Die letzte Phase in der Gesprächsführung stellt die Abschlussphase dar, welche den Erfolg einer Intervention beeinflussen kann und daher einen sensiblen Umgang mit Klient*innen erfordert. Es wird hier der Betreuungsverlauf evaluiert, aber auch voneinander Abschied genommen (Widulle, 2020, S. 185f).

Sozialarbeiter*innen brauchen nach dem Verständnis von Ansen (2024) dafür grundlegende Fähigkeiten und Wissen im Bereich der Gesprächsführung. Dieses muss im individuellen Setting auf Klient*innen angepasst werden, da nicht jede Methode für jede Person passend ist (S. 14). Demnach können „... sich Ratsuchende durch ständige Fragen bedrängt [fühlen]“ (Ansen, 2024, S. 14), weshalb etwa mehr auf offene Fragen mit mehr Raum für Antworten gesetzt werden kann. Kähler (1991) beschreibt in der Vorstellung zu seinen Forschungsergebnissen zum Thema Erstgespräche in der Sozialen Arbeit jedoch die *Unmöglichkeit* eines „standardisierten Vorgehen[s]“ (Kähler, 1991, S. 161), da Erstgespräche die zukünftige Zusammenarbeit beeinflussen und diese in der Einzelfallhilfe keinem homogenen Verständnis folgen kann. Das lässt darauf schließen, dass Flexibilität in der sozialarbeiterischen Gesprächsführung wichtig ist und Professionist*innen mit unterschiedlichen Ausgangslagen arbeiten können müssen (Kähler, 1991, S. 161).

2.5 Standardisierung psychosozialer Arbeit

Wagner Lena

Im Zuge des Qualitätsmanagements diverser Prozesse werden häufig Begriffe wie *Standards* und *Standardisierung* verwendet, um Anforderungen an Professionist*innen zu formulieren (Hansen, 2010, S. 14). Diese werden von Klein und Dungs (2010) als Reaktion auf gesellschaftliche Veränderungen in der Spätmoderne beschrieben, welche es aufgrund immer höherer Anforderungen und qualitativer Ansprüche notwendig machen, „Unsicherheit und ... Orientierungsverlust“ (Klein & Dungs, 2010, S. 7) von Professionist*innen entgegenzuwirken. Das Ziel von qualitätssichernden Maßnahmen im psychosozialen Bereich ist es daher einen Beitrag zur Professionalisierung zu leisten, indem „eine verstärkte fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen in

personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ (Hansen, 2010, S. 14) stattfindet. Da diese Arbeit den speziellen Fokus auf die psychosoziale Arbeit legt, werden in diesem Kapitel unterschiedliche Meinungen und Lösungsansätze diverser Forscher*innen und Professionist*innen für die praktische Umsetzung vorgestellt. Dazu bedarf es zunächst einer näheren Auseinandersetzung mit bestimmten Termini.

Qualität ist grundsätzlich ein neutral konnotierter Begriff, welcher „die Art, Beschaffenheit, Brauchbarkeit, Sorte, Güte, Wertstufe, Eigenschaft oder Beschaffenheit einer Sache“ (Schmidt, 2005, S. 9) beschreibt. *Management* beschäftigt sich mit Leitung und Führung. Kombiniert man diese Begrifflichkeiten, fokussiert sich Qualitätsmanagement darauf, „Eigenschaften von Produkten ... zu verbessern“ (Schmidt, 2005, S. 23). Anhand dieses Grundverständnisses müssen in weiterer Folge Standards und Standardisierung verstanden werden.

Alltagssprachlich sind *Standards* „etwas, was als mustergültig, modellhaft angesehen wird und wonach sich anderes richtet“ (Duden, o.J.) beziehungsweise werden sie in einer alternativen Definition auch als „Richtschnur, Maßstab, Norm“ (Duden, o.J.) beschrieben. Der Begriff steht im kaufmännischen Bereich häufig in Zusammenhang mit Qualitätsmanagement und wird als Mittel zur Qualitätssteigerung verstanden (Klein & Dungs, 2010, S. 8). In der Industrialisierung hat sich Standardisierung außerdem als Strategie zur Marktregulation etabliert und beschreibt somit einen Vereinheitlichungsprozess (Kleinemeyer, 1998, S. 52). Im Laufe der Zeit hat sich das Wording jedoch auch auf andere Arbeitsbereiche und Professionen ausgeweitet, indem „neben *materiellen* Produkten ... zunehmend auch in ihrem Kern *immaterielle* Phänomene, wie Arbeitsabläufe, Interaktions- und Kommunikationsstrukturen ... *standardisiert*“ (Klein & Dungs, 2010, S. 8) werden. Standardisierung strebt nach diesem Gedanken eine Qualitätsoptimierung an. Im Grundverständnis geht es vor allem darum, Unberechenbares berechenbar zu machen (Klein & Dungs, 2010, S. 8).

Bezeichnend ist, dass allgemein keine genaue Form, wie Standards auszusehen haben, zu finden ist. Das bringt Merchel mit der „Tendenz zur Sprachverwirrung“ (Hansen, 2010, S. 73) in Verbindung und leitet daraus ab, dass die jeweiligen Benutzer*innen des Begriffs definieren müssen, was sie inhaltlich damit meinen, um eine gemeinsame Übereinkunft zu etablieren (Hansen, 2010, S. 73). Nach von Spiegel (2000) sind Standards das Resultat eines Aushandlungsprozesses und der Findung eines Konsenses, welcher sich mit den Ansprüchen an die Profession der Sozialen Arbeit und deren Qualität auseinandersetzt (S. 189). In diesem Prozess können beispielsweise handlungsleitende Grundlagen entwickelt werden, welche bereichsübergreifend eine evidenzbasierte Basis des professionellen Handelns bilden können und dadurch als qualitative Standards gelten (Klein & Dungs, 2010, S. 9).

2.5.1 Kritik an der Standardisierung

Die Standardisierung sozialarbeiterischer Prozesse beziehungsweise die Vereinheitlichung von professionellem Handeln wird von Praktiker*innen ambivalent betrachtet. Einerseits soll sie in ihrem Grundverständnis zu einem Sicherheitsgefühl im

Berufsalltag von Professionist*innen beitragen, indem sich an ihr orientiert werden kann (Hansen, 2010, S. 19). Je nachdem wie konkret Standards ausformuliert werden, entsteht andererseits ebenso eine gewisse Verbindlichkeit für Professionist*innen in der Einhaltung dieser, da sie als Vorgaben für die Praxis gelten, welche „... Verfahrenshinweise, Gewissheit und eine Entscheidungsbasis [bieten]“ (Hansen, 2010, S. 19). Dagegen spricht allerdings für Kritiker*innen die damit einhergehende Kontrolle des professionellen Handelns. Psychosoziale Arbeit wird als nicht kontrollierbar angesehen, was allerdings eine Vereinheitlichung durch Standardisierung für viele mit sich bringen würde. Die Profession muss sich vielmehr auf den individuellen Einzelfall fokussiert werden und somit wird jeder Kontakt zwischen Helfer*in und Klient*in auf die*den Betroffene*n abgestimmt. Wieland (2001) geht beispielsweise davon aus, dass es im Zuge professionellen Handelns Handlungsspielräume geben muss, um dem Einzelfall gerecht werden zu können (S. 181). Daher sind unter anderem Tools der sozialen Diagnostik sowie professionelle Interventionen nur dann zielführend, wenn sie auf den betroffenen Menschen abgestimmt werden und sollten nicht ausschließlich aufgrund einer verpflichtenden standardisierten Vorgabe für dieses Handeln zur Anwendung kommen (Hansen, 2010, S. 20). Es lässt sich hier eine Angst vor starren und zweckfremden Vorgaben erkennen, da Kritiker*innen standardisierte Prozesse mit einer Einschränkung ihres Handelns in Verbindung bringen (Hansen, 2010, S. 78). Kommunikative Prozesse lassen sich nach diesem Verständnis nicht standardisieren, da sie zu komplex und zudem situationsabhängig sind (Hansen, 2010, S. 75). Daraus lässt sich ableiten, dass zu genaue, streng einzuhaltende standardisierte Vorgaben in der psychosozialen Arbeit hinderlich für den Erfolg in der direkten Klient*innenarbeit sein können, da sie nicht den Einzelfall, sondern vielmehr ökonomische Interessen in den Vordergrund stellen.

Standardisierung wird im Sinne der Effizienz- und Effektivität-Logik der Ökonomie als wesentlich erachtet, um Erfolge messbar und untereinander vergleichbar machen zu können (Hansen, 2010, S. 15). Wissenschaftlich begründete Standards sollen im Zuge dessen den gesellschaftlichen Nutzen einer Profession klarer aufzuzeigen (Hansen, 2010, S. 15). Beckmann et al. (2007) sehen die daraus resultierende zusätzliche Kontrollinstanz, welcher Mitarbeiter*innen ausgesetzt sind, als kritisch. Folglich kann es nach ihrem Verständnis zur Einschränkung der Selbstbestimmtheit im professionellen Handeln von Sozialarbeiter*innen kommen (Beckmann et al., 2007, S. 275). Das von Kritiker*innen negativ konnotierte Verständnis von Standards begründet sich in diesen angenommenen Einschränkungen (Hansen, 2010, S. 78). Doch wie bereits erwähnt, ist lediglich die Definition von Standards und nicht deren Form ausformuliert (Hansen, 2010, S. 19). Sie sollen primär zur Orientierung im Arbeitsalltag beitragen (Hansen, 2010, S. 19f). Kritiker*innen sehen in dieser Sachlichkeit das Problem der Unkontrollierbarkeit von Einzelfällen, die durch Individualität geprägt sind. Unterstützungsleistungen lassen sich somit nicht pauschalisieren und müssen auf die jeweilige Situation angepasst werden (Hansen, 2010, S. 19f). Beckmann et al. (2007) beschreiben „professionelle Ermessen und professionelle Selbstkontrolle“ (Beckmann et al. 2007, S. 276) als wichtige Bestandteile der Professionalisierung, weshalb Fachkräfte eine Standardisierung oft als unprofessionell erachten (Beckmann et al., 2007, S. 276). Qualitätsmanagement kann in der Sozialen Arbeit zudem zu einem Kontrollmechanismus werden, wenn

beispielsweise durch Kooperationen mit anderen Einrichtungen Berichte über Ausgaben oder ähnliche Daten generiert werden müssen. Finanziere können durch Qualitätsvereinbarungen somit bis zu einem gewissen Grad Einfluss auf die Steuerung einer Einrichtung nehmen (Beckmann et al., 2007, S. 278). Dies führt in weiterer Folge auch zu innerorganisationalen Veränderungen und Standards, welche sich auf diverse Prozesse einer Organisation beziehen können (Beckmann et al., 2007, S. 278).

2.5.2 Dimensionen und Funktionen von Standardisierung

Hansen (2010) stellte in seiner Dissertation anhand des Buches von Avedis Donabedian (1981) zum Qualitätsassessment im Krankenhaus fest, dass eine psychosoziale Dienstleistung sowohl eine technische als auch eine nichttechnische Dimension umfasst (Hansen, 2010, S. 75).

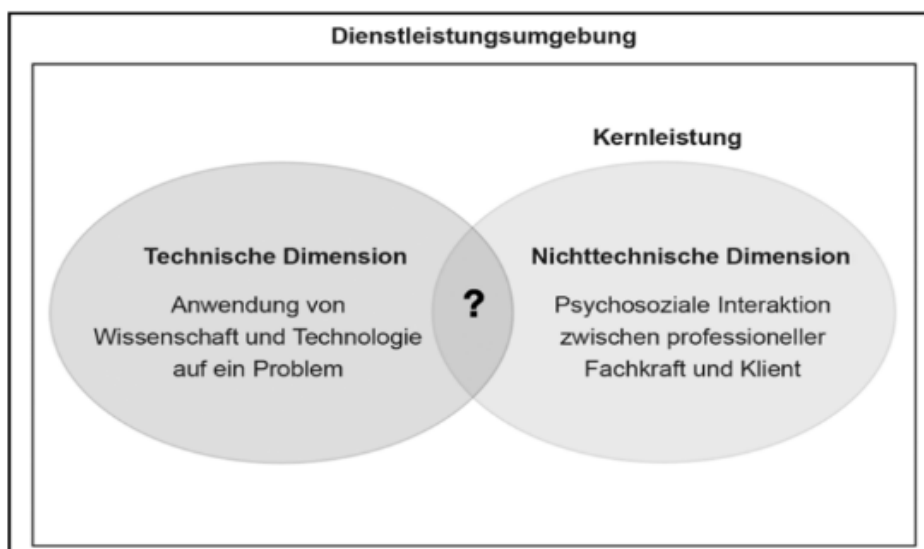


Abbildung 2: „Dimensionen der Qualitätsanalyse bei personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ (Hansen, 2010, S. 75)

Wie in Abbildung 2 dargestellt, sind diese in eine Dienstleistungsumgebung eingebunden, welche die Grundausrüstung für psychosoziale Einzelfallhilfe definiert. Innerhalb dieser beschreibt die technische Dimension alle wissenschaftlichen und technologischen Aspekte bei der Problembearbeitung wie beispielsweise diagnostische Instrumente (Hansen, 2010, S. 75). Sie umfasst auch Normen und theoretische Grundlagen wie Leitlinien, die sich ebenso auf die nichttechnische Dimension, die Interaktion zwischen Fachkraft und Klient*in und demnach das Handeln in der Praxis, auswirken (Hansen, 2010, S. 76). Ein besonderes Merkmal von Dienstleistungen mit Personenbezug ist die fehlende eindeutige Abgrenzbarkeit zwischen diesen beiden Dimensionen. Die Nichttechnische ist vor allem gekennzeichnet durch alle Arten der psychosozialen Arbeit und der direkten Kommunikation beziehungsweise Interaktion mit Klient*innen (Hansen, 2010, S. 75). Die Überschneidung der Dimensionen ist laut Hansen (2010) unumgänglich, da es für die Festlegung technischer Aspekte wie Normen und Theorie auch die Erfahrung aus der Praxis, also der nichttechnischen Dimension,

braucht. Diese technischen Daten können wiederum Einfluss auf die Kommunikation und Interaktion mit Klient*innen haben (S. 76).

Insbesondere Standardisierungskritiker*innen sehen in der nichttechnischen Dimension die Kernaufgaben und den Fokus der Sozialen Arbeit. Diese sollte sich nach diesem Verständnis auf den Einzelfall fokussieren. Eine Vereinheitlichung von Interaktionen zwischen Helfer*in und Klient*in wird dabei als unmöglich beschrieben, da sie als „fachfremd“ (Hansen, 2010, S. 75) angesehen wird. Kritiker*innen appellieren auf eine Orientierung am Einzelfall und sehen Standards, die sich rein auf Kommunikation und deren Inhalte beziehen, deswegen kritisch (Hansen, 2010, S. 76). Dies kann auch mit der Theorie von Kähler (1991) in Verbindung gebracht werden, welcher einen individuellen Zugang in der Gesprächsführung für essenziell beschreibt. Wie in Kapitel 2.4 bereits angeführt, ist nicht jede Methode für jede*n Klient*in passend, weshalb Professionist*innen selbst entscheiden können müssen, wie sie ihr Gegenüber erreichen können (Ansen, 2024, S. 14).

Es wird von Hansen (2010) daher primär die Standardisierung der technischen Dimension forciert und dabei ein wesentlicher Fokus auf den Zusammenhang zwischen Zweck und Mittel gesetzt, um ein zuvor definiertes Ziel zu erreichen (S. 77). Standards können nach diesem Verständnis zwei unterschiedlichen Funktionen dienen und zusätzlich mehr oder weniger konkretisiert werden (Hansen, 2010, S. 77). Konkretisiert wird in diesem Zusammenhang als detailliert und konkret ausformuliert verstanden. Standards können demnach sehr klare Vorgaben mit sich bringen oder einen Rahmen bieten, in welchem sich Professionist*innen bewegen können.

Bezüglich der Funktionen von Standards beschreibt Hansen (2010), wie in Abbildung 3 zu sehen ist, zwei entgegengesetzte Funktionen auf der technischen Dimension, welchen Standardisierungsprozesse folgen können: die sozialtechnische und die orientierende (S. 77).

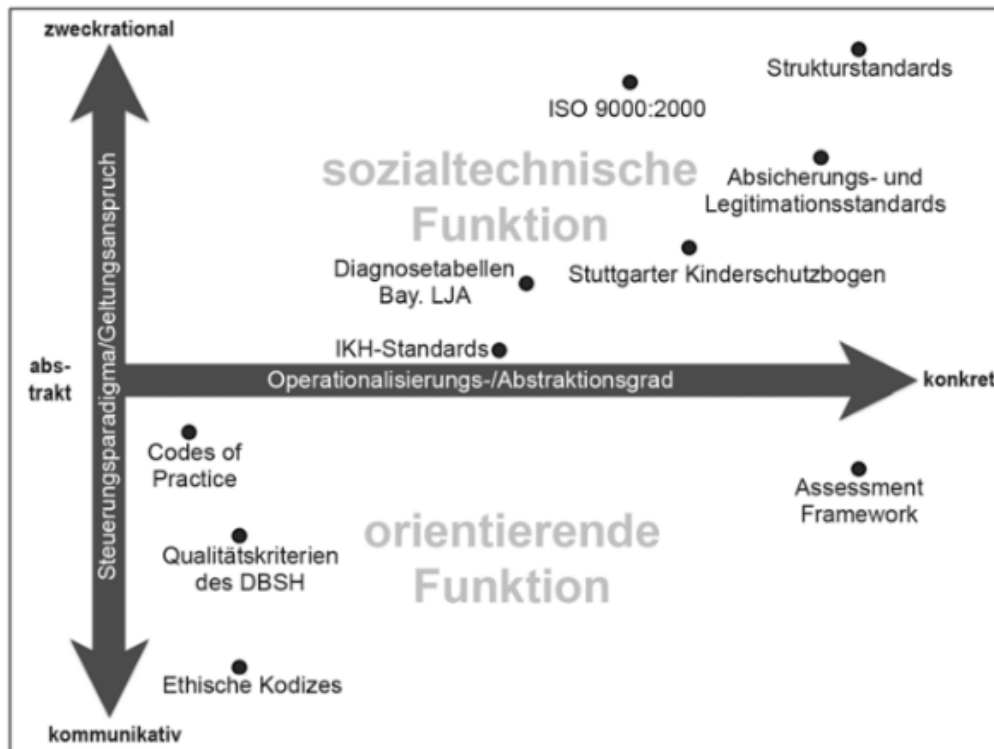


Abbildung 3: „Systematisierung von Standards“ (Hansen, 2010, S. 77)

Die sozialtechnische Funktion folgt dem Denkmuster der Zweckrationalität, nach dem ein bestimmter Zweck verfolgt wird, für dessen Erreichung unterschiedliche Mittel zum Einsatz kommen. Dazu zählen beispielsweise Standards mit dem Ziel der vereinheitlichten vorgegebenen Absicherung bei Kindeswohlgefährdungen. Demzufolge können bei „Absicherungs- und Legitimationsstandards“ (Hansen, 2010, S. 77) beispielsweise vorgefertigte sozialdiagnostische Tools wie Fragebögen oder Checklisten, als konkrete Mittel eingesetzt werden, um zu klären, ob Kinder in ihrer aktuellen Umgebung gefährdet sind (Hansen, 2010, S. 79f). Trotzdem sie als technische Mittel der technischen Dimension zugeordnet werden, haben sie ebenso Auswirkungen auf die direkte Kommunikation zwischen Professionist*in und Klient*in. Da es in diesem Beispiel darum geht eine mögliche Gefährdung zu identifizieren, steuern diese Standards gewissermaßen die nichttechnische kommunikative Dimension, da konkrete Antworten erzielt werden müssen. Das bedeutet jedoch nicht automatisch, dass die gesamte Gesprächsführung vorgegeben und Fragen wortgemäß gestellt werden müssen.

Dem gegenüber steht die orientierende Funktion von Standards, welche „auf die Selbstregulierung ... abzielt und ... kommunikative bzw. hermeneutische Prozesse anregen will“ (Hansen, 2010, S. 78). Sie forcieren demnach eine Anleitung für vorher definierte Prozesse. Es handelt sich hierbei unter anderem um Ethikkodizes, also um das Schaffen eines Rahmens, in welchem sich professionelles Handeln bewegen soll und nicht primär um die Regulierung professionellen Handelns. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Eingriff in die nichttechnische Dimension bei diesen Standards geringer ist als bei sozialtechnischen Standards.

Zusätzlich können die Formulierungen von Standards, egal welche Funktion sie anstreben, konkret oder abstrakt sein. Je abstrakter die Verschriftlichung erfolgt, desto mehr Handlungsspielraum gibt es in der Praxis. Dies hängt insbesondere davon ab, ob ein „Richt-, Grob- oder Feinziel...“ (Hansen, 2010, S. 78) verfolgt wird. Je gröber das Ziel, desto abstrakter der Standard. Das bedeutet auch, je feiner und detaillierter das Ziel, desto konkreter die Form – wie anhand vom Beispiel der Kindeswohlgefährdung klar wird. Hier ist klar, dass es sich um ein Feinziel handelt, da eine bestimmte Gefährdung analysiert wird, weshalb die Formulierung sehr konkret ist. Es kann demnach ein Rahmen definiert werden, in welchem man sich bewegt oder aber auch klar vorgegeben werden, wie Professionist*innen zu arbeiten haben.

3 Organisationsstrukturen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 und Notruf NÖ

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Organisationsstrukturen jener Einrichtungen, auf welche sich diese Masterarbeit bezieht. Als Basis für ein grundlegendes Verständnis über die telefonische Gesundheitsberatung 1450, wird diese in ihren Grundsätzen vorgestellt sowie die Triage mittels protokollgestütztem Expert*innensystem erklärt. Da der Fokus auf dem Bundesland Niederösterreich liegt, werden spezifische Abläufe des operativen Betreibers Notruf NÖ thematisiert. Da im Forschungsprozess Falldokumentationen des AKUTteam NÖ analysiert wurden, wird dieses ebenfalls vorgestellt.

3.1 Einführung in die telefonische Gesundheitsberatung 1450

Wagner Lena

Aufgrund der zunehmenden Bedürfnisse von Patient*innen und der daraus resultierenden „hohe[n] Auslastung der Gesundheitsleister im ambulanten und niedergelassenen Bereich“ (Nowak et al., 2013, S. VII) beauftragte das österreichische Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2013 die Erstellung einer Entscheidungsgrundlage für die Implementierung einer alternativen Versorgungsmöglichkeit zur (Prä-)Klinik. In dieser wurden telefon- und webbasierte Beratungsservices (TEWEB) anderer Länder untersucht und in weiterer Folge für eine mögliche Implementierung ähnlicher Leistungen in Österreich herangezogen (Nowak et al., 2013, S. VII). Zur gezielten Steuerung von Gesundheitsangeboten wurde zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung ein Kontrakt abgeschlossen, welcher neben einer gemeinsamen Konzepterstellung ebenso die österreichweite Umsetzung dieser TEWEBs mit sich brachte.

Aus dieser Vereinbarung entstand die telefonische Gesundheitsberatung 1450, welche webbasierte Aspekte vorübergehend nachrangig betrachtete und sich folglich auf telefonbasierte Beratungsangebote fokussierte. Im April 2017 wurde in Niederösterreich, Vorarlberg sowie Wien der Pilotbetrieb des Projekts gestartet und im Dezember 2018 abgeschlossen, bevor eine bundesweite Implementierung in die Wege geleitet wurde (HVB, 2019, S. 1). Die telefonische Gesundheitsberatung zielt dabei auf den „Best Point of Service“ (HVB, 2019, S. 6) ab, also auf die Findung des bestpassenden Versorgungsorts für Anrufer*innen. So soll ebenso die Steuerung und Lotsung von Patient*innen ermöglicht werden (Weik, 2016, S. 20). Um diese gewährleisten zu können, wurde österreichweit ein standardisierter Ablauf eines Anrufes bei der telefonischen Gesundheitsberatung festgelegt. Zu Beginn eines Gesprächs werden zunächst Patient*innen- sowie Anrufer*innen-Daten, wie beispielsweise Namen, Adresse und Sozialversicherungsnummer, durch eine*n Calltaker*in aufgenommen, (HVB, 2019, S. 6). In weiterer Folge findet je nach Grund des Anrufes entweder ein

Informations- oder Beratungsgespräch statt. Ersteres beinhaltet beispielsweise die Auskunft über Öffnungszeiten von Arztpraxen und kann auch von Calltaker*innen durchgeführt werden. Bevor es jedoch zu zweiterem und somit zur Beratung durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kommt, erfolgt in jedem Fall eine Abklärung anhand standardisierter Fragen zur Feststellung, ob es sich möglicherweise um einen akuten Notfall handelt (HVB, 2019, S. 6).



Abbildung 4: Aufteilung der Zuständigkeiten der telefonischen Gesundheitsberatung ... zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung (HVB, 2019, S. 11)

Wie in Abbildung 4 zu sehen ist, wird dieser grundlegende Ablauf, ebenso wie die einheitliche Rufnummer sowie das Marketing, auf Bundesebene gesteuert. Die operative Umsetzung obliegt wiederum den jeweiligen Bundesländern, weshalb es vereinzelt auch zu Unterschieden in der Praxis kommen kann (Gfrerer, 2019, S. 41). Die Sozialversicherung stellt in diesem Triaden-Zusammenspiel der Zuständigkeiten die Experten*innensoftware LowCode™ für die Triage der Gesundheitsberatung zur Verfügung und kümmert sich ebenso um statistische Auswertungen zur Effektivität der Gesundheitsberatung (HVB, 2019, S. 11).

3.1.1 Triage mittels protokollgestütztem Expert*innensystem LowCode™

Beratungsgespräche durch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen der telefonischen Gesundheitsberatung werden mit der Expert*innensoftware LowCode™ der Priority Dispatch Corporation durchgeführt. Diese „basiert auf einer algorithmischen Logik, in der jeweils definierte Einzelfragen abgearbeitet werden“ (HVB, 2019, S. 20). Sie dient der Triage und somit Dringlichkeitseinschätzung eines Anrufes, um Betroffene durch eine standardisierte Abfrage in weiterer Folge zum bestmöglichen Versorgungsort führen zu können (HVB, 2019, S. 6). Dieser Ablauf ist durch die österreichweite

Verwendung des Softwarestandards einheitlich geregelt (HVB, 2019, S. 11). LowCode™ bearbeitet dabei nicht-lebensbedrohliche Anliegen von Anrufer*innen und somit niedrigpriorisierte medizinische Beschwerden (Priority Dispatch, 2017). Sollte im Zuge des Anrufes eine Lebensbedrohung festgestellt werden, besteht trotz allem die Möglichkeit den Rettungsdienst zu entsenden beziehungsweise auf die Notrufabfrage zu wechseln (Weik, 2016, S. 21).

Die Auswahl des Systems wurde von einer Expert*innenkommission getroffen und orientiert sich an international vergleichbaren Projekten. Das englischsprachige System wurde im Auftrag des Herstellers in die deutsche Sprache übersetzt und in weiterer Folge für die telefonische Gesundheitsberatung durch Expert*innen auf österreichische Gegebenheiten angepasst (HVB, 2019, S. 20). LowCode™ beinhaltet insgesamt „202 Leitsymptome, 1.199 Fragen und Erklärungen sowie 903 Instruktionen“ (HVB, 2019, S. 20), welche zwischen Alter, Geschlecht und Symptom differenzieren (Weik, 2016, S. 21). Die Navigation durch das System erfolgt Schritt für Schritt anhand vorgefertigter aufeinanderfolgender Fragen, welche wie ein „Fragebaum“ (HVB, 2019, S. 6) aufgebaut sind (Weik, 2016, S. 21; Priority Solutions Inc., 2023, S. 4). Ziel ist es hier so schnell wie möglich eine akute Gesundheitsbedrohung auszuschließen und in weiterer Folge Rettungsdienst und Krankenhäuser zu entlasten (Weik, 2016, S. 21). Jedes Protokoll folgt demnach einem bestimmten Fragenablauf, welcher auf die vorhergehende Antwort aufbaut (Priority Solutions Inc., 2023, S. 4). Im Zuge des Beratungsgesprächs kommt es zu keiner Diagnosestellung, sondern lediglich zu einer Empfehlung des weiteren Behandlungsvorgangs und einer Einschätzung, wie rasch weiter gehandelt werden muss (Gfrerer, 2019, S. 42). Die Behandlungsorte werden von den operativen Betreiber*innen der Bundesländer selbst gewählt und an die lokale Infrastruktur angepasst (Priority Solutions Inc., 2023, S. 5)

3.1.2 Ablauf der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 bei Notruf NÖ

Die telefonische Gesundheitsberatung wurde, wie bereits beschrieben, 2017 als Pilotprojekt unter anderem in Niederösterreich implementiert und in die bereits bestehende Rettungsleitstelle Notruf NÖ integriert (HVB, 2019, S. 14). In dieser sind unter anderem auch der Rettungsnotruf und der Ärztenotdienst angesiedelt, sodass die Leitstelle als zentrale Anlaufstelle fungiert, bei welcher das passende Angebot für Anrufer*innen innerhalb der Organisation weitergeleitet werden kann (Weik, 2016, S. 22). So ist es unter anderem auch ein bundeslandspezifisches Ziel die telefonische Gesundheitsberatung als „sekundäre Triage“ (HVB, 2019, S. 14) einzusetzen, indem unabhängig von der gewählten Rufnummer das priorisierte Symptom bearbeitet wird. Das bedeutet, dass unter anderem bei Kontaktierung der Notrufnummer 144 und nach Feststellung einer fehlenden zeitlichen Dringlichkeit anhand der standardisierten Notrufbearbeitung, an die telefonische Gesundheitsberatung weitervermittelt wird (HVB, 2019, S. 14).

Ein Gespräch mit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 folgt in Niederösterreich organisationsinternen Abläufen, welche in Abbildung 5 anhand vorhandener Publikationen skizziert wurden:

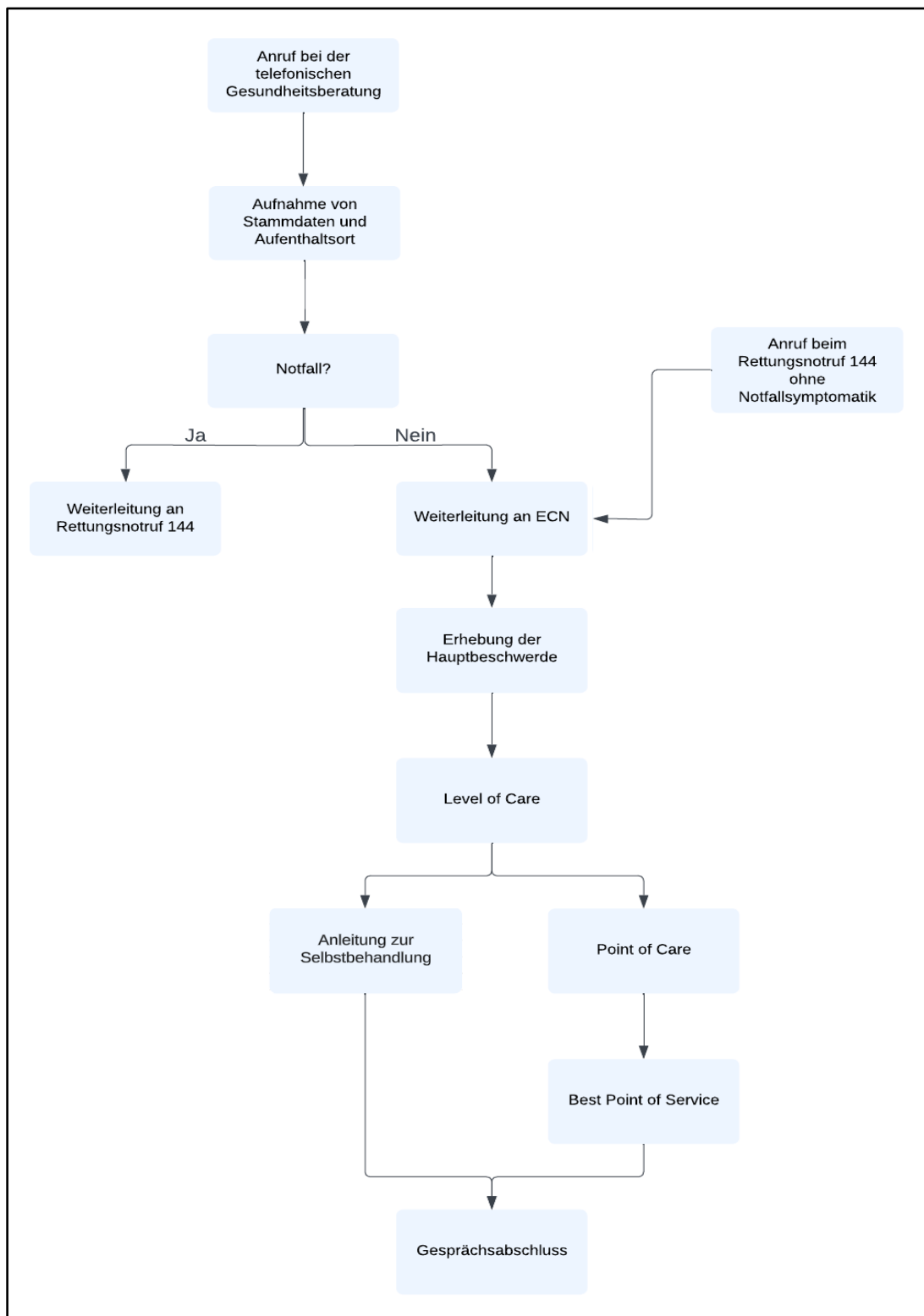


Abbildung 5: Ablauf bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Niederösterreich, eigene Darstellung

Beim Wählen der Rufnummer 1450 erfolgt in Niederösterreich die Anrufbeantwortung durch Calltaker*innen, sogenannten „Callcenter Agents“ - auch CCAs genannt (Notruf NÖ, o.J.a). Wie in den bundesweiten Vorgaben festgelegt, haben diese einerseits die Aufgabe, die Stammdaten der Anrufer*innen zu erfragen, andererseits sind sie auch für die Ermittlung des Aufenthaltsortes und für die Durchführung einer Notrufabklärung zuständig. Sollte eine akute Lebensbedrohung vorliegen, wird der Anruf intern an den Rettungsnotruf verwiesen (Weik, 2016, S. 22). Liegt kein Notfall vor, wird der Anruf an die Emergency Communication Nurse – auch ECN genannt – weitergeleitet (HVB, 2019, S. 14). Diese führt mit Hilfe des protokollgestützten Systems LowCode™ die Ermittlung der Hauptbeschwerde durch. Das daraus resultierende Ergebnis stellt den „Level of Care“ dar, „das heißt jener Zeitraum, in dem eine ärztliche Konsultation in Anspruch genommen werden sollte“ (Gfrerer, 2019, S. 46). Im Zuge der Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlung kann in weiterer Folge eine Selbstbehandlung angeleitet werden, sofern keine ärztliche Behandlung notwendig ist. Sollte diese jedoch indiziert sein, werden mögliche Behandlungsorte („Points of Care“) zusammengetragen. Daraus ergibt sich die Auswahl und Empfehlung der am besten passenden Option („Best Point of Service“), bevor es zum Gesprächsabschluss kommt (Gfrerer, 2019, S. 46).

3.2 Etablierung des AKUTteam NÖ

Helle-Van Kuren Lea

Das AKUTteam NÖ ist eine vom Land Niederösterreich finanzierte Organisation, die sich auf die Akutbetreuung von bis zu sechs Stunden pro Fall von Personen in akuten Krisen spezialisiert hat. Das Team, bestehend aus Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen ist seit August 2001 im Einsatz und gewährleistet eine 24-stündige, flächendeckende Versorgung in allen Regionen Niederösterreichs. Zwischen Dezember 2004 und November 2005 wurde die Arbeit des AKUTteam NÖ durch eine externe Evaluation von Expert*innen der Universität Dortmund strukturell und inhaltlich bestätigt (Lasogga & Gasch, 2007).

