

Telefonische Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen

Sozialarbeiterisch fundierte Leitfäden für die
Anliegen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und
Sucht

Dario Herneczky

Viktoria Mestnik

Theresa Wagneder

Masterthese

Eingereicht zur Erlangung des Grades

Master of Arts in Social Sciences

an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2025

Erstbegutachter*in: Mag. Barbara Mayr, MA

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. DAS Mag. (FH) Alois Huber

Abstract

Telefonische Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen

Sozialarbeiterisch fundierte Leitfäden für die Anliegen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht

Herneczky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 gehen neben medizinischen Anliegen zunehmend auch Anrufe mit psychosozialen Anliegen ein. Die am Telefondienst tätigen Emergency Communication Nurses (ECNs) arbeiten dabei mit einer LowCode-Software, welche ausführliche Protokolle zu medizinischen Themen beinhaltet, die sie je nach Anliegen auswählen und abarbeiten können. Protokolle zu psychosozialen Themen sind hingegen rar und bei weitem nicht so ausführlich, wie jene zu medizinischen Anliegen. Da sich Anrufe mit psychosozialen Anliegen allerdings häufen, beschäftigt sich die Arbeit mit folgenden Forschungsfragen: "Mit welchen psychosozialen Themen sehen sich die ECNs regelmäßig konfrontiert, für die ein Leitfaden hilfreich wäre?" und "Wie könnte ein Leitfaden für die drei am häufigsten gewählten Themen der ECN-Umfrage für die Praxis gestaltet werden?". Mit dem Ziel für die Praxis hilfreiche Leitfäden zu erstellen, wurde zu Beginn mittels einer Online-Umfrage erhoben, mit welchen psychosozialen Anliegen sich die ECNs in ihrer Tätigkeit bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 häufig konfrontiert sehen. Dabei zeichnet sich ab, dass erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht, die drei häufigsten psychosozialen Anliegen von Anrufer:innen darstellen. Auf Basis dieser Erkenntnisse wurde eine Fokusgruppendiskussion mit Sozialarbeiter:innen durchgeführt. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring wurden die Daten der Fokusgruppendiskussion ausgewertet und Leitfäden zu den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht erstellt. Um die Leitfäden in der Praxis der telefonischen Gesundheitsberatung unterstützend anwenden zu können, wurde im Rahmen dieser Arbeit auch auf Gesprächstechniken eingegangen, welche sich in Zusammenhang mit den psychosozialen Themen eignen. Anhand von Fallbeispielen wurde zusätzlich ein Case Management-Bezug eingebaut, der gleichzeitig die Relevanz einer Implementierung von Case Management bei der Gesundheitsberatung 1450 aufzeigen soll. Case Management eignet sich hierbei besonders für Personen mit Multiproblemlagen beziehungsweise Frequent Caller, um auch diese adäquat unterstützen und begleiten zu können. Mit einem eigens bei der Gesundheitsberatung 1450 angesiedelten Case Management könnte zeitgleich die telefonische Beratung im Umgang mit psychosozialen Themen durch die Professionist:innen entlastet werden. Im Großen und Ganzen stellen die aus der Arbeit resultierenden Leitfäden einen Mehrwert für die Praxis dar und sollen künftig bei der telefonischen Gesundheitsberatung unterstützend zum Einsatz kommen.

Sozialarbeiter:innen • Emergency Communication Nurse • ECN • Emergency Communication Nurse System • ECNS • LowCode • 1450 • telefonische Gesundheitsberatung • psychosoziale Beratung • sozialarbeiterische Erstberatung • Leitfaden

Abstract

Telephone health advice for psychosocial concerns

Social work-based guidelines for the concerns of increased anxiety, loneliness and addiction