Die Einsatzarbeit des AKUTteam NÖ begann im August 2001. Am Anfang waren ausschließlich Rettungsorganisationen, Notärzt*innen, niedergelassene Ärzt*innen und Amtsärzt*innen alarmierungsberechtigt. Privatpersonen konnten das Team nicht direkt kontaktieren, da die Telefonnummer nicht öffentlich bekannt war. Nach etwa zwei Jahren wurde der Kreis der Alarmierungsberechtigten auf Sozialpsychiatrien, Bezirkshauptmannschaften, Notfallseelsorgende und weitere niedergelassene Gesundheitsdienste ausgeweitet, da sich dies in der Praxis als sinnvoll erwiesen hatte.

Die Alarmierung erfolgt über eine zentrale, rund um die Uhr besetzte Telefonnummer der Landesregierung. Dort werden die wesentlichen Daten erfasst:

- Alarmierende Person (Funktion, Erreichbarkeit),
- Region und genauer Ort,
- Indikation.

Diese Informationen werden an den Journdienst weitergeleitet, der täglich von 7:00 bis 7:00 Uhr besetzt ist. Der Journdienst klärt die Hintergründe, Fakten und die Freiwilligkeit der betroffenen Person ab und organisiert den Einsatz der zuständigen Psy-Kraft in der jeweiligen Region. Die psychosozialen Fachkräfte stehen parallel zum Journdienst in fünf annähernd gleich großen Regionen Niederösterreichs in Bereitschaft (Lasogga & Gasch, 2007, S. 245).

Während des Einsatzes bleibt der Journdienst im direkten Kontakt mit der psychosozialen Fachkraft, recherchiert bei Bedarf zusätzliche Informationen und unterstützt organisatorisch (zum Beispiel bei Kinderbetreuung, juristischen Fragen oder sozialrechtlichen Aspekten). Beide Fachkräfte reflektieren die Einsätze gemeinsam in einer Intervention, erstellen Einsatzberichte und schließen die Fälle zusammen ab (Lasogga & Gasch, 2007, S. 246).

Die Betreuung vor Ort umfasst bis zu sechs Stunden, deren Einteilung flexibel in Absprache mit den Betroffenen erfolgt und kostenlos.

	Mostviertel	Waldviertel	Weinviertel	Zentralraum	Industrieviertel
Unfall mit Todesfolge	101	47	59	46	67
Unfall mit Schwerverletzten	19	6	13	5	7
Suizid(versuch)	79	58	50	53	78
Plötzlicher Tod	49	34	41	25	24
Gewaltdelikt	26	20	34	25	24
Elementarereignis	4	27	14	49	58
Sonstiges	1	34	49	49	58
GESAMT	279	226	260	210	282

Abbildung 6: Die häufigsten Indikationen 2001-2006 (Lasogga & Gasch, 2007)

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, spielt eine der ursprünglich zentralen Indikationen für die Einrichtung des AKUTteam NÖ, daher die Begleitung bei Identifizierungen und die Überbringung von Todesnachrichten, in der Praxis eine untergeordnete Rolle. Dies ist steht in Zusammenhang damit, dass die Exekutive in der Regel nicht die Möglichkeit hat, auf das Eintreffen einer psychosoziale Fachkraft des AKUTteam NÖ zu warten, hat aber unter Umständen auch damit zu tun, dass beispielsweise Polizeibeamt*innen nicht von dem Angebot des AKUTteam NÖ wissen (Lasogga & Gasch, 2007). Ein Schwerpunkt der Tätigkeit des AKUTteam NÖ liegt hingegen in der Betreuung von Betroffenen und Angehörigen im Kontext von Suizidversuchen, vollendeten Suiziden sowie Unfällen mit Todesfolge, daher Situationen, in denen Einsatzorganisationen wie Ärzt*innen, Rettungsdienste und die Polizei die Betroffenen ohne das AKUTteam NÖ ohne Unterstützung allein lassen müssten, um der nächsten Alarmierung Folge zu leisten. Anzumerken bleibt hier, dass es neben der oben genannten Veröffentlichung von Lasogga und Gasch (2007) kaum öffentlich zugängliche, wissenschaftlich belastbare Daten zum AKUTteam NÖ gibt. Aus einer Pressemeldung des Landes Niederösterreichs vom 03.04.2019 geht hervor, dass ein signifikanter Anteil der Einsätze, ungefähr ein

Viertel, im Kontext von Todesfällen aus dem privaten Umfeld erfolgten. Weitere 20 Prozent entfielen auf die Unterstützung und Betreuung von Angehörigen nach Suiziden. Darüber hinaus waren knapp 13 Prozent der Einsätze auf Unfälle mit tödlichem Ausgang im öffentlichen Raum zurückzuführen. Zudem war in Fällen wie Suizidversuchen, akuten psychischen Krisen, Gewaltverbrechen oder auch bei außergewöhnlichen Ereignissen wie Großbränden ein unmittelbares Eingreifen erforderlich (Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, 2019). Die Themen, mit denen sich die beim AKUTteam NÖ tätigen Fachkräfte beschäftigen, sind daher vergleichbar mit denen aus den Jahren nach der Gründung, jedoch haben sich die Fallzahlen seitdem stark erhöht: Aus einer OTS-Meldung vom 28.09.2022 geht hervor, dass es 2021 1034 Einsätze gab, was bedeutet, dass es im Jahr 2021 so viele Einsätze gab, wie zwischen 2001 und 2006.

Für die vorliegende Arbeit wurde den Forschenden Einblick in den Jahresbericht 2023 gewährt: Es kam zu 1.630 Alarmierungen in Niederösterreich, was einen Anstieg der Alarmierungszahlen im Vergleich zum Vorjahr um knapp über 31% bedeutet (zum Vergleich: 2022 gingen 1.244 Alarmierungen beim AKUTteam NÖ ein). Der Jahresbericht führt außerdem an, dass „die häufigsten Anforderungsgründe psychosoziale Krisen, Suizid beziehungsweise Suizidalität, plötzliche Todesfälle und Unfälle [waren]“ (AKUTteam NÖ, 2023, S. 4).

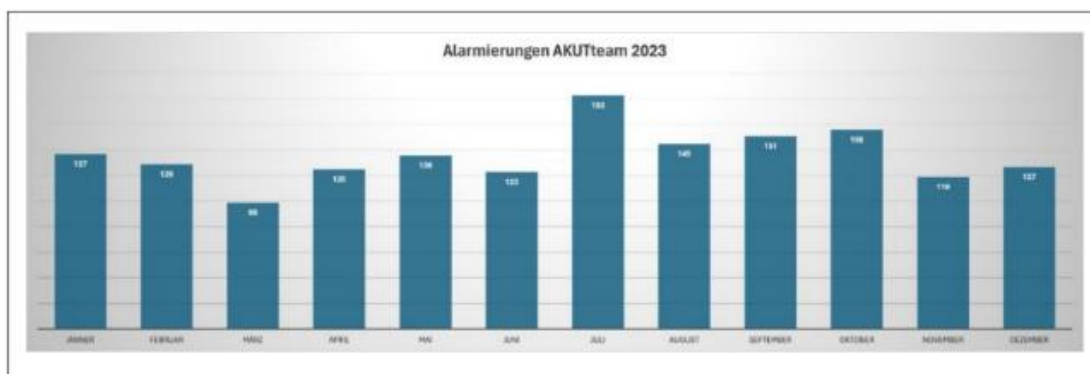


Abbildung 7: Alarmierungen AKUTteam NÖ 2023 (AKUTteam NÖ, 2023, S. 4)

Sichtbar wird auf Abbildung 7 auch, dass die meisten Alarmierungen um Juli eingingen (183 Alarmierungen), gefolgt von Oktober (156 Alarmierungen). Offenkundig wird somit, dass das AKUTteam NÖ im Jahr 2022 (1.244 Alarmierungen) etwa genauso oft alarmiert wurde, wie in den Jahren 2001-2006 insgesamt (1.257 Alarmierungen in fünf Jahren). Auch wenn der Jahresbericht einen steigenden Bedarf im Bereich der psychosozialen Versorgung ausweist und sich dies mit Werten anderer psychosozialer Einrichtungen deckt (BKK, 2019), muss an dieser Stelle auch auf die immer besser werdende Vernetzung des AKUTteam NÖ (zum Beispiel mit den Acute Community Nurses in Niederösterreich), die Kooperation mit 1450 oder die Möglichkeit, sich auch als Privatperson an das AKUTteam NÖ zu wenden, hingewiesen werden, da diese Faktoren neben dem steigenden gesellschaftlichen psychosozialen Bedarf ebenfalls einen Einfluss auf die steigenden Alarmierungszahlen haben.

4 Forschungskontext

Wagner Lena

Folgendes Kapitel setzt sich mit dem Forschungskontext der vorliegenden Masterarbeit auseinander. Zu Beginn wird dafür die Relevanz des Themas aufgegriffen und anschließend das Forschungsprojekt des Masterstudiengangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten vorgestellt. Weiters werden der Zugang zum Feld, das Forschungsinteresse sowie die zugrundeliegenden Forschungsfragen thematisiert.

4.1 Forschungsprojekt und Relevanz des Themas

Der österreichische Rettungsdienst steht laut dem Berufsverband (2023) derzeit vor Herausforderungen, welche zeitnahe Lösungen fordern, um die Versorgung im Land weiterhin aufrechterhalten zu können. Einen wesentlichen Faktor spielt dabei die unsichere Versorgungsqualität, weshalb der österreichische Berufsverband Rettungsdienst seit einiger Zeit Veränderungen einfordert, um bundesweit eine Verbesserung und Stabilität in der Präklinik gewährleisten zu können (S. 9). In ihrem Positionspapier zur Veränderung des Berufsbildes werden zunehmende Herausforderungen benannt, mit welchen Sanitäter*innen aktuell konfrontiert sind. Neben der „demographischen Verschiebung“ (BVRD, 2023, S. 9) und somit Überalterung innerhalb der Bevölkerung, fließen hier auch die hohen Hospitalisierungszahlen mit ein. Das Aufgabenrepertoire der dahinterstehenden Notfallleitstelle, wie hier anhand von Notruf NÖ dargestellt, muss sich dementsprechend an diese Herausforderungen anpassen (Chwojka, 2018, S. 121-123). Eine zielgerichtete Behandlung beziehungsweise Weiterverweisung von Patient*innen wird deswegen neben einer „Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen auf kommunikativer Ebene“ (Chwojka, 2018, S. 121) als immer essentieller gesehen. Ein in Mitteleuropa weit verbreitetes Problem, welchem entgegengewirkt werden sollte, sind fehlende Ressourcen und Versorgungspfade, da aufgrund dessen oftmals der Rettungsdienst aus Mangel an Alternativen disponiert werden muss (Chwojka, 2018, S. 122-128). Auch ein Zuwachs an sozialen Themen wird vermerkt, für welche es aktuell noch unzureichende Versorgungsangebote gibt, weshalb die (Prä-)Klinik oftmals ersatzweise zur Unterstützung herangezogen wird (Chwojka, 2018, S. 122-128). Aufgrund dessen wird von Chwojka (2018) „die weitere Integration unterschiedlicher extramuraler Versorgungsangebote in die Beratungs- und Verteilfunktion der Leistungstellen“ (Chwojka, 2018, S. 123) als wesentliche Aufgabe der Zukunft definiert. Leitstellen, wie Notruf NÖ, sollen „Single-Point-of-Contact“ werden, wo einerseits Gesundheitsberatung stattfindet und andererseits eine weitere Versorgung vorgeschlagen beziehungsweise vermittelt werden kann. Bereits 2018 wurde von Notruf NÖ die Integration von psychosozialen Fachkräften in das Gesundheitswesen und die telefonische Gesundheitsberatung als Schwerpunkt definiert, welcher in Zukunft weiter ausgebaut und ausgearbeitet werden soll (Chwojka, 2018, S. 121-128).

Hier setzt das Projekt „1450+ Sozialarbeit“ des Masterstudiengangs Soziale Arbeit der Fachhochschule St. Pölten an, indem in insgesamt drei Kleingruppen an unterschiedlichen Themen zu dieser Thematik geforscht wird. Das Forschungsprojekt geht von der Annahme aus, dass psychosoziale Beratung über die telefonische Gesundheitsberatung 1450 derzeit nicht flächendeckend vorhanden ist und beschäftigt sich mit möglichen Lösungsvorschlägen, welche mit Hilfe der Expertise der Sozialen Arbeit erforscht wurden.

Zusätzlich wurde von der niederösterreichischen Landesregierung der Gesundheitsplan 2040+ vorgestellt, welcher die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung im Bundesland (ab 2040) beschreibt. In diesem wird unter anderem die telefonische Gesundheitsberatung 1450 als „[e]rste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Beschwerden“ (Amt der NÖ Landesregierung, 2025) genannt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass hier zukünftig eine stärkere Patient*innenlenkung stattfinden soll, um den passendsten Versorgungsort identifizieren zu können.

4.2 Zugang zum Feld

Durch die Projektleitungen dieser Masterarbeit war der Feldzugang zu Notruf NÖ sowie zur Leitstelle Tirol bereits zu Beginn unproblematisch möglich. Des Weiteren konnten zum Forschungsstart Fachtermini des Feldes sowie Abläufe der Organisationen durch Mag. Barbara Mayr MA sowie FH-Hon.Prof. Mag. (FH) PhDr. Christoph Holzhacker erklärt werden, sodass schnell ein guter Überblick über die Leitstellenfunktionsweise geschaffen werden konnte. In der ersten Hälfte des Forschungsprozesses konnte zusätzlich durch eine Mitstudierende Einblick in das AKUTteam NÖ gegeben werden. Durch diesen Kontakt war es in weiterer Folge möglich Interviewpartner*innen für eine Gruppendiskussion zu akquirieren sowie anonymisierte Falldokumentationen für die Forschung zu erhalten. Der Zugang zum interviewten Experten war ebenso durch fachhochschulinterne Kontakte möglich.

4.3 Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Diese Masterarbeit setzt sich mit einem möglichen standardisierten beziehungsweise generalisierbaren Ablauf eines sozialarbeiterischen Clearings in der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Niederösterreich auseinander, da dieser bisher noch nicht vorhanden ist.

Die Ausgangslage stellt dabei die Organisation Notruf NÖ dar, welche in Niederösterreich mit der praktischen Ausführung der telefonischen Gesundheitsberatung betraut wurde. In dieser sind aktuell Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte für Beratungen zuständig, weshalb davon ausgegangen wird, dass der Fokus primär auf biomedizinischer Ebene liegt. Aufgrund der Tatsache, dass das psychosoziale AKUTteam NÖ jedoch ebenso Teil der Leitstelle Notruf NÖ ist, werden aktuell bereits psychosoziale Anliegen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in

diesem Bundesland intern – bei Bedarf – an psychosoziale Fachkräfte weitergeleitet. Für diese gibt es derzeit noch keine standardisierten Verfahren in der Praxis. Das Konzept der telefonischen Gesundheitsberatung sieht psychosoziale Beratung derzeit als „Level of Care“ vor. Demnach gilt diese als Verweisungsort, ähnlich wie ein Krankenhaus oder eine allgemeinmedizinische Praxis.

Das Projekt „1450+“ beschäftigt sich im Gegensatz dazu mit dem Einbezug psychosozialer Fachkräfte in das Konzept der Gesundheitsberatung und begründet sich in einer empirischen Motivation der Projektleitungen. Diese Arbeit setzt sich besonders mit der Ausformulierung bereits bestehender Arbeitspraktiken auseinander, um einen möglichen generalisierten Ablauf eines Clearings für psychosoziale Anrufe im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung aufzeigen zu können. Die Grundlage dafür bieten Fragestellungen des Masterprojekts nach potentiellen Prozessen sowie nach der Durchführung eines sozialarbeiterischen Clearings. Diese Überlegungen wurden aufgegriffen und als Forschungsfrage formuliert. Es sollen weiters Grenzen und Möglichkeiten einer Standardisierung offengelegt werden. Der Fokus wird dabei auf die psychosoziale telefonische Beratung von Sozialarbeiter*innen gelegt. Um standardisierte Muster erkennen zu können, wurden im Zuge dessen retrospektiv Dokumentationen analysiert, welche auf potentielle Abläufe im Clearingverfahren von Professionist*innen hinweisen.

Das Forschungsinteresse begründet sich in der Annahme, dass Sozialarbeiter*innen durch ihre fachliche Expertise und Ausbildung bereits Mustern folgen, welche möglicherweise jedoch noch nicht verschriftlicht aufgezeigt wurden. Da die telefonische Gesundheitsberatung, wie in Kapitel 3 bereits beschrieben, durch das Anwendungssystem LowCode™ einer strikten standardisierten Abfrage folgt, soll diese Arbeit aufzeigen, was dies im psychosozialen Feld bedeuten könnte.

Die daraus entwickelten Hauptforschungsfragen wurden aufgrund dessen folgendermaßen formuliert:

Auf welche generalisierbaren Abfrageschemata kann aus einer retrospektiven Analyse von Falldokumentation des AKUTteam Niederösterreich geschlossen werden?

Welche Implikationen ergeben sich daraus für eine potenzielle telefonische, psychosoziale Beratung bei 1450+?

Weitere Fragen, welche im Zuge des Forschungsprozesses beantwortet werden mussten und zur Klärung der Hauptforschungsfragen beitragen, wurden als Unterforschungsfragen wie folgt definiert:

- *Welche Anrufe werden von 1450 an das AKUTteam NÖ weitergeleitet?*
Durch die Bearbeitung dieser Frage soll herausgefunden werden, welche Themen von ECNs als psychosozial definiert und an das AKUTteam NÖ weitergeleitet werden.

- *Vor dem Hintergrund welchen Gesundheitsbegriffs werden die Beratungen durchgeführt?*
Durch die nähere Betrachtung psychosozialer Anliegen ergibt sich zusätzlich die Frage, wie von der telefonischen Gesundheitsberatung *Gesundheit* definiert wird. Weiters soll herausgefunden werden, welches Verständnis das AKUTteam NÖ vertritt.
- *Welche erkennbaren Indikatoren für die potenzielle sofortige Einbeziehung von Sozialer Arbeit gibt es?*
Aktuell werden Anrufe immer an ECNs, und damit an Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, weitergeleitet. Es soll daher herausgefunden werden, ob dies immer notwendig ist und welche Anliegen direkt an psychosoziale Fachkräfte weitergeleitet werden könnten.
- *Inwieweit kann ein interner 1450+ Verweisungsweg psychosoziale Beratung beinhalten?*
Es soll die Rolle der psychosozialen Beratung hinterfragt werden. Derzeit wird das AKUTteam NÖ primär als Versorgungsort angesehen, weshalb das Angebot offiziell nicht Teil der telefonischen Gesundheitsberatung ist, obschon es auch (psychosoziale) Gesundheitsberatung bietet.
- *Inwieweit kann es eine sozialarbeiterische Standardisierung von Fragen ermöglichen, in Telefonaten des AKUTteam NÖ präzise, für die psychosoziale Beratung relevante Informationen zu erfassen und die anrufende Person bestmöglich zu beraten?*
Die Standardisierung eines Clearingsprozesses ist in der protokollgestützten Abfrage der ECNs begründet. Es soll herausgefunden werden, inwiefern dies auch im psychosozialen Setting möglich ist.

5 Forschungsdesign

Helle-Van Kuren Lea

Das folgende Kapitel gibt Überblick über das für diese Arbeit verwendete Datenmaterial. Zudem werden relevante Erhebungs- und Auswertungsmethoden vorgestellt, welche sich weitgehend im Rahmen einer qualitativen Forschungslogik verorten lassen.

5.1 Datenmaterial

Dieses Kapitel stellt das vorliegende Datenmaterial – Falldokumentationen, eine Gruppendiskussion und ein Experteninterview – vor, bevor auf die angewandten Auswertungsmethoden eingegangen wird.

5.1.1 Falldokumentationen des AKUTteam NÖ

Zu Beginn der Forschung wurde beim AKUTteam NÖ um anonymisierte Falldokumentationen für eine retrospektive Analyse angefragt. Insgesamt wurden 20 Dokumentationen übermittelt, welche aus Anrufen stammen, welche zwischen 01.11.2023 und 30.04.2025 von der telefonischen Gesundheitsberatung an das AKUTteam NÖ weitergeleitet wurden. Die Auswahl der Fälle erfolgte nach dem Zufallsprinzip mit Hilfe des Programms „LibreOffice Calc“, einem Tabellenkalkulationsprogramm, in dem die Funktion „Zufallsbereich“ in der Lage ist, Zufallszahlen zu erzeugen und die Daten entsprechend auszuwählen. Die Teamleiterin des AKUTteam NÖ hat im Anschluss nur jene Falldokumentationen übermittelt, welche von Sozialarbeiter*innen des Teams geschrieben wurden und nicht von anderen beim AKUTteam NÖ angesiedelten Professionen, wie beispielsweise. Psycholog*innen oder Therapeut*innen. Alle Inhalte wurden zuvor von der Einrichtung anonymisiert, sodass keine personenbezogenen Daten an die Forschenden gelangen konnten.

Im Zuge dieser Arbeit werden Ausschnitte der Fälle eingerückt und in einen Rahmen gesetzt, um sie optisch eindeutig von Inhalten des Interviews und der Gruppendiskussion zu differenzieren.

5.1.2 Expert*inneninterview

Für das Expert*innen Interview wurde ein Experte ausgewählt, der seit vielen Jahren sowohl aus psychotherapeutischer als auch sozialarbeiterischen Perspektive mit Menschen in akuten Krisensituationen arbeitet. Schwerpunkt des Interviews war das Thema Krisenintervention und der Umgang mit Krisen bei einer telefonischen Beratung. Das Interview fand am 25.04.2024 an der Fachhochschule St. Pölten statt und wurde durch beide Forschende durchgeführt.

5.1.3 Gruppendiskussion

Durch eine Mitstudierende war der Zugang und die Kontaktaufnahme mit dem AKUTteam NÖ unproblematisch möglich und wurde durch die Teamleitung unterstützt. Insgesamt wurden zur Gruppendiskussion sieben Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ eingeladen. Davon konnten zum ausgewählten Termin aufgrund von Krankenständen und anderen Verhinderungen lediglich drei Fachkräfte erscheinen, welche sich am 03.04.2024 mit der gesamten Masterprojektgruppe an der Fachhochschule St. Pölten trafen. Zu Beginn fand die Gruppendiskussion statt, bei welcher Indikationen für eine Alarmierung, aber auch organisationale Abläufe sowie ihren Arbeitsalltag besprochen wurden. Anschließend wurden Mitarbeiter*innen noch für eine weitere Masterarbeit interviewt. Es waren sowohl die beiden Forschenden dieser Arbeit sowie eine Forschende der anderen Masterarbeit bei der Diskussion anwesend, sodass ein Gleichgewicht zwischen Professionist*innen und Studierenden vorherrschte.

5.1.4 Literaturrecherche

Nach einer ersten Schlagwortsuche zur Schnittstelle psychosoziale Beratung, Notfallorganisationen und Krisen zur Orientierung im Forschungsfeld, wurde für die vorliegende Arbeit eine rückwärts gerichtete Literaturrecherche durchgeführt, bei welcher Quellen in Literaturverzeichnissen vorliegender Arbeiten auf weitere, zur Forschungsfrage passende Literatur durchsucht wurden. Zusätzlich wurde bei der Ergebnisdarstellung themenspezifisch nach weiterführender Fachliteratur gesucht.

5.2 Erhebungsmethoden

Als Erhebungsmethoden kamen ein Expert*inneninterview, eine Gruppendiskussion und eine Dokumentenanalyse zum Einsatz, um Einblicke in den Forschungsgegenstand zu gewinnen und verschiedene Perspektiven (Sozialarbeiter*innen AKUTteam NÖ, Experte für psychosoziale Interventionen aus dem Bereich der Psychotherapie) sowie kontextuelle Informationen systematisch zu erfassen.

5.2.1 Expert*inneninterview

Das Expert*inneninterview ist eine qualitative Forschungsmethode, die darauf abzielt, verdichtete Einblicke in spezifische Fachgebiete durch das Befragen von Expert*innen zu gewinnen. Diese Methode eignet für komplexe Themen, bei denen Interviewpartner*innen ihr Wissen mit Forschenden teilen (Meuser & Nagel, 2009). Diese werden aufgrund ihres spezifischen Wissens und ihrer Erfahrungen ausgewählt, die über das allgemein verfügbare Wissen hinausgehen. Das Interview wurde semi-strukturiert geführt, um dem Experten Freiraum für detaillierte Antworten zu bieten, während es gleichzeitig einen Leitfaden mit vorab festgelegten Themenbereichen gibt (Bogner et al., 2014). Für den Kontext dieser Arbeit wurde ein Experte befragt, der sich

aufgrund seiner langjährigen psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Erfahrung besonders intensiv mit dem Bereich der psychosozialen Beratung auseinandersetzt.

Themenschwerpunkte des Interviews waren das telefonische Setting von Beratungen, psychosoziale Beratungen allgemein, Krisengespräche sowie Berater*innen und Anforderungen an diese. Dem Experten wurde vorab eine Übermittlung des groben Leitfadens angeboten, was jedoch abgelehnt wurde.

5.2.2 Gruppendiskussion

Um sogenanntes „tacit knowledge“ (Dampney et al. 2002, S. 1) von den Sozialarbeitenden des AKUTteam NÖ zu erheben, wurde die Methode der Gruppendiskussion gewählt, da sie es ermöglicht, kollektive Meinungsbildungsprozesse, Interaktionsstrukturen und Perspektiven der Teilnehmer*innen zu erfassen (Lamnek, 2005). Sie eignet sich auch, um die soziale Konstruktion von Wissen und die Aushandlung von Meinungen innerhalb einer Gruppe zu untersuchen. Laut Lamnek (2005) handelt es sich bei der Gruppendiskussion um eine offene und weniger straff strukturierte Gesprächssituation, in der die Teilnehmenden auf Augenhöhe ihre Ansichten austauschen und diskutieren. Diesem Grundsatz folgend fand die Gruppendiskussion ohne die Leitung des AKUTteam NÖ statt, damit innerhalb des Gesprächsprozesses keine Machtgefälle den Diskussionsverlauf so adjustieren, dass Meinungsbildungsprozesse unterbrochen werden. Im Sinne einer explorativen Herangehensweise wurde den Teilnehmerinnen (ausschließlich weibliche Personen) nach einer Eröffnung der Gesprächssituation Raum und Zeit gelassen, sich als Gruppe mit dem Thema „Psychosoziale Bedarfe in Kontext des AKUTteam NÖ“ zu beschäftigen.

5.3 Auswertungsmethoden

Im Folgenden werden die Verfahren zur systematischen Auswertung der erhobenen Daten vorgestellt. Zunächst wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) beschrieben, mit der eine kategoriale Auswertung von Textmaterial durchgeführt wurde. Anschließend erfolgt eine Beschreibung des analytischen Vorgehens mit MAXQDA, einer Software zur computergestützten qualitativen und quantitativen Datenanalyse.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ermöglicht eine systematische und regelgeleitete Auswertung von Textmaterial, während MAXQDA als unterstützende Software zur Codierung und Kategorisierung der Daten dient. Diese Kombination erlaubt es, die verschiedenen Perspektiven (zum Beispiel von Sozialarbeiter*innen im AKUTteam NÖ oder psychotherapeutisch ausgebildete Expert*innen) inhaltlich verschränkt zu interpretieren.

5.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine systematische Methode zur Analyse von Kommunikationsinhalten. Sie zielt darauf ab, durch Kategorienbildung tiefere Sinnstrukturen in Texten zu erkennen und diese nach festgelegten Kriterien auszuwerten (Mayring, 2015). Im Zentrum der Methode steht die schrittweise Reduktion und Verdichtung von Daten, um die wichtigsten und für die Forschungsfrage relevantesten Aussagen herauszuarbeiten (Mayring, 2015). Für die Auswertung des Interviews mit einem Experten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring genutzt, um die im Interview identifizierten Themen zu analysieren. Im Rahmen der Analyse wurden Kategorien wie „Standardisierung in der Gesprächsführung“, „Herausforderungen in der telefonischen Beratung“ sowie „Kriseninterventionen“ deduktiv entwickelt und auf das Interviewmaterial angewendet.

Diese Kategorien wurden dann quantitativ betrachtet, um die Häufigkeit bestimmter Aussagen herauszuarbeiten. So zeigte sich beispielsweise eine häufige Nennung der Balance zwischen standardisierter Dokumentation und individualisierter Gesprächsführung, was auf die besondere Relevanz dieses Themas in der Praxis der telefonischen Beratung hinweist. Dies ermöglichte es, sowohl inhaltliche Schwerpunkte als auch deren relative Bedeutung im Gesprächsverlauf abzubilden.

5.3.2 Qualitative Datenanalyse mittels MAXQDA

Um komplexe Daten wie die der Falldokumentation des AKUTteam NÖ systematisch zu organisieren, wird für die vorliegende Arbeit die Software MAXQDA verwendet.

Die Kodierung der Falldokumentation erfolgte durch die Entwicklung eines deduktiven Kategoriensystems, basierend auf vorab definierten Forschungsfragen sowie durch induktive Kategorienbildung aus dem Datenmaterial. Im Zuge dieser Vorgehensweise wurden Codes und Subcodes (wie beispielsweise Thema Netzwerk > Familie) festgelegt, die auf Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen hinweisen.

Zusätzlich wurde, wie in Abbildung 8 eine Unterscheidung zwischen Fallverlauf und Assessmentinhalten durchgeführt. So wurde durch eine graue Codierung jede Dokumentation hinsichtlich ihrer Rahmeneckpunkte analysiert und dies in weiterer Folge in einem generalisierten Gesprächsverlauf grafisch dargestellt. Farbliche Codierungen beziehen sich hingegen auf Kategorien, welche im Zuge des Assessments erhoben wurden und sollen die Vielfalt an Themen aufzeigen. Des Weiteren wird dadurch sichtbar, dass nicht in jedem Gespräch jede Kategorie erfragt wird, sondern vielmehr auf das Gegenüber und die aktuelle Situation spezifisch eingegangen wird.



































 Codes	328
 Vorinformationen durch 1450	1
 Presented Problem	25
 Wunsch/Anliegen	12
 bisherige Lösungsversuche	23
▼  Intervention	0
 Informationsweitergabe	14
 Notfallplan	5
 Rettungseinsatz	3
 Entlastungsgespräch und Krisenintervention	6
 Weiterverweisung	19
▼  Konflikte	0
 beruflich	2
 privat	10
 Suchtthematik	4
 Gewalterfahrung	4
 Wohnsituation	10
▼  Biomedizinische Gesundheit	0
 Akute Erkankung	12
 Vorerkrankungen	9
 Existenzsicherung	15
▼  Netzwerk	0
 Tiere	3
 Freunde	7
 Kolleg*innen	2
 Familie	36
 Professionelle Helfende	23
▼  Psychische Erkrankung	0
 Psychische Vorerkrankungen	12
 Akute psychische Belastung	25
 Suizidalität	18
 Intramuraler Bereich	9
 Extramuraler Bereich	10
 Medikamente	9

Abbildung 8: Kategorien, erstellt mit MAXQDA, eigene Darstellung

5.3.3 Quantitative Datenanalyse mittels MAXQDA

Um die Häufigkeit bestimmter psychosozialer Bedarfe innerhalb der erarbeiteten Kategorien zu ermitteln, wurden diese nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ analysiert, wodurch aufbauend auf die vorherige Kodierung der Daten die Auftretenshäufigkeiten bestimmter Themen erfasst und zumindest deskriptiv ausgewertet werden konnten. Durch diese Kombination aus qualitativer und quantitativer Herangehensweise wurde eine ganzheitliche Betrachtung der Falldaten aus unterschiedlichen Perspektiven sichergestellt.

6 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse aus der Gruppendiskussion, dem Experteninterview sowie der Analyse von 20 Falldokumentationen des AKUTteam NÖ systematisch zusammengeführt und präsentiert.

Zu Beginn erfolgt eine Einführung in die Thematik der Standardisierung psychosozialer Arbeit im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Dies geschieht mittels kritischer Auseinandersetzung mit der Struktur eines standardisierten protokollgestützten Abfragebaums, welcher durch das Expert*innensystem LowCode™ derzeit bei biomedizinischen Anliegen zum Einsatz kommt. In diesem Rahmen werden zudem alternative Ansätze zur Standardisierung aufgezeigt und diskutiert. Darauf aufbauend folgt eine retrospektive Analyse der Falldokumentationen, welche die generalisierte Darstellung des aktuellen Verlaufs eines psychosozialen Anliegens an die telefonische Gesundheitsberatung in Niederösterreich ermöglicht. Diese Analyse trägt zur Identifikation eines standardisierten Arbeitsrahmens für Fachkräfte bei.

6.1 Standardisierung psychosozialer Beratung bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450

Wagner Lena

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 folgt derzeit einem österreichweit standardisierten Ablauf. CCAs sowie ECNs haben klare Aufgaben und arbeiten mit dem Expert*innensystem LowCode™. Dieses gibt präzise vor, welche Fragen zur Ermittlung des sogenannten „Level of Care“ zu welchem Zeitpunkt gestellt werden müssen, woraufhin die weitere Behandlung entsprechend angepasst wird.

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 beschrieben, generiert diese Software anhand eines Fragebaums, der auf der Beantwortung von „Ja-Nein-Fragen“ basiert, Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Abhängig von den geschilderten Symptomen der Anrufer*innen wird von den ECNs unter den 202 möglichen ein entsprechendes Hauptbeschwerdeprotokoll ausgewählt. Dieses enthält vorgefertigte Fragen, die dazu dienen, mögliche Ursachen der Symptome zu identifizieren und die Dringlichkeit der Behandlung zu bestimmen.

Es handelt sich hierbei um ein linear-kausales Verständnis von Ursache und Wirkung, das eng mit dem biomedizinischen Ansatz von Gesundheit und Krankheit verbunden ist, wie in Kapitel 2.2.1 bereits angeführt wurde. Demnach ist jedem Symptom eine bestimmte (körperliche) Ursache zuzuordnen. Mit der Ausweitung des Gesundheitsbegriffs von einem biomedizinischen zu einem bio-psychosozialen Ansatz, der die Wechselwirkungen körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren berücksichtigt, ist ein Umdenken von linear-kausalen zu systemischen Vorgehensweisen erforderlich.

Betrachtet man die telefonische Gesundheitsberatung aus bio-psychosozialer Perspektive, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine personenbezogene soziale Dienstleistung handelt, welche nach der Theorie von Hansen (2010), wie in Kapitel 2.5.2 beschrieben, sowohl technische als auch nichttechnische Dimensionen beinhaltet. Die Software LowCode™ ist nach diesem Verständnis ein technisches Hilfsmittel, welches eine konkrete sozialtechnische Funktion mit sich bringt, da es die Reihenfolge der Fragen exakt vorgibt. Das Expert*innensystem standardisiert mittels Technologie den Clearingprozess. Dabei kommt es ebenso zu einem Eingriff in die nichttechnische Dimension, also in die Interaktion zwischen Anrufer*in und Professionist*in. Eine Überschneidung dieser Dimensionen ist nach der Theorie von Hansen (2010) grundsätzlich immer gegeben. In diesem Fall kommt es jedoch zu einer Standardisierung der gesamten Gesprächsführung, indem Fragen wortwörtlich vorgegeben und auch Ergebnisse mit Algorithmen standardisiert generiert werden. Das bedeutet, dass die nichttechnische Dimension, und somit die Kernleistung der personenbezogenen sozialen Dienstleistung, ihre Eigenständigkeit verliert. Sie wird gänzlich von der technischen Dimension, einer Software, fremdbestimmt. Das System lässt kaum Möglichkeiten der Abweichung oder persönliche Formulierungen zu. Eigenständige Handlungen beschränken sich auf die Auswahl des Hauptbeschwerdeprotokolls und gegebenenfalls einem nachträglichen Wechsel zu einem anderen, sofern der Eindruck gewonnen wird, dass andere Beschwerden priorisiert werden müssen. Auch Handlungsempfehlungen werden vom System vorgegeben.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern ein konkret standardisiertes Programm mit sozialtechnischer Funktion und Vorgaben im nichttechnischen Bereich im psychosozialen Clearing durchführbar ist und welchen Gesundheitsbegriff die telefonische Gesundheitsberatung 1450 mit ihrem System tatsächlich bedient.

Bei näherer Betrachtung der Werbeanzeigen der telefonischen Gesundheitsberatung, für welche, laut Kapitel 3.1, das Bundesministerium zuständig ist, wird immer ein biomedizinisches Bild von Gesundheit abgebildet. Musterhaft werden Krankheitsbilder wie beispielsweise Kopfschmerzen, Bienenstich, Zahnschmerzen oder Bauchschmerzen (Notruf NÖ, o.J.b) als Indikationen für ein Beratungsgespräch gezeigt. Psychosoziale Anliegen werden hier nicht angeführt. Es kann daher von einem primär biomedizinischen Fokus der Gesundheitsberatung ausgegangen werden, welcher auch den linear-kausal standardisierten Ablauf der Abfrage erklärbar machen würde. Die psychosozialen Anliegen und ein systemisches Verständnis von Gesundheit erfordern jedoch ein Umdenken im telefonischen Clearing.

6.1.1 Kritik an der Standardisierung der Interaktion zwischen Anrufer*in und Professionist*in

Im Zuge der theoretischen Einführung dieser Arbeit, wurde in Kapitel 2.5.1 bereits Kritik an standardisierten, vorgegebenen Verfahren in der Interaktion und Gesprächsführung mit Klient*innen vorgestellt. Ein Experte der Sozialen Arbeit unterstreicht diese Kritik, indem er „eine vernünftige, menschenbezogene und damit sehr stark individualisierte Form der Gesprächsführung“ (TI, 2024, Z. 17-19) als Notwendigkeit in professioneller

psychosozialer Arbeit sieht. Ein Abfragebaum mit linear-kausalen Fragestellungen kann demnach als unprofessionell beschrieben werden.

Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ machten in diesem Zusammenhang die Erfahrung, dass Anrufer*innen bei CCAs oder ECNs bereits von ihren Beschwerden erzählen wollten, aufgrund der Vorgaben jedoch in ihrem Redefluss unterbrochen werden mussten, da „sie (*ECNs, Anm. der Autorinnen*) eben nach Schema“ (TG, 2024, Z. 639-640) arbeiten müssen. Die Grenzen des standardisierten Abfrageschemas werden dadurch klar sichtbar und die These, wonach ein individualisierter Zugang im psychosozialen Clearing notwendig ist, wird bekräftigt. Diese Lenkung des Gesprächs, die durch Unterbrechungen der Anrufenden seitens der ECNs gekennzeichnet ist, kann dazu führen, dass Anrufer*innen das Gefühl haben, verhört zu werden, ein Umstand, der als „sehr kontraproduktiv“ (TI, 2024, Z. 132) bewertet wird. Zusätzlich kommt es zu einer Beeinflussung der professionellen Beziehung zwischen Professionist*in und Klient*in, welche wiederum häufig darüber entscheidet, welche Themen in einer Beratungssituation angesprochen werden (können). Fragen Berater*innen zu viel ab, kann es beim Gegenüber zu Widerstand kommen, da das subjektive Gefühl einer Verhörsituation entstehen könnte. Dies kann zur vorzeitigen Beendigung des Gesprächs führen. Insbesondere traumatisierte Personen haben laut Interviewpartner oft eine eingeengte Sicht und können nur schwer ihren Blick auf andere Dinge legen. Mit einem zu allumfassenden Assessment riskiert man eben diese Klient*innen zu verlieren.

Anrufer*innen können laut dem interviewten Experten meist „eben genau diese Breite (*an Nachfragen, Anm. der Autorinnen*)“, die dann von ihnen verlangt wird, nicht aufbringen“ (TI, 2024, Z. 134-135). Es besteht daher im psychosozialen Bereich grundsätzlich nicht der Anspruch alles zu erfragen und abzuklären. Vielmehr liegt der Fokus auf jenen Aspekten, welche für die aktuelle Situation relevant sind. Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ beschreiben ihr Vorgehen in diesem Zusammenhang so, dass sie „halt ganz gezielt dann ein[haken], wenn was kommt, damit wir uns ein Bild machen können“ (TG, 2024, Z. 906-907). Dieser explorierende Prozess variiert in jeder Gesprächssituation, weshalb die Gesprächsführung an das Gegenüber stets angepasst werden muss. Psychosoziale Fachkräfte betonen zudem, dass das anfangs präsentierte Problem nicht immer mit dem tatsächlichen Problem übereinstimmt. Eine Mitarbeiterin merkt an: „da kommen wir mit einem Baum (*Abfragebaum, Anm. der Autorinnen*) nicht hin“ (TG, 2024, Z. 921-922). Es ist folglich davon auszugehen, dass der individuelle Gesprächsverlauf dazu beiträgt, das tatsächliche Problem zu identifizieren und benennen zu können. Dies beschreibt auch Widulle (2020), indem er auf offene Fragen und die auf Anrufer*innen abgestimmte Gesprächsführung appelliert (S. 160-163). Als Praxisbeispiel wird in diesem Zusammenhang von einer Mitarbeiterin die Alarmierung des AKUTteam NÖ aufgrund eines besorgten Vaters erwähnt:

Letztes Mal habe ich zum Beispiel eine Alarmierung reingekriegt. ...der Vater macht sich Sorgen um den Sohn oder so, dann hat sich herausgestellt, dass der ja wirklich akute Suizidandrohungen gemacht hat gegenüber vom Vater und ja

und das ist bei dem Abfragebaum aber einfach nicht herausgekommen, dass das wirklich schon brenzlich ist. (TG, 2024, Z. 589-593)

Das in diesem Beispiel präsentierte Problem stellt allgemein eine Sorge eines Vaters um seinen Sohn dar. Erst im Gesprächsverlauf stellte sich als tatsächliches Problem die akute Suizidalität des Kindes heraus. Dies zeigt, dass Anrufer*innen nicht immer gleich zu Gesprächsbeginn das tatsächliche Problem benennen können. Eine Standardisierung psychosozialer Anliegen kann daher als schwer beschrieben werden, da nicht jede präsentierte Sorge, wie in diesem Fall in einer Suizidalität, begründet sein und die Suche nach dem tatsächlichen Problem auf die Situation abgestimmt erfolgen muss. Interviewpartnerinnen nennen zusätzlich die Gefahr, dass Abfragebäume den Blick auf eine Situation stark einschränken können und Dynamiken und Wechselwirkungen im Fall außer Acht lassen, welche jedoch wichtig für das Verständnis und weitere Handlungen sind. Die Suizidalität des Sohnes wird sich vermutlich kaum linear-kausal beschreiben lassen und erfordert vielmehr ein systemisches Verständnis von den Wechselwirkungen verschiedener Faktoren. Es wäre demnach ein fachlicher Fehler sich auf eine Hauptbeschwerde zu fokussieren und diese mithilfe eines Ursache-Wirkungs-Verständnisses abzuarbeiten.

Methodik und Vorgehensweise der Abfrage hängen außerdem davon ab, ob es sich bei dem Anruf um eine Krise oder ein Problem handelt. Dies muss daher zu Beginn jedes Anrufs von Professionist*innen eingeschätzt werden. Die Abklärung einer Krise orientiert sich an klaren standardisierten Kriterien, welche theoretischen Grundlagen folgen und in Kapitel 6.4.2 angeführt werden. Diese sind auf einer konkreten nichttechnischen Ebene angesiedelt und sollten nicht wortgemäß vorgelesen, sondern sinngemäß angewandt werden. Psychosoziale Fachkräfte des AKUTteam NÖ merken an, dass „Leute spüren ...: ist das authentisch?“ (TG, 2024, Z. 905). Diese Authentizität kann somit als wesentlicher Faktor für den Erfolg eines Gesprächs verstanden werden.

Ein weiteres Argument für eine individualisierte Gesprächsführung, und somit gegen den standardisierten Abfragebaum, stellt das Setting des Telefonats dar, bei welchem wichtige Aspekte wie nonverbale Kommunikation und Sinneseindrücke außer Acht gelassen werden und damit „viele Äußerungen von Menschen nicht wahrgenommen werden können“ (TI, 2024, Z. 58-59). Der interviewte Sozialarbeiter merkt an, dass es „kein Feedback, was jetzt Körpersprache ... und was Stimmmodulation betrifft“ (TI, 2024, Z. 59-60) vorhanden ist und zusätzlich eine Verzerrung der Sprache durch ein Telefonat stattfindet, teilweise auch aufgrund von Netzfehlern oder ähnlichen technischen Störungen. Ein telefonisches Setting erfordert daher eine darauf angepasste Gesprächsführung, welche es auch erlaubt, in einen explorierenden Prozess einzugehen. Denn es ist „einerseits ... schwieriger ... in Kontakt zu kommen, ... das Problem zu verstehen und ... die Gefahr [ist] größer, dass sich das Gegenüber nicht verstanden fühlt“ (TI, 2024, Z. 66-68). Daraus lässt sich ableiten, dass die Verwendung von Sprache einen großen Stellenwert einnimmt und bewusst professionell gewählt werden muss. Zusätzlich braucht es ein Bewusstsein darüber, was nicht wahrgenommen werden kann. Eine Standardisierung der Gesprächsführung, wie am Modell der telefonischen Gesundheitsberatung derzeit erkennbar, wird

zusammenfassend in einem psychosozialen Clearing als unprofessionell und nicht zielführend gesehen. Es besteht einerseits die Gefahr dadurch wichtige Aspekte des Falles/des Systems nicht zu erkennen, andererseits schränkt es die Handlungsmöglichkeiten der Professionist*innen stark ein. Eine Sozialarbeiterin sagt dazu deutlich: „Es macht in dem Job überhaupt gar keinen Sinn. Jeder Fall ist individuell und jeder Mensch ist anders.“ (TG, 2024, Z. 919-920).

6.1.2 Möglichkeiten der Standardisierung im psychosozialen Clearing

Aufgrund der beschriebenen Herausforderungen und der Kritik an Standardisierung im Sinne eines psychosozialen Abfragebaumes zum Zweck eines telefonischen Clearings, wurde bereits bei der Formulierung der Forschungsfrage bewusst *standardisierbar* durch *generalisierbar* ersetzt, da dadurch Abstand von vorgefertigten Fragesystemen genommen werden wollte. Wie in Kapitel 2.5.2 bereits erläutert, sind Standards auf unterschiedlichen Ebenen und Dimensionen lokalisierbar. Während zwar die Standardisierung einer zwischenmenschlichen Interaktion kritisch gesehen werden kann, gibt es weiterhin eine Umsetzungsmöglichkeit auf technischer Ebene, welche als Orientierungshilfe gesehen werden kann.

Im Zuge der Analyse von Dokumentationen des AKUTteam NÖ lässt sich feststellen, dass es fixe Bestandteile eines Gespräches gibt, welche zusammengefasst generalisierbar dargestellt werden können. Auch Hansen (2010) beschreibt diese Möglichkeit eines Standards, welcher eine orientierende Funktion einnimmt. Wichtig ist dabei das Verständnis, dass es sich um eine „methodische Arbeitshilfe, die fall- und situationsspezifisch angepasst werden kann und soll“ (Hansen, 2010, S. 109) handelt. Dieser Leitfaden kann als SOLL-Zustand eines Clearinggesprächs verstanden werden, greift dabei jedoch nicht in die Gesprächsführung ein. Weitere Erläuterungen dazu werden im nachfolgenden Kapitel 6.2 ausgeführt.

Zusätzlich zu Gesprächsstandards kann Standardisierung ebenso auf Ebene der Dokumentation stattfinden, indem eine Struktur bestimmte Aspekte vorgibt, welche in weiterer Folge auch ins Gespräch einfließen können. Laut dem interviewten Experten ist es dabei wichtig, dass man diese Dinge „miteinfließen lässt, aber ... nicht in den Mittelpunkt stellt“ (TI, 2024, Z. 39). Er beschreibt dies als „Balanceakt ... zwischen dem, was Menschen brauchen ... und dem, was die ... Organisation dann an Daten braucht“ (TI, 2024, Z. 33-34). Demnach soll es nicht davon abhängen, ob alle Felder ausgefüllt wurden, sondern es muss die Möglichkeit bestehen manche Aspekte der Dokumentation unbeantwortet zu lassen. Auch die Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ teilen diese Einschätzung und betonen, dass sie „keine Pflichtfelder“ (TG, 2024, Z. 941) möchten, sich jedoch vorstellen können, ein standardisiertes Schema in der Dokumentation zu verwenden. Aktuell gibt es lediglich ein großes Textfeld – eine Unterteilung in mehrere kleinere Felder erscheint sinnvoll, zumal bereits jetzt durch Unterüberschriften eine gewisse Gliederung angestrebt wird. Interviewpartner*innen sehen in diesem Zusammenhang das präsentierte Problem beziehungsweise Anliegen als wesentlich in der Dokumentation zusätzlich zu einem Textfeld für Assessment und für Anmerkungen zu Vereinbarungen.

6.2 Gesprächsverlaufsoptionen psychosozialer Beratungen der telefonischen Gesundheitsberatung

Wagner Lena

Im Zuge der retrospektiven Analyse bestehender Falldokumentationen des AKUTteam NÖ sowie der Gruppendiskussion mit Sozialarbeiter*innen in diesem, wurde folgender Verlauf einer telefonischen psychosozialen Beratung im Zuge der Gesundheitsberatung 1450 im Bundesland Niederösterreich skizziert. Die folgende Grafik ist in digitaler Fassung interaktiv nutzbar:

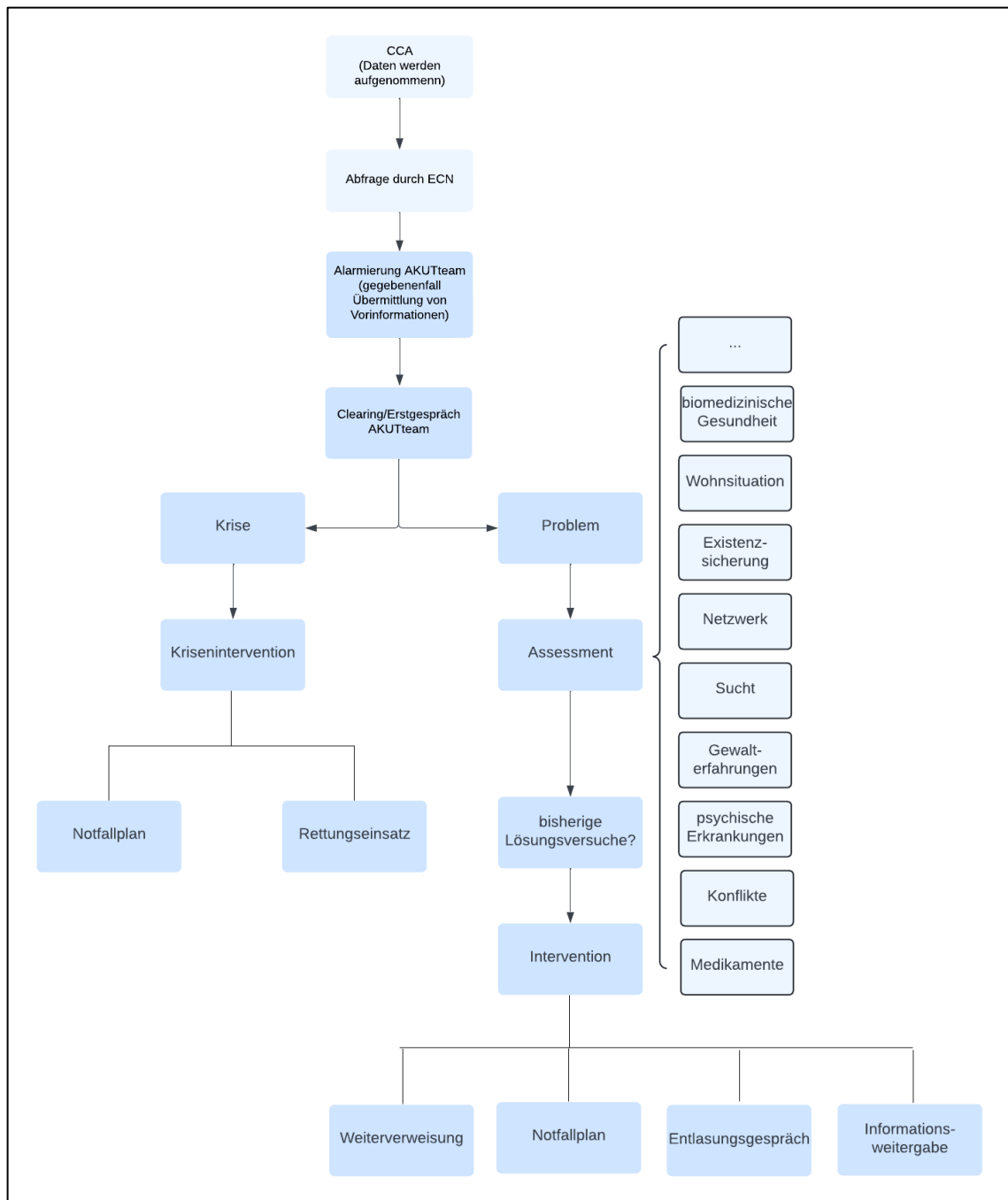


Abbildung 9: Gesprächsverlaufsoptionen psychosozialer Beratungen der telefonischen Gesundheitsberatung, eigene Darstellung

Die grafische Darstellung des IST-Zustandes in Abbildung 9 stellt in weiterer Folge die Basis weiterer Erläuterungen der anschließenden Kapitel dar und dient folglich auch als Orientierung. Da der aktuelle standardisierte Ablauf der telefonischen Gesundheitsberatung bereits in Kapitel 3.1 erläutert wurde, wird auf die Datenerfassung durch CCAs und die Abfrage durch ECNs an dieser Stelle nicht noch einmal eingegangen. Es erfolgt daher ein thematischer Einstieg in den Verlauf, ab Alarmierung des AKUTteam NÖ und folglich jenen Ergebnissen, welche durch Auskünfte und Dokumentationen von Sozialarbeiter*innen generiert werden konnten.

6.3 Alarmierung AKUTteam NÖ

Wagner Lena

Eine Alarmierung des AKUTteam NÖ und somit das Hinzuziehen psychosozialer Fachkräfte kann auf diverse Wege erfolgen. So erklären Interviewpartner*innen im Zuge einer Gruppendiskussion, dass Anrufer*innen eine direkte Kontaktaufnahme über eine Hotline-Nummer herstellen können, jedoch auch eine indirekte Alarmierung über die primäre Kontaktierung der Notrufnummer 144 oder der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 erfolgen kann. Die direkte Weiterleitung ist vermutlich deswegen unkompliziert und fließend möglich, weil all diese Einrichtungen in die Leitstelle Notruf NÖ eingebettet und somit organisationsintern vernetzt sind.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit wird auf jenen Fallverlauf gesetzt, bei welchem Anrufer*innen zuvor die telefonische Gesundheitsberatung 1450 gewählt haben und in weiterer Folge an psychosoziale Fachkräfte des AKUTteam NÖ verwiesen werden.

Durch die Eingliederung in die Leitstelle Notruf NÖ folgen alle Anrufe, bei welchen eine Kontaktaufnahme mit der telefonischen Gesundheitsberatung oder mit dem AKUTteam NÖ stattfindet, organisationsinternen Abläufen, die mit einer Datengeneration durch CCAs starten. Demnach findet der erste Kontakt nie mit medizinisch oder psychosozial geschulten Fachkräften statt. Eine Sozialarbeiterin des AKUTteam NÖ beschreibt beispielsweise den Kontakt mit ihrer Hotline so, dass Anrufer*innen „... zuerst zu einem Calltaker ... kommen, der stellt sich mit AKUTteam vor und sie müssen ihre Daten angeben und dann kommt es (*der Anruf, Anm. der Autorinnen*) erst zu uns und wir nehmen Kontakt auf“ (TG, 2024, Z. 643-645). Bei der Kontaktaufnahme mit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 würden sich CCAs daher als telefonische Gesundheitsberatung vorstellen und in erster Linie Stammdaten aufnehmen. In weiterer Folge leiten sie Anrufer*innen dann zu ECNs weiter, welche bei Bedarf anschließend wiederum das AKUTteam NÖ involvieren können.

Dieses Grundverständnis über verschiedene Möglichkeiten der Kontaktaufnahme sowie unterschiedliche involvierte Professionist*innen ist in weiterer Folge notwendig, um sich Fragen zu Fällen für das AKUTteam NÖ sowie deren Alarmierung und dem darauffolgenden Einstieg in die Fallbearbeitung zu widmen. Diese Aspekte werden in den anschließenden Kapiteln näher ausgeführt.

6.3.1 Fälle für das AKUTteam NÖ

Im Folgenden werden jene Rahmenbedingungen betrachtet, welche für Erstgespräche des AKUTteam NÖ im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung gelten. Es stellt sich zunächst die Frage, ab wann ein Anruf als Fall für psychosoziale Fachkräfte definiert wird, da dies die Grundlage für den Beginn jeglicher sozialarbeiterischer Arbeit psychosozialer Fachkräfte darstellt. Das sozialpädagogisch-sozialarbeiterische Modell von Müller (2017) geht beispielsweise davon aus, dass man Fälle in „Fall von“, „Fall für“ und „Fall mit“ untergliedern kann, um eine Situation ganzheitlich betrachten zu können und eben diese Zuständigkeiten zu identifizieren (S. 45).

Umgelegt auf die telefonische Gesundheitsberatung würde dies bedeuten, dass ECNs bei ihrer Abfrage abschätzen müssten, welche „relevanten Sachaspekte“ (Müller, 2017, S. 47) von Anrufer*innen geäußert werden (zum Beispiel „Fall von“ Suizidalität) und in weiterer Folge auch erkennen müssen, wann es sich um einen „Fall für“ das AKUTteam NÖ handelt – das heißt, wann ein Hinzuziehen psychosozialer Fachkräfte notwendig ist. Nach diesem Modell ist es somit essentiell zu erkennen, worum es geht und „die Tätigkeit anderer für den Fall relevanter Instanzen“ (Müller, 2017, S. 47) zu benennen. Die dritte Dimension beschäftigt sich mit dem Grundgedanken, dass zur Fallarbeit die Mitarbeit der Betroffenen erforderlich ist und somit beispielsweise von einem „Fall mit“ Anrufenden gesprochen werden kann. In der Praxis beschreibt eine Sozialarbeiterin des AKUTteam NÖ diesen Vorgang so, dass „... sobald es irgendwie in das Psychosoziale geht, ... es dann zu uns (*AKUTteam NÖ, Anm. der Autorinnen*) [kommt]“ (TG, 2024, Z. 38-39). Eine genaue Definition darüber, was als „psychosozial“ gilt, gibt es jedoch von der Organisation offiziell nicht. Organisationsintern wurden zwar vereinzelte Schlagwörter wie beispielsweise „Suizid“ und „familiäre Krise“ als klare Indikatoren für ein Hinzuziehen psychosozialer Fachkräfte definiert, diese müssen allerdings erst von den beratenden ECNs erkannt und priorisiert werden, um den Anruf entsprechend weiterleiten zu können. Es obliegt somit Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften „Fälle von“ psychosozialer Belastung und „Fälle für“ das AKUTteam NÖ zu erkennen. Die am Fall beteiligten Akteur*innen zu definieren kann hier primär vernachlässigt werden, da dies erst in der direkten sozialarbeiterischen Fallarbeit relevant wird. Es erscheint demnach notwendig klar zu definieren, welche Anliegen an psychosoziale Fachkräfte weitergeleitet werden. Dafür bedarf es einer Begriffsdefinition beziehungsweise Schulung für Mitarbeiter*innen.

Aus diesen Erkenntnissen lässt sich schließen, dass die Auswahl der Fälle für das AKUTteam NÖ auf teilweise subjektiv angewandten Deutungen der geführten Gespräche basiert. Werden beispielsweise in der Abfrage mehrere Beschwerden genannt, obliegt es der*dem zuständigen ECN zu entscheiden, welche als Hauptbeschwerde definiert wird. Danach richtet sich die darauffolgende Beratung sowie die Auswahl des Abfrageprotokolls im System LowCode™. Obwohl dieses im Laufe des weiteren Gesprächs auch verändert werden kann, „entscheidet ... immer derjenige ECN-ler, ... der dort sitzt“ (TG, 2024, Z. 39-40), wann ein Fall als psychosoziales Anliegen verstanden wird. Diese nicht klar definierte Vorgehensweise kann daher auch die Gefahr bergen, dass Subjektivität über die Beratung und auch Unterstützung, welche Betroffene

daraufhin erhalten, entscheidet. Dies kann wiederum dazu führen, dass psychosoziale Aspekte der Gesundheit, zum Beispiel Somatisierungsstörungen, nicht erkannt werden.

6.3.2 Wissen über Zuständigkeiten

Da, wie zuvor beschrieben, eine Alarmierung des AKUTteam NÖ im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung nur durch den*die zuständige ECN stattfinden kann, benötigen diese das notwendige Wissen darüber, welche Anrufe auch Fälle für das AKUTteam NÖ darstellen. In dieser Hinsicht berichten die Gesprächspartner*innen der Gruppendiskussion, dass sowohl das Fachwissen als auch das Bewusstsein hinsichtlich der Zuständigkeiten psychosozialer Fachkräfte noch entwicklungs- und optimierungsbedürftig erscheinen. Bei Unklarheiten darüber, ob ein Hinzuziehen des AKUTteam NÖ indiziert ist oder nicht, empfehlen Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ ECNs, Rücksprache mit den jeweiligen diensthabenden Professionist*innen zu halten. Bemühungen diesbezüglich sind seitens einzelner ECNs bereits erkennbar, da Interviewpartner*innen die Erfahrung gemacht haben, „dass eine ECN angerufen hat und gefragt hat, ob sie das richtig gemacht hat“ (TG, 2024, Z. 130-131).

Ein möglicher Grund für die Unsicherheit der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräften könnte etwa daraus abgeleitet werden, dass nach einer Vermittlung an das AKUTteam NÖ kein Feedback über diese Vorgehensweise erfolgt. Dadurch, dass die Weiterleitung des Falles für ECNs gleichzeitig eine Abgabe ihrer eigenen Zuständigkeit bedeutet, kann aus diesen Fällen wiederum kein Lerneffekt erzielt werden. Eine Sozialarbeiterin beschreibt diesbezüglich, dass ihre „Rückmeldung ... halt oft nur [ist]: Entlassungsgespräch geführt, Punkt“ (TG, 2024, Z. 446). Für fachfremde Personen dürfte dies vermutlich wenig aussagekräftig sein, da ihnen die Bedeutung des entsprechenden Fachjargons nicht bekannt ist.

Um diesen professionsbezogenen Wissensdiskrepanzen entgegenzuwirken, werden eine Vernetzung und ein guter Austausch untereinander daher als essentiell beschrieben. So könnte neben einem Einblick in Arbeitspraktiken ebenso ein Überblick über Themen in telefonischen Klient*innenkontakten gegeben werden. Dies könnte wiederum zu einer Aufklärung über passende Alarmierungs- beziehungsweise Weiterleitungsgründe von ECNs an psychosoziale Fachkräfte führen. Obwohl in einer gemeinsamen Organisation gearbeitet wird, fehlt immer noch das notwendige Wissen über das AKUTteam NÖ als Organisationseinheit sowie Unterstützungs- und Interventionsmöglichkeiten:

Aber es gibt einfach wirklich noch viele, also einige, die mit dem AKUTteam überhaupt keine Berührungspunkte gehabt haben oder nicht einmal wissen, dass wir zum AKUTteam gehören. Also wie die die ECN-lerin in [Ort anonymisiert], wie ich da war, und ich erzähl von von uns haben sie gesagt. Von welcher, welche Organisation seid ihr? (TG, 2024, Z. 475-478)

Dies zeigt, dass aktuell das Wissen um das AKUTteam NÖ noch nicht in jenem Ausmaß etabliert ist, um eine flächendeckende Bearbeitung psychosozialer Themen gewährleisten zu können. Außerdem wird sichtbar, dass eine Weiterleitung an psychosoziale Fachkräfte von einzelnen Personen, ihrem Wissen und ihren Bemühungen beziehungsweise von ihren subjektiven Einschätzungen abhängt. Daher scheint es erforderlich, die Schulung des Personals gezielt um eine vertiefte Auseinandersetzung mit psychosozialen Themen sowie deren Bearbeitung und Behandlung zu erweitern.

6.3.3 Alarmierung via Smartphone

Sobald ein Fall durch bereits involvierte ECNs der telefonischen Gesundheitsberatung als „psychosozial“ eingestuft wird, alarmieren diese das AKUTteam NÖ. Im Zuge dessen erhalten dessen Mitarbeiter*innen eine Übersicht zum Alarmierungsgrund mit den Daten der betroffenen Person auf ihr Diensthandy.

Es erfolgt eine Übermittlung aller durch CCAs und ECNs bereits erhobenen Informationen des aktuellen Anrufes. Darin enthalten sind personenbezogene Daten wie Namen, Alter, Medikamente und Diagnosen (sofern vorhanden), aber auch der ursprüngliche Grund des Anrufes, also das „presented problem“ (TG, 2024, Z. 53), sowie eine Zusammenfassung des LowCode™-Protokolls, welches die ECNs für die Beratung aus dem System-Repertoire ausgewählt haben. Letzteres wird jedoch teilweise erst zeitverzögert zur Verfügung gestellt und ist demnach bei der Kontaktaufnahme nicht immer standardgemäß vorhanden. Es kann also vorkommen, dass bereits erhobene Daten fehlen, beziehungsweise nachgeliefert werden. Zur Übermittlung weiterer Informationen haben ECNs zudem die Möglichkeit „einen Freitext reinzustellen, um genauer zu deklarieren, um was es geht“ (TG, 2024, Z. 54-55). Wie die Interviewpartner*innen erklären, wird diese Möglichkeit allerdings nur selten genutzt. In einem seitens der Interviewpartner*innen beschriebenen Vernetzungstreffen mit ECNs wurde unter anderem erklärt, dass die Befüllung des Freitextfeldes in deren Einschulung als „nicht notwendig“ (TG, 2024, Z. 56) beschrieben wurde. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass dies kein Pflichtfeld darstellt. Demgegenüber steht der Wunsch seitens der psychosozialen Fachkräfte nach detaillierteren Vorinformationen, da eine Vorbereitung auf das Gespräch immer anhand der übermittelten Daten stattfindet. Eine Sozialarbeiterin verknüpft diese präziseren und detaillierteren Informationen aus dem Freitextfeld mit einer effizienteren Arbeitsweise, da sie dadurch beispielsweise im Vorfeld schon wissen könnte „da geht es um das und das Familienproblem, um eine Suizidalität, um keine Ahnung, um was es geht“ (TG, 2024, Z. 458-459) und sich dementsprechend fachlich bereits gezielt vorbereiten könnte.

Diese Erzählungen decken sich ebenso mit der Analyse der 20 Falldokumentationen des AKUTteam NÖ, bei welchen in nur einer ein Freitextfeld ausgefüllt wurde. Genutzt wurde diese Möglichkeit konkret in einem Fall, wo sich eine suizidale Krise manifestierte:

lt. 1450: Waffe an Schläfe geladen, kann aber nicht abdrücken; verweigert kh, auch alkoholabusus in vorgeschichte

(D13, 2023, Z. 2)

Diese Vorinformationen können den Vorteil mit sich bringen bereits zu wissen, wie akut eine Situation ist, um auch den Gesprächseinstieg und den Verlauf gut vorbereiten zu können. Wie in Kapitel 2.4 beschrieben, bringen Vorinformationen jedoch auch Gefahren mit sich, weshalb Widulle (2020) dagegen plädiert, sich ausschließlich auf diese zu verlassen (S. 160). Ihr Vorteil besteht darin, ein Gespräch gut vorbereiten zu können, es muss allerdings auch bedacht werden, dass diese auch inkorrekt und fehlerhaft sein sowie subjektive Zuschreibungen beinhalten können.

Da Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ im Falle ihrer Zuständigkeit eine Alarmierung auf ihr Smartphone erhalten, erfolgt grundsätzlich keine unmittelbare telefonische Weiterleitung von der telefonischen Gesundheitsberatung an psychosoziale Kolleg*innen. Stattdessen wird zunächst eine Gesprächsvorbereitung durch das AKUTteam NÖ durchgeführt, bevor die erneute Kontaktaufnahme mit den Betroffenen erfolgt.

6.3.4 Gesprächsvorbereitung

Anhand der übermittelten Daten versuchen sich psychosoziale Fachkräfte primär einen Überblick über den Fall zu verschaffen. Unabhängig davon, ob ein zusätzlicher Freitext und/oder das LowCode™-Protokoll übermittelt wurde oder nicht, können sich Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ bereits anhand der Stammdaten von Anrufer*innen auf das bevorstehende Gespräch vorbereiten. Jene von CCAs erfasste Daten helfen beispielsweise dabei zu eruieren, ob Betroffene kürzlich bereits Kontakt mit der Einrichtung aufgenommen haben oder nicht. So kann beispielsweise eine Verbindung zu vergangenen Einsätzen hergestellt werden:

Also ein halbes Jahr zurück können wir schauen, wann ... uns die Person, die Adresse bekannt vorkommt, ... die Problemlage bekannt vorkommt. Dann schauen wir noch, ob man, ob die Person schon mal bei uns war. (TG, 2024, Z. 94-97)

Dadurch, dass das AKUTteam NÖ in ein Notrufsystem eingebettet ist, handelt es sich bei jedem Anruf um einen neuen „Einsatz“, was ebenso die Kontaktaufnahme als „Alarmierung“ erklärt. Das bedeutet allerdings ebenfalls, dass es keine Fallverlaufsdokumentationen gibt, da nach dieser Logik jeder Einsatz als neues Geschehen erfasst wird. Insbesondere Name, Adresse und der Grund des Anrufs helfen jedoch dabei, im Dokumentationssystem nach vergangenen Einsätzen zu suchen, wo Betroffene bereits beteiligt waren. Diese Suchfunktion ist, wie beschrieben, aufgrund organisationsinterner Beschränkungen nur auf sechs Monate möglich.

Zusätzlich dazu erklären Mitarbeiter*innen, dass sie „eine Liste mit Menschen [haben], die uns regelmäßig kontaktieren“ (TG, 2024, Z. 99-100). In dieser werden Kontaktdaten von Dauernutzer*innen, sowie eine Fallbeschreibung und das fachliche Vorgehen festgehalten, da diese Zielgruppe erfahrungsgemäß bereits ein großes Helfer*innennetzwerk hat. Diese erweiterte Dokumentation ist deswegen notwendig, da bei längerer Kontaktunterbrechung von über sechs Monaten in weiterer Folge nicht nachgewiesen werden kann, ob die Person bereits Kontakt mit dem AKUTteam NÖ hatte. Erfahrene Kolleg*innen hätten „das dann echt schnell im Kopf ... wäre schon einmal zehn Mal angerufen“ (TG, 2024, Z. 754-655) worden, allerdings soll diese Liste auch neuen Mitarbeiter*innen helfen zu identifizieren, ob es sich um Dauernutzer*innen handelt, für welche es möglicherweise ein bereits vorstrukturiertes Vorgehen in der Gesprächsführung und -bearbeitung gibt.