Herneczky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

In addition to medical concerns, the 1450 telephone health advice service is increasingly receiving calls with psychosocial concerns. The emergency communication nurses (ECNs) working on the telephone service use LowCode software, which contains detailed protocols on medical issues that they can select and process depending on the concern. Protocols on psychosocial issues, on the other hand, are rare and nowhere near as detailed as those on medical issues. However, as calls with psychosocial concerns are becoming more frequent, this study addresses the following research questions: "Which psychosocial issues do ECNs regularly face for which a guideline would be helpful?" and "How could a guideline for the three most frequently selected topics in the ECN survey be designed for use in practice?". With the aim of creating guidelines that would be helpful for practitioners, an online survey was conducted at the beginning to find out which psychosocial concerns ECNs are frequently confronted with in their work at the 1450 telephone health advice service. It is becoming apparent that increased anxiety, loneliness and addiction are the three most common psychosocial concerns of callers. Based on these findings, a focus group discussion was conducted with social workers. Using qualitative content analysis based on Mayring, the data from the focus group discussion was evaluated and guidelines on the topics of increased anxiety, loneliness and addiction were created. In order to be able to apply the guidelines in a supportive manner in the practice of telephone health counseling, this work also dealt with conversation techniques that are suitable in connection with the psychosocial topics. Using case studies, a case management reference was also included to demonstrate the relevance of implementing case management in health counseling. Case management is particularly suitable for people with multiple problems or frequent callers in order to provide them with adequate support and guidance. At the same time, a dedicated case management service at Health Counseling 1450 could relieve the burden on telephone counseling professionals in dealing with psychosocial issues. Overall, the guidelines resulting from the work represent added value for practice and should be used to support telephone health advice in the future.

Social Workers • Emergency Communication Nurse • ECN • Emergency Communication Nurse System • ECNS • LowCode • 1450 • telephone health counseling • psychosocial counseling • initial social work counseling • guidelines

translated with DeepL (DeepL SE 2025)

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Relevanz des Themas	8
2.1	Vorstellung und Begründung des Forschungsvorhabens	9
2.2	Relevanz für die Praxis und das Gesundheitssystem	10
3	Theoretischer Teil	12
3.1	Ausgewählte Anliegen	12
3.2	Erhöhte Ängstlichkeit	12
3.2.1	Kritische Beleuchtung der Bezeichnung	13
3.2.2	Allgemeines Verständnis	13
3.2.3	Angst in Zahlen	16
3.3	Einsamkeit	17
3.3.1	Allgemeines Verständnis	17
3.3.2	Einsamkeit in Zahlen	19
3.4	Sucht	21
3.4.1	Bedeutung, Wandel und moderne Ansätze	22
3.4.2	Sucht in Zahlen	24
3.5	Prozessablauf bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450	25
3.5.1	Telefonische Beratung	28
3.5.2	LowCode	29
3.5.3	Telefonische Gesundheitsberatung 1450	29
3.5.4	Leitfaden	30
3.5.5	Leitlinien	31
3.5.6	Clearing	31
4	Daten und Methoden	33
4.1	Feldzugang	33
4.2	Online-Umfrage als Vorbereitung für die Fokusgruppendiskussion	35
4.3	Methodologische Einordnung der Fokusgruppe im Forschungsprojekt	36
4.3.1	Ablauf in der Fokusgruppe	38
4.3.2	Praxis der Fokusgruppenarbeit	38
4.3.3	Vergleich von Fokusgruppen und Einzelinterviews	39
4.3.4	Fragestellungen in den Fokusgruppen	40
4.4	Datenanalyse: Qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring	42
4.4.1	Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	42
4.4.2	Umsetzung in der vorliegenden Forschungsarbeit	44
5	Ergebnisse: Auswertung der Fokusgruppendiskussion	45
5.1	Relevante Beratungsbegriffe	47
5.1.1	Psychologische Beratung	47
5.1.2	Psychosoziale Beratung	48
5.1.3	Sozialarbeiterische Erstberatung	48
5.2	Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich erhöhte Ängstlichkeit	49