Obschon die Möglichkeit der Gesprächsvorbereitung von Professionist*innen als positiv erachtet wird und sie konkrete Vorinformationen „wirklich gerne hätten“ (TG, 2024, Z. 457), kommt es durch diese Art der Alarmierung, und in weiterer Folge auch Gesprächsvorbereitung, zu einer zeitverzögerten Kontaktaufnahme mit Betroffenen. Laut Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ wird primär immer der Hauptdienst alarmiert. Dieser hat in weiterer Folge die Aufgabe einer kurzen Abklärung und Abschätzung über die Dauer des Gesprächs, um es bei Bedarf einer längeren Beratung an einen Hintergrunddienst abgeben zu können. Ebenso kann es notwendig erscheinen bei Anrufen eine Priorisierung vorzunehmen. Sollte beispielsweise der aktuelle Anruf aufgrund der Dringlichkeit eines anderen Anrufs kurz unterbrochen werden müssen, liegt diese Entscheidung bei dem*der Diensthabenden. Eine Sozialarbeiterin beschreibt beispielsweise, sie habe „es noch nie gehabt, wenn ich ein Gespräch unterbrechen habe müssen, dass die Betroffenen irgendwie da kein Verständnis gehabt hätten“ (TG, 2024, Z. 206-208). Wie jedoch folgendes Beispiel zeigt, kann eine Verzögerung oder Unterbrechung bei der Kontaktaufnahme auch schwere Konsequenzen mit sich bringen:

Ich kann mich jetzt an einen Fall erinnern: ... Der ist mit der geladenen Waffe gesessen und hat sich die an die Schläfe gehalten und hat es nicht geschafft abzudrücken. Und das war der Alarmierungstext. Da ein paar Minuten zu warten, bis wir wieder die Alarmierung haben und so, das ist schon. Also das hätte auch schief gehen können. Ja. Das muss man einfach sagen, das hätte schiefgehen können. (TG, 2024, Z. 563-569)

Wie dieser Fall verdeutlicht, kann die Weiterleitung eines Gesprächs von der telefonischen Gesundheitsberatung, verbunden mit einer kurzen Kontaktunterbrechung bis zur Alarmierung, Gesprächsvorbereitung und der anschließenden Kontaktaufnahme durch das AKUTteam NÖ, potenzielle Gefahren mit sich bringen. Dadurch, dass im aktuellen Organisationsablauf zuerst ein Kontaktabbruch durch ECNs stattfindet, bevor dann zeitverzögert eine erneute Kontaktaufnahme versucht wird, besteht die Gefahr, dass es lediglich bei einem Kontakt*versuch* bleibt. Im angeführten Beispiel könnte es im schlimmsten Fall in der Zwischenzeit zu einem Suizid kommen. Es muss deswegen

berücksichtigt werden, dass beim Umgang mit psychosozialen Themen der Faktor *Zeit* in angemessener Weise Beachtung findet.

Um eine gute Erreichbarkeit gewährleisten zu können, gibt es grundsätzlich unterschiedliche Dienste im AKUTteam NÖ. Mitarbeiter*innen beschreiben im Zuge einer Gruppendiskussion, dass Alarmierungen direkt beim Haupt- beziehungsweise Journdienst eingehen. Wird hier anhand der Alarmierungsübersicht vermutet, dass es sich um ein längeres Gespräch handeln könnte, kann der Anruf „an den flexiblen Dienst ... oder an den Hintergrunddienst“ (TG, 2024, Z. 179-180) abgegeben werden. Werden Gespräche vom Hauptdienst angenommen, muss damit gerechnet werden, dass es auch zu Unterbrechungen kommen kann, wenn eine erneute Alarmierung einlangt. Nach diesem Verständnis wird die Alarmierung primär an den hauptzuständigen Telefondienst geschickt, welcher die Möglichkeit hat, weitere Kolleg*innen hinzuzuziehen, welche im Hintergrund arbeiten. Während die Gesprächsvorbereitung demnach einerseits positiv erachtet wird, um sich auf den aktuellen Fall und die Thematik einstellen zu können, ist es bei anderen Anrufen andererseits notwendig, so schnell wie möglich Kontakt mit Betroffenen aufzunehmen. Dies kann ebenso eine lückenlose und direkte Weiterleitung von der telefonischen Gesundheitsberatung zum AKUTteam NÖ notwendig machen, um Kontaktabbrüche bei beispielsweise suizidalen Personen zu vermeiden.

6.4 Telefonisches (Erst)Gespräch

Helle-Van Kuren Lea

Im Folgenden wird die Differenzierung zwischen einer „akuten Krise“ und einem primär sozialarbeiterischen Problem dargestellt. Darüber hinaus wird basierend auf dem Datenmaterial erörtert, welche professionellen Zugänge sich bei Krisenintervention, der Erstellung von Notfallplänen sowie bei Rettungseinsätzen erkennen lassen. Es wird aufgezeigt, wie das hinter dem „presented problem“ verborgene, tatsächlich relevante und zu priorisierende Problem identifiziert wird und welche möglichen Gesprächsausgänge im Rahmen dieser Prozesse dokumentiert wurden.

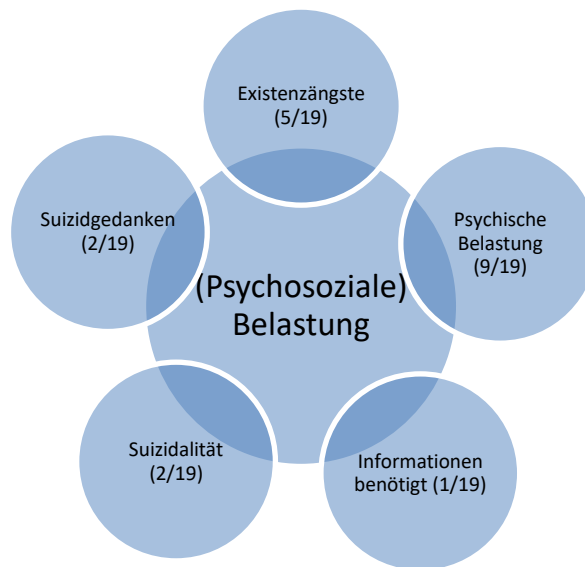


Abbildung 10: „presented problem“ Matrix aus der Falldokumentation, eigene Darstellung

Diese grafische Darstellung in Abbildung 10 fasst die verschiedenen, seitens der Anrufenden präsentierten Belastungsphänomene zusammen: In vier von 20 Falldokumentationen sind Anrufende akut suizidal oder äußern Suizidgedanken, in einem der Fälle geht es um das Einholen von Informationen, fünf der Anrufenden äußern sich zu Sorgen und Ängsten rund um ihre materielle Existenz, und in fast der Hälfte der Fälle wird eine psychische Belastungssituation beschrieben, der eine Vielzahl von Problemen zu Grund liegen kann. Da sich aus der akuten Suizidalität im Kontext des AKUTteam NÖ immer Rettungseinsätze ergeben, sind somit folgende Kategorien der „presented problems“ zu identifizieren:

- Existenzsicherung,
- psychische Belastung,
- Frage nach Informationen, sowie
- Suizidgedanken, daher keine akute Suizidalität, die einen Rettungseinsatz vorsieht.

Die unterschiedlichen aus der Falldokumentation hervorgehenden Gesprächsausgänge, wie beispielsweise die Alarmierung der Rettung oder das Weiterverweisen an andere soziale Träger, zeigen, dass im Erstgespräch geklärt wird, welches Problem sich hinter dem „presented problem“ (siehe hierzu Kapitel 6.4.3) verbirgt, beziehungsweise ob es sich um eine akute Krise (wie beispielsweise Suizidalität) handelt.

Im Folgenden sollen die Zugänge zu zwei Gesprächsrichtungen gegenübergestellt werden, da sich das AKUTteam NÖ zwar grundsätzlich mit Menschen beschäftigt, die sich subjektiv in einer „Krise“ befinden, aber nicht jede Krisensituation gleich akut ist.

Diese Differenzierung wurde aus praxeologischer Perspektive des AKUTteam NÖ bisher nicht trennscharf vorgenommen, da sich das AKUTteam NÖ generell als Ansprechpartner für akute Krisen versteht. Aus den Daten geht hervor, dass es Fälle

gibt, bei denen es um akute Suizidalität geht – diese werden für die vorliegende Arbeit als „akute Krisen“ kategorisiert: Im Kontext der analysierten Stichprobe von Beratungen des AKUTteam NÖ folgt bei Anrufen, bei denen Betroffene akut suizidal scheinen, ein Rettungseinsatz, wobei die psychosoziale Fachkraft die Anruferperson telefonisch bis zum Eintreffen der Rettungssanitäter*innen begleitet. Die anrufende Person wird über die Entsendung der Rettung informiert.

6.4.1 Die (psychosoziale) Krise und damit einhergehende Gesprächsausgänge im Kontext des AKUTteam NÖ

Helle-Van Kuren Lea

In der Psychologie werden Krisen als durch eine subjektive Überforderung ausgelöste „Wendepunkte“ betrachtet, die in Folge die Reorganisation innerer Ressourcen erfordern (Caplan, 1964¹). In der ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision) wird der Begriff der Krise nicht explizit beschrieben und kommt daher als eigenständige Diagnose nicht vor. Zugleich beinhalten einige Zifferngruppen im Kapitel F (Psychische Störungen und Verhaltensstörungen) Zustände, die in Zusammenhang mit Krisen stehen können, zum Beispiel:

- F43.0: Akute Belastungsreaktion bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen als unmittelbare Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, die im Allgemeinen nach Stunden oder wenigen Tagen abklingt.
- F43.2: Anpassungsstörung als Reaktion bei zuvor psychisch nicht manifest gestörten Menschen innerhalb eines Monats nach einschneidenden Lebensereignissen und Veränderungen (z. B. Emigration, Trennung, Todesfall, Verlust des Arbeitsplatzes). (ICD-10, BMSGPK 2024)

Die Definitionen psychischer Krisen weist folgende Gemeinsamkeiten auf: Eine psychische Krise ist eine akute Notsituation, die im Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder einer bedeutsamen Veränderung der Lebensumstände steht. Sie beschreibt einen vorübergehenden, zeitlich begrenzten Zustand, in dem die betroffene Person nicht in der Lage ist, die Situation mit den ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien zu meistern, was häufig mit einem Gefühl des Kontrollverlustes einhergeht (D'Amelio et al, 2006, S. 195). Eine Krise wird aus sozialarbeiterischer Perspektive jedoch nicht als primär intrapsychologisches, individuelles Phänomen betrachtet, sondern erweitert per Definition den Fokus auf das soziale System, benennt den möglichen Mangel an zur Verfügung stehenden Ressourcen und bereits versuchten Lösungsstrategien und versucht, Chancen für den*die Betroffene*n zu identifizieren (Richter et al., 2021).

¹ Caplan veröffentlichte 1964 sein Buch "Principles of Preventive Psychiatry", das sich mit menschlichen Krisen und ihrer Bewältigung aus einer präventiv-psychiatrischen Perspektive beschäftigt und bis heute von Bedeutung ist und als Bezugstext gilt.

Psychologische und psychotherapeutische Ansätze konzentrieren sich bei der Bearbeitung dieser Wendepunkte tendenziell stärker auf intrapsychische Prozesse wie die Regulation von Emotionen, die Verarbeitung traumatischer Ereignisse in der Vergangenheit oder die Aktivierung individueller Bewältigungsmechanismen. Interventionen wie verhaltenstherapeutische Ansätze oder krisenstabilisierende Gespräche zielen daher darauf ab, Denkmuster zu verändern und den Betroffenen ihre Handlungsfähigkeit zurückzugeben (Hoff, 2001).

Im Vergleich dazu legt die Soziale Arbeit in ihren Definitionen von „Krise“ den Fokus verstärkt auf das Zusammenspiel von individueller Krise und dem sozialen Kontext, in den das Individuum, das die Krise erlebt, eingebettet ist: „Eine psychosoziale Krise ist ein zeitlich begrenztes Geschehen, in dem ein Mensch oder ein soziales System mit belastenden Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die bisherige Lebensziele bedrohen ... und in dem alle verfügbaren Problemlösestrategien versagen und Ressourcen nicht ausreichend sind.“ (Rupp, 2014, S. 10f & Stein, 2009, S. 22, zit. nach Widulle, 2020, S.240)

Um Krisen und den Umgang mit den verschiedenen Phasen von Krisen im Kontext der Arbeit des AKUTteam NÖ besser einordnen zu können, wird zwischen unterschiedlichen Krisenformen unterschieden. Sonneck (2000) differenziert zwischen traumatischen Krisen, Lebensveränderungskrisen und chronisch-protrahierte Krisen.

6.4.1.1 Traumatische Krisen

Für diese Arbeit sind vor allem traumatische Krisen relevant, weil diese durch ein plötzliches, einschneidendes Ereignis hervorgerufen werden und somit in die Funktionsbeschreibung des AKUTteam NÖ passen. Beispiele für diese einschneidenden Ereignisse könnten der Tod eines Nahestehenden, plötzliche Erkrankungen, Beziehungsbedrohungen wie Untreue oder Trennung sowie soziale Kränkungen und äußere Katastrophen sein (Cullberg, 1978, zit. nach Sonneck, 2020, S. 33).

Typischerweise gliedert sich der Verlauf einer traumatischen Krise in vier Phasen: Schockphase, Reaktionsphase, Bearbeitungsphase und Neuorientierung. In der Schockphase wird die Wirklichkeit abgewehrt, und die betroffene Person kann äußerlich geordnet erscheinen, während innerlich Chaos herrscht. In der Reaktionsphase folgt die emotionale Konfrontation mit der Realität, begleitet von intensiven Gefühlen und psychischen Abwehrmechanismen wie Verdrängung und Verleugnung. In der Bearbeitungsphase lösen sich Betroffene langsam von dem Trauma und entwickeln Zukunftspläne oder neue Interessen, gefolgt von der Neuorientierungsphase, der sich ein wiederhergestelltes Selbstwertgefühl einstellt, und die betroffene Person integriert das Trauma als Teil ihrer Lebenserfahrung (Cullberg, 1978, zit. nach Sonneck, S. 33ff).

Bei dieser Form der Krise ist zunächst die emotionale Entlastung das Hauptziel einer Intervention: Die Betroffenen sollen über das Ereignis und die damit verbundenen Gefühle sprechen können, wodurch die Emotionen beschreibbar und damit greifbarer

werden. In der Reaktionsphase steht die emotionale Verarbeitung und Realitätskonfrontation im Vordergrund, während in den folgenden Phasen die proaktive Auseinandersetzung mit der Krise und die Entwicklung neuer Perspektiven besprochen werden sollen (Cullberg, 1978, zitiert nach Sonneck, 2000, S. 34f).

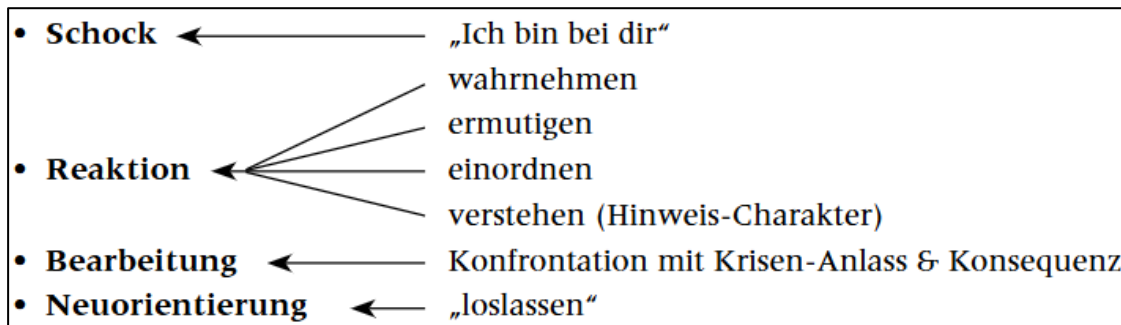


Abbildung 11: „Interventionsschema für traumatische Krisen“ (Sonneck, 2000, S. 36)

Abbildung 11 fasst den Umgang mit der jeweiligen Krisenphase bei traumatischen Krisen zusammen. Im Gespräch sind für das AKUTteam NÖ vor allem die Schock- und die Reaktionsphase relevant, denn die Bearbeitung der Krise und die Neuorientierung werden meist in anderen Kontexten bearbeitet, da Mitarbeitenden des AKUTteam NÖ pro Fall sechs Stunden Bearbeitungszeit zur Verfügung stehen und eine traumatische Krise in diesem Zeitraum nicht bis in eine Phase der Neuorientierung bearbeitet werden kann.

6.4.1.2 Lebensveränderungskrisen

Lebensveränderungskrisen entstehen durch Situationen, die zum normalen Lebensverlauf gehören und nicht von allen Menschen als negativ konnotiert werden, wie beispielsweise das Verlassen des Elternhauses, Heirat, Schwangerschaft, Elternschaft, Umzug, Pensionierung oder Konfrontation mit dem eigenen Sterben (Sonneck et al., 2000, S. 36). Im Gegensatz zu traumatischen Krisen entwickeln sich Lebensveränderungskrisen nicht schlagartig und unerwartet, sondern schrittweise über einen längeren Zeitraum von maximal sechs Wochen, können aber in der vierten Phase vergleichbare Symptome aufweisen die wie traumatische Krise – und somit vergleichbare Bearbeitungsstrategien benötigen.

6.4.1.3 Chronifizierte Krisen

Chronifizierte Krisen entstehen dann, wenn Veränderungskrisen durch Vermeidungsverhalten oder destruktive Bewältigungsmuster, wie beispielsweise Alkoholkonsum oder Medikamentenmissbrauch „gelöst“ werden oder wenn traumatische Krisen in der Reaktionsphase festgefahren sind, weil keine angemessene Bearbeitung stattgefunden hat (Sonneck, 2000). Destruktive Strategien, wie Konsummittelmissbrauch oder ein sich verstärkender sozialer Rückzug begünstigen eine weitere Chronifizierung.

Diese Chronifizierung ist vor allem bei Dauernutzer*innen relevant, bei denen sich Lebensveränderungskrisen und Traumatische Krisen verstetigt haben: „[...] so mit

chronischen Krisen halt.“ (TG, 2024, Z. 103), beschreibt eine Fachkraft des AKUTteam NÖ das Merkmal von immer wieder anrufenden Menschen, die psychisch stark belastet sind.

6.4.2 Kriterien: Krise statt Problem

Für die vorliegende Arbeit sind vor allem die Kriterien relevant, derer nach Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ entscheiden können, ob es sich um ein Problem oder eine Krise handelt. Ein interviewter Experte definiert diese wie folgt: „Naja, gibt es relativ klare Kriterien. Ich würde schauen, wann ist was passiert, also gibt es einen Auslöser ... Ich würde schauen, gibt es eine massive Bedrohung, ja, von entweder der Identität oder der Existenz. Das ist ein wichtiges Kennzeichen.“ (TI, 2024, Z. 147-150) Relevant ist in der Differenzierung zwischen einem psychosozialen Problem oder einer Krise somit der temporale Aspekt („Wann ist was passiert?“) die anschließende Identifizierung eines Auslösers der Krise, und dann der Grad der Bedrohung, der von Betroffenen als existenz- beziehungsweise identitätsgefährdend wahrgenommen wird.

Kann ich das nachvollziehen, diese Bedrohung, auch ja diese subjektive Bedeutungsgebung. Auch wenn das für mich also jetzt nicht so bedrohlich wäre. Dann müsste man schauen, wie schaut es aus mit der Einengung- Gibt so was wie, man nennt das Orientierungslosigkeit, also ein, wo die Leut beschreiben, dass der Boden unter den Füßen weggezogen wurde? (TI, 2024, Z. 150-155)

Gefragt wird daher explizit nach einer akuten, als überwältigend empfundener Bedrohung, wobei hier betont wird, dass hier eine „subjektive Bedeutungsgebung“ zentrales Element der Bewertung des Gespräches ist: Was bedrohlich für den*die Gesprächspartner*in ist, muss für die Fachkraft nicht als Bedrohung empfunden werden und im Mittelpunkt steht die Anerkennung der Krise. Somit geht es in einem Erstgespräch nicht primär um Lösungsversuche, denn in Krisensituationen sind Betroffene meist zu vulnerabel, als dass in einer frühen Phase der Krisenbewältigung in ihrem Denken, Handeln und Fühlen stabil genug sind, als dass Informationen auf Sachebene weitergegeben werden könnten (Widulle, 2020).

Die folgenden Beispiele aus der Falldokumentation des AKUTteam NÖ sind für die subjektive Bedeutungsgebung einer Krise von Relevanz:

AP hat heute in ihrem Briefkasten die Vorladung zur Reha-geld Überprüfung bei der PVA bekommen und befürchtet, dass ihr nun das Reha-geld aberkannt wird; AP weint und möchte dringend ein Medikament zur Beruhigung ...
--

(D3, 2024, Z. 1-3)

Sichtbar wird beispielhaft, dass allein die Vorladung zur Reha-Geld-Überprüfung zu einer subjektiv als krisenhaft empfundenen Situation der betroffenen Person führt, die von anderen Menschen nicht als solche wahrgenommen würde. Um die teilweise nicht immer trennscharfen Übergänge zwischen „Psychosozialer Belastung“, „Krise“ oder

auch „akuter Krise“ beispielhaft darzustellen, kann folgende Fallbeschreibung aus der Falldokumentation herangezogen werden:

AP (hat diagnostiziertes Klinefelter Syndrom) gibt an, wieder eine Panikattacke zu haben, die er nicht in den Griff bekommt; kennt diese Zustände seit Jahren, nimmt Escitalopram, hatte Xanor verschrieben bekommen, verträgt dieses aber nicht, kann seit mehr als zwei Wochen nicht aus dem Haus gehen aufgrund seiner sozialen Ängste, seine 2 Hunde müssen sich mit dem Garten zufrieden geben, weil er nicht spazieren gehen kann; seit ca. 1,5 Wochen sei Hr.G. verkühlt und kann deswegen auch nicht zu seinem Psychiater und seiner Psychotherapeutin, erst wenn er wieder gesund ist, möchte er dort vorstellig werden; nächster Termin bei Dr. F. ist am 16.12.23; seit der Verkühlung hat sich der Tag-Nacht-Rhythmus geändert, er kann in der Nacht nicht schlafen wegen der verstopften Nase und bekommt dann Panikattacken, die Rettung war letzte Woche auch schon da, aber seine Vitalwerte sind in Ordnung, somit konnte ihm nicht geholfen werden, für die Psychiatrie ist er zu "gesund"; wir besprechen Notfallpläne und dass er seine Gesundung erstmal abwarten soll und dann zu Dr. F. gehen wird, um eine neuerliche Med Umstellung zu besprechen; Panikattacke war am Ende des Gesprächs vorbei laut AP;

(D10, 2024, Z. 1-15)

Diese Falldokumentation zeigt, wie fließend die Definitionen der Termini im Feld der psychosozialen Betreuung sind: Hier vermischt sich ein über Jahre als belastend empfundener gesundheitlicher Zustand mit dem akuten Phänomen der Panikattacke. Bildlich könnte diese Fallbeschreibung folgendermaßen visualisiert werden:

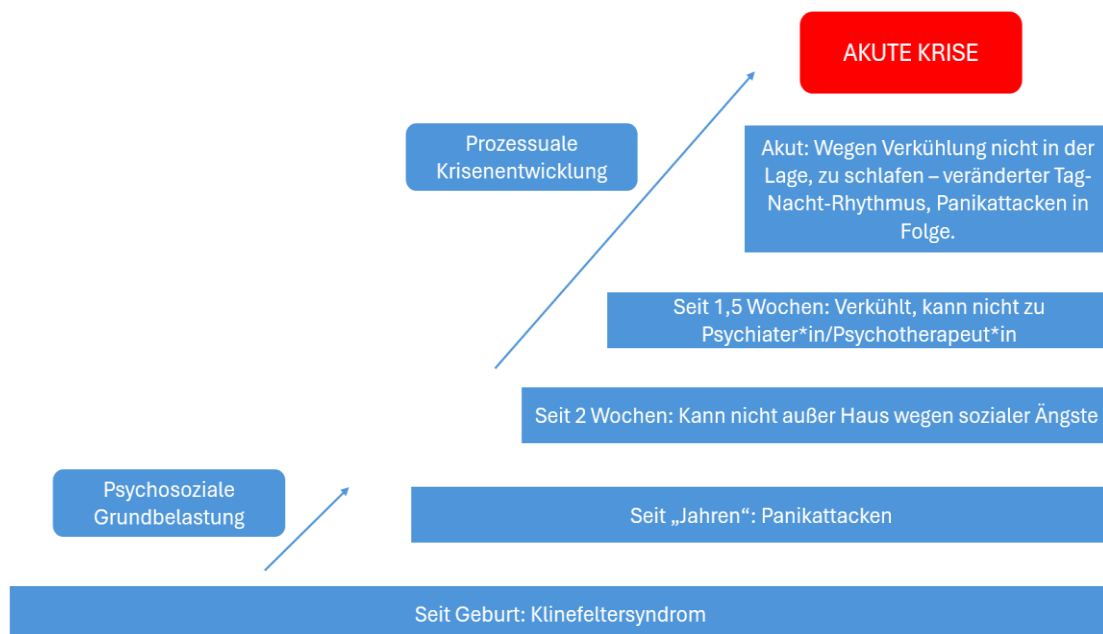


Abbildung 12: Fallentwicklung hin zur Krise, eigene Darstellung

Sichtbar wird in Abbildung 12, dass sich hier aus einer vermuteten psychosozialen Vorbelastung auf Grund der angeborenen Chromosomenanomalie innerhalb von wenigen Wochen ein krisenhafter Zustand, beziehungsweise ein Zustand außergewöhnlicher psychosozialer Belastung entwickelte. Dem Konzept folgend, dass Krise weniger ein Zustand, sondern viel mehr als ein Prozess verstanden werden kann, der sich in Richtung „Erreichen oder Überschreiten der Grenze des individuellen Anpassungsvermögens“ (Cullberg, 1978, zit. nach Sonneck, 2000, S. 58) entwickelt, könnte dieser Fall in drei Stufen zerlegt werden:

1. Die psychosoziale Vorbelastung,
2. die prozessuale Krisenentwicklung, sowie
3. die akute, subjektive Krisensituation (Panikattacke), derer wegen der Klient sich an das AKUTteam NÖ wendet.

Der sich daraus ergebende Versorgungsauftrag wird seitens des AKUTteam NÖ präzisiert: „Wir sind da halt wirklich für die Krisen und akuten Belastungen da“ (TG, 2024, Z. 256-257).

Bei der Bearbeitung von Anfragen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 werden bestimmte Schlagwörter definiert, die eine Weiterleitung zum AKUTteam NÖ indizieren. „B3: Suizid. B2: Suizid ist ja schon mal ganz konkret, aber einfach irgendwie Probleme, Schlafstörungen und solche Sachen was B1: Familiäre Krise“ (TG, 2024, Z. 33-36). Der*die ECN hat somit bestimmte im Protokoll genannte Symptome, die auf ein psychosoziales Anliegen hinweisen, doch ob und wann ein Anruf als psychosoziales Anliegen kategorisiert wird, oder ob beispielsweise bei einem Thema wie „Schlafstörungen“ nach somatischen Ursprüngen des Phänomens gefragt wird, obliegt dennoch der den Anruf entgegennehmenden ECN: „Aber es entscheidet trotzdem immer derjenige ECN-ler, also der Calltaker von ECN, der dort sitzt, das ist halt auch sehr individuell“ (TG, 2024, Z. 39-40). Es bleibt somit eine Rest-Subjektivität obschon der Nutzung von Schlagwörtern im Abfrageschema, wenn es darum geht, eine psychosoziale Krise zu identifizieren. Auch die Unsicherheit mit Anliegen, die sich nicht als biomedizinisch kategorisieren lassen, wird sichtbar: „B3: Das ist manchmal so, wenn sich die nicht sicher sind, ob das passt, dann rufen sie auch an, auch nicht oft. Aber sie rufen an und fragen, ob das eh für uns passt. B1: Aber wir haben eigentlich noch nie nein gesagt.“ (TG, 2024, Z. 39-40)

Zugleich gibt es Krisensituationen, die seitens des*der ECN als so akut kategorisiert werden, dass ein sofortiger Rettungseinsatz initiiert wird – „Ja, weil alle sozialen, psychischen Krisen kommen, ja nicht zu uns. Da werden ja viele auch direkt mit der Rettung geschickt.“ (TG, 2024, Z. 512-513), beispielsweise auf Grund von akuter Suizidalität, wobei dies strukturelle Probleme mit sich bringt, denn nach einem Rettungseinsatz dieser Art werden Betroffene in Psychiatrien gebracht, dort aber nicht immer adäquat versorgt, „weil bei der Auslastung von den Psychiatrien zurzeit: die Leute gehen rein und kommen gleich wieder raus. Also ist die Frage, ob das die beste Option ist.“ (TG, 2024, Z. 519-521).

Ein besonderer vom AKUTteam NÖ genannter Fall sind Anrufende mit chronifizierten Krisen (siehe hierzu auch Kapitel 6.4.1.3), die sich häufig in als subjektiv empfundenen Krisensituationen beim AKUTteam NÖ melden. Hierfür wurde ein informeller Weg im Umgang mit den Anrufenden gefunden:

B1: ... wir [haben] eine Liste mit Menschen, die uns regelmäßig kontaktieren, wo dann drinnen steht, ähm, was da sozusagen der Stand ist, wie wir da vorgehen, was da abgeklärt worden ist, wo die Leute angebunden sind und was da unser gemeinsames Vorgehen ist. Weil die Leute, die. B2: So mit chronischen Krisen halt. Ja. (TG, 2024, Z. 98-102)

Somit wurde hier aus organisationaler Perspektive ein fehlender institutioneller Prozess mit Dauer-Anrufenden durch informelle Strukturen ersetzt.

Verkürzt lässt sich zusammenfassen, dass ein Problem in der Sozialen Arbeit eine beschreibbare Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand (ausführlich hierzu Kapitel 6.4.3) beschreibt, die durch methodisches Handeln bearbeitet werden kann. Eine Krise hingegen wird als ein zugespitzter, emotional überfordernder Zustand verstanden, in dem gewohnte Problemlösestrategien versagen.

Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass die Entscheidungsgrundlage, ob es sich um eine psychosoziale Krise handelt, zwar auf definierten Kriterien wie dem Vorliegen eines Auslösers, der Wahrnehmung einer Bedrohung (beispielsweise der Identität oder der Existenz) sowie Anzeichen von Orientierungslosigkeit beruht.

Zugleich liegt die endgültige Kategorisierung durch individuelle Einschätzungen bei den Calltaker*innen, was ein gewisses Maß an Subjektivität mit sich bringt.

6.4.2.1 Krisenintervention

Krisenintervention ist eine auf den Umgang mit Krisen zugeschnittene psychosoziale Gesprächsform, die andere Gesprächstechniken verwendet als reguläre beziehungsweise planbare sozialarbeiterische Beratung. Dabei steht nicht die langfristige Problembewältigung oder Ressourcenaktivierung im Vordergrund, sondern die unmittelbare Stabilisierung des*der Betroffenen in der akut überfordernden Situation. Im Idealfall sollen so die oft mit einer Krise verbundenen intensiven emotionalen Reaktionen wie Angst, Verzweiflung oder Orientierungslosigkeit zeitnah nach dem auslösenden Ereignis aufgefangen werden, um zumindest ein Minimum an Handlungsfähigkeit wiederherzustellen (Sonneck, 2000, S. 68ff). Die Adressierung der akuten Krisensituation, daher das zeitnahe und empathische Eingehen auf die Ausnahmesituation, sorgt bei bestmöglichem Verlauf dafür, medizinische Folgen wie psychosomatische Reaktionen oder die Chronifizierung psychischer Symptome (z. B. Depression, Angststörungen), psychologische Folgen (beispielsweise ein tiefgreifendes Gefühl von Kontrollverlust) sowie soziale Folgen wie Isolation, Arbeitsplatzverlust oder Beziehungskonflikte zu mildern oder zu verhindern. Durch das rasche Eingreifen kann verhindert werden, dass sich die Krise zu einer langanhaltenden Belastung mit schwerwiegenden Konsequenzen entwickelt (Sonneck, 2000).

Die psychosoziale Fachkraft sammelt während des Erstkontaktes Informationen über das, was passiert ist, wobei dem*der Klient*in hierbei ausreichend Zeit und Raum gegeben werden muss, damit die sich in einer Krisensituation befindende Person auf ihre individuelle Art schildern kann, aus welchem Anlass sie anruft, wobei ein empathischer Zugang und die emotionale Unterstützung der*des Betroffenen im Vordergrund steht (Sonneck, 2000, S. 75ff).

Für das AKUTteam NÖ, bei dem das Erstgespräch fast immer telefonisch stattfindet, ergeben sich besondere Voraussetzungen, denn grundsätzlich ist ein persönliches Setting im Rahmen der Krisenintervention einem telefonischen Gespräch vorzuziehen. Bei einem telefonischen Erstkontakt ist es zunächst wichtig, dass der*die Anrufende den Gesprächspfad vorgeben darf: „Telefonisch in meinem Kopf würde ich praktisch wirklich dem Gesprächspfad des Patienten [oder] der Patientin folgen.“ (TI, 2024, Z. 138-139) Die psychosoziale Fachkraft am Telefon sollte daher nicht nach einem vorgegebenen Schema Informationen abfragen, sondern den Betroffenen Raum geben, in ihrem eigenen Tempo überbelastende Ereignisse oder Gefühle zu berichten: „Ich würde nur kurz erzählen lassen, ja, und dann schon beginnen zu explorieren, ja. Also sie wird relativ rasch nachdem genau das abfragen: ist da akut etwas passiert, ja? Wie schaut es aus? Kann ich schnell herausfinden, wie das den Betreffenden bedroht, ja?“ (TI, 2024, Z. 173-175).

Es geht somit beim Erstkontakt im Kontext der Krisenintervention um eine empathische Exploration der akuten Bedrohungs- beziehungsweise Einengungslage der anrufenden Person. Besonders wichtig dabei ist, das Risiko einer akuten Selbstgefährdung, die sich aus dem akuten Gefühl der Bedrohung entwickeln kann, zu bearbeiten. Konkret könnte eine Formulierung lauten: „Was heißt das jetzt für Sie? ... heißt das, dass Sie jetzt keinen Sinn mehr sehen im Leben? Oder ist es so, dass Sie sagen ‚Na ja, das werde ich schon werde ich schon überstehen‘“ (TI, 2024, Z. 179-181), denn Professionist*innen tragen in Situationen der Selbstgefährdung hohe Verantwortung. Da hierbei alle Aspekte der Kommunikation wichtig sind, welche am Telefon jedoch untergehen könnten, wird ein persönlicher Kontakt mit der betroffenen Person vor allem bei einer akuten Bedrohung durch Selbstgefährdung unabdingbar: „Ja, ja, also das würde ich telefonisch nicht mehr verantworten“ (TI, 2024, Z. 204).

Bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdungslage ist das Präferieren des persönlichen Gespräches somit ein Grundpfeiler der weiteren Krisenbearbeitung: „... Bei allem, was in Richtung Selbstgefährdung oder Gefährdung anderer geht, ja, also da wo ich den Eindruck habe, da steht unmittelbar eine Gefährdung bevor, ja, also Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung. Ja, da würde ich sagen, da tun wir jetzt möglichst nicht mehr telefonieren“ (TG, 2024, Z. 214-217). Im Idealfall würde die psychosoziale Fachkraft den*die Anrufende*n persönlich aufsuchen, sofern diese Person stabil genug ist, die Zeit bis dahin zu überbrücken.