5.3	Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich Einsamkeit	52
5.4	Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich Sucht.....	55
5.5	Allgemeine Gesprächstechniken in der Sozialen Arbeit	57
5.5.1	Motivierende Gesprächsführung	58
5.5.2	Ressourcenorientierte Gesprächsführung	60
5.5.3	Lösungsorientierte Gesprächsführung	63
6	Leitfaden	65
6.1	Einstieg in die telefonische Beratung	67
6.2	Hauptteil der telefonischen Beratung	67
6.2.1	Erhöhte Ängstlichkeit.....	68
6.2.2	Einsamkeit.....	72
6.2.3	Sucht	74
6.3	Schluss	77
6.4	Gemeinsame Elemente und Schnittstellen der Leitfäden	78
6.4.1	Kernaspekte	78
6.4.2	Übergreifende Themen	79
7	Konzept des Case Managements in Theorie und Praxis	81
7.1	Die Relevanz von Case Management für die telefonische Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen.....	81
7.2	Case Management als integrative Methode im Gesundheits- und Sozialwesen.....	83
7.3	Implementierung des Case Managements bei 1450	84
7.4	Case Management auf Fall- und Systemebene.....	90
7.5	Funktionen der Case Manager:innen in der Sozialen Arbeit	91
7.5.1	Advocacy	91
7.5.2	Social Support	92
7.5.3	Broker:innen	93
7.5.4	Gatekeeper:innen	93
7.6	Einordnung von erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht in den Case Management Ansatz	94
7.7	Umgang mit erhöhter Ängstlichkeit im Case Management.....	94
7.7.1	Fallbeispiel zu erhöhter Ängstlichkeit.....	95
7.7.2	Case Managements im Kontext erhöhter Ängstlichkeit	105
7.8	Umgang mit Einsamkeit im Case Management	106
7.8.1	Fallbeispiele zu Einsamkeit bei Anrufer:innen	106
7.8.2	Case Management im Kontext von Einsamkeit	116
7.9	Umgang mit Suchterkrankungen im Case Management	116
7.9.1	Fallbeispiel Verdacht Suchtproblematik.....	117
7.9.2	Case Management im Kontext von Suchtberatung und Verweisungen	129
7.10	Zwischenfazit CM	129
8	Fazit.....	131
8.1	Kritikteil	132
8.2	Ausblick	132
Literatur	134	
Abkürzungen.....	141	

Abbildungen	142
Anhangsverzeichnis	143
Eidesstattliche Erklärung	166

1 Einleitung

Herneczky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Die telefonische Gesundheitsberatung unter der Rufnummer 1450 ist seit ihrer Einführung im Jahr 2019 eine zentrale Anlaufstelle für medizinische Erstberatung in Österreich. Die Beratung erfolgt durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, welche als Emergency Communication Nurses (ECNs) eingestellt sind. Die dort verwendete Software LowCode ist für medizinische Anliegen gut ausgearbeitet, allerdings zeigte sich in der Vergangenheit, dass die ECNs zunehmend mit psychosozialen Themen konfrontiert werden. Bisher gibt es für derartige Anliegen teilweise nur oberflächliche oder gar keine eigenen Protokolle. Dies betrifft beispielweise auch Anrufe zu den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht.

Im Rahmen der Masterarbeit wird genau hier angesetzt und versucht, mithilfe von Leitfäden die ECNs besser auf psychosoziale Anliegen vorzubereiten. Dabei stehen folgende zentrale Forschungsfragen im Fokus:

- “Mit welchen psychosozialen Themen sehen sich die ECNs regelmäßig konfrontiert, für die ein Leitfaden hilfreich wäre?”
- “Wie könnte ein Leitfaden für die drei am häufigsten gewählten Themen der ECN-Umfrage für die Praxis gestaltet werden?”.

Ziel dieser Arbeit ist es, praxisnahe und anwendbare Leitfäden zu entwickeln, die den ECNs im Umgang mit psychosozialen Anliegen eine erste Orientierung bieten, ohne dabei die Arbeit von Sozialabreiter:innen zu ersetzen. Zur Erhebung der häufigsten psychosozialen Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 wurde eine Online-Umfrage durchgeführt, die zeigte, dass besonders die Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht häufige Anliegen der Anrufer:innen darstellen.

Anhand dieser Erkenntnisse wurde eine Fokusgruppendiskussion mit Sozialarbeiter:innen geführt, um Informationen für den Umgang mit den genannten Anliegen zu sammeln. Die Auswertung erfolgte angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Als Ergebnis wurden Leitfäden entwickelt, die sowohl umfassende als auch kurze Handlungsempfehlungen enthalten. Zudem wurden praxisnahe Fallbeispiele integriert, um die Bedeutung eines strukturierten Case Managements in der telefonischen Gesundheitsberatung für Fälle mit Multiproblemlagen oder für Frequent Caller zu verdeutlichen.

Durch die systematische Erhebung und Analyse der psychosozialen Anliegen und der Entwicklung praxisnaher Leitfäden kann diese Arbeit einen Beitrag zur Verbesserung der telefonischen Beratung bei 1450 bieten. Die Ergebnisse sollen die Handlungssicherheit der ECNs im Umgang mit psychosozialen Anliegen fördern. Dies kann langfristig nicht nur die Beratungsqualität verbessern, sondern auch zur Entlastung des Gesundheits- und Sozialwesens beitragen.

2 Relevanz des Themas

Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Die telefonische Gesundheitsberatung unter der Rufnummer 1450 dient seit November 2019 als eine wesentliche Säule der medizinischen Erstversorgung in Österreich. Dienstleistungen, welche man unter der Rufnummer 1450 in Anspruch nehmen kann, ermöglichen es Anrufer:innen, eine schnelle und kompetente Einschätzung ihrer gesundheitlichen Beschwerden zu erhalten und bei Bedarf an die passenden medizinischen Einrichtungen verwiesen zu werden. Unterstützt durch die Software LowCode, die auf medizinischen Protokollen basiert, wird den Anrufer:innen bei nicht lebensbedrohlichen Anliegen eine Auswahl an verschiedenen Versorgungsoptionen geboten (Österreichische Sozialversicherung 2022).

Ein großer Teil der Anrufer:innen bringt jedoch Anliegen vor, welche unter die Kategorie „Sonstiges“ fallen und daher nicht durch das standardisierte medizinische Abfrageschema abgedeckt werden können. Bei diesen sonstigen Anliegen handelt es sich oftmals um psychosoziale Herausforderungen, welche Themen wie psychische Belastungen, soziale Isolation oder familiäre Themen betreffen. In der Vergangenheit zeigte sich, dass die Emergency Communication Nurses (ECNs), also diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, regelmäßig mit solchen Anliegen konfrontiert werden. Hierfür fehlt es allerdings oftmals an Verweisungswissen, da es entweder keine Protokolle zu entsprechenden psychosozialen Themen gibt oder bestehende nicht ausführlich genug sind.

Hier setzt unser konkretes Forschungsvorhaben mit den beiden folgenden Forschungsfragen an: „Mit welchen psychosozialen Themen sehen sich die ECNs regelmäßig konfrontiert, für die ein Leitfaden hilfreich wäre?“ und „Wie könnte ein Leitfaden für die drei am häufigsten gewählten Themen der ECN-Umfrage für die Praxis gestaltet werden?“. Durch die beiden Forschungsfragen ergibt sich das Ziel, die psychosozialen Anliegen, die häufig bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 auftreten und für die es keine standardisierten Abfrageschema gibt, systematisch zu analysieren. Es soll untersucht werden, mit welchen psychosozialen Anliegen die ECNs in ihrer täglichen Arbeit bei 1450 konfrontiert sind und wo Wissenslücken in Bezug auf verfügbare Unterstützungs möglichkeiten bestehen. Im weiteren Verlauf werden Leitfäden entwickelt, die ECNs bei psychosozialen Anliegen unterstützen, bis geeignete Versorgungsangebote vermittelt werden können. Ziel ist es, neben Verweisungswissen auch Handlungssicherheit im Umgang mit solchen Themen zu stärken – insbesondere, da die ECN-Expertise primär im medizinisch-pflegerischen Bereich liegt und LowCode vor allem auf körperliche Symptome ausgerichtet ist. Von einer strikten, standardisierten Abfrage wird in Bezug auf psychosoziale Herausforderungen bewusst abgesehen, da es im Umgang mit Klient:innen aufgrund von unterschiedlichen Persönlichkeiten und deren individuellen Herausforderungen einen Spielraum braucht, der mittels einer detaillierten Protokollabfrage

auch aus Sicht der befragten Sozialarbeiter:innen, nicht ausreichend gegeben wäre. Aus diesem Grund werden hier Leitfäden und keine Protokolle entwickelt, die flexibel anwendbar sind und keine exakte Abarbeitung einzelner Fragen erfordern. An dieser Stelle sollte betont werden, dass die Arbeit nicht darauf abzielt, den ECNs die Aufgaben von Sozialarbeiter:innen zu übertragen, sondern eine Unterstützung im Umgang mit Klient:innen zu bieten, bis eine Vermittlung an geeignete Stellen stattfinden kann. Die entwickelten Leitfäden bieten entsprechend einen überblicksmäßigen Anhaltspunkt für die ECNs im Umgang mit psychosozialen Anliegen von Anrufer:innen, bis diese an die geeigneten Fachstellen vermittelt werden konnten. Rosen und Proctot (2003:108) zufolge sollen Leitfäden Fachkräften allgemein nämlich Handlungssicherheit bieten und sie dabei unterstützen, Anforderungen erfolgreich umzusetzen (vgl. ebd.). Zudem soll damit sichergestellt werden, dass unabhängig davon, an welche:n Berater:in man gerät, von gewissen Standards ausgegangen werden kann. Im Grunde liegt der Zweck jedes Leitfadens also darin, die Qualität der Arbeit für die Klient:innen sicherzustellen (vgl. ebd.:1). Was auch im Interesse dieses Forschungsvorhabens ist.