Mit Blick auf die Organisationsstrukturen des AKUTteam NÖ und seine Einbettung in die Logik der Notruforganisation weist der Umgang mit Suizidalität Verbesserungspotential

auf, denn bei Anrufen über die telefonische Gesundheitsberatung 1450 müssen Anrufende mit zwei Menschen sprechen, bevor das AKUTteam NÖ werden kann: Der*die Calltaker*in nimmt die Stammdaten auf, leitet dann an die ECN weiter, die sich mit dem Anliegen der anrufenden Person beschäftigt. Erst dann wird das AKUTteam NÖ alarmiert. Eine Mitarbeiterin des AKUTteam NÖ beschreibt:

Der Herr ist eh diese Woche wieder bei uns gelandet. ... Der ist mit der geladenen Waffe gesessen und hat sich die an die Schläfe gehalten und hat es nicht geschafft abzdrukken. Und das war der Alarmierungstext. Da ein paar Minuten zu warten, bis wir wieder die Alarmierung haben und so, das ist schon. Also das hätte auch schief gehen können. (TG, 2024, Z. 561-566)

Dieses Beispiel zeigt, dass selbst eine kaum wahrnehmbare Verzögerung in akuten Krisensituationen fatale Folgen haben kann. Um ein professionelles Krisenmanagement zu gewährleisten, ist eine entsprechende Grundausbildung erforderlich:

... also was sie auf jeden Fall brauchen, ist Krisenintervention. Also abgesehen von der Gesprächsführung brauchen die halt Krisenintervention und Suizidverhütung. ... Naja, Basiswissen über schwere psychiatrische Erkrankungen sage ich jetzt ja und psychiatrische Notfälle, ... Was ist eine Intoxikation? (TI, 2024, Z. 266-269)

Daher ist zusammenfassend Wissen aus den Bereichen

- Suizidverhütung,
- Gesprächsführung,
- psychiatrische Erkrankungen, sowie
- psychoaktive und psychogene Substanzen

relevant, damit am Telefon abgeklärt werden kann, ob es eine Krise oder ein Problem ist, ob die anrufende Person Anzeichen einer akuten Intoxikation zeigen, ob eine akute Fremd- oder Selbstgefährdungslage vorliegt, damit schon kurze Zeit nach dem Gesprächsbeginn festgestellt werden kann, inwiefern Schritte der Krisenintervention vonnöten sind. Für das AKUTteam NÖ ist nebst dem Erkennen von akuten Krisen bei Telefonanrufen auch die Nachsorge von Krisen nach traumatischen Ereignissen relevant, denn nach Großereignissen wie Unfällen oder auch Todesfällen, bei denen zunächst Ehrenamtliche oder die Notfallseelsorge die psychosoziale Erstversorgung übernehmen, wird das AKUTteam NÖ zur Nachbetreuung hinzugezogen:

Also es fährt einmal das Kriseninterventionsteam als erste vor Ort oder die Notfallseelsorge so in der ersten Stabilisierung, wenn noch Bestatter und Polizei alles vor Ort ist und wir rufen dann am nächsten Tag an und schauen, was braucht es noch, was können wir tun? (TG, 2024, Z. 359-361)

Diese Nachsorge, die im Umfang von maximal sechs Stunden vom AKUTteam NÖ geleistet wird, gehört auch zur Krisenintervention. Teil dieser Nachsorge ist die Stabilisierung der Situation und die Weiterverweisung der Betroffenen an soziale Dienste, die sich über das Ausmaß von sechs Stunden um die Anliegen der Betroffenen

kümmern: „Das kann sein ein PSD, eine Suchtberatung, eine Familienberatungsstelle. Arbeiten, Therapeuten. Familienhilfe. Trauerbegleitung“ (TG, 2024, Z. 372-375).

6.4.2.1.1 Notfallplan

Psychosoziale Notfallpläne werden häufig im Kontext von Palliative Care Betreuungen erstellt, sowie im Bereich der Suizidalität und grundsätzlich Feld der psychiatrischen Betreuung, bei der vor der Entlassung aus der Klinik konkrete Notfallpläne genutzt, damit die entlassene Person genau weiß, welche Schritte sie unternehmen kann, falls Suizidgedanken oder ähnliche psychische Belastungen erneut auftreten (Becker et al., 2017). Notfallpläne lassen sich nur schwer quer zu verschiedenen Feldern standardisieren, doch im Bereich der Psychiatrie und der psychosozialen Beratung lassen sich einige Gemeinsamkeiten erkennen, die ein online zur Verfügung gestellter Notfallplan der Luzerner Psychiatrie AG (2024) zeigt:

- Woran erkenne ich, dass es mir nicht gut geht?
- Welche Bewältigungs- und Ablenkungsstrategien helfen mir in solchen Augenblicken?
- Welche Vertrauenspersonen unterstützen mich im Notfall?

Die meisten Notfallpläne, auch im biomedizinisch verstandenen Gesundheitsbereich, enthalten in der Regel darüber hinaus die Nummer der Rettung.

Betrachtet man die für diese Arbeit gesichteten Falldokumentationen, so wurde in 4 von 20 Fällen ein Notfallplan erstellt, und zwar immer dann, wenn die Krise nicht „akut“ genug für einen Rettungseinsatz, aber dennoch subjektiv bedrohlich für den Betroffenen war. Anrufenden soll dadurch Halt gegeben werden. Exemplarisch aus der Falldokumentation wird dokumentiert:

... besprechen Themen wie: Dauer bis Med.wirkung einsetzt, Hinzuziehen der Schwester der AP (sonstiges soziales Netz möchte er nicht belasten), damit Ehemann ein/zwei Stunden Auszeit nehmen kann; gemeinsamer Spaziergang, AP mit Haushaltstätigkeiten beschäftigen, Autofahrten, Notfallplan - Rettung, 141; Psychiatrieambulanz lehnt AP ab, da dort ihre Tochter öfters gewesen ist; Wir verbleiben, dass Hr.H. spätestens am Mo Psychiaterin erneut kontaktiert, bis dahin Med.Wirkung beobachtet, Schwägerin hinzuzieht und wenn es gar nicht mehr geht 141 bzw. die Rettung hinzuzieht;

(D4, 2024, Z. 14-21)

Hier wird deutlich, dass der*die Sozialarbeitende den Notfallplan aufteilt in

- Kontaktmöglichkeiten je nach Anliegen (Kontakt zur Rettung, (144), Kontakt zum hausärztlichen Notdienst (141) Kontakt zu Psychiatrien am Montag), sowie den Vorschlag des Hinzuziehens des Besuches der
- Psychiatrie, wobei diese seitens des Klienten abgelehnt wird, weiters die Einbindung einer

- Vertrauenspersonen, die unterstützend wirken können, daher die Schwägerin.

Je nach Definition dessen, was ein psychosozialer Notfallplan beinhalten soll, könnten auch die zuvor von der Fachkraft genannten Handlungsstrategien (Spazieren gehen, Auto fahren, sich beschäftigt fühlen) Teil eines Notfallplans sein. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es bislang keine Standards für psychosoziale Notfallpläne gibt.

6.4.2.1.2 Rettungseinsatz

Rettungseinsätze, die von den Rettungsorganisationen, aber auch von vielen sozialen Träger*innen als Lösung in akuten Krisen definiert werden, sind nicht immer der bestmögliche Versorgungsweg für die Betroffenen. „Keine leichte Tätigkeit (*die telefonische Betreuung durch das AKUTteam NÖ, Anm. der Autorinnen*) und die Rettung ist nicht die Lösung aller Probleme“ (TI, 2024, Z. 292-294). Dies steht im direkten Zusammenhang der Auslastung der intramuralen psychiatrischen Versorgung in Österreich, denn die Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen in Österreich ist in den letzten Jahren gestiegen (Rechnungshof, 2019).

Für diese anhaltende Überbelegung gibt es mehrere Ursachen: die Reduzierung von Betten in psychiatrischen Einrichtungen, Defizite in der außerklinischen Versorgung, die zu langen Wartezeiten auf Facharzttermine führen, ein verbessertes Ansehen der Psychiatrie, das Betroffenen den Zugang zur Hilfe erleichtert, sowie der wachsende wirtschaftliche Druck, dem viele Menschen ausgesetzt sind (Rechnungshof, 2019). Dies führt zum Phänomen mehrmaligen Wiederaufnahme: Patient*innen werden zwar aufgenommen, aber schnellstmöglich wieder entlassen, da die Auslastung der Psychiatrien angespannt ist:

Also kann sein, dass das in dem Moment sinnvoll ist, weil da ist ganz klar eine akute Suizidalität. Da kann ich nichts anderes machen als die Rettung schicken. Manchmal kann es vielleicht sinnvoll sein, dass man eine Schleife dazwischen einzieht, weil bei der Auslastung von den Psychiatrien zurzeit: die Leute gehen rein und kommen gleich wieder raus. Also ist die Frage, ob das die beste Option ist. Ja. (TG, 2024, Z. 516-521)

Daher ist in vielen Fällen anzunehmen, dass die Person in einer psychiatrischen Klinik keine nachhaltige und langfristige Unterstützung erhält und nach kurzer Zeit wieder entlassen wird.

In Bezug auf den Konsum psychogener und psychotroper Substanzen muss unterschieden werden, wann ein Rettungseinsatz wichtig ist und wann ein persönliches Gespräch vorzuziehen wäre:

... das sind für jemanden, der sich nicht auskennt, sehr verwirrende Zustände, sage ich mal und da werde ich wahrscheinlich auch an einen Punkt kommen, wo

ich ein persönliches Gespräch will und wo ich dann vielleicht a die Rettung brauche. Ja, aber. Nicht immer und überall ... (TI, 2024, Z. 282-285)

So ist bei Alarmierungen rund um das Thema Suchtmittelkonsum zu klären, wie der Patient*innen-Pfad nach der Anbindung im intramuralen Bereich weitergeht und wie hier eine langfristige Unterstützung des*der Patient*in umgesetzt werden kann. Zugleich gibt es Anrufende, die gezielt nach einem Rettungseinsatz fragen, welcher in Folge seitens des AKUTteam NÖ organisiert wird.

Manchmal ist es halt so, dass die Betroffenen ganz dezidiert einen Rettungswagen wollen, weil sie auf die Psychiatrie wollen. Und das formulieren sie bei uns dann genauso noch einmal. Ja, dann machen wir das halt dann für die Betroffenen. (TG, 2024, Z. 137-140)

Dabei unterscheiden die Fachkräfte des AKUTteam NÖ nicht nach Dringlichkeitsstufen, sondern richten sich nach den Wünschen der Anrufenden. Letztlich müssen die Fachkräfte des AKUTteam NÖ in einer akuten Krise entscheiden, wann ein Rettungseinsatz zum Schutz der*des Anrufer*in notwendig ist - und wann ein solcher Einsatz zwar eine sehr kurzfristige Linderung der Symptome bringt, aber unter Umständen keine langfristige Verbesserung der Problematik.

6.4.3 Abklärung: Problem statt Krise

Beispielhaft für ein „Problem“, das einen anderen Gesprächszugang wie eine akute Krise fordert, verdeutlicht folgender Auszug aus einer Falldokumentation die Differenz zu einer akuten Krise:

Fr.K. beklagt sich über ihren Ehemann. Er geht nicht zum Arzt und beschwichtigt immer. Auf Nachfrage erzählt Fr.K, dass es sich um „kleine“ Krankheiten, auch chronische, wie Darmprobleme handelt. Wir besprechen den Umgang und die Akzeptanz des Verhaltens des Ehemanns als erwachsene Person und Eigenverantwortung nicht zum Arzt zu gehen, auch vorsorglich, auch wenn es sinnvoll und wichtig ist. Damit kann Fr.K. etwas anfangen ...

(D5, 2024, Z. 1-6)

An diesem Beispiel wird deutlich, dass es sich nicht um eine akute psychische oder psychosoziale Krise handelt, sondern um ein Problem, das zwar krisenhafte Züge haben kann, bei dem es aber nicht nur darum geht die äußere sowie innere Sicherheit wiederherzustellen, sondern bei dem bereits Orientierungswissen kommuniziert und Lösungsvorschläge formuliert werden können (Sonneck, 2000, S. 58). Auch die Tatsache, dass sich hinter einem psychosozialen Problem eine somatisch-biomedizinische Ursache verbergen kann, gilt es seitens der psychosozialen Fachkräfte zu beachten: „Das haben wir jetzt erst gehabt. Das war presented problem eine Panikattacke. Aber eigentlich hat er einen körperlichen Alkoholentzug gehabt.“ (TG, 2024, Z. 150-151). Die Wachheit für biomedizinische Ursachen einer akuten „Krise“, die

als das „presented problem“ während des Gesprächsbeginns vorgebracht wird, ist somit ebenfalls von hoher Relevanz für eine zielführende Unterstützung der Betroffenen. Ähnliches formuliert eine Mitarbeiterin des AKUTteam NÖ:

Die haben uns halt gebeten, dass man die Tochter anrufen, weil die so fertig ist, weil der Bruder den Kontakt abgebrochen hat. Und dabei war ihr Problem, dass die Mama Demenz hat. (TG, 2024, Z. 155-158)

Hier zeigt sich, dass die Diskrepanz zwischen dem, was die Anrufenden eingangs preisgeben und den Gründen für die Suche nach Unterstützung, sehr groß sein kann. Entsprechend situationselastisch müssen Mitarbeitende des AKUTteam NÖ in den Anrufen agieren und mit den ersten Eindrücken zu Beginn des Gesprächs vorsichtig umgehen, denn die Herausforderungen, die sich hinter dem „presented problem“ verbergen, stellen sich im Einzelfall völlig anders dar als das Anliegen zu Beginn des Gesprächs – vor allem vor dem Hintergrund eines großen Redebedürfnisses der anrufenden Personen:

B3: Das ist meistens so, dass die Leute die was anrufen eh ein Redebedürfnis haben und da kommen eh mal von alleine ganz viele Informationen und dann schaut man, was halt noch fehlt und.

B1: Beziehungsweise dass man die Informationen gut sortiert, auch priorisiert. Okay, was ist jetzt wichtig? (TG, 2024, Z. 236-240)

Betroffene artikulieren ihre Anliegen somit oftmals in einer ungeordneten, nicht immer priorisierten Abfolge, die nicht zwingend einer logischen Struktur folgt. Es obliegt daher den Fachkräften, eine inhaltliche Priorisierung vorzunehmen, um zu evaluieren, welche Aspekte vorrangig bearbeitet werden sollten, denn „... oft verzetteln sie sich dann und dann reden sie von irgendwas, dass man das dann wieder zurück holt auf das eigentliche Anliegen ...“. (TG, 2024, Z. 242-243) Auch spielt der Faktor „Zeit“ eine Rolle bei der Bearbeitung der „presented problems“:

B1: Ja, also wir sind relativ schnell bei dem Anliegen eigentlich was die Leute haben und was wir da konkret jetzt tun können damit und was sie brauchen. Ja.

B2: Also unser Ziel ist wirklich, dass wir so rasch wie möglich beim Kern sind und so schnell wie möglich irgendwie eine Lösung finden für das Problem. Ja, und nicht jetzt da zu ausschweifend erzählen ..., es bringt nichts. (TG, 2024, Z. 244-248)

Ein Problem ist aus sozialarbeiterischer Perspektive die von einem*einer Akteur*in festgestellte Differenz zwischen einem IST-Zustand und einem möglicherweise nicht explizit gemachten SOLL-Zustand (Pantuček, 2005).

Hierbei liegt zwischen dem IST-Zustand und dem SOLL-Zustand mindestens ein Hindernis. Der*die Akteur*in zeigt, dass er bereit ist, Energie zu investieren, um das Hindernis zu überwinden. In der Sozialen Arbeit ist das „Problem“ der zentrale Bezugspunkt der Fallbearbeitung und die Existenz eines beschreibbaren Problems die Bedingung der Möglichkeit methodischen Handelns (Pantuček-Eisenbacher, 2019).

Das "eigentliche Problem" zu identifizieren, eventuell lange Redeflüsse zu unterbrechen und für eine Fokussierung des Gesprächs zu sorgen, sind daher zentrale Elemente im Umgang mit "Presented Problems" in den Interviews des AKUTteam NÖ.

6.4.3.1 Assessment: presented problem versus actual problem

Wagner Lena

Probleme können nach dem Verständnis von Pantuček (2005) als „Differenz zwischen einem IST und einem (möglicherweise nicht ausformulierten) SOLL“ (Pantuček, 2005) beschrieben werden, welche in manchen Fällen professionelle Unterstützung bei der Überwindung erfordert. In der Sozialen Arbeit bietet das von Klient*innen präsentierte Problem den Einstieg in den Fall. Wie bereits erwähnt, kann es vorkommen, dass dieses vom tatsächlichen Problem divergiert. Das beschreiben auch Sozialarbeiterinnen des AKUTteam NÖ, welche zu ihrer Aufgabe auch den „Weg sozusagen vom Presented Problem zum Eigentlichen“ (TG, 2024, Z. 921) zählen.

Dieser „Weg“ ist als ein explorierender Prozess zu sehen. Wie bereits in Kapitel 6.1 erwähnt, ist eine individualisierte Form der Gesprächsführung im psychosozialen Setting essentiell für Professionalität und demnach auch wichtig in der Klient*innenarbeit. Eine Sozialarbeiterin erklärt ihre Vorgehensweise im Clearinggespräch folgendermaßen:

Dann kommt meistens einmal ein bisschen ... Text (*der Anrufer*innen, Anm. der Autorinnen*), dann kann man weiter sortieren und dann frage ich ganz gezielt nach, was man in dem Moment wichtig erscheint. ... Genau und schaue halt je nachdem, was ich in diesem Fall brauch, dass ich dazu ... meine Fragen stelle sozusagen. (TG, 2024, Z. 231-236)

Es wird deutlich, dass Klient*innen zu Beginn selbst von ihrem Problem berichten und dieses vorrangig präsentieren. Aufgabe der Professionist*innen ist es in weiterer Folge diese Informationen zu verarbeiten und durch immanentes Nachfragen herauszufinden, was hinter diesem steckt. So beschreibt Pantuček (1998) beispielsweise, dass es den Einsatz von „Nachfragetechniken“ (S. 10) benötigt, um von der primären Problembeschreibung der Klient*innen zu einer gemeinsamen Problembeschreibung zu gelangen. Dies kann daher als Inhalt des Assessments beziehungsweise Clearings bezeichnet werden. Nur dadurch ist es möglich die Situation nachhaltig zu verbessern, denn „[b]leibt die Versorgungskette auf das ‚presented problem‘ konzentriert und das tatsächliche Problem ohne Erkennung und Lösungsversuch, wird der Patient weiter Hilfe suchen“ (Redelsteiner, 2013). Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Bearbeitung des primär präsentierten Problems häufig um ein Symptom handelt, dessen Ursache erst erkannt werden muss. Die Identifikation des tatsächlichen Problems ist vorrangig anzustreben.

Wie die Analyse der Falldokumentationen des AKUTteam NÖ unter anderem darlegt, ist das präsentierte Problem häufig noch undifferenziert. So zeigt sich bei neun von 20

Fällen als Anrufgrund eine psychische Belastung, welche anfänglich hingegen kaum näher bezeichnet werden konnte. Tatsächliche Probleme, beziehungsweise die Ursache dieser, reichen von Partnerschaftsproblemen bis hin zu Gewalterfahrungen, Einsamkeit oder etwa Konflikten im privaten Bereich oder im Beruf. Dies kann an folgendem Fall verdeutlicht werden:

Sie leide an hypochondrischen Zuständen, habe das schon seit ihrer Kindheit. Sie möchte wissen, ob das Fehlen eines Dauerkatheters Depressionen auslösen könne.

(D18, 2024, Z. 2-3)

Die Anruferin äußert hier primär eine psychische Belastung und berichtet von ihren Depressionen, versucht diese jedoch bereits in ihrer Problembeschreibung anhand medizinischer Ursachen selbst zu begründen. In einem Gespräch wurde die Sorge um die Abhängigkeit einer Depression vom Fehlen eines Katheters besprochen und daraufhin das Telefonat nicht beendet, sondern gemeinsam nach Gründen für diese Annahme gesucht:

Auf Nachfragen meinerseits berichtet sie, sie sei bei der Gartenarbeit gestürzt, habe sich das Kreuzbein und Schambein gebrochen und deshalb einen Dauerkatheter bekommen. Sie war im Pflegeheim auf Kurzzeitpflege und hat sich dort sehr wohl gefühlt. Zu Hause komme 2x wö die Caritas HH zur Unterstützung der Körperpflege. Sie beziehe Pflegegeld St. 2. Eine Tochter der 4 Kinder kümmere sich um alles. Die Nichte sei ihre Hausärztin und diese habe ihr auch schon mitgeteilt, dass der Dauerkatheter nichts mit ihrer Depression zu tun hat. ... Sonst fühle sich [Name der Anruferin] oft einsam, da sie keine Freunde oder Nachbarn hat, mit denen sie reden kann.

(D18, 2024, Z. 4-13)

Dieses Beispiel verdeutlicht, dass es eine wichtige Qualität professionellen Handelns ist, individuell auf Anrufer*innen einzugehen und vor allem auch die Frage nach dem *Warum* zu stellen. Die Einsamkeit der Klientin wurde in diesem Fall vermutlich nur erkannt, weil die handelnde Sozialarbeiterin sich Zeit für einen explorierenden Prozess genommen hat und durch ihre gezielten Fragestellungen der Ursache des Anrufs auf den Grund gehen konnte. Wäre es bei der reinen Beantwortung der Initialfrage geblieben, wäre das grundlegende Problem vermutlich nicht erkannt worden und hätte folglich auch nicht bearbeitet werden können. In der Gruppendiskussion wurde ebendies angemerkt: „Und allein der Weg sozusagen vom präsentierten Problem zum eigentlichen ist oft so anders“ (TG, 2024, Z. 921), dass es nicht möglich ist dies mit standardisiert vorgegebenen Fragen zu bewerkstelligen.

Einen weiteren Fall mit ähnlicher Problematik schilderten Interviewpartner*innen des AKUTteam NÖ: „Das war presented problem eine Panikattacke. Aber eigentlich hat er einen körperlichen Alkoholentzug gehabt“ (TG, 2024, Z. 152-153). Dadurch wird einmal mehr sichtbar, dass eine enge Verknüpfung zwischen bio-psychosozialen Aspekten der Gesundheit vorherrscht und in einem Telefonat zwar die akute Panikattacke abgewandt

beziehungsweise gemeinsam überwunden werden kann, diese allerdings immer wieder auftreten wird, wenn der körperliche Entzug weiterhin durchgeführt wird. Es kann somit von einer psychischen Reaktion auf ein biomedizinisches Problem geschlossen werden, wobei diese auch in Wechselwirkung zueinanderstehen und nicht rein linear-kausal betrachtet werden können. Es muss somit zur Stabilisierung der Psyche kommen und ebenso die körperliche Gesundheit und das Suchtverhalten in die Problembearbeitung miteinbezogen werden.

Um dies bieten zu können, bedarf es Fachwissen seitens der professionellen Helfer*innen über Gesprächstechniken und Wechselwirkungen im bio-psycho sozialen Feld, was im Assessment berücksichtigt werden muss. Für die Soziale Arbeit bedeutet dies eine Rolle der *Allzuständigkeit*, welche vor allem in der Literatur kritisch betrachtet wird. Kritiker*innen setzen sie mit einer Überdehnung des eigentlichen zeitlichen und inhaltlichen Rahmens des Berufs gleich (Michel-Schwartz, 2007, S. 129-130). Beim AKUTteam NÖ wird diese *Allzuständigkeit* hingegen so verstanden, dass ein breites Wissen über das Sozialsystem und die -landschaft dazu beiträgt, zu Expert*innen weiterzuvermitteln. Primär wird sich aber jeder Thematik angenommen: „Zu uns kommen ja Fälle von ‚die Katze ist weggelaufen‘ bis ‚Mord an zwei kleinen Kindern‘. Also wir haben so eine riesen Bandbreite. Das und alles dazwischen“ (TG, 2024, Z. 1018-1019).

Wie bereits in Kapitel 6.4 erwähnt, muss zu Gesprächsbeginn die Einschätzung getroffen werden, ob es sich um ein Problem oder eine Krise handelt, da davon abhängt, ob man „dann auch andere Dinge fragen [darf] oder eben nicht“ (TI, 2024, Z. 156-157). Krisen erfordern in jedem Fall Krisenintervention aufgrund der emotionalen Einengung, Probleme machen hingegen ein sozialarbeiterisches Clearing möglich. Daraus lässt sich schließen, dass eine *Problembearbeitung* mehr Fragestellungen, und dadurch auch einen größeren explorierenden Prozess, zulässt als eine Krise. Assessment findet nach diesem Verständnis bei Problemen statt und kann umfassender als ein Krisengespräch ausfallen.

Der Clearingprozess kann weiters fall- und situationsspezifisch gestaltet werden und beinhaltet eine Vielzahl an Themen, welche mit Anrufer*innen besprochen werden, um vom präsentierten Problem zum tatsächlichen zu gelangen. Die Analyse der 20 Falldokumentationen des AKUTteam NÖ zeigt diesen Prozess, welcher sich in einem bio-psycho sozialen Professionsverständnis begründet. Das sozialarbeiterische Clearing arbeitet demnach sowohl mit physischen, psychischen als auch sozialen Themen der Klient*innen:

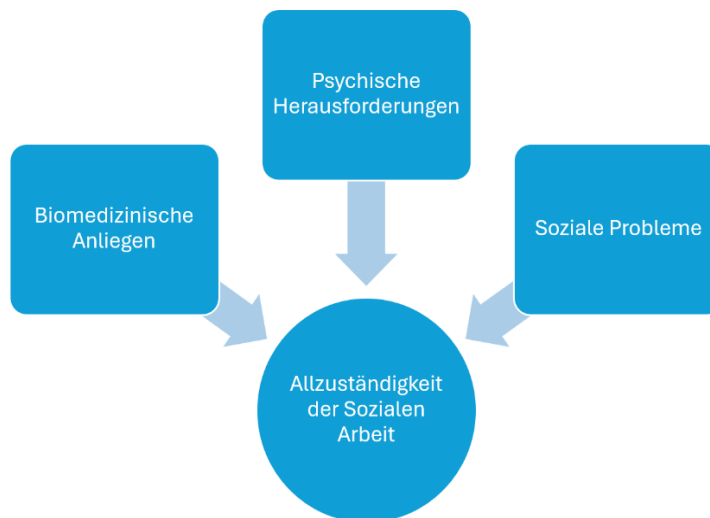


Abbildung 13: Allzuständigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich, eigene Darstellung

Um Themen des Assessments erfassen zu können, wurden die vorhandenen Falldokumentationen codiert und nach Themen zusammengefasst. Dadurch konnte ein Überblick über mögliche Inhalte der Telefonate geschaffen werden. In der Analyse bestätigte sich die Annahme, dass sich das AKUTteam NÖ primär jedem Thema annimmt, Informationen sammelt, gliedert und es in weiterer Folge zu einer Intervention kommt. Abbildung 13 soll den bio-psycho sozialen Fokus des Clearings bestätigen.

➤ Biomedizinische Themen

Themen der biomedizinischen Gesundheit wurden in sozialarbeiterischen Clearinggesprächen sowohl auf akuter Ebene als auch in Form von Vorerkrankungen besprochen. Beispielhaft kann hier unter anderem das Gespräch mit einer pflegenden Angehörigen angeführt werden, welche beim Anruf folgendes Problem präsentiert:

Frau R. pflegt ihren Mann, der beidseitig die Beine amputiert hat und blind ist, Pflegestufe 5. Er braucht defakto rund um die Uhr Unterstützung (aus dem Bett heben, Körperpflege, Toilettgänge, etc.). Bisher hat sie ihn alleine gepflegt, sie hat sich nun aber das Bein gebrochen und einen Spaltgips.

(D9, 2024, Z. 1-4)

Im präsentierten Problem ist bereits erkennbar, dass sie für die Pflege ihres Mannes zuständig ist, jetzt allerdings selbst aufgrund eines akuten physischen Gebrechens einen Gips tragen muss. Das Gespräch mit einer Sozialarbeiterin verdeutlicht die Verbindung des tatsächlichen Problems mit der Erkrankung, konkret geht es aber um Folgendes:

Heute kommt ihr Sohn aus Wien zur Unterstützung und ab morgen bräuchten sie Pflege, vorallem am Di, Do, und Sa, da er da um 06:00 Uhr zur Dialyse abgeholt wird und da angezogen sein muss. Sie selbst braucht nun auch Unterstützung (einkaufen, Wäsche waschen).

(D9, 2024, Z. 4-7)

Die Anruferin benötigt in diesem Fall konkret an bestimmten Tagen Unterstützung mit der Pflege ihres Mannes, was hier ihr tatsächliches Problem darstellt. Mit der gezielten Frage nach ihrer körperlichen Situation konnte auch eruiert werden, dass sie auch im Alltag auf Hilfestellungen angewiesen ist.

Im Bedarfsfall kann es ebenso vorkommen, dass Professionist*innen eingenommene Medikamente erfragen oder ihnen diese von Anrufer*innen mitgeteilt werden:

Sie nimmt u.a. Xanor und Venlafaxin. Gestern wurden ihr sieben Zähne gezogen, jetzt muss sie auch noch Antibiotika nehmen. Als Bedarfsmedikament hat sie Atarax.

(D6, 2023, Z. 4-6)

Diese Informationen können einen genaueren Überblick über den Fall beziehungsweise Gesundheitszustand und damit auch körperliche Belastung bieten, zusätzlich können sie auch mögliche Auslöser für ein Problem darstellen. Des Weiteren kann das Wissen über verschriebene Bedarfsmedikation eine mögliche Ressource für Klient*innen darstellen, an welche erinnert und auf welche zurückgegriffen werden kann. Das Vergessen auf Medikamente kann vermutlich auch Probleme auslösen beziehungsweise diese verstärken. Weiters können diese Daten im Falle eines Notfalls direkt an den Rettungsdienst übermittelt werden.

➤ Psychische Themen

Mögliche Inhalte des psychischen Assessments des AKUTteam NÖ sind vor allem Vorerkrankungen, akute Belastungen, Suizidalität sowie intra- und extramurale professionelle Unterstützung. Ein Beispiel hierfür ist die Ratlosigkeit eines Anrufers, der sich um das Wohlergehen seiner Ehefrau sorgt. Im Zuge des Clearingprozesses konnten durch Nachfragen der handelnden Sozialarbeiterin unter anderem folgende Informationen gewonnen werden:

2005 Diagnose bipolare Störung, schwere Depression; vor 2 Jahren Suizid ihrer Tochter - seitdem Medikamentenumstellung durch behandelnde Psychiaterin; knapp vor Weihnachten Verschlechterung des Zustandes der AP; letzter Termin bei Psychiaterin war am 10.1.24, wieder Medikamentenumstellung; folgendes Verhalten zeigt sich bei AP: Agitation, AP äußert innere Leere und kompensiert dies durch Unmengen an Essen, deswegen hat sie heute auch nach dem Essen erbrochen; möchte unentwegt Kleidung einkaufen (waren 3mal Kleider einkaufen in der letzten Woche), Lebensmittel stapeln sich bei ihnen zu Hause; wirkt rastlos; Ehemann hat Psychiaterin heute tel. erreicht, da er sich Sorgen um AP macht, ob das viele Essen nicht schädlich ist; Psychiaterin hat Abendmed.Dosis verdoppelt; Ehemann weiß nicht mehr, wie er mit AP umgehen kann, es fällt ihm keine Ablenkung mehr ein; er kann AP nicht alleine lassen, da er sich Sorgen macht (spricht nur sehr vage den Suizid der Tochter an und möchte auch nicht näher darauf eingehen)

(D4, 2024, Z. 1-14)

Basierend auf diesen Informationen kann folglich entschieden werden, welche Interventionen möglich und sinnvoll erscheinen. Zudem ist bereits ein Teil des Helfer*innennetzwerks erkennbar, welches in weitere Schritte miteinbezogen werden kann. Außerdem muss hier von der Ratlosigkeit als präsentiertes Problem auf das tatsächliche Problem geschlossen werden können, um spezifische professionelle Interventionen zu ermöglichen. Ebenso sind Suchterkrankungen Teil es Assessments auf psychischer Ebene:

Seit ca. 1 Jahr trinke er Alkohol (dzt. 2 l Wein pro Tag ab dem Aufstehen) als Selbstmedikation.

(D2, 2023, Z. 10-12)

Das Wissen um Konsum legaler sowie illegaler Suchtmittel kann daher als wesentlich angesehen werden, da im vorliegenden Fall als Begründung „Selbstmedikation“ (D2, 2023, Z. 12) genannt wird. Es kann aufgrund dessen von einem Leidensdruck und fehlender anderer Unterstützung ausgegangen werden. Dies lässt darauf schließen, dass psychosoziale Fachkräfte unter anderem Wissen über psychiatrische Erkrankungen, Suchtverhalten, das Hilfesystem in Österreich aber beispielsweise auch verwandten Themen wie Angehörigenberatung benötigen, um einen Überblick über die aktuelle Situation zu erhalten. Erst dadurch kann ein weiterer Handlungsplan entwickelt werden.

➤ Soziale Themen

Den vielfältigsten Themenbereich in Clearinggesprächen nimmt der Bereich *Soziales* ein. In den analysierten Dokumentationen wurden beispielsweise Konflikte (privat und beruflich), Gewalterfahrungen, Wohnsituation, Existenzsicherung aber auch das soziale Netz (Freund*innen, Kolleg*innen, Familie, professionelle Helfer*innen, Tiere) analysiert. Beispielhaft dafür ist ein Gespräch, bei welchem der Anrufer von rezidivierenden Panikattacken berichtete:

Er arbeitet als Technischer Angestellter, ist im Großen und Ganzen damit zufrieden. In letzter Zeit gab es Konflikte mit einer Arbeitskollegin und einen Streit mit seiner Ehefrau, sonst sei nichts vorgefallen. Auf meine Nachfrage um welches Thema es bei den Konflikten mit der Arbeitskollegin und der Ehefrau ging, erzählt er, dass er mit seiner Frau wegen der Heizung eine Diskussion hatte.

(D12, 2023, Z. 4-7)

Aus diesem Fall können unterschiedliche Teilaspekte des Sozialen herausgelesen werden. Einerseits wird deutlich, dass der Anrufer einen Job hat und somit grundsätzlich laufendes Einkommen erhält. Andererseits ist hinsichtlich der Existenzsicherung unklar, ob das Einkommen ausreicht, da es Probleme mit der Heizung gibt. Dies führt zu einem Konflikt im Privaten, es gibt allerdings ebenso im Job Probleme mit einer Kollegin. Das soziale Netz beinhaltet somit mindestens eine Person in der Familie als auch eine Person im Bereich *Kolleg*innen*. Teilaspekte dieser Informationen konnten außerdem nachweislich nur aufgrund von immanenten Nachfragen generiert werden. Diese

Informationen können als wesentlich erachtet werden, wenn es um das Verständnis über den Fall geht, da Wechselwirkungen zwischen einzelnen Komponenten im Bereich *Soziales* erkennbar sind. Um die Häufigkeit der Panikattacken reduzieren zu können, müssen diese negativen Dynamiken bearbeitet werden, da andernfalls das präsentierte Problem, wie bereits beschrieben, immer wieder auftreten wird.