2.1 Vorstellung und Begründung des Forschungsvorhabens

Mestnik Viktoria

Das Forschungsvorhaben zielt darauf ab, eine Orientierungshilfe für die ECNs im Umgang mit psychosozialen Themen zu schaffen. Die bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 verwendete Software LowCode bietet eine Bandbreite an umfangreichen Protokollen rund um biomedizinische Abklärungen und Verweisungsmöglichkeiten. Die vermehrt auftretenden psychosozialen Themen, werden allerdings nur teilweise in Protokollen abgedeckt und hier im Vergleich zu medizinischen Anliegen eher oberflächlich behandelt. Zu den vorhandenen psychosozialen Protokollen zählen „Angst“, „Depression“, „Suizidgedanke“, „Jugendlicher mit Suizidgedanken“, „Verhaltensänderung“ und „Sonstige Protokolle“. Zudem werden spezifische psychosoziale Anliegen auch innerhalb anderer Protokolle aufgegriffen, ohne eigene Protokolle darzustellen.

Die im Rahmen dieses Forschungsprojekts erstellten Leitfäden sollen als Stütze für die ECNs dienen, gleichzeitig Spielraum für persönliche Einschätzungen und individuelle Themen der Anrufer:innen lassen. Die ECNs sollen damit Handlungssicherheit im Umgang mit psychosozialen Themen generieren und erweitern, damit sich die Anrufer:innen bis zur Weitervermittlung gut aufgehoben fühlen.

Um die Leitfäden erstellen zu können, wurde zu Beginn der Forschung eine Online-Umfrage erstellt, welche an die zuständigen Betreiber:innen der Gesundheitsberatung 1450 in ganz Österreich, mit der Bitte, diese an all ihre ECNs weiterzuleiten, gesendet wurde. Die Liste der in der Umfrage gebotenen Ankreuzmöglichkeiten ergab sich nach Auswertung eines:einer österreichischen LowCode-Anwender:in, der:die dankenswerterweise im LowCode-System nach psychosozialen Begriffen suchte und dem Forschungsteam eine Liste übermittelte. Die Online-Umfrage erschien hier vorteilhaft, um eine hohe Anzahl an

ECNs, welche in Österreich verteilt sitzen, zu erreichen. Zudem wurde versucht die Umfrage – mit nur einer Frage – kurz zu gestalten, um die Rücklaufquote möglichst hochzuhalten. Diese Herangehensweise schien nicht nur zeiteffizient, sondern auch hinsichtlich des Aufwandes am sinnvollsten (vgl. Thielsch / Weltzin 2009:70). Mittels der Online-Umfrage wurde analysiert, mit welchen psychosozialen Anliegen die ECNs sich in ihrer beruflichen Tätigkeit bei 1450 häufig konfrontiert sehen. Resultierend aus der Umfrage zeigte sich, dass die Thematiken „erhöhte Ängstlichkeit“, „Einsamkeit“ und „Umgang mit Suchterkrankung“ die drei, am häufigsten vorkommenden psychosozialen Anliegen bei 1450 ausmachen.

Basierend auf dieser Erhebung wurde mit drei Sozialarbeiter:innen eine Fokusgruppendiskussion geführt. Ziel der Diskussion war es zu erheben, wie ein gelungenes Gespräch bei psychosozialen Anliegen aussieht und welche Fragestellungen hierfür priorisiert werden müssen, damit möglichst viele relevante Informationen vermittelt und die Klient:innen bestmöglich unterstützt werden können. Da das finale Ziel der Fokusgruppendiskussion die Erstellung eines Leitfadens für die tägliche Praxis der ECNs war, schien es besonders wichtig die ersten Ideen der Sozialarbeiter:innen festzuhalten, da sich daraus schließen lässt, dass diese für die Fachkräfte besonders wichtig sind. Aus diesem Grund wurde direkt nach der Vorstellung der Fragestellung jeweils eine kurze Zeitspanne eingeplant, in der die Sozialarbeiter:innen ihre Herangehensweisen einzeln verschriftlichen konnten, was dann auf einer Pinnwand gelistet wurde. Erst im Anschluss daran wurden die Themen besprochen.