Eine Zusammenführung dieser Teilaspekte zu einem gesamten bio-psychosozialem Assessment wird in folgender Dokumentation sichtbar:

AP spricht sehr verlangsamt (Alkoholeinfluss ?!) und äußert die Sorge, dass er am Montag die Wohnung verlieren könnte, da seine Rente noch nicht von der PVA auf sein Konto überwiesen wurde. Von der PVA wurde ihm mitgeteilt, es sei ein Fehler aufgetreten. Jetzt hofft er, dass in den nächsten Tagen die Überweisung klappt. Der Vermieter sei eine private Person und ein strenger Mann, betont die AP. Nun habe er Angst, obdachlos zu werden. Er zahlt seine Miete seit 13 Jahren fristgerecht per Dauerauftrag. Erkläre AP mögliche Delogierungsgründe und erfrage, ob er vielleicht verschuldet wäre. Er sei noch nie im Mietrückstand gewesen, habe aber immer wieder mal Geldprobleme. Obwohl wir im Gespräch seine Furcht vor Obdachlosigkeit gelindert haben, möchte er trotzdem meine Empfehlungen annehmen, die ARGE Wohnungssicherung in Amstetten und den Verein Wohnen zu kontaktieren. Die Telefonnummern und die Adresse habe ich an AP weitergeleitet. //Suizidalität abgefragt: Dazu fehle ihm der Mut, meint die AP. //AP erzählt noch, er sei Russe, lebe seit 30 J. in Österreich, habe einen 34a Sohn und sei geschieden.// Früher habe er in Linz gewohnt und in [Firma anonymisiert] gearbeitet. 2003 erlitt er ein Schädel-Hirn-Trauma bei einem schweren Autounfall und ist seitdem in Rente. // Er bedankt sich und wünscht eine gute Nacht;//

(D17, 2024, Z. 2-19)

Der Anrufer meldet sich mit dem primären Problem einer Sorge, da er befürchtet seine Wohnung zu verlieren. Auf Nachfrage stellt sich heraus, dass er seine Pension noch nicht erhalten hat und somit auf sozialer Ebene neben der Wohnsituation auch die Existenz möglicherweise bedroht ist. Die psychosoziale Fachkraft fragt in diesem Fall zusätzlich die akute psychische Belastung und eine mögliche krisenhafte Einengung beziehungsweise mögliche Suizidalität des Anrufers ab. Auf biomedizinischer Ebene wird zudem eine Vorerkrankung genannt, welche in Zusammenhang mit seiner Existenzsicherheit, der Pension, steht. Während Teilaspekte vom Klienten direkt angesprochen werden, bedürfen andere einer gezielten Nachfrage durch die Fachkraft. Auch wenn nicht alle diese Informationen in die Intervention miteinbezogen werden, können sie als notwendig betrachtet werden, um ein besseres Bild von dem*der Anrufer*in und dem Fall zu erhalten. Es kann davon ausgegangen werden, dass beispielsweise die gezielte Abklärung einer möglichen Suizidalität aufgrund der Schilderungen angestrebt wurde, da eine mögliche emotionale Einengung primär nicht ausgeschlossen werden konnte. Es ist daher sehr individuell welche Themen in einem Clearing abgeklärt werden. Auch wenn nicht in jedem Fall Informationen zu allen drei Teilbereichen der Gesundheit erfragt werden, können Professionist*innen gezielt das

abfragen, was hier für notwendig erachtet wird. Präsentiert eine andere Person den exakt selben Fall, kann es also vorkommen, dass die Abklärung der Suizidalität ausbleibt, weil aufgrund der Sprache und der präsentierten Emotionen keine mögliche krisenhafte Einengung vermutet wird.

6.4.3.2 Frage nach bisherigen Lösungsversuchen

Helle-Van Kuren Lea

Um das Problem beziehungsweise die Krise und den Grad der Dringlichkeit zu identifizieren, ist die Frage nach bisherigen Lösungsversuchen relevant. In manchen Fällen kennen die Betroffenen Aktivitäten oder Handlungsansätze, die ihnen in der Vergangenheit bei der Bewältigung einer psychosozialen Herausforderung geholfen haben. Sie können dann ermutigt werden, diese Handlungsstrategien anzuwenden. „Ja, und was haben die Menschen vielleicht schon versucht, um da rauszukommen aus der Notsituation ...“ (TI, 2024, Z. 155-156). Kann der*die Anrufer*in auf diese Frage keine Antwort geben, so ist von einem hohen Dringlichkeitsgrad auszugehen, da der betroffenen Person keine bewährten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

6.4.3.3 Problemspezifische Intervention

Helle-Van Kuren Lea

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, auf welche extramuralen Organisationen in den 20 Falldokumentationen des AKUTteam NÖ verwiesen wurde. Diese Auswahl an Organisationen ist zwar nicht repräsentativ für das reale Angebot beziehungsweise die Versorgungsorganisationen in ganz Niederösterreich oder anderen Bundesländern, kann aber exemplarisch darstellen, welche Bedarfe in den Gesprächen mit Betroffenen identifiziert wurden.

➤ Verweiswissen

Zu wissen, welche Organisationen für welche Anliegen der Betroffenen zuständig sind, ist eine der Kernkompetenzen von Sozialarbeiter*innen. Vor allem Mitarbeitende des AKUTteam NÖ müssen ein umfassendes Verständnis für die regionale Versorgungssituation der Anrufenden vorweisen. In der Falldokumentation des AKUTteam NÖ wurde in den Fällen D1-20 auf folgende Organisationen verwiesen:

- PSD
- Allgemeinmediziner*in
- Notschlafstelle
- Frauenzentrum
- Verein Chronisch krank
- Telefonseelsorge
- Psychiatrie
- Kontaktdaten Pflegedienste
- Kinder- und Jugendhilfe
- ARGE Wohnen

- Verein Wohnungssicherung
- Besuchsdienst

Deutlich wird, wie vielfältig die Anliegen sind, woraus sich der Bedarf an verschiedenen Verweismöglichkeiten ergibt.

➤ Notfallplan

Aus Dokumentation konnten beispielhaft folgende Elemente der individuellen Notfallpläne identifiziert werden:

- erneuter Anruf bei AKUTteam NÖ für ein Entlastungsgespräch und/oder weitere Informationen
- Rettung direkt kontaktieren
- ärztlichen Notdienst direkt kontaktieren
- Unterstützung im sozialen Umfeld beziehungsweise in der Familie suchen
- am nächsten Werktag niedergelassene Mediziner*innen (beispielsweise Psychiater*in, Allgemeinmediziner*in) kontaktieren

Wie zuvor angeführt, müssen Notfallpläne beim AKUTteam NÖ sehr individuell an die Lebenssituation der*der Anrufende*n angepasst werden.

➤ Informationsweitergabe

Damit Anrufenden nach dem Gespräch eine eigenständige Weiterverfolgung ihres Anliegens zu ermöglichen, werden Informationen weitergegeben, wobei die Kontaktierung der jeweiligen Organisation dem*der Anrufenden obliegt: So wurde beispielsweise die Nummer eines Pflegedienstes weitergegeben – für den Anruf selbst ist der*die Betroffene dann selbst zuständig. Auch Öffnungszeiten von Anlaufstellen, Fragen zu rechtlichen Rahmenbedingungen und Hinweise zu Medikamenten und deren Wirkweise werden explizit erfragt und seitens des AKUTteam NÖ bearbeitet. Vor allem bei Anrufen, die keine akute Krise implizieren, ist die Informationsweitergabe ein gewählter Gesprächsausgang, da diese Anrufenden während des Gesprächs als handlungsfähig eingeschätzt werden und somit ein Merkmal aufweisen, das bei akuten Krisen nicht mehr gegeben ist.

➤ Entlastungsgespräch

Widulle (2020) weist darauf hin, dass „*Sozialer Kontakt* allein ... für viele Klienten (sic!) bereits Entlastung und Unterstützung [bewirkt]“ (S. 6), woraus resultiert, dass ein Gespräch mit den Fachkräften des AKUTteam NÖ auch ohne weitere Maßnahmen oder daraus resultierenden Interventionen bei Betroffenen zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führen kann. Wertschätzendes Zuhören der Erzählungen der Betroffenen, interessiert Nachfragen, gegebenenfalls die Normalisierung der Situation des*der Anrufenden und ein akzeptierender Umgang mit möglichen Widerständen sind beispielhafte Gesprächstechniken, die bei einem Entlastungsgespräch zielführend sein können (Widulle, 2020; Miller & Rollnick 2023).

Das habe ich mir vorher nicht vorstellen können, wie viel das den Leuten ein Entlastungsgespräch gibt, dass es denen dann wirklich so viel besser geht nach dem Gespräch, wenn die mal wirklich alles abgeladen haben. Und ja, es ist auch wenn sie in der Nacht anrufen. Manches Mal wenn da die Ängste gerade kommen oder irgendwas. Ja. Und die fühlt sich dann wirklich besser. Und wo man bei manchen Gesprächen am Anfang noch Suizidgedanken da waren und dann fragt man das am Schluss noch einmal ab, kann sich das wirklich verändern in einer halben Stunde, das ist enorm. (TG, 2024, Z. 901-907)

In einigen Fällen trägt das Gespräch dazu bei, Anliegen zu deeskalieren, die sich möglicherweise zu einem akuterem Fall entwickelt hätten, wenn die Anrufenden nicht das Gefühl gehabt hätten, „mal wirklich alles abgeladen [zu] haben“ (TG, 2024, Z. 903).

Diese Verhinderung einer akuten Zuspitzung in einem Entlastungsgespräch kann schon in kurzen Gespräch von 30 Minuten geschehen, denn „... wo man bei manchen Gesprächen am Anfang noch Suizidgedanken da waren und dann fragt man das am Schluss noch einmal ab, kann sich das wirklich verändern in einer halben Stunde ...“ (TG, 2024, Z. 905-907).

Über die spezifischen Gesprächstechniken hinaus ist der Aspekt der authentisch gezeigten „Acurate Empathy“ (Miller & Rollnick, 2023, S. 66) in Entlastungsgesprächen von hoher Relevanz für eine erfolgreiche Gesprächssituation: Empathie ist die natürliche Fähigkeit, zu verstehen und mitzufühlen, was andere erleben, während „Acurate Empathy“ eine erlernbare kommunikative Fähigkeit ist, um den Menschen zu vermitteln, dass man versteht, was sie erleben (Miller & Rollnick 2023, S. 66). Seitens der Fachkräfte wird formuliert, wie wichtig dieses interessierte, empathische Zuhören für Betroffene ist: „... dann weiß man (*die Anrufenden, Anm. der Autorinnen*), da ist das ist keine anonyme Hotline oder es ist nicht nur 144, sondern da sitzen Menschen, die zuhören und interessiert sind. Und da darf man tatsächlich anrufen“ (TG, 2024, Z. 425-427).

6.5 Zwischenfazit

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Aus dem in diesem Kapitel beschriebenen und interpretierten Datenmaterial geht hervor, dass die für diese Arbeit befragten Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ durch ihre fachliche Expertise bereits impliziten Mustern in Form von Gesprächsverlaufspfaden folgen, die jedoch im Kontext des AKUTteam NÖ (noch) nicht systematisch erfasst oder verschriftlicht wurden. Während die telefonische Gesundheitsberatung durch das Anwendungssystem LowCode™ einer nahezu vollständig standardisierten Abfrage unterliegt, zeigt diese Arbeit die Unmöglichkeit eines ausschließlich protokollgestützten, standardisierten Clearinggespräches im psychosozialen Feld auf.

Falldokumentationen von Beratungen durch das AKUTteam NÖ lassen allerdings ein Muster von wiederkehrenden Gesprächsverläufen erkennen, welche einen generalisierten Ablauf widerspiegeln. So kann beispielsweise die aktuelle, wenn auch bislang unbewusst durchgeführte Strukturierung, eines Gesprächs als Arbeitsrahmen für Fachkräfte verstanden werden, welcher in Bezug auf Standardisierung eine orientierende Funktion bieten kann und dadurch ein individualisiertes Arbeiten ermöglicht. Hierbei ist jedoch nicht das Abfrageschema selbst standardisiert, sondern der Rahmen, in welchem sich der Kommunikationsverlauf bewegt.

Vereinfacht formuliert: Der Dialog zwischen anrufender Person und Fachkraft entzieht sich einer Standardisierung, der schematische Verlauf jedoch kann standardisiert werden und als Orientierung dienen.

Ein rigides Abfrageprotokoll ist in der psychosozialen Beratung deswegen nicht ohne weiteres möglich, da sowohl Kriseninterventionen als auch Problembearbeitungen immer eine flexible, individuelle und fallbezogene Herangehensweise erfordern. Erst durch diesen Zugang ist es möglich, eine professionelle Beziehung aufzubauen, welche als Grundlage für eine gelingende Beratung gesehen werden kann (Sonneck, 2000, S. 21f). Weiters ist es im psychosozialen Kontext notwendig, zwischen dem präsentierten und dem tatsächlichen Problem von Klient*innen zu unterscheiden. Diese können voneinander abweichen, was von den Fachkräften verstanden werden muss und was durch eine individuelle Gesprächsführung herausgefunden werden muss. Sozialarbeiter*innen sind aufgrund ihrer Ausbildung genau in diesen Fragen geschult, indem sie durch gezielte Fragen und explorative Gesprächsführung das tatsächliche Anliegen herausarbeiten. In der Struktur der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 ist dies derzeit jedoch noch nicht vorgesehen, da das Expert*innensystem und die personelle Ausstattung ein solches Vorgehen nicht vorsehen.

Eine (Teil-)Integration sozialarbeiterischer Gesprächsformen in den Abfrageprozess könnte dazu beitragen, psychosoziale Problemlagen präziser zu identifizieren.

Weiters ist relevant, dass die telefonische Gesundheitsberatung 1450 derzeit stark von einem biomedizinischen Verständnis von Gesundheit geprägt ist, was dazu führen kann, dass psychosoziale Aspekte nicht immer in vollem Umfang erfasst und adäquat weitervermittelt werden. Die Expertise von ECNs liegt vorrangig im biomedizinischen Bereich, trotz allem müssen sie die Entscheidung über eine mögliche Weiterleitung zu psychosozialen Fachkräften treffen. Diese Entscheidung erfolgt anhand von eindeutigen Stichworten oder im Rahmen der protokollgestützten Anwendung des Systems LowCode™, doch zeigt sich in der Praxis, dass die Identifikation dieser Anliegen sowie die Möglichkeit der Weiterleitung an psychosoziale Fachkräfte noch nicht für alle Mitarbeiter*innen klar ist. Eine Erweiterung beziehungsweise Anpassung dieser Entscheidungsstrukturen sowie die Sensibilisierung der ECNs für diese Themen wäre daher voraussetzend, um eine ganzheitlichere bio-psychosoziale Gesundheitsberatung zu gewährleisten zu können.

Ein weiteres Ergebnis ist, dass die Abgrenzung zwischen einer psychosozialen Krise und einem sozialarbeiterischen Problem zwar in der Theorie eindeutig ist, eine Grenze in der Praxis aber nicht immer klar gezogen werden kann. Hinzu kommt, dass die

Differenzierung zwischen Krise und Problem häufig subjektiv erfolgt – eben gerade *weil* eine präzise kategoriale Zuordnung in diesem Kontext kaum möglich ist und der Schweregrad, die Dringlichkeit sowie die Chronifizierungsgefahr (und damit einhergehendes Krisenpotential) des Problems nur prozesshaft durch eine Fachkraft eingeschätzt werden können. Voraussetzung dafür sind jedenfalls fundierte Kenntnisse in Gesprächsführung sowie den dazugehörigen Techniken. Diese Kompetenzen sind folglich unabdinglich für professionelles Handeln.

Abschließend kann zur Frage nach verallgemeinerbaren Gesprächsverläufen im Kontext der Erstgespräche des AKUTteam NÖ festgehalten werden, dass sich die Anliegen der Anrufenden entlang eines Spektrums bewegen, sich einer eindeutigen Zuordnung entziehen und daher auch nicht nach starren Abfrageschemata bearbeitet werden können. Aufgrund der praxeologischen Unschärfe der Übergänge zwischen den Kategorien „Krise“, „akute Krise“ und „Problem“ ist es wichtig, dass die bearbeitende Fachkraft über Flexibilität in der Gesprächsführung verfügt, um situationsflexibel, angemessen und individuell auf das jeweilige Anliegen reagieren zu können. Gleichzeitig ist es zielführend für Fachkräfte des AKUTteam NÖ, die im Zuge der Datenerhebung dieser Arbeit herausgearbeiteten Kategorien, während der Erstgespräche im Hinterkopf zu behalten, um nicht aufgrund der Subjektivität der Einschätzung des Anliegens mögliche Gesprächsausgänge oder Verweisungsmöglichkeiten zu wenig zu berücksichtigen und in der Folge die Anrufenden nicht optimal zu betreuen.

7 Empfehlungen für die Praxis

Im folgenden Kapitel wird darauf eingegangen, welche fachlichen Anforderungen an psychosozial beratende Fachkräfte für die telefonische Gesundheitsberatung 1450 bestehen und welche Anforderungen an Ausbildungsinhalte sich daraus ergeben. Darüber hinaus werden Empfehlungen für einen optimierten Gesprächsverlauf skizziert, der eine zielgerichtete Beratung mit psychosozialem Schwerpunkt ermöglicht.

Abschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der medizinischen und sozialarbeiterischen Perspektiven auf Fallverläufe beziehungsweise ein generelles Fallverständnis, um infolgedessen mögliche Ansätze für eine kontinuierliche psychosoziale Begleitung sowie Modelle inter- beziehungsweise multiprofessioneller Zusammenarbeit vorzustellen.

7.1 Anforderungen an und Ausbildung für Berater*innen

Wagner Lena

Aus den Erkenntnissen der Interviews und der Analyse der Tätigkeit des AKUTteam NÖ lassen sich fachliche Anforderungen an psychosoziale Fachkräfte identifizieren, welche für die Tätigkeit im psychosozialen Clearing im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 vermutlich von Bedeutung sind. So beschreibt ein Experte beispielsweise:

Also aus meiner Sicht ist das eine sehr verantwortungsvolle Tätigkeit, ... diese ... Anrufe entgegenzunehmen. Keine leichte Tätigkeit und die Rettung ist nicht die Lösung aller Probleme. ... Ich weiß, dass die *(Helfer*innen, Anm. der Autorinnen)* total engagiert sind und wie soll ich sagen durchaus auch Lebenserfahrung mitbringen. Das ist alles würdig und recht. Aber das ist schon zu wenig, wenn man mit Menschen arbeitet. Und wir wissen das alle, wenn wir ... im psychosozialen Bereich arbeiten, da gibt es halt schon Zustandsbilder, die für Menschen ohne einen professionellen Zugang potenziell überfordernd sind, die Fremdheitsgefühle machen, die Angst machen. Und das ist dann immer der Punkt, wo Fehler passieren. Also sobald man Angst kriegt oder sobald da abweichend von der Standardkommunikation geredet wird mit einem ähm, fürchte ich, machen die Fehler. (TI, 2024, Z. 292-303)

Es kann demnach angenommen werden, dass eine fundierte professionelle Ausbildung im psychosozialen Bereich wichtig ist, um telefonische psychosoziale Gesundheitsberatungen durchführen zu können. Nach diesem Verständnis reicht Erfahrung folglich nicht als Qualifikation für die Durchführung des Assessments und der Beratung aus, da die Vielzahl an möglichen Themen ohne einschlägiges Fachwissen zu einer Überforderung der Berater*innen führen kann. Dies wiederum kann die Qualität

der Beratung negativ beeinflussen. Der interviewte Experte merkt hier an, dass die Verantwortung, welche Professionist*innen haben, sehr hoch ist und man sich dieser auch bewusst sein muss.

So wurden insbesondere die Abklärung zwischen Krisen und Problemen, das psychosoziale Verständnis der Tätigkeit sowie Gesprächsführungskompetenzen als empfohlene zentrale Kernelemente professioneller psychosozialer Fachkräfte ausgearbeitet.

➤ Unterscheidung zwischen Krisen und Problemen

Wie bereits in Kapitel 6.4 angeführt, gibt es im psychosozialen Bereich zentrale Unterschiede zwischen Krisen und Problemen, welche die weitere Arbeitsweise stark beeinflussen und darüber entscheiden, ob es zu Krisenintervention oder einem problembezogenen Assessment kommt. Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ haben in den 20 analysierten Dokumentationen bereits intuitiv differenzierte Arbeitsweisen gezeigt, je nachdem, welches Anliegen präsentiert wurde. Diese fachliche Kompetenz wird von dem interviewten Experten als essentiell beschrieben. Wichtig ist hier vor allem die frühzeitige Erkennung, weshalb auch ECNs in dieser Hinsicht geschult sein sollten. Ein grundlegendes Wissen über Krisenmodelle, psychosoziale Problemlagen sowie Anzeichen für akute Krisen (wie beispielsweise die akute Gefahr ausgehend von einer Selbst- oder Fremdgefährdung) sind daher für alle involvierte Fachkräfte von großer Bedeutung. Professionist*innen tragen insbesondere in Situationen mit potenzieller Selbstgefährdung eine maßgebliche Verantwortung, welche auch erkannt werden muss. Das entsprechende Vorgehen sowie das Bewusstsein über diese Abläufe erscheinen notwendig, da fachliche Fehler ernsthafte Konsequenzen mit sich tragen können. Es besteht demnach auch bei psychosozialen Anrufen bei der telefonischen Gesundheitsberatung eine potenziell zeitliche Dringlichkeit in der Bearbeitung, welche biomedizinischen Notfällen gleichzusetzen ist.

➤ Bio-psychosoziales Verständnis

Ein bio-psychosoziales Verständnis, und daher Wissen um Wechselwirkungen zwischen psychischen, sozialen und somatischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit, kann als Voraussetzung für die Beratung von Anrufenden mit psychosozialen Anliegen beschrieben werden. So ist beispielsweise das Grundwissen über und die Wirkung von Drogen beziehungsweise Substanzen wichtig, weil diese unter anderem auch andere (psychiatrische) Krankheitsbilder auslösen können.

Wie in Kapitel 6.3.2 angeführt, fehlt derzeit insbesondere bei ECNs zum Teil noch das Wissen über den Umgang mit psychosozialen Themen, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass diese nicht immer adäquat bearbeitet werden. In diesem Zusammenhang kann es beispielsweise vorkommen, dass es zur Somatisierung von primär psychosozialen Symptomen kommt, da es derzeit für biomedizinische Problemlagen eine Vielfalt an Abfrageprotokollen gibt. Diese bieten Struktur und Sicherheit, wohingegen es für psychosoziale Anliegen wenig Möglichkeiten gibt. Es kann

davon ausgegangen werden, dass bei einem Anruf aufgrund wochenlanger Antriebslosigkeit und einhergehenden Kopfschmerzen aktuell vorrangig zu den präsentierten körperlichen Beschwerden beraten wird. In Niederösterreich gibt es dafür die bisher einzige Option österreichweit innerhalb der eigenen Organisation auf psychosoziale Fachkräfte, das AKUTteam NÖ, zurückzugreifen, wobei das Wissen über diese Ressource noch ausbaufähig ist.

Dieses Verständnis von Gesundheit ist allerdings auch innerhalb des psychosozialen Fachteams noch nicht gänzlich vorhanden. Dadurch, dass sowohl Sozialarbeiter*innen als auch Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen im Team vertreten sind, ist die Arbeitsweise der Professionen „[d]eutlich anders“ (TG, 2024, Z. 772). Erfahrungen der Mitarbeiter*innen zeigen, dass Sozialarbeiter*innen „umfangreicher ... also so dieses ganze Lebensumfeld betrachtend“ (TG, 2024, Z. 775-776) beraten und, dass es „wirklich einen Unterschied gibt“ (TG, 2024, Z. 773) welche Ausbildung absolviert wurde. Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen haben demnach einen besonderen Fokus auf die Psyche und beraten dementsprechend vorrangig in diesem Bereich.

Aufgrund ihrer einschlägigen Fachlichkeit kann daher die Behauptung aufgestellt werden, dass vorrangig Entlastungsgespräche oder Krisenintervention stattfindet und das Fachwissen über die Soziallandschaft und weitere Verweismöglichkeiten nicht so stark ausgeprägt ist, wie beispielsweise bei Sozialarbeiter*innen. Diese sind aufgrund ihrer *Allzuständigkeit* und ihrem bio-psychosozialen Grundverständnis vermutlich für ein primäres Assessment und Weiterverweisung an weitere Versorgungsorte am passendsten für Beratungen im Zuge der telefonischen Gesundheitsberatung. Durch ihre vielfältigen fachlichen Kompetenzen sind sie fachlich am breitesten aufgestellt und führen sowohl Krisenintervention als auch Assessment standardmäßig durch. Sie können dadurch im ersten Schritt vermutlich mehr abdecken. Im Zuge der telefonischen Gesundheitsberatung kann dies wichtiger als das spezifische und tiefergehende psychische Fachwissen von Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen gesehen werden. Für eine professionelle Beratung braucht es auch hier ein bio-psychosoziales Verständnis der eigenen Profession sowie Aufgaben, um Anrufer*innen auch hier den „bestmöglichen Behandlungsort“ beziehungsweise die geeignetste Intervention bieten zu können, wie es im biomedizinischen Bereich durch LowCode™ vorgesehen ist.

➤ Gesprächsführung

Eine der wichtigsten Kompetenzen von Fachkräften in der psychosozialen telefonischen Gesundheitsberatung stellt die professionelle Gesprächsführung dar. Wie bereits angeführt, ist vor allem das Setting, welches wichtige nonverbale Aspekte der Kommunikation ausblendet, herausfordernd und erfordert daher eine umso bewusstere Art des Beziehungsaufbaus für eine gelingende Beratung. Ein Experte beschreibt als Anforderung an Professionist*innen, dass es „jedenfalls eine Grundausbildung in einer ... Gesprächstechnik“ (TI, 2024, Z. 104-105) geben muss. Für eine tragfähige Beziehung ist es demnach wichtig Anrufer*innen mit Fragen nicht zu verhören, sondern ihnen auch Raum für Erzählungen zu geben und gezielt immanent nachzufragen, wo und wann es sinnvoll für die aktuelle Situation erscheint. Das Abfragen eines Fragenkatalogs wird von

den interviewten Fachkräften abgelehnt und als nicht zielführend beschrieben, da mit Widerstand zu rechnen ist. Psychosoziale Beratungen setzen neben Kompetenzen und Wissen in Gesprächsführung auch Grundkenntnisse in Krisenintervention, Suizidverhütung, schweren psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Notfällen voraus. Professionelle Kommunikation und die bewusste professionelle Anwendung von Sprache sind deswegen die Kernaufgabe von psychosozialen Fachkräften und erfordert folglich eine entsprechende Ausbildung.

Hinsichtlich der Weitervermittlung eines Anrufs von ECNs an das AKUTteam NÖ kann außerdem angeführt werden, dass hier eine Fallübergabe fließend erfolgen sollte. Aktuell kommt es, zuerst zu einem Kontaktabbruch, bevor psychosoziale Fachkräfte Klient*innen für einen Betreuungsbeginn zurückrufen. Dies kann als hinderlich im Beziehungsaufbau und somit auch für die weitere Kommunikation gesehen werden. Ein möglicher Lösungsansatz kann unter anderem die fortlaufende Kommunikation durch ECNs darstellen, bis Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ ihre Gesprächsvorbereitung abgeschlossen haben und das anhaltende Gespräch übernehmen können. Dies würde eine Basisschulung in psychosozialer Gesprächsführung für ECNs erforderlich machen. Möglichkeiten dafür wurden in einer anderen Masterarbeit dieses Projekts anhand von „Spickzettel“ für Mitarbeiter*innen beispielhaft anhand von drei psychosozialen Alarmierungsgründen aufgezeigt.

7.2 Medizinische versus sozialarbeiterische Perspektive auf Fälle

Wagner Lena

Im Zuge der Gruppendiskussion mit dem AKUTteam NÖ wurde die unterschiedliche Definition eines Falles innerhalb der Rettungsleitstelle Notruf NÖ erwähnt, in welche auch das psychosoziale Team eingebettet ist: „Das ist das Notrufsystem ... [das] ist. ... immer ein neuer Einsatz“ (TG, 2024, Z. 715-716). Es kann deswegen davon ausgegangen werden, dass innerhalb der Organisation ein stark präklinisch geprägtes Bild vorherrscht, welches auf alle Abteilungen umgelegt wird.

Dies zeigt sich unter anderem in dem unterschiedlichen Verständnis eines *Falls*. Wie bereits in Kapitel 6.3.4 beschrieben, erfolgt jede Kontaktaufnahme mit dem AKUTteam NÖ durch eine Alarmierung. Zusätzlich gibt es keine fortlaufende Falldokumentation und eine Verbindung zwischen Anrufen kann nur durch Durchsichtung vorheriger Einsätze hergestellt werden. Dies wird auf das System der Rettungsmedizin zurückgeführt,

weil das einfach das Notrufsystem ... ist, dass das alles einzelne (*Einsätze sind, Anm. der Autorinnen*), weil die Rettung der ... ist es ja auch wurscht ob die schon ein paar Mal alarmiert worden sind zu dem, die fahren hin und machen ihr Programm. (TG, 2024, Z. 733-735)

Nach diesem Verständnis ist ein *Fall* in der präklinischen Notfallmedizin eine einzelne patient*innenbezogene Intervention. Notfallpatient*innen haben demnach akute

Störungen oder Bedrohungen ihrer Vitalfunktionen, welche von Sanitätspersonal wiederhergestellt beziehungsweise aufrechterhalten werden sollen (Schneider et al., 2004, S. 2-3). Hier muss explizit die Beurteilung der aktuellen Situation hervorgehoben werden, da die Akuität einen besonderen Stellenwert einnimmt. So besteht für den Rettungsdienst auch „kein Zugriff auf (alte) Protokolle“ (Schlögl, 2024, S. 77) sowie auf die „vollständige... Krankenakte ... , welche auch in die ELGA“ (Schlögl, 2024, S. 36) integriert ist. Sozialarbeiter*innen des AKUTteam NÖ sehen die Übertragung dieser Logik auf ihre Tätigkeit kritisch, indem sie meinen: „bei uns ist das halt ein Schmarrn“ (TG, 2024, Z. 735).

Wie bereits angeführt nutzen sie in der Gesprächsvorbereitung die Möglichkeit vergangene Einsätze der letzten sechs Monate nach einem vorherigen Kontakt mit der*dem Anrufer*in zu durchsuchen, um Vorinformationen beziehungsweise vergangene Vereinbarungen zu erfahren. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass das Fallverständnis der präklinischen Notfallmedizin von jenem der Sozialen Arbeit divergiert.

Orientiert man sich an der Definition nach Pantuček (2012) handelt es sich bei der Orientierung an Problemen um Fälle der Sozialen Arbeit. Ein Fall wird zu einem solchen, wenn eine Lebenssituation betrachtet wird und im Zuge dessen Probleme definiert werden (Pantuček, 2012, S. 54). Wichtig ist dabei miteinzubeziehen, dass diese Lebenssituation umfassend zu verstehen ist und nach diesem Verständnis mit den Dimensionen Organisation, Fachkraft, Klient*in, lebensweltliches Umfeld sowie gesellschaftliches Umfeld betrachtet werden muss (Pantuček, 2012, S. 66-67).

Der sozialarbeiterische Fall ist demnach nicht nur auf die akute Situation bezogen, sondern betrachtet die gesamte Lebenswelt sowie Vergangenheit der Klient*innen. Primär findet laut Widulle (2020) bei einem Erstgespräch das sozialarbeiterische Clearing statt, welches die weiteren Schritte definiert (S. 155). Bei Folgekontakten allerdings kann davon ausgegangen werden, dass „bereits eine Beziehung besteht“ (Pantuček, 1998, S. 6), weshalb wesentliche Inhalte des Erstkontaktes, wie beispielsweise Vorstellung der Einrichtung und des Rahmens (Widulle, 2020, S. 159), vermutlich nicht wiederholt werden müssen. Anstelle eines erneuten Assessments würde in diesem Fall laut Pantuček (1998) eine Nachfrage wie „Was ist seither geschehen, was hat sich verändert“ (S. 6) ausreichen, um in den Betreuungsprozess zu starten. Dies setzt jedoch voraus, dass ein uneingeschränkter Einblick in Dokumentationen vergangener Gespräche möglich ist. Insbesondere bei Dauernutzer*innen scheint dies notwendig, da aktuell bereits eine Liste dieser vorhanden ist,

wo dann drinnen steht ... was da sozusagen der Stand ist, wie wir da vorgehen, was da abgeklärt worden ist, wo die Leute angebunden sind und was da unser gemeinsames Vorgehen ist. ... Und das sind meistens Menschen, die sehr gut versorgt sind, die beim PSD und Arzt usw Psychotherapie angebunden sind ja. (TG, 2024, Z.100-105)

So wird bereits jetzt das Fehlen einer fortlaufenden Falldokumentation (über sechs Monate hinaus) versucht durch zusätzliche Listen zu ersetzen, um nicht in jeder Beratung von Grund auf starten zu müssen. Grundsätzlich kann es als positiv erachtet werden, wenn Anrufer*innen ohne Kenntnisse der individuellen Vorgeschichte entgegengetreten wird, da Diagnosen oder Zuschreibungen „neben den ... stigmatisierenden Wirkungen Patienten entmutigen“ (Levold, 2014, S. 137) können. Trotz allem sehen Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ es als wichtige Ressource bereits Vorinformationen über vergangene Gespräche, deren Inhalte und auch Vereinbarungen zu erfahren, um sich auf ein Gespräch vorbereiten zu können.

Es erscheint daher „ein Maß an Unvoreingenommenheit“ (Alice Salomon Hochschule Berlin, o.J., S. 14) im Kontakt mit Klient*innen als notwendig, um sich nicht durch andere Wirklichkeiten leiten zu lassen. Das Bewusstsein darüber kann als wichtige professionelle Fähigkeit bezeichnet werden. Fortlaufende Falldokumentationen schließen somit Neutralität im Klient*innenkontakt nicht aus, solange professionell gehandelt wird.

7.3 Empfohlener Gesprächsverlauf

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Durch die Interpretation und Analyse der erhobenen Daten konnte eine Empfehlung für einen angepassten Gesprächsverlauf bei psychosozialen Anliegen im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung skizziert werden. Ein zentraler Unterschied zum bestehenden Modell ist der Verzicht auf eine umfassende biomedizinische Abklärung, wenn die Anrufenden angeben, dass es sich nicht um ein körperliches, primär biomedizinisches Anliegen handelt.

Der empfohlene Gesprächsverlauf ist in Abbildung 14 dargestellt:

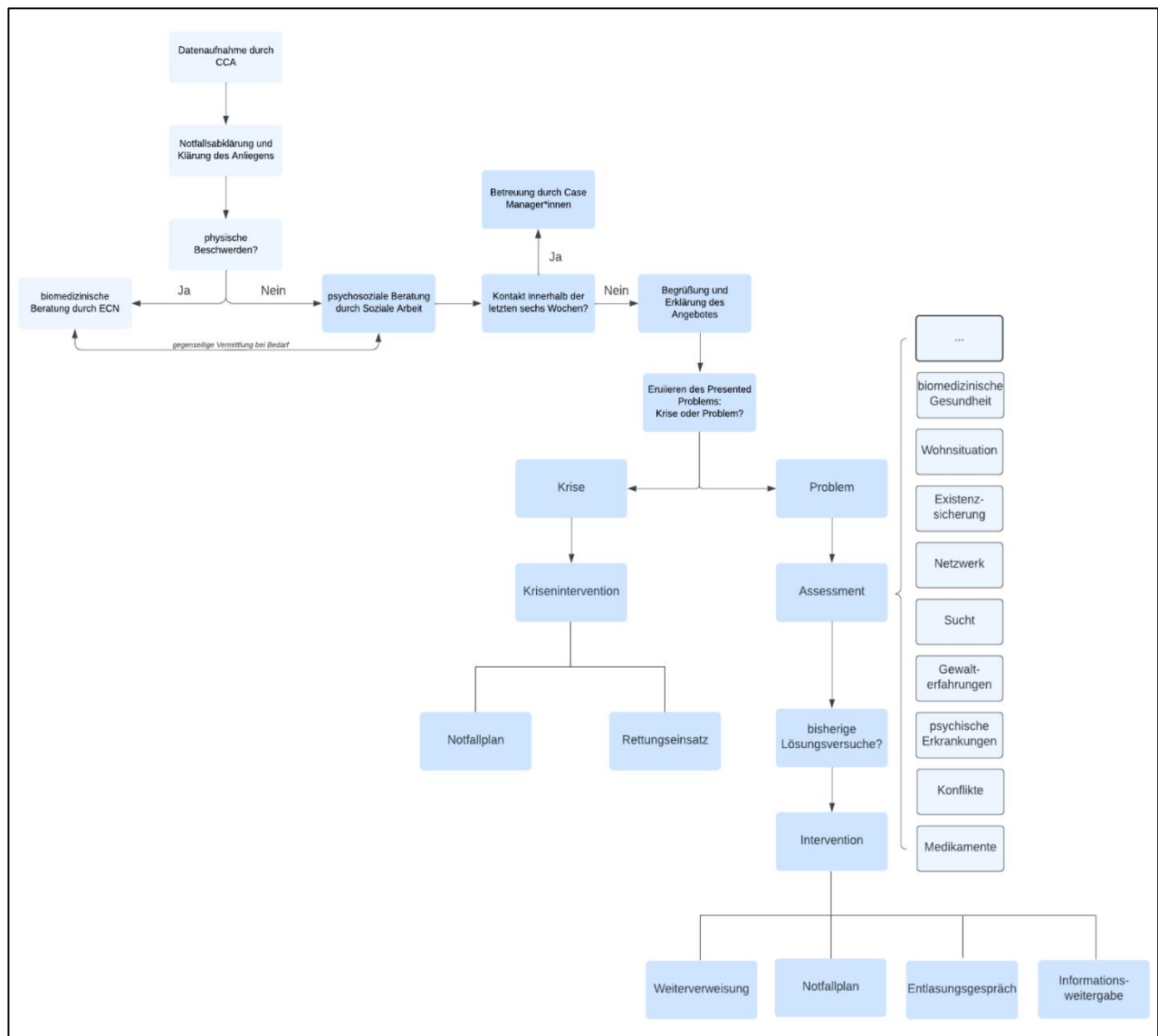


Abbildung 14: empfohlener Gesprächsverlauf der telefonischen Gesundheitsberatung 1450, eigene Darstellung

Wie hier zu erkennen ist, wurde eine Möglichkeit geschaffen, bei psychosozialen Anliegen eine biomedizinische Abfrage durch ECNs zu umgehen, um direkt zu spezialisierten Fachkräften zu gelangen. Der optimierte Gesprächsverlauf, dargestellt in Abbildung 14, ermöglicht eine unmittelbare Weiterleitung an psychosoziale Fachkräfte, ohne, dass für die Anrufenden vorab zwei telefonische Interaktionen erforderlich sind.

Die Datenaufnahme durch CCAs wurde in diesem Zusammenhang unverändert in die Struktur integriert. Sozialarbeiter*innen meinen „das braucht es schon“ (TG, 2024, Z. 575), da auch sie in Notfällen die Rettung zu Anrufer*innen schicken können müssen. Obschon eine Handyortung durchgeführt werden kann, ist diese oft zu unpräzise, um den tatsächlichen Aufenthaltsort ermitteln zu können. CCAs haben zudem die Aufgabe, eine Notfallabklärung durchzuführen und können gegebenenfalls direkt die Rettungskette in Kraft setzen. In diesem Zusammenhang wäre es möglich direkt eine Klärung des präsentierten Problems durchzuführen, ohne dabei jedoch in eine Beratung einzusteigen. Je nachdem, ob physische Beschwerden geäußert werden, erfolgt die

Vermittlung zur entsprechenden Fachkraft. Aktuell bedeutet dies in jedem Fall eine Weiterleitung an ECNs, unabhängig davon, was als Anliegen genannt wird. Handelt es sich um ein rein psychosoziales Problem oder eine Krise, „[kann] das ... schon ein Problem sein“ (TG, 2024, Z. 560), da Anrufer*innen nicht direkt zu erzählen beginnen können, sondern durch ein Fragenprotokoll geleitet werden. Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ haben in diesem Zusammenhang schon die Erfahrung gemacht, dass „die dann am Telefon so genervt sind schon, weil (es, *Anm. der Autorinnen*) ... um das nicht geht, was da abgefragt wird“ (TG, 2024, Z. 603-604), was laut dem Experteninterview wiederum zu Widerstand und im schlimmsten Fall zu einem Gesprächsabbruch führen kann.

Aufgrund dessen wird empfohlen gleich zu Beginn zu differenzieren, ob körperliche Beschwerden genannt werden oder nicht. Wenn ja, dann sollte eine telefonische Gesundheitsberatung durch ECNs durchgeführt werden, um diese Symptome nach ihrer Behandlungsdringlichkeit einschätzen zu können. Trotz allem müssen Mitarbeiter*innen auf mögliche Wechselwirkungen Rücksicht nehmen und die Möglichkeit psychosozialer Kolleg*innen nutzen, sobald dahingehend Äußerungen getätigt werden. Ebenso gilt es bei rein psychosozial präsentierten Themen auf ECNs weiterzuvermitteln, sollten körperliche Symptome genannt werden. Dies soll dazu dienen, Notfälle auf jeder Gesundheitsebene adäquat erkennen und bearbeiten zu können.

Eine weitere Adaptierung wurde im psychosozialen Bereich bezüglich Dauernutzer*innen vorgenommen. Da das AKUTteam NÖ bereits jetzt schon eine Liste an Klient*innen mit häufigen Kontakten führt, scheint eine Inkludierung dieser Zielgruppe in den Arbeitsablauf als notwendig, da hier andere Vorgehensweisen stattfinden. Es sollte deswegen im Zuge der Gesprächsvorbereitung geklärt werden, ob es sich um eine*n Dauernutzer*in handelt, wenn ja, sollte eine Weiterleitung an teaminterne Case Manager*innen erfolgen. Nähere Überlegungen dazu sind in den folgenden Kapiteln zu finden.

7.3.1 Flächendeckende, fallkontinuierliche psychosoziale Unterstützung (ohne biomedizinisch-klinische Anamnese vor dem Hintergrund der DSGVO)

Helle-Van Kuren Lea

In mehreren EU-Ländern existieren telefonische Unterstützungsangebote, die es ermöglichen, direkt mit psychologischen Fachkräften in Kontakt zu treten, ohne zuvor standardisierte biomedizinische Fragebögen beantworten zu müssen. In Österreich sind solche Unterstützungsangebote bislang nur auf regionaler Ebene verankert, wie beispielsweise die 24-Stunden Psychiatrische Soforthilfe des PSD Wien oder „PsyNot – Das psychiatrische Krisentelefon für die Steiermark“, wohingegen es auf nationaler Ebene kein vergleichbares Angebot gibt.

Ein gutes Beispiel für eine Notrufnummer für psychosoziale Krisen, die in der EU auf nationaler Ebene zur Verfügung steht, ist die nationale psychologische Krisenhotline in Spanien, die vom spanischen Gesundheitsministerium betrieben wird und unter der

Nummer 024 rund um die Uhr erreichbar ist. Hier erhalten Anrufende in emotionalen Krisensituationen kostenfreie Unterstützung durch Psycholog*innen und Berater*innen, wobei der inhaltliche Schwerpunkt auf Suizidprävention liegt (Ministerio de Sanidad, 2022). Ein vergleichbares Angebot gibt es auch in Frankreich mit der Notrufnummer 3114, die ebenfalls einen direkten Zugang zu psychologischer Hilfe bietet (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2022).

Vor allem mit Blick auf die Dauernutzer*innen, die sich wiederholt an vergleichbare Notrufe wenden, ist die Frage nach der Implementierung von Case-Management-Ansätzen interessant, da im Rahmen dieser Hotlines teilweise bereits Case Management Ansätze verfolgt werden, indem proaktive Nachfolgegespräche geplant und individuelle Fallmanagementpläne erstellt werden, die unter Wahrung des Datenschutzes und der Anonymität der Anrufenden umgesetzt werden (Victim Support Europe, 2022).

Vor dem Hintergrund der Anforderungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden personenbezogene sehr minimal erfasst, wobei in einigen Ländern auf die Nutzung von Pseudonymen oder anonymisierten Identifikationscodes zurückgegriffen wird (Mishara et al., 2023). Dadurch wird im Idealfall sichergestellt, dass bei wiederholten Anrufen eine fallspezifische Kontinuität gewährleistet ist, ohne dass unnötig identifizierende Daten gesammelt oder gespeichert werden (Victim Support Europe, 2022). Die nationale psychologische Krisenhotline in Spanien setzt die Vorgaben der EU hier um, indem sie sich auf „lebenswichtige Interessen“ der Anrufenden bezieht, wenn es sich um einen (psychologischen) Notfall handelt, denn das Verbot der Verarbeitung personenbezogener Daten dann außer Kraft gesetzt, wenn „die Verarbeitung ist zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person erforderlich [ist] und die betroffene Person ... aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande [ist], ihre Einwilligung zu geben“ (DSGVO, Kapitel 9, Absatz 2).

Zudem erlaubt Artikel 9 (2) der DSGVO die Verarbeitung von Gesundheitsdaten auch für die Bereitstellung von Gesundheits- oder Sozialfürsorgeleistungen, wozu auch die Beratung durch solche Notrufdienste zählt, sofern die gesetzliche und auch berufsbezogene Schweigepflicht gewahrt bleibt. Im Fall der Hotline 024 in Spanien werden die Anrufenden über eine Online-Datenschutzerklärung oder eine Mitteilung während des Gesprächs darüber informiert, wie ihre Daten verwendet werden.

Ein Beispiel für gezieltere Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Anrufenden ist der sogenannte „Repeat Caller Service“ (RCS) des „United Kingdom National Health Service“ (NHS), wobei hier die europäische Datenschutz Grundverordnung seit dem Austritt Großbritanniens aus der Europäischen Union am 01.02.2020 keine relevante Rolle spielt. Durch die Speicherung personenbezogener Daten von Anrufen bei der deutschen Notrufnummer 111 wird automatisch überprüft, ob der*die Anrufende in den letzten 96 Stunden drei oder mehr Anrufe getätigt hat. Dies geschieht entweder anhand der NHS-Nummer, vergleichbar mit der Sozialversicherungsnummer in Österreich, oder anhand anderer personenbezogener Daten (NHS, o. J.), um eine Kontinuität in der

telefonischen Versorgung sicherzustellen. Nach 96 Stunden werden personenbezogene Daten gelöscht.

7.3.2 Case Management im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung

Wagner Lena

Das aktuelle Fallverständnis der Organisation Notruf NÖ als Rettungsleitstelle, divergiert von jenem der Sozialen Arbeit und bezieht sich auf Fälle als abgeschlossene Einheit, sobald das Gespräch beendet wurde. Eine Fallkontinuität wird nicht angestrebt. Grundsätzlich kann jedoch in der Sozialen Arbeit eine gelingende Beziehungsarbeit zwischen Professionist*in und Klient*in als wesentliche Determinante für den Erfolg einer Beratung beziehungsweise Betreuung gesehen werden, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass psychosoziale Fälle anderen Logiken folgen als präklinische (Arnold, 2009, S. 31-33; Hancken, 2020, S. 72).

Aufbauend auf dieser Annahme, kann gesagt werden, dass wiederholt Anrufende im psychosozialen Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung von einer kontinuierlichen Beziehungsarbeit profitieren würden. Aufgrund dessen muss die Frage gestellt werden, wie dies in der Praxis umgesetzt werden könnte.

Eine Möglichkeit stellt beispielsweise die Untergliederung der Anrufer*innen nach ihrer Anruhfrequenz dar. Dies ist auch aktuell schon gelebte Praxis beim AKUTteam NÖ:

➤ Einmalige krisen- oder problembezogene Anrufer*innen

Das derzeitige System der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 ist auf jene Zielgruppe ausgelegt, welche sich bezüglich eines dezidierten Anliegens an Fachkräfte wendet. Mit der Empfehlung des „Best Point of Service“ sollte in weiterer Folge die weitere Versorgung garantiert werden und keine weitere Intervention notwendig erscheinen. Trotz allem werden im Zuge eines psychosozialen Assessments wichtige Aspekte des Lebensumfelds erhoben, welche nicht nur krisen- oder problembezogen sind, sondern vielmehr dazu beitragen, einen besseren Überblick über den Fall zu bekommen. Sollten Anrufer*innen in Zukunft nochmals, jedoch aufgrund einer anderen Thematik, die Gesundheitsberatung kontaktieren, können diese Vorinformationen genutzt werden, um das Assessment nicht von Grund auf neu starten zu müssen, da bereits eine Basis vorhanden ist. Des Weiteren kann auch nachgeschaut werden, was beim letzten Gespräch vereinbart wurde und welche Interventionen gesetzt wurden. Aktuell können Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ vergangene Falldokumentationen bis zu einem halben Jahr einsehen. Die Auswahl dieses Zeitraums wird von der Organisation bestimmt vorgegeben. Es wäre daher empfehlenswert die Datenspeicherung für mindestens diese Dauer weiter bestehen zu lassen. Eine fortlaufende Falldokumentation wäre zwar auch hier wünschenswert, es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass sich bestimmte Informationen nach einer längeren Zeitspanne so stark verändern, sodass ein erneutes Assessment erforderlich ist. Diese

Zeitspanne ist in der Theorie sowie in der Praxis nicht eindeutig definiert, weshalb die aktuelle Umsetzung mit sechs Monaten beibehalten werden könnte.

➤ Dauernutzer*innen

Eine andere Zielgruppe bezieht sich auf Anrufer*innen, welche wiederholten Kontakt zu psychosozialen Fachkräften der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 suchen. Diese sind laut Definition des AKUTteam NÖ „meistens Menschen, die sehr gut versorgt sind“ (TG, 2024, Z. 103) und „chronische Krisen“ (TG, 2024, Z. 102) haben. Detailliertere Informationen darüber, ab wann jemand als Dauernutzer*in gezählt wird, ist nicht bekannt. Dies ist ebenso in der Literatur ein nicht eindeutig definierter Begriff, welcher von Organisationen unterschiedlich ausgelegt wird. So kann man bereits ab einem einzigen Kontakt als sogenannter *frequent flyer* gezählt werden oder nur dann, wenn man fünfmal oder mehr pro Tag innerhalb eines Monats oder länger Kontakt sucht (Mishara et al., 2022).

Aufgrund dieser international sowie national und selbst intraorganisational unklaren Klassifizierung, wird im Folgenden eine Definitionsmöglichkeit vorgestellt. Basierend auf der theoretischen Festlegung einer Krisendauer, siehe Kapitel 6.4.1.2, kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass Klient*innen, welche innerhalb von sechs Wochen nach einem Erstkontakt erneut die telefonische Gesundheitsberatung aufgrund psychosozialer Themen kontaktieren, als Dauernutzer*innen gelten. Diese These wird darin begründet, dass die Bewältigung einer akuten Krise bis zu sechs Wochen dauern kann (Sonneck, 2000, S. 33-36). Auch bei einer Problembearbeitung kann davon ausgegangen werden, dass diese vermutlich Zeit in Anspruch nehmen wird. Könnte die Intervention im Erstkontakt nicht zum gewünschten Erfolg führen, benötigt es in diesen Fällen eventuell mehr als das grundlegende Angebot der Gesundheitsberatung wie sie jetzt ausgelegt ist. Das AKUTteam NÖ übernimmt jetzt schon in manchen Fällen „die Nacharbeit“ (TG, 2024, Z. 366) und betreut in einem „Ausmaß von so maximal sechs Stunden“ (TG, 2024, Z. 368) beispielsweise Angehörige nach der Überbringung einer Todesnachricht. Dies findet zusätzlich zu ihrer Tätigkeit im Rahmen der Gesundheitsberatung statt, welche als Zusatz zur Hauptaufgabe der Krisenintervention gesehen werden kann. Hier kommt es bereits zur Bezugsbetreuung und Beziehungsarbeit durch eine*n Professionist*in und es wird versucht den Fall „innerhalb von sechs Stunden an jemand anderen ..., der vor Ort zuständig ist“ (TG, 2024, Z. 370-371) abzugeben. Dieses Angebot könnte ebenso für Dauernutzer*innen übernommen werden und kann in Form eines Case Managements stattfinden.

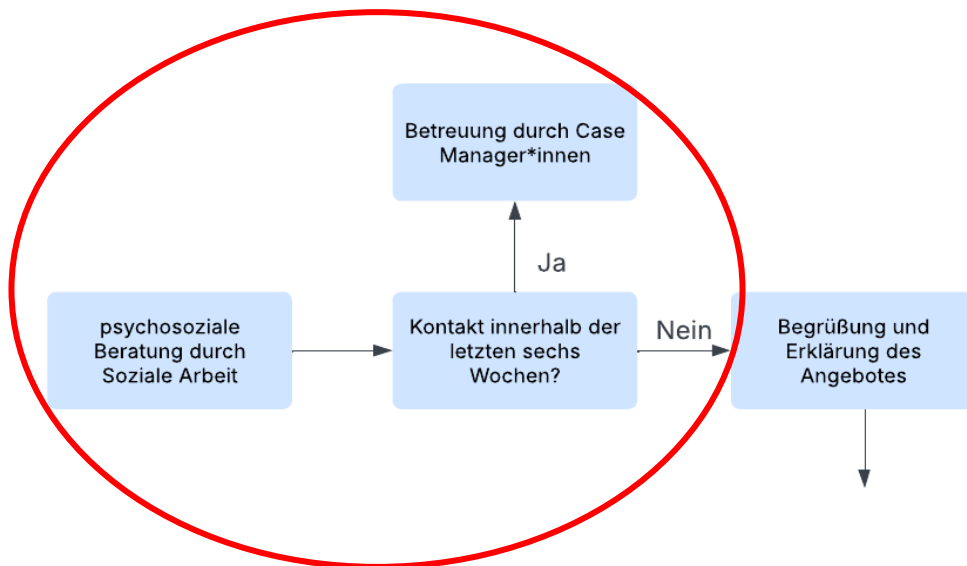


Abbildung 15: Implementierung von Case Management für Dauernutzer*innen der telefonischen Gesundheitsberatung, eigene Darstellung

Die National Association of Social Work (NASW) aus den USA ordnet der Sozialen Arbeit im Case Management das Fallverständnis auf bio-psychosozialer Ebene sowie einen verstärkten Fokus auf die professionelle Beziehung zwischen Professionist*innen und ihren Klient*innen zu. Dabei übernehmen Professionist*innen eine koordinierende Rolle, um bestehende Hilfestrukturen zu optimieren beziehungsweise, sofern notwendig, neue hinzuzuziehen (Müller et al., 2023, S. 12). Die Methode zielt darauf ab soziale Ressourcen aus dem Gemeinwesen sowie lebensweltlichen Ressourcen zu aktivieren und sowohl effektiv als auch effizient miteinander zu verknüpfen. Dabei wird das Subsidiaritätsprinzip angewandt, bei welchem erst dann professionelle Helfer*innen involviert werden, wenn private soziale Netze bereits ausgeschöpft wurden. Mit dieser Fokussierung auf Ressourcenorientierung soll eine lebensweltnahe Hilfeplanung ermöglicht werden (Kleve, 2018, S. 46-47). Mitarbeiter*innen des AKUTteam NÖ notieren aktuell bei identifizierten Dauernutzer*innen bereits „was da sozusagen der Stand ist, wie wir da vorgehen, was da abgeklärt worden ist, wo die Leute angebunden sind“ (TG, 2024, Z. 99-100). Es gibt demnach bereits Handlungsweisen, welche Case Management Ansätze verfolgen und durch eine fortlaufende Falldokumentation für mindestens sechs Wochen nach einem Kontakt auch in der praktischen Umsetzung verbessert werden könnten. In diesem Zusammenhang wäre es beispielsweise auch denkbar, dass Anrufer*innen nicht direkt zu ihren Case Manager*innen verbunden werden, sondern diese, sobald Zeit vorhanden ist, zurückrufen. So kann garantiert werden, dass eine Fallkontinuität gewährleistet ist und nicht immer eine sofortige Erreichbarkeit gegeben sein muss. Um dennoch eine möglichst gute Erreichbarkeit des Case Managements bieten zu können, empfiehlt sich die Arbeit in Tandems.

7.4 Kooperationsmodelle: Medizinisches und sozialarbeiterisches Personal in gemeinsamer Fallarbeit

Helle-Van Kuren Lea

Im Folgenden soll anhand drei internationaler Beispiele aufgezeigt werden, welche Kooperationsmodelle anderer Orts bereits implementiert wurden.

7.4.1 Soziale Arbeit + Rettung: Beispiel „Sociolance“² in Kopenhagen

Die Implementierung des sogenannten „Sociolance“ war ein von 2015 bis 2017 geplantes und im Anschluss weitergeführtes Projekt in Kopenhagen, welches sich zum Ziel gesetzt hat, eine medizinische sowie eine soziale Grundversorgung sicherzustellen. Hierbei besetzt Fachpersonal des Gesundheitssektors und Professionist*innen der Sozialen Arbeit einen „Sociolance“, um sozial ausgegrenzte Menschen in Kopenhagen zu unterstützen (Skov Kristensen et al., 2018). Die Rolle der Sozialarbeitenden ist im Zuge dieses Projektes somit, sowohl aufsuchend als auch präventiv zu agieren, indem sie Betroffene vor allem an für die entsprechenden Anliegen verantwortlichen Dienste und Träger weiterverweisen. Das medizinische Personal ist für körperliche Beschwerden zuständig. Im Zuge einer Längsschnitterhebung zwischen Dezember 2015 und Juni 2017 wurde deutlich, dass 40 % der Nutzer*innen bereits in Kontakt mit sozialen Trägern standen. Neun von zehn Nutzer*innen erhielten im Kontakt mit der „Sociolance“ ein Angebot sozialer und/oder gesundheitlicher Dienstleistungen, wobei 75% der Betroffenen dieses Angebot annahmen (Skov Kristensen et al., 2018). Diese Zahlen bestätigen, was wissenschaftlich bereits ausführlich diskutiert und festgestellt wurde: Faktoren wie soziale Isolation, ein weniger privilegierter sozioökonomischer Status oder auch Diskriminierungserfahrungen stehen in enger Wechselwirkung mit medizinischen Gesundheitsproblemen. Gleichzeitig führt ein schlechter Gesundheitszustand von marginalisierten Gruppen, wie beispielsweise von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen, oft zu einer weiteren Vertiefung ihrer sozialen Benachteiligung, wodurch ein Teufelskreis entsteht, in dem sich soziale und gesundheitliche Problemlagen wechselseitig verstärken (Marmot, 2015).

Anhand des Erfolges von Modellen wie dem der „Sociolances“ wird in der Praxis sichtbar, dass psychosoziale und biomedizinische idealerweise gleichzeitig bearbeitet werden, da sie einander bedingen.

7.4.2 Soziale Arbeit + Polizei: Beispiel „Welfare Checks“ in Ohio (USA)

In Shaker Heights (Ohio, USA) unterstützt ein auf psychosoziale Einsätze spezialisiertes Kriseninterventionsteam, bestehend aus Fachkräften der Sozialen Arbeit und einem*einer Polizist*in, den Rettungsdienst bei akuten psychosozialen Krisen. Dieses Team kommt vor allem bei sogenannten „Welfare-Checks“ zum Einsatz, die durch

² Aus dem Englischen: „Social“ und „Ambulance“ als ein zusammengezogenes Wort

Nachbarn, Polizei, Feuerwehr oder Rettungskräfte ausgelöst werden, wenn Sorge um das Wohlergehen einer Person besteht. Indikationen für diese Einsätze können beispielsweise der Verdacht auf Gewalt, Missbrauch oder Ausbeutung, aber auch unbewohnbare Wohnverhältnisse durch Vermüllung sein (Hartmann et al., 2023, zit. nach Redelsteiner, 2024). Die Unterstützung erfolgt entweder direkt vor Ort oder durch telefonische beziehungsweise videogestützte Beratung von Einsatzkräften, Betroffenen oder Angehörigen, um eine Entlastung, Vermittlung an passende Ressourcen zu ermöglichen. Bei akuten psychiatrischen Krisen wie beispielsweise Suizidgefahr, kann das Team zudem vorläufige Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken veranlassen (Hartmann et al., 2023, zit. nach Redelsteiner, 2024). Hervorzuheben sei hier neben dem interprofessionellen Ansatz der Einsatz von digitaler Kommunikationstechnologie, die in Europa im Kontext von Notfallmedizin beziehungsweise psychosozialer Versorgung bislang kaum zum Einsatz kommt. Inwieweit DSGVO-konforme Tools hier zu einer Verbesserung der Versorgung führen könnte, ist derzeit offen.

7.4.3 Community Paramedic Programs (CPP) in ländlichen Regionen der USA

Vor dem Hintergrund, dass 40% der Aufnahmen in Notfallambulanzen auch im niedergelassenen Bereich versorgen werden könnten (Uscher-Pines et al., 2013), wurden in den USA sogenannte Community Paramedic Programs (CPPs) initiiert. CPPs sind Versorgungsmodelle, bei denen speziell ausgebildete Rettungssanitäter*innen (Paramedics) Aufgaben übernehmen, die über das biomedizinische Verständnis einer Notfallversorgung hinausgehen. Hierfür absolvieren Rettungssanitäter*innen zusätzliche Qualifizierungen im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung, Kompetenzen rund um Informationsvermittlung an Patient*innen sowie Wissen im Bereich Case Management (Centers for Disease Control and Prevention, 2024), wodurch sie sich auch mit Anliegen befassen können, die komplexer sind als eine rein notfallmedizinische Intervention. Community Paramedics bieten nicht dringende Hausbesuche an, helfen Patient*innen bei der Behandlung chronischer Krankheiten und triagieren Patient*innen, um sie an geeignetere Orte als die Notaufnahme zu vermitteln (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Interessant ist hier, dass in den USA die "social determinants of health" (SDOH), daher soziale, die Gesundheit beeinflussende Faktoren, explizit von der CDC genannt werden – und zwar auch mit Blick auf das Thema Notfallmedizin und Prävention: Das Adressieren benachteiligender sozialer Determinanten trägt laut CDC (2024) dazu bei, Notaufnahmebesuche zu reduzieren, was die Bedeutung und Zielsetzung von Community Paramedic Programs unterstreicht.

8 Fazit

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 ist derzeit in eine stark standardisierte und primär biomedizinisch geprägte Organisationslogik eingebettet. Gleichzeitig lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung beobachten – ein Trend, der sowohl regional als auch auf europäischer Ebene sichtbar wird. So zeigen etwa in Niederösterreich deutlich steigende Alarmierungszahlen des AKUTteam NÖ exemplarisch, wie sich dieser Wandel konkret manifestiert. Zudem ist Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation zufolge jährlich mehr als ein Drittel der Bevölkerung in der Europäischen Union von psychischen Störungen betroffen (WHO, Regional Office for Europe, 2013).

Im übergeordneten gesellschaftlichen Kontext zeigt sich, dass der Bedarf an psychosozialer Unterstützung aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen, wie zunehmender psychischer Belastungen, Angststörungen Existenzängsten oder Einsamkeit, in den letzten Jahren anstieg. Studien legen nahe, dass in dieser Hinsicht außerdem in Zukunft ein steigender Trend zu erwarten ist (Europäische Kommission, 2023). So hatte, laut einer Umfrage der Europäischen Union, im Jahr 2023 fast die Hälfte der befragten EU-Bürger*innen (46%) in den letzten zwölf Monaten ein psychosoziales Problem, wie etwa depressive Verstimmungen oder Ängste (Europäische Kommission, 2023). Weiters gaben 67% der Befragten an, dass lange Wartezeiten bis zu einer Diagnose oder der eigentlichen Behandlung den Zugang zur Versorgung erschweren. Für 35% wäre die Unterstützung außerdem zu teuer gewesen und weiter 30% äußerten, sich in der Versorgungslandschaft nicht gut genug auszukennen, um sich selbstständig Hilfe organisieren zu können (Europäische Kommission, 2023).

Diese auf europäischer Ebene sichtbar gewordenen Aspekte lassen sich auch auf nationale Herausforderungen im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 sowie auf regionaler Ebene vor dem Hintergrund des AKUTteam NÖ als Teil einer Rettungsleitstelle übertragen, wo der steigende Bedarf mit dem bestehenden System langfristig kaum abgedeckt werden kann.

Schaeffer et al. (2018) beschreiben daher die Notwendigkeit der Entwicklung von gesundheitsbezogenen Handlungskompetenzen innerhalb der Gesellschaft. Dies umfasst die Fähigkeit themenspezifische Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu bewerten und eigenständig zu nutzen. Ebendiese Kompetenzen gewinnen aufgrund steigender psychosozialer Belastungen zunehmend an gesamtgesellschaftlicher Bedeutung. Die Zunahme psychischer Belastungen wird in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion zunehmend mit gesellschaftlichen Faktoren in Verbindung gebracht, wobei die Fähigkeit vieler Menschen, Krisen eigenständig zu bewältigen, abnimmt. Nach Fuchs (2018) besteht ein wesentlicher Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und den Merkmalen einer verdichteten und beschleunigten

digitalisierten Moderne, die durch intensive Arbeitsanforderungen und fehlende Regenerationszeiten gekennzeichnet ist.

Dieses Phänomen der gesellschaftlich bedingten Überforderung ist seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie verstärkt sichtbar, allerdings wurde zuvor schon eine Zunahme von Belastungen durch die Verdichtung von Zeitstrukturen und gesteigerten Anforderungen im Arbeitskontext beobachtet (Pieh et al., 2020). Betrachtet man die Ursachen für diese Belastungen, aus denen sich psychosoziale Krisen und Probleme entwickeln können, so wird deutlich, dass Phänomene wie zum Beispiel Überforderung durch Beschleunigung im Kontext der Erwerbsarbeit, oder Sorge vor drohender Inflation und wirtschaftlicher Instabilität kurz- und mittelfristig nicht überwunden werden. Soziale Arbeit, verstanden vor allem als Gesundheitsprofession, kann hier die Betroffenen unterstützen und im Rahmen ihrer Kompetenzen einerseits auf der individuellen Ebene ansetzen, andererseits ist sie im Sinne ihres politischen Mandats verpflichtet, auf gesellschaftliche Entwicklungen hinzuweisen, die uns als Gesellschaft gefährden. Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 könnte hierbei als wichtiger Bestandteil eines Systems zur Förderung dieser Gesundheitskompetenz fungieren, da sie aufgrund ihrer etablierten Infrastruktur und des niederschweligen Zugangs das Potenzial mit sich bringt, Bürger*innen nicht nur akut, sondern auch präventiv und edukativ zu unterstützen.

Genannt sei hier das Potenzial der Integration sozialarbeiterischen Expertise im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung. Durch diese können auch soziale Determinanten von Gesundheit – wie etwa Existenzängste, prekäre Wohnsituationen oder Gewalterfahrungen – als Teil gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen gezielt adressiert werden. Zusätzlich kann explizite Psychoedukation einen Baustein zur Erweiterung des Auftrages der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Richtung Prävention und Aufklärung darstellen. Professionist*innen können bei psychosozialen Anliegen etwa grundlegende Informationen vermitteln und dadurch edukativ tätig sein. So können beispielsweise der Zusammenhang zwischen Stress und physiologischen Symptomen thematisiert, kurzfristige Strategien, wie Atem- oder Achtsamkeitsübungen, angeleitet und darüberhinausgehende Unterstützungsangebote aufgezeigt werden. Diese Aufgaben, welche in Niederösterreich aktuell schon vom AKUTteam NÖ übernommen werden, können auch für die restlichen österreichischen Bundesländer als sinnvoll angesehen werden, wenn es um eine ganzheitliche bio-psychosoziale Gesundheitsarbeit geht. Notwendig erscheint dabei vor allem die bereits jetzt gegebene Niederschwelligkeit in der Kontaktaufnahme sowie eine bundesweite Einheitlichkeit wie auch bei biomedizinischen Anliegen.

Letztlich müssen psychosoziale Belastungen auf ursächlicher Ebene bearbeitet werden, was wiederum bedeutet, dass neben akuter Krisenintervention beziehungsweise Problembearbeitung auch soziale Determinanten psychischer Krisen und Belastungssituationen adressiert werden müssen. Dies stellt eine wesentliche Kompetenz der Sozialen Arbeit dar.

Angesichts dieser Entwicklungen drängt sich die Frage auf, wie eine Organisation, welche bislang auf die Beratung biomedizinischer Problemstellungen ausgerichtet war, zukünftig adäquat auf diese zunehmenden Anforderungen reagieren kann. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit belegen, dass die Bearbeitung psychosozialer Anliegen kaum einer strikt standardisierten Logik folgen kann, da jede Gesprächssituation mit Betroffenen einzigartig ist. Deutlich wird dadurch ebenso, dass starre Abfrageprotokolle der Realität psychosozialer Krisenintervention nicht gerecht werden, da vielmehr Flexibilität, Empathie und professionelle situationsbezogene Anpassungen im Vordergrund stehen müssen. Im Gegensatz zum standardisierten Vorgehen in biomedizinisch ausgerichteten Leitstellen ist im psychosozialen Bereich daher ein individualisiertes Vorgehen zwingend erforderlich, um der Komplexität der Anliegen gerecht zu werden.

Die Antwort auf die Forschungsfrage (siehe Kapitel 4.3), welche generalisierbaren Abfrageschemata sich aus der retrospektiven Analyse von Falldokumentationen des AKUTteam NÖ ableiten lassen, muss daher unter der Prämisse erfolgen, dass *generalisierbar* als *standardisierbarer Arbeitsrahmen* zu verstehen ist und sich somit von der Logik des Systems LowCode™ distanziert.

Dies wird durch die genauere Betrachtung menschlichen Handelns sichtbar, welches nicht immer rational, sondern unter anderem von emotionalen Prozessen geprägt ist (Stemper, o.J.). Reaktionen auf äußere Einflüsse erfolgen demnach nicht in eindeutiger oder vorhersehbarer Weise, weshalb Verhalten nicht linear-kausal aus bestimmten Reizen ableitbar ist. Kommunikation kann deswegen potenziell immer neue, unvorhersehbare Anschlussmöglichkeiten eröffnen, da Individuen basierend auf situativ variierender innerer Zustände und Erfahrungen unterschiedlich auf Inputs reagieren. Dieser dynamische Prozess führt zu nicht vorhersehbaren Gesprächsverläufen und Ergebnissen. Darauf aufbauend, und in Verbindung mit den für die vorliegende Arbeit erhobenen empirischen Daten, erscheint eine Standardisierung – in Form von vorgegebenen Fragestellungen – im Kontext von Krisen und psychosozialen Problemen nicht vertretbar. Eine flexible und zugleich richtungsgebende Rahmung von Gesprächsverläufen erweist sich, wie in den Abbildung 5 und Abbildung 14 sichtbar, jedoch als möglicher Zugang.

Die Integration von Bearbeitungsoptionen psychosozialer Problemlagen in das bestehende System, beziehungsweise in die Logiken der durchführenden Organisationen, wie der Rettungsleitstelle Notruf NÖ, kann aufgrund des biomedizinischen Fokus als herausfordernd beschrieben werden. Konkret zeigt das Beispiel Niederösterreich, dass innerhalb der Organisation ein Bewusstsein und Verständnis für psychosoziale Belange vorhanden sein muss, um diese adäquat bearbeiten zu können. ECNs müssen demnach als erste Instanz der Gesundheitsberatung über mögliche Ressourcen, wie beispielsweise das AKUTteam NÖ, informiert sein, um Anrufende entsprechend weiterverweisen zu können. Obwohl beide Teams in derselben Organisation angesiedelt sind, besteht hier noch ein Optimierungsbedarf. Diese Systemlücke könnte durch eine Integration psychosozialer Fachkräfte in die Gesundheitsberatung – anstelle der Weiterverweisung an diese – behoben werden.

Durch den Einbezug der Sozialen Arbeit in die telefonische Gesundheitsberatung 1450 könnte von der derzeit medizinisch-symptomatischen Betrachtung psychosozialer Anliegen abgewichen werden, indem die Identifizierung des tatsächlichen Problems in den Mittelpunkt gestellt wird. Dies kann langfristig zur Situationsverbesserung für Anrufende beigetragen. Ist dies aufgrund fehlender fachlicher Ausbildung oder mangelnder Sichtbarkeit psychosozialer Anliegen nicht möglich, werden Anrufer*innen gegebenenfalls zu Dauernutzer*innen, da die primär vorgetragenen Probleme oft nicht das tatsächliche Ausmaß des Unterstützungsbedarfs widerspiegeln. Für diesen Beratungsprozess sind fachspezifisches Wissen sowie kommunikative Kompetenzen erforderlich, welche einen individualisierten Zugang zu Fällen ermöglichen. Im Idealfall könnte im Zuge dessen, durch eine enge Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialberatungen, die derzeit bestehende praxeologische Trennung zwischen medizinischen und psychosozialen Problemstellungen überwunden werden.

Ein solcher Ansatz der integrierten Versorgung, bei dem Gesundheits- und Sozialwesen gemeinsam agieren, könnte mittel- und langfristig dazu beitragen, ein ganzheitlicheres Verständnis von Gesundheit zu etablieren, in welchem somatische und psychosoziale Dimensionen gleichberechtigt berücksichtigt werden. Ein solcher Paradigmenwechsel hin zu einem bio-psychosozialen Verständnis von Gesundheit könnte weitreichende und nachhaltige Veränderungen bewirken, wobei die telefonische Gesundheitsberatung dazu beitragen kann, das Gesundheitswesen sowie die Präklinik zu entlasten. Dafür ist es neben einer ganzheitlichen Betrachtung von Individuen und ihren Situationen jedoch auch notwendig, Eigenverantwortung und Handlungskompetenzen – vor allem im psychosozialen Kontext – zu fördern und zu stärken.