2.2 Relevanz für die Praxis und das Gesundheitssystem

Wagneder Theresa

Die Erweiterung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 um eine sozialarbeiterische Komponente ist nicht nur aus gesellschaftlicher Perspektive von großer Bedeutung, sondern kann auch für das gesamten Gesundheitssystems wertvoll sein und verschiedene Vorteile mit sich bringen. Eine geplante und qualitätvolle Erstberatung für Menschen mit psychosozialen Anliegen wirkt sich positiv auf die Versorgungsqualität aus. Besonders für ECNs, die bisher mit verschiedenen psychosozialen Anliegen konfrontiert sind, ohne dass für alle Anliegen ausreichend adäquate Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, soll der Leitfaden Hilfe im Umgang mit spezifischen psychosozialen Themen bieten und damit sowohl die Handlungssicherheit fördern als auch die Qualität der Beratung verbessern.

Durch einen Leitfaden kann die Handlungssicherheit der ECNs erhöht werden und dazu die Qualität der Beratung für Anrufer:innen mit psychosozialen Problemen erheblich verbessert werden (vgl. Weik 2016:10). Weikl (ebd.) betont die Relevanz der Implementierung sozialarbeiterischer Elemente in die Gesundheitsberatung 1450 und dass dies einen wichtigen Schritt zur ganzheitlichen Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Österreich darstellen kann.

Gerade in Zeiten zunehmender psychischer Belastungen und sozialer Isolation, welche auch der COVID-19-Pandemie geschuldet sein können, ist eine umfassendes Hilfsangebot unumgänglich. Bindet man sozialarbeiterische Aspekte in die telefonische Gesundheitsberatung 1450 ein, kann sichergestellt werden, dass nicht nur akute biomedizinische Bedürfnisse, sondern auch soziale und psychische Belastungen richtig adressiert werden können. Langfristig kann dieser Ansatz positive Auswirkungen auf die gesamte Versorgungslandschaft haben, indem eine Entlastung der Krankenhäuser und der medizinischen Einrichtungen entsteht. Die Implementierung sozialarbeiterischer Aspekte in die telefonische Gesundheitsberatung 1450 kann ein vielversprechender Schritt für die Gesundheitsversorgung in Österreich sein. Damit können nicht nur medizinische, sondern auch psychosoziale Aspekte integriert und eine umfassende Beratung ermöglicht werden.

3 Theoretischer Teil

Herneczky Dario

Dieses Kapitel widmet sich den Begriffsbestimmungen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht sowie dem Prozessablauf der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Es wird unter anderem darauf eingegangen welche Symptome die ausgewählten Anliegen mit sich bringen und in welchem Ausmaß die Bevölkerung davon betroffen ist.

Weiterführend wird beschrieben, wie der Prozessablauf bei der Gesundheitsberatung 1450 funktioniert. Dazu wird zuerst auf die Entwicklung der telefonischen Beratung in Österreich eingegangen und anschließend erklärt welche Software bei 1450 benutzt wird. Zum Schluss wird noch der Unterschied zwischen einem Leitfaden und einer Leitlinie ausgearbeitet sowie das Clearing in der Sozialen Arbeit erläutert.

3.1 Ausgewählte Anliegen

Herneczky Dario

In diesem Abschnitt werden die drei Themenkomplexe erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht näher beleuchtet und kritisch analysiert. Es wird spezifisch auf diese drei psychosozialen Themen eingegangen, da diese der Online-Umfrage zufolge, den größten Teil an psychosozialen Anliegen von Anrufer:innen ausmachen. Neben der Definition wird auch darauf eingegangen wie viele Menschen von solchen psychosozialen Belastungen allgemein betroffen sind. Vorwegnehmen lässt sich schon einmal, dass all diese Anliegen eine große Rolle im Leben vieler Menschen spielen und sie einen beträchtlichen Einfluss auf die Gesamtbevölkerung haben.

3.2 Erhöhte Ängstlichkeit

Mestnik Viktoria

In den nachfolgenden Kapiteln wird vorerst kritisch Bezug auf die Bezeichnung „erhöhte Ängstlichkeit“ genommen und gleichzeitig begründet, wieso diese Begriffe trotzdem weiter übernommen werden. Anschließend erfolgt eine Beleuchtung der Ängste, was darunter verstanden werden kann, wie sich Ängste physisch bemerkbar machen können und wie sie nach dem ICD-10 klassifiziert werden, beziehungsweise welche verwandten Diagnosen es

geben könnte. Zuletzt wird im Kapitel 3.2.3, beleuchtet, wie viele Menschen betroffen sind und wie sich die Lebenszeitprävalenz dazu darstellt.