Durch ihre *Allzuständigkeit* sowie ihr breites Wissen über (über-)regionale Soziallandschaften und ihre fachliche Expertise bietet die Soziale Arbeit gute Voraussetzungen für die Rolle als „Lotsin“ in der Gesundheits- und Soziallandschaft. Dies entspricht jener Rolle, welche die Gesundheitsberatung übergeordnet für biomedizinische Anliegen derzeit einnimmt und in Zukunft beispielsweise in Niederösterreich verstärkt übernehmen soll. Mit Einbezug der Sozialen Arbeit könnte dies jedoch auf bio-psychosozialer Ebene möglich werden, was wiederum den Diskurs um die Definition Sozialer Arbeit als Gesundheitsberuf verstärkt.

Daraus lässt sich letztlich ableiten, dass die Soziale Arbeit in die psychosoziale Gesundheitsberatung einbezogen werden sollte, um auf die Anliegen, die sich aus den gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben, angemessen reagieren zu können. Dies kann jedoch nicht nach standardisierbaren Abfrageschemata erfolgen, sondern erfordert einen individuellen Zugang, wie die empirischen Erhebungen und Analysen von Falldokumentationen gezeigt haben. Die im Rahmen dieser Arbeit entwickelten möglichen Gesprächsverläufe können hierfür einen Orientierungsrahmen bieten.

9 Forschungsausblick

Helle-Van Kuren Lea, Wagner Lena

Aufgrund des beschränkten Rahmens dieser Arbeit mussten im Laufe des Forschungsprozesses Eingrenzungen des Forschungsgegenstandes vorgenommen werden. Die vorliegenden Erkenntnisse können daher als Grundlage für weitere wissenschaftliche Untersuchungen in diesem Feld verstanden werden, die sich noch intensiver einzelnen Teilaspekten widmen könnten. So könnte beispielsweise eine größere Anzahl von Falldokumentationen des AKUTteam NÖ analysiert werden, um die hier aufgestellten Hypothesen und Ergebnisse zu überprüfen beziehungsweise gegebenenfalls anzupassen. Weiters könnte der Frage nachgegangen werden, wie andere Professionen des AKUTteam NÖ Clearingprozesse gestalten und inwieweit diese mit jenen der Sozialen Arbeit übereinstimmen oder divergieren. Dadurch könnte unter anderem die Rolle der Ausbildung von psychosozialen Fachkräften näher beleuchtet werden. Aufgrund der Fokussierung dieser Arbeit auf das Bundesland Niederösterreich erfolgte ebenso eine Eingrenzung der Erkenntnisse auf Notruf NÖ. Da die Durchführung beziehungsweise Umsetzung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 den einzelnen Bundesländern obliegt, finden sich in der Praxis unterschiedliche Arbeitsweisen - auch im psychosozialen Bereich. Ein Vergleich dieser Arbeitsweisen könnte daher auch zu einer vielfältigeren Betrachtung psychosozialer Anliegen in der telefonischen Gesundheitsberatung beitragen und weitere Erkenntnisse für eine bio-psychosoziale Gesundheitsberatung bieten.

Literatur

Abdelmonem, Y. (2023). *The Impact of Chronic Stress on the Immune System: Mechanisms and Implications*. ResearchGate. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.33836.85127>

AKUTteam NÖ. (2023). *Jahresbericht*. Unveröffentlicht.

Alice Salomon Hochschule Berlin. (o.J.). *ABC der Grundbegriffe Niederschwelliger Sozialer Arbeit. Projektseminar „Niederschwellige Soziale Arbeit“ (SoSe 2011 bis WiSe 2012/2013)*. ASH Berlin. Abgerufen 17. März 2025, von https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/userHome/65_gेरulls/abc_grundbegriffe_niedrigschwellige_soziale_arbeit.pdf

Amt der NÖ Landesregierung (2025). *Der Gesundheitsplan Niederösterreich. Wir machen die Gesundheitsversorgung zukunftsfit*. Land NÖ. Abgerufen 25. März 2025, von <https://land-noe.at/Gesundheitsplan>

Ansen, H. (2024). *Gespräche führen in der Sozialen Arbeit. Kommunikation wirksam gestalten*. R. Bieker & H. Niemeyer (Hrsg). *Soziale Arbeit – kompakt & direkt*. Verlag W. Kohlhammer.

Arlt, I. & Maiss, M. (2010). *Wege zu einer Fürsorgewissenschaft*. Sozialministerium. Abgerufen 16. Februar 2025, von [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-\(WHO\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitspolitik-in-der-EU-und--im-internationalen-Kontext-(WHO).html)

Arnold, S. (2009). *Vertrauen als Konstrukt. Sozialarbeiter und Klient in Beziehung*. Tectum Verlag.

Becker, K., Adam, H., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N., Plener, P. L. & Leitliniengruppe, N. F. D. (2017). Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Jugendalter: Das Wichtigste in Kürze aus den aktuellen Leitlinien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(6), 485–497. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000516>

Beckmann, C., Otto, U., Schaarschuch, A., & Schrödter, M. (2007). Qualitätsmanagement und Professionalisierung in der Sozialen Arbeit. Ergebnisse einer Studie zu organisationalen Bedingungen ermächtigender Formalisierung. *Zeitschrift für Sozialreform*, 53(3), 275-295. <https://doi.org/10.1515/zsr-2007-0305>

- BKK Dachverband e. V. (2019). *Gesundheitsreport 2019: Gesundheit und Arbeit – Zahlen, Analysen, Perspektiven*. BKK Dachverband. Abgerufen 21. Januar 2025, von https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2019.pdf
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Expert*innen: Eine praxisorientierte Einführung* (2. Auflage). Springer VS.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2024). *ICD-10 BMSGPK 2024 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. OID 1.2.40.0.34.5.222.
- Bundesverband Rettungsdienst. (2023). *Zukunft Rettungsdienst Quo Vadis, Berufsbild? Aktuelle und zukünftige Tätigkeits- und Ausbildungsanforderungen für den Beruf der Sanitäter:in*. Positionspapier (Version 2.0.). https://www.bvrd.at/wp-content/uploads/2023/04/Positionspapier_Zukunft_Rettungsdienst_2023_V2.1-komprimiert.pdf
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Centers for Disease Control and Prevention (2024). *Community paramedicine*. U.S. Department of Health & Human Services. Abgerufen 20. März 2025, von <https://www.cdc.gov/ems-community-paramedicine/php/data-research/community-paramedicine/index.html>
- Chwojka, C. (2018). Telefonische Gesundheitsberatung – der Leitstellenauftrag. In A. Neumayr, M. Baubin & A. Schinnerl (Hrsg.) *Herausforderung Notfallmedizin. Innovation – Vision – Zukunft* (S. 119-130). Springer-Verlag GmbH.
- Cullberg, J. (1978). Krisen und Krisentherapie. *Psychiatrische Praxis*, 5(1), 25-34.
- D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P. & Pajonk, F. G. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*, 9(2), 194–204. <https://doi.org/10.1007/s10049-005-0790-y>
- Dampney, K., Busch, P. & Richards, D. (2002): The Meaning of Tacit Knowledge. *Australasian Journal of Information Systems*, 10(1), 3-13. <https://doi.org/10.3127/ajis.v10i1.438>
- Descartes, R. (1984). *Meditations on First Philosophy* (J. Cottingham, Trans.). Cambridge University Press. (Original work published 1641)
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. W. W. Norton & Company.

- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit. (o. D.). *Sektion Klinische Sozialarbeit*. DGSA. Abgerufen 20. März 2025, von <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit>
- Donabedian, A. (1981). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Vol. 2: *The Criteria and Standards of Quality*. Foundation of the Amer College.
- Duden. (o.J.). *Standard, der. Duden*. Duden online. Abgerufen 28. November 2024, von https://www.duden.de/rechtschreibung/Standard_Norm
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Europäische Kommission. (2023). *Mental health (Special Eurobarometer 538)*. Europäische Union. Abgerufen 12. März 2025, von <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2872>
- Franke, C. (2017). *Psychosoziale Beratung in der Sozialen Arbeit*. Kohlhammer.
- Freeman, A., & Jones, R. (2018). Fragmentation and the end of primary care. *Journal of Primary Health Care*, 10(3), 188–194. <https://doi.org/10.1071/HC18032>
- Fuchs, T., Iwer, L. & Micali, S. (2018). *Das überforderte Subjekt: Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft*. Suhrkamp Verlag.
- Fürst, R. (2008). Case Management und Clearing. In J. Bakic, M. Diebäcker & E. Hammer (Hrsg.) *Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch* (S.56-72). Erhard Löcker GesmbH.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Beltz Juventa.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit: Ein Handbuch*. Beltz Juventa.
- Gfrerer, C. (2019). *Telefonische Gesundheitsberatung in Österreich – ein neuer Ansatz* [Masterarbeit, Medizinische Universität Graz]. MEDonline. Abgerufen 22. April 2025, von https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=56417&pOrgNr=1
- Global Health Hub Germany. (2021). *COVID-19 und mentale Gesundheit: Bedeutung eines biopsychosozialen Ansatzes für eine nachhaltige Pandemiebewältigung (Policy Brief)*. Global Health Hub Germany. Abgerufen 22. April 2025, von https://www.globalhealthhub.de/fileadmin/general_documents/GHHG_PolicyBrief_DEU_101221_COVID-19_and_Mental_Health.pdf

- Hancken, S. (2020). *Beziehungsgestaltung in der Sozialen Arbeit*. Vandenhoeck & Ruprecht Verlage.
- Hansen, F. (2010). *Standards in der Sozialen Arbeit*. Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
- Hartmann, B., Khattab, M., Amistadi, A. & Redelsteiner, C. (2023). Sozialarbeit im Rettungsdienst: Das Programm Mental Health Response in Shaker Heights. *Rettungsdienst Zeitschrift für präklinische Notfallmedizin*, 46(3), 58–61.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2019). *Gesundheitsberatung 1450. Ergebnisse der Evaluierung des Pilotprojekts. Gekürzte Fassung*. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Abgerufen 28. Jänner 2025, von https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1174/1/1450_Evaluierungsbericht.pdf
- Hartmann B, Khattab M, Amistadi A, Redelsteiner C. (2023) Sozialarbeit im Rettungsdienst: Das Programm Mental Health Response in Shaker Heights. *Rettungsdienst Z. Präklin Notfallmed* 46(3). S. 58–61
- Hefel, J. (2015). Klinische Soziale Arbeit und Ausbildung in Österreich. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 11(3), 14.
- Hoff, L. A. (2001). *People in crisis: Clinical and diversity perspectives*. Routledge.
- Kähler, H. D. (1991). Erstgespräche in der sozialen Arbeit. *Neue Praxis*, 21(2), 156-161.
- Klein, R., & Dungs, S. (2010). Einleitende Bemerkungen zur Standardisierung der Ressource Mensch. In R. Klein & S. Dungs (Hrsg.) *Standardisierung der Bildung. Zwischen Subjekt und Kultur* (3. Aufl., S. 7-22). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kleinemeyer, J. (1998). *Standardisierung zwischen Kooperation und Wettbewerb. Eine spieltheoretische Betrachtung*. Peter Lang GmbH. <https://doi.org/10.3726/b13567>
- Kleve, H. (2018). Case Management. Eine methodische Perspektive zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. In H. Kleve, B. Haye, A. Hampe & M. Müller (Hrsg.) *Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit* (5. Auflage, S. 41-57). Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- Kleve, H., & Kriz, J. (2017). *Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit*. Beltz.
- Kriz, J. (2014). *Grundkonzepte der Psychotherapie*. Beltz.

- Lamnek, S. (2005). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Beltz.
- Levold, T. (2014). Systemische Therapie und Diagnostik. In T. Levold & M. Wirsching (Hrsg.) *Systemische Therapie und Diagnostik – das große Lehrbuch* (S. 130-150). Carl Auer.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- McIntyre, L. (2020). Wie die wissenschaftliche Grundhaltung die moderne Medizin veränderte. In L. McIntyre (Hrsg.) *Wir lieben Wissenschaft. Mit einer wissenschaftlichen Grundhaltung gegen Betrug, Leugnung und Pseudowissenschaft* (S. 143-164). Springer. https://doi-org.ezproxy.fhstp.ac.at/2443/10.1007/978-3-662-61730-4_7
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Expert*inneninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlagen. In A. Bogner, B. Littig, & W. Menz (Hrsg.) *Interviews mit Expertinnen: Eine praxisorientierte Einführung* (S. 17-42). Springer VS.
- Michel-Schwartz, B. (2007). Fallarbeit: ein theoretischer und methodischer Zugang. In B. Michel-Schwartz (Hrsg.) *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 121-154). Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing*. Guilford Publications.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *3114 - Numéro national de prévention du suicide*. Sante.Gouv.fr. Abgerufen 08. März 2025, von <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/3114>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Línea 024 de Atención a la Conducta Suicida. Gobierno de España*. Ministerio de Sanidad. Abgerufen 08. März 2025, von <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
- Mishara, B. L., Côté, L.-P. & Dargis, L. (2023). Systematic Review of Research and Interventions With Frequent Callers to Suicide Prevention Helplines and Crisis Centers. *Crisis*, 44(2), 154–167. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1027/0227-5910/a000838>
- Müller, B. (2017). Dimensionen von Fällen: Fall von, Fall für, Fall mit. In B. Müller (Hrsg.) *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*

- (8. Auflage aktualisiert und erweitert von U. Hochuli Freund, S. 43-49). Lambertus.
- Müller, M., Siebert, A. & Ehlers, C. (2023). *Sozialarbeiterisches Case Management: ein Lehr- und Praxisbuch*. Verlag W. Kohlhammer.
- National Health Service (o. D.). *NHS 111*. NHS England. Abgerufen 22. März 2025, von <https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/nhs-111/>
- Nestmann, F., Sickendiek, U., & Engel, F. (2007). Statt einer „Einführung“: Offene Fragen „guter Beratung“. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung*. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder (S. 599–608). DGVt-Verlag.
- Luzerner Psychiatrie AG. (2024). *Notfallplan und -karte*. Luzerner Psychiatrie. Abgerufen 29. März 2025, von <https://www.lups.ch/patienten-aufenthalt/notfallplan-und-karte/>,
- Notruf NÖ. (o.J.a). *Ausbildung*. Notruf Niederösterreich. Abgerufen 28. Jänner 2025, von <https://notrufnoe.com/ausbildung/>
- Notruf NÖ. (o.J.b). *1450, Ihre telefonische Gesundheitsberatung. Niederösterreich*. Notruf Niederösterreich. Abgerufen 13. März 2025. <https://1450.info/>
- Nowak, P., Domittner, B. & Fousek, S. (2013). *Telefon- und webbasierter Erstkontakt und Beratungsservice. Entscheidungsunterlage für eine mögliche Umsetzung in Österreich*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Obds, (o.J.). *Soziale Arbeit als Beruf*. ÖSTERREICHISCHER BERUFSVERBAND DER SOZIALEN ARBEIT. Abgerufen 15. Jänner 2025, von <https://obds.at/soziale-arbeit-als-beruf/>
- Pantuček, P. (1998). *Techniken der Gesprächsführung*. Pantuček. Abgerufen 10. März, von 2025 <http://www.pantucek.com/seminare/200709avalon/gespraechskript.pdf>
- Pantuček, P. (2005). *Glossar*. Pantuček. Abgerufen 10. März 2025, von <http://www.pantucek.com/diagnose/glossar.htm>
- Pantuček, P. (2012). Der „Fall“. In P. Pantuček (Hrsg.) *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit* (3. aktualisierte Auflage, S. 53-69), Böhlau.
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H. (1998). *Integrative Therapie: Grundlagen einer interdisziplinären, schulenübergreifenden Psychotherapie*. Junfermann.

- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 136, 110186. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- Priority Dispatch. (2017). *LOWCODE*. Priority Dispatch. Abgerufen 22. Jänner 2025, von https://prioritydispatch.widen.net/content/1fnj90jsny/original/PDC_Low-Code-Data-Sheet.pdf?u=7cbckq&download=true
- Priority Solutions Inc. (2023). *ECNS AND LOWCODE*. Priority Dispatch. Abgerufen 22. Jänner 2025, von https://prioritydispatch.widen.net/content/4citmrlgev/original/ECNS_Program.pdf?u=7cbckq&download=true
- Rechnungshof. (2019). Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. In Rechnungshof (Hrsg.) *Bericht des Rechnungshofes*.
- Redelsteiner, C. (2013). Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. *soziales_kapital*, 9. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256/411>
- Redelsteiner, C. (2024). Die eigene professionelle Altersversorgung sichern – der Rettungsdienst als mobiler Sozial- und Gesundheitsdienstleister. *Notfall + Rettungsmedizin*, 27, 517-520. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01271-5>
- Redelsteiner, C. (2023). Gesundheit und Soziale Arbeit. *SIÖ – Soziale Arbeit in Österreich*, 59(2), 8–15. Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS).
- Richter, M., Sufryd, K., & Wittfeld, M. (2021). Soziale Arbeit und Krise: Professionelle Bearbeitungsweisen und gesellschaftliche Thematisierungen. *Sozial Extra*, 45(4), 272–274. <https://doi.org/10.1007/s12054-021-00401-y>
- Rupp, M. (2014). Psychiatrische Krisenintervention. Psychiatrie Verlag.
- Schaeffer, D., Pelikan, J. M. & Sørensen, K. (2018). *Gesundheitskompetenz: Konzepte und Interventionen*. Hogrefe Verlag.
- Schlögl, L. (2024). *Die rechtliche Betrachtung der Dokumentationspflicht in der Notfallmedizin* [Masterarbeit, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck], ULB: Dok. <https://ulb-dok.uibk.ac.at/download/pdf/9951571.pdf>
- Schmidt, S. (2005). *Das QM-Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege*. Springer Medizin Verlag.

- Schneider, T., Wolcke, B. & Böhmer, R. (2004). *Taschenatlas Notfall & Rettungsmedizin. Kompendium für den Notarzt* (2. aktualisierte und erweiterte Auflage), Springer.
- Staub-Bernasconi, S. (2019). *Menschenwürde - Menschenrechte - soziale Arbeit: Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*.
- Stein, C. (2009). *Spannungsfelder der Krisenintervention: Ein Handbuch für die psychosoziale Praxis*. Kohlhammer.
- Stemper, D. (o.J.). *Die Wissenschaft der Emotionen. Wie Emotionen unser Verhalten beeinflussen*. Psychologie Berlin-Halensee. Abgerufen 17. April 2025, von <https://www.praxis-psychologie-berlin.de/die-wissenschaft-der-emotionen/>
- Schubert, F., Rohr, D. & Zwicker-Pelzer, R. (2019). *Beratung: Grundlagen – Konzepte – Anwendungsfelder* (1. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Skov Kristensen, M., Kjær Ersbøll, A., Ahlmark, N. & Tjørnhøj Thomsen, T. (2018). The Sociolance: A mobile clinic requested through emergency medical dispatch center serving socially vulnerable and homeless people in the Capital City of Denmark. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(5), 7-43. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.05.363>
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas Universitätsverlag.
- Thiersch, H. (1986). *Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Juventa.
- Thiersch, H. (2007). Sozialarbeit/Sozialpädagogik. In: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.). *Das Handbuch der Beratung*, Bd. 1. Disziplinen und Zugänge.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E. & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *AJMC Journal*. 19(1), 47–59. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23379744/>
- Victim Support Europe. (2022). *Guidelines for Victim Support Services and Crisis Hotlines on Data Protection and GDPR Compliance*. Victim Support Europe. Abgerufen 22. Jänner 2025, von <https://victim-support.eu/library/>
- Vonneilich, N. (2020). Sozialer Status, soziale Beziehungen und Gesundheit. In A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klämer, I. Moor, H. von der Lippe & N. Vonneilich

(Hrsg.) *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung* (S. 257-272). Springer VS.

Von Spiegel, H. (2000). *Jugendarbeit mit Erfolg! Arbeitshilfen und Erfahrungsberichte zur Qualitätsentwicklung und Selbstevaluation; ein Modellprojekt des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe - Landesjugendamt, Westfälische Schulen*. Votum Verlag.

Weik, I. (2016). 1450: *Die neue Gesundheitsnummer für Österreich*. Ligforschung. Abgerufen 28. Jänner 2025, von <https://www.ligforschung.at/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1634&token=4fd7f47865a9e74876496d6454af68fe552d7e4f>

Weiss, S. (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3. Auflage). Springer VS.

Wieland, W. (2001). *Urteil und Gefühl. Kants Theorie der Urteilskraft*. Vandenhoeck & Ruprecht.

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Abgerufen 16. Jänner 2025, von <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit (2013–2020)*. WHO Regionalbüro für Europa.

Daten

D1, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 07.02.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D2, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 15.01.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D3, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 14.01.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D4, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 12.01.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D5, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 28.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D6, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 23.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D7, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 23.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D8, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 16.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D9, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 03.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D10, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 03.12.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D11, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 26.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D12, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 23.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D13, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 15.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D14, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 12.11.2023, Zeilen durchgehend nummeriert.

D15, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 11.02.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D16, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 21.02.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D17, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 03.03.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D18, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 06.03.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D19, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 10.03.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

D20, sozialarbeiterische Dokumentation des AKUTteam NÖ im Zuge einer Alarmierung durch die telefonische Gesundheitsberatung 1450, 14.03.2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

G, Gruppendiskussion geführt von Lea Helle Van-Kuren und Lena Wagner mit dem drei Sozialarbeiterinnen des AKUTteam NÖ, 03.04.2024, Audiodatei.

TG, Transkript Gruppendiskussion, erstellt von Lea Helle Van-Kuren und Lena Wagner, April 2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

ITV, Experteninterview geführt von Lea Helle Van-Kuren und Lena Wagner mit einem Sozialarbeiter mit Lehrtätigkeit und Experten für Krisenintervention, 25.04.2024, Audiodatei.

TI, Transkript Experteninterview, erstellt von Lea Helle Van-Kuren und Lena Wagner, April 2024, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abbildungen

Abbildung 1: Bio-Psychosoziales Modell (Universität Augsburg), modifiziert nach Engel (1977).....	13
Abbildung 2: „Dimensionen der Qualitätsanalyse bei personenbezogenen Sozialen Dienstleistungen“ (Hansen, 2010, S. 75)	20
Abbildung 3: „Systematisierung von Standards“ (Hansen, 2010, S. 77).....	22
Abbildung 4: Aufteilung der Zuständigkeiten der telefonischen Gesundheitsberatung ... zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung (HVB, 2019, S. 11)	25
Abbildung 5: Ablauf bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Niederösterreich, eigene Darstellung.....	27
Abbildung 6: Die häufigsten Indikationen 2001-2006 (Lasogga & Gasch, 2007).....	29
Abbildung 7: Alarmierungen AKUTteam NÖ 2023 (AKUTteam NÖ, 2023, S. 4)	30
Abbildung 8: Kategorien, erstellt mit MAXQDA, eigene Darstellung.....	39
Abbildung 9: Gesprächsverlaufsoptionen psychosozialer Beratungen der telefonischen Gesundheitsberatung, eigene Darstellung.....	45
Abbildung 10: „presented problem“ Matrix aus der Falldokumentation, eigene Darstellung	53
Abbildung 11: „Interventionsschema für traumatische Krisen“ (Sonneck, 2000, S. 36)56	
Abbildung 12: Fallentwicklung hin zur Krise, eigene Darstellung	58
Abbildung 13: Allzuständigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich, eigene Darstellung	70
Abbildung 14: empfohlener Gesprächsverlauf der telefonischen Gesundheitsberatung 1450, eigene Darstellung.....	85
Abbildung 15: Implementierung von Case Management für Dauernutzer*innen der telefonischen Gesundheitsberatung, eigene Darstellung	90

Anhang

Leitfaden Experteninterview

Einstieg:

Die Forschenden erklären das Forschungsinteresse und die Hintergründe der Forschungsarbeit. Es wird dabei die Besonderheit der Beratungssituation des AKUTteam NÖ im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung genannt, da es sich hier um eine Krise handeln *kann* aber nicht handeln *muss*.

Thema telefonisches Setting

- Was unterscheidet eine telefonische Beratung von einer „klassischen“ face-to-face Beratung, bei welcher man sich gegenübersetzt?
 - Welche Herausforderungen bringt das telefonische Setting mit sich?
 - Welche Vorteile könnte eine telefonische Beratung haben?
- Worauf muss bei einem telefonischen Setting geachtet werden seitens der Organisation und seitens der Berater*innen?

Thema psychosoziale Beratungen

- Welche Wirkung könnten (teil-) standardisierte Leitfäden/Abfrageschemata bei telefonischen psychosozialen Erstkontakten haben?
 - Wie wichtig ist Standardisierung bei Erstkontakten?
- Kann diese Abfrage/dieser Erstkontakt von Laien (z.B.: Calltaker*innen) durchgeführt werden? Warum ja, warum nein?
- Wann ist das Hinzuziehen einer psychosozialen Fachkraft notwendig?
- Welche Gefahren bringen strikte Abfrageschemata mit sich? Welche Perspektiven eröffnen sie?
- Welche Aspekte müssen bei einer telefonischen psychosozialen Beratung immer abgeklärt werden, unabhängig vom Tätigkeitsbereich?

Thema Krise

- Wie kann im Zuge einer telefonischen psychosozialen Beratung eine Krise identifiziert werden?
 - Was ist dabei anders als beim persönlichen Beratungssetting?
- Welche Herausforderungen gibt es bei einer telefonischen Krisenintervention?

*Thema Berater*innen*

- Was verändert sich für Berater*innen, wenn sie nur telefonisch Kontakt zu ihren Klient*innen haben?
- Welche (besonderen) Fähigkeiten müssen Berater*innen für eine professionelle *telefonische* psychosoziale Beratung zu führen?

Auszug Transkript Gruppendiskussion

- 124 **B1:** Ich war letztens mit [Name der Kollegin anonymisiert] bei den ACNs bei der
125 Schulung und da war da waren zwei ECNs dabei und die haben dann gemeint, ob sie
126 uns vielleicht dann anrufen können. Ich hab gesagt: ja, sicher dürfts ihr uns anrufen. Also
127 sicher dürfts ihr uns auch anrufen. Ja, also da ist einfach die Hemmschwelle, dann auch
128 da so zu sagen. Sie haben viel Stress und ein Telefonat nach dem anderen. Und Sie
129 wollen auch uns ja auch nicht stören in unserem Ablauf und ja.
- 130 **B2:** Mir ist es auch schon zweimal passiert, dass eine ECN angerufen hat und gefragt
131 hat, ob sie das richtig gemacht hat.
- 132 **B3:** Ja, genau.
- 133 **B2:** Also ja, wirklich.
- 134 **I1:** Voll bemüht.
- 135 **B2:** Voll bemüht, ja. Also.
- 136 **B3:** Auch Unsicherheit manchmal.
- 137 **B2:** Stimmt, ja.
- 138 **B1:** Aber grundsätzlich kann das also können sie diese ganzen Fälle an uns schicken.
139 Also da haben wir ja noch bei keinem nein gesagt. Manchmal ist es halt so, dass die
140 Betroffenen ganz dezidiert einen Rettungswagen wollen, weil sie auf die Psychiatrie
141 wollen. Und das formulieren sie bei uns dann genauso noch einmal. Ja, dann machen
142 wir das halt dann für die Betroffenen. Aber.
- 143 **B2:** Was schon vorkommt, das ist wenn die Betroffenen anrufen aber zum Beispiel nicht
144 gleich bei 1450, sondern zuerst die, die 144 und dann kommen sie zur ECN und dann
145 uns. Und so haben die dann drei Mal das Gleiche erzählt, ja, und das ist mir schon mal
146 passiert, dass sie so richtig genervt sind. Also jetzt erzähl ich das das dritte Mal und so,
147 also das kann ein bisschen unangenehm sein.
- 148 **B3:** Aber für manche Klientinnen ist das schön wenn sie drei Mal das gleiche erzählen
149 können.
- 150 **B2:** Ja das stimmt.
- 151 **B3:** Das ist manchmal, dass da irgendwelche Infos kommen und dann stellt sich der Fall
152 ganz anders dar. Also ja.
- 153 **B1:** Das haben wir jetzt erst gehabt. Das war presented problem eine Panikattacke. Aber
154 eigentlich hat er einen körperlichen Alkoholentzug gehabt.
- 155 **I1:** Okay.
- 156 **B1:** Das ist ja was ganz was anderes.
- 157 **B2:** Ja.
- 158 **B3:** Oder dieser, einen Einsatz kriegt und ja, aber das war vom ACN. Die haben uns halt
159 gebeten, dass man die Tochter anrufen, weil die so fertig ist, weil der Bruder den Kontakt
160 abgebrochen hat. Und dabei war ihr Problem, dass die Mama Demenz hat. Das ist, ganz
161 unterschiedlich, was.
- 162 **B2:** Der Alarmierungsgrund ist, oft einfach so vorgeschoben und dahinter verbirgt sich
163 dann ganz was anderes.
- 164 **B3:** Genau.
- 165 **B2:** Das ist ganz sicher oft vorgemacht.

Auszug Auswertung Falldokumentation (D13)

...	1	15.11.2023 11:32
Vorinformatione	2	lt. 1450: Waffe an Schläfe geladen, kann aber nicht abdrücken; verweigert kh, auch alkoholabusus in vorgeschichte ;
Presented Problem	3	///////// Tel mit AP: AP sehr schwer verständlich, hat lt. eigener Aussage keinen Alkohol getrunken, er hat heute Nacht
..Suizidalität	4	nur 2 Stunden geschlafen, ist völlig erschöpft , physisch und psychisch; besitzt 2 Glock Waffen, eine liegt immer unter
Suchtthematik	5	seinem Kopfpolster - aus Sicherheitsgründen; diese hat er geladen und an seine Schläfe gesetzt, aber er schaffe es nicht
..Akute psychische	6	einmal mehr, abzudrücken; AP war 8 Jahre lang beim Jagdkommando, hat sich aber nun freistellen lassen; er ist körperlich
Presented Prol	7	immer fit gewesen, körperlich immer im Training und hat auch psychologische Schulungen für seinen Job im Jagdkommando
..Suizidalität	8	bekommen, um die Arbeit "verdauen" zu können; das hätte bis jetzt auch gut funktioniert; vor 2 Stunden plötzlich Bilder
..Akute Erkrankung	9	im Kopf ("ich habe Menschen umgebracht") , körperliche Schwäche ("ich kann nicht mal mehr aufstehen"), er will dem nur
..Suizidalität	10	mehr ein Ende machen; kein soziales Netzwerk (er ist Waldviertler und Einzelgänger) , Hausarzt besucht er nur zu
..Professionelle	11	Vorsorgeuntersuchungen ("der schaut mich immer so komisch an"), AP will keine Rettung (die können mir auch nicht helfen),
..Freunde	12	AP kennt den Ablauf bezgl. UBG; jetzt darf eh niemand zu ihm kommen, da er in Unterhosen sei, die Waffe nicht versperrt
..Familie	13	wäre; das Gespräch gestaltet sich schwierig, da AP undeutlich und teilw. leise spricht, es klingt nicht nach Alkohol,
..Professionelle Hilfe	14	sondern nach totaler Erschöpfung ; er nennt stärker werdende Übelkeit - dennoch RD abgelehnt; ich ersuche ihn, ein Glas
..Informationsweiterg	15	Wasser zu holen, damit es mit dem Sprechen leichter wird; das traut er sich zuerst nicht zu, da er Angst hat, zu
..Akute psychische Belast	16	stürzen; ein Tel mit einer PsyKraft lehnt er ab, da er keinen Sinn darin sehe; immer wieder erwähnt er die Waffe in
..Akute Erkrankung	17	seiner Hand, er müsse ja nur noch abdrücken; einmal entschuldigt er sich, er müsse kurz das Tel auf stumm schalten, da
..Rettungseinsatz	18	er sich übergeben müsse ; danach reden wir weiter, nochmalige Bitte meinerseits, die Waffe zu sichern und beiseite zu
..Entlastungsgespräch un	19	legen, um ein Glas Wasser zu holen; AP murmelt "ich versuche es.." Tel bricht ab; mehrere Anrufversuche-niemand hebt ab;
..Akute psychische Belast	20	über 144 RD+Polizei angefordert; Nachfrage bei 144, ob AP im System bekannt sei hinsichtlich Daueranrufer bzw.
..Weiterverweisung	21	psychiatrischer Transporte - nein;
..Extramuraler Bereich		
..Akute Erkrankung		

Auszug Auswertung Experteninterview

Z.	Original	Paraphrase	Verallgemeinerung	Kategorie	Memo
183 - 188	Und so würde ich mich da vortasten. So „müssen Sie die ganze Zeit daran denken“ Oder „sind Sie nu fähig, in die Arbeit zu gehen? Wie schaut denn das aus?“ Ja, .Damit klärst die Einengung ein bisschen ab, oder „ziehen Sie sich ganz zurück?“ Oder „haben Sie noch Kontakt? Wer weiß denn von dem?“ Also so also würde ich relativ rasch dann in die Exploration gehen, weil ich das wissen muss. Erst dann kann ich entscheiden, ob ich für die Datenbank was abfrage oder aber jetzt ganz schnell versuchen muss, da Hilfe zu organisieren.	Im Gespräch würde B1 in kleinen Schritten explorieren und eine emotionale Einengung abklären. Ob weitere Fragen gestellt werden hängt von dieser Exploration ab. Im Falle einer Krise, muss mit Kriseninterventionen begonnen und gegebenenfalls zusätzliche Hilfe organisiert werden.	Nachdem die Bedrohungslage abgeklärt wurde, wird weiter exploriert, ob es eine Einengung gibt. Anhand dieser Informationen wird entschieden, ob weiteres Assessment möglich ist oder Krisenintervention gestartet werden muss.	Ablauf Standardisierung Krise vs. Problem Assessment Clearing	Flowchart

189 - 200	<p>I2: Genau das. Apropos. Es gab, wir haben das aus einem Fall vom AKUTteam. Da wurde dann in der Doku steht drin „die Ankerperson sagt, dass er konkrete Suizidgedanken hat und sofort Hilfe braucht. Er hat den Plan, dass er sich mit dem Messer die Pulsadern aufschneiden wird. Wir vereinbaren, dass ich die Rettung alarmiere und ich telefonisch bis zum Eintreffen der Rettung bei ihm bin.“ Und dann ist eine halbe Stunde Telefonat, dann trifft die Rettung ein. Also eigentlich eh super. Ähm, wenn jetzt komplett sozialarbeiterisches „Wünsch dir was Konzert“ wäre, weil bei Suizidalität die Rettung muss auch nicht immer die Top Passung sein.</p> <p>B1: Ich wollte gerade sagen. Das ist schon ein bisschen die Notlösung.</p> <p>I2: Genau. Was wäre jetzt aus deiner Sicht ein optimaler weiterer Verlauf mit besonderem Blick darauf, dass es eben telefonisch ist?</p> <p>B1: Dass der also entweder der, der telefoniert oder oder ein Kollege dorthin fährt und und Beratung macht, also Krisenintervention macht. Oder zu zweit</p>	<p>Der Interviewpartner sieht bei Suizidalität die Alarmierung der Rettung als Notlösung. Optimal wäre hingegen, wenn ein*e zweite*r Professionist*in oder die Person am Telefon zum*zur Anruferin fährt.</p>	<p>Im Falle einer Suizidalität wird die persönliche Krisenintervention durch eine psychosoziale Fachkraft einem Hinzuziehen der Rettung vorgezogen. Dabei wäre es wünschenswert, wenn der*die Berater*in am Telefon oder ein*e Kolleg*in vor Ort fahren könnte.</p>	<p>Krisenintervention</p> <p>Rettungskette</p>	
-----------------	--	---	---	--	--