3.2.1 Kritische Beleuchtung der Bezeichnung

Mestnik Viktoria

Der Terminus „erhöhte Ängstlichkeit“ wurde in die Arbeit bewusst übernommen, da diese Bezeichnung in der Software LowCode innerhalb von Protokollen so vorkommt. Umso wichtiger ist es, diese verwendeten Begrifflichkeiten kritisch zu hinterfragen. Ist die Bezeichnung „erhöhte Ängstlichkeit“ in der Wissenschaft geläufig? In der Fachliteratur lässt sich zu „erhöhter Ängstlichkeit“ nicht viel finden, da diese vorwiegend auf Angst, Angsterkrankung, Angstzustände, Angststörungen, Panikattacken oder andere Bezeichnungen verweisen. Kritisch betrachtet, könnte man sagen, dass Angst ein subjektiv wahrgenommenes Gefühl ist. Die Bezeichnungen „erhöhte“ impliziert allerdings einen Vergleich, der bei einem aktuell auftretendem subjektiven Angstempfinden, welches im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung geäußert wird, nicht angemessen erscheint. Hier ist es wichtig, das Gefühl des:der Anrufer:in wahr- und ernstzunehmen.

Nur im MSD Manual, in der Ausgabe für medizinische Fachkreise, konnte eine ähnlicher Terminus bei der generalisierten Angststörung gefunden werden. Hier wird beispielsweise auf „übermäßig auftretende Ängste und Sorgen“ in Bezug auf diverse Tätigkeiten eingegangen (Merck & Co, Inc. 2025). Die Kombination der Begriffe „erhöhte“ und „Ängstlichkeit“ konnte allerdings so nicht gefunden werden. Trotz der kritischen Aspekte im Blick auf die Bezeichnung wurde diese im Rahmen der Umfrage und Fokusgruppendiskussion beibehalten, da dieser Terminus innerhalb von LowCode so Anwendung findet und die ECNs damit arbeiten müssen. Dementsprechend wird die Bezeichnung über die gesamte Arbeit hinweg verwendet, wobei eine Umbenennung der Bezeichnung innerhalb von Protokollen durchaus sinnvoll erscheint, insbesondere da es bereits ein Protokoll „Angst“ gibt.

Bei der Bezeichnung „erhöhte Ängstlichkeit“ muss allerdings auch berücksichtigt werden, dass es sich bei LowCode um eine amerikanische Software handelt, wodurch die Bezeichnung möglicherweise auch auf eine unpassende Übersetzung zurückzuführen sein könnte.

3.2.2 Allgemeines Verständnis

Mestnik Viktoria

Angst kann als Grundemotion verzeichnet werden, die sich in allen Kulturen wiederfindet (vgl. Matten / Pausch 2024:125). Sie stellt ein Warnsignal dar (vgl. Domschke 2021:415; vgl. Matten / Pausch 2024:125) und hat damit gleichzeitig einen Schutzauftrag (vgl.

ebd.:125). Matten und Pausch (ebd.:126) verweisen dabei auf das „4-Ebenen-Modell der Angst“ (ebd.). Dabei wird darauf eingegangen, dass Menschen Angst zwar als ein Gefühl empfinden, welches auch physisch im Körper wahrnehmbar ist, dieses Gefühl bedingt allerdings zeitgleich die Gedanken und das Verhalten von Personen. Im Körper kann sich Angst auf unterschiedlich Art bemerkbar machen. Matten und Pausch (ebd.) listen dabei mehrere Körpersignale, wie:

- schneller Herzschlag,
- die Angst, einen Herzinfarkt zu bekommen,
- Druckgefühl in der Brust,
- Kurzatmigkeit,
- das Gefühl zu ersticken,
- Schwankung im Temperaturempfinden,
- zittern,
- schwitzen,
- Kribbelgefühl oder Taubheitsempfinden im Körper,
- Magen-Darm-Beschwerden
- und Schwierigkeiten beim Schlucken.

Wie zuvor bereits erwähnt, machen sich Veränderungen nicht nur auf physischer Ebene bemerkbar, sondern sie spiegeln sich auch in den Gedanken wider. Ängste minimieren die Verstandstätigkeit in Akutsituationen, da der Fokus auf der potenziellen Gefahr liegt (vgl. ebd.). Matten und Pausch (ebd.:126f) verweisen darauf, dass dieser Fokus für reale, plötzlich auftretende Gefahren dienlich ist, da damit Kraft für die Überwindung der Gefahrensituation aufgebracht werden kann. Bei wiederholt auftretenden beziehungsweise andauernden Ängsten haben diese allerdings nicht mehr den Zweck der Energiebeschaffung, sondern es kennzeichnen sich Minderungen der verstandsmäßigen Alternativen. Darüber hinaus impliziert dies eine Modifikation im Denken und damit kann die „Angst-vor-der-Angst“ entstehen. Auch im Verhalten kennzeichnen sich Veränderungen durch die Angst. Matten und Pausch (ebd.:127) betonen, dass das Bestehen regelmäßiger oder anhaltender Ängste häufig eine Minimierung sozialer Kontakte zur Folge hat und daraus resultiert oftmals ein Umgehen von individuellen, potenziell angstbeflößenden Situationen. Solch ein Vermeidungsverhalten bedingt zwar eine kurzlebige Angstminimierung, anhaltend kommt es allerdings zu einer Zunahme der Angst. Es folgt eine Generalisierung und damit häufig eine Ausweitung von Situationen, welche umgangen werden (vgl. ebd.).

Kossak (2020:56) verweist auf die Betrachtung der Angst aus evolutionärer Sicht, da sie hier eine relevante Rolle im Überlebenskampf von Individuen und den Spezies spielt. Sowohl in tatsächlichen als auch in imaginären Gegebenheiten erfüllt Angst den Zweck verstärkter Vorsicht und Konzentration. Gleichzeitig fördert diese Vorsicht und Konzentration die Mobilisierung körperlicher Stärke, um Bedrohungen entweder zu entfliehen oder um sie abzuwehren. Entsprechend beschreibt Kossak (ebd.) die beiden Optionen „Fight-or-Flight“ (ebd.), also kämpfen oder flüchten. Domschke (2021:415) greift die erweiterte Reaktionsoption um den Punkt „Freeze“ auf. Um das evolutionäre Fortbestehen sicherzustellen, ist nach Kossak (2020:56) eine rasche Reaktion gegebenenfalls auch auf geringe Bedrohungen notwendig. Gleichzeitig erhöht sich damit allerdings auch die Wahrscheinlichkeit, falsche Notsignale zu aktivieren (vgl. Kossak

2020:56). Die vermehrten falschen Notsignale bringen häufig dann, die von Matten und Pausch (2024:127) zuvor bereits beschriebene „Angst vor der Angst“ zum Vorschein.

Für ein pauschales Verständnis zur Einordnung und Definition von Ängsten, wird oftmals auf ICD-10 verwiesen, weshalb sich auch in dieser Arbeit daran orientiert wird. Vorweg muss dazu festgehalten werden, dass es nicht die eine Definition gibt, sondern es wird in mehreren Klassifikationen auch Bezug auf Ängste genommen. Dementsprechend können Ängste innerhalb eines ICD-10 Codes auch nur als Nebenerscheinung dargestellt werden. Beispielsweise werden phobische Störungen unter „F40.- Phobische Störungen“ definiert. Darunter werden Störungen genannt, bei denen die Angst, auch innerhalb nicht tatsächlich bedrohlicher Gegebenheiten, präsent ist. Dies führt häufig zu Vermeidungsverhalten oder dazu, dass Situationen mit Ängsten durchgestanden werden. Die Sorgen der Betroffenen stützen sich dabei oftmals auf einzelne Beschwerden, wie Herzrasen oder Schwächeempfinden. Dies äußert sich allerdings häufig in Verbindung mit Sekundärängsten, wie der Angst vor dem Sterben, davor die Kontrolle zu verlieren oder auch „dem Gefühl, wahnsinnig zu werden.“ Meist bereitet schon die Erwartung, dass die phobische Angst eintreten könnte, Angstzustände (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2025:F40.-). Zu den phobischen Störungen gehört auch die Agoraphobie, welche unter F40.0 definiert wird. Darunter versteht man Bedenken, die eignen vier Wände zu verlassen, in Shops zu gehen, allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, oder auch die Angst vor überfüllten Orten. Oftmals treten damit auch Panikstörungen oder depressive und zwanghafte Anzeichen auf (vgl. ebd.:F40.0).

Als weiteren zentralen Punkt wird im ICD-10 noch die Kategorie „F41.- Andere Angststörungen“ beleuchtet. Dabei handelt es sich um Störungsbilder, bei denen sich die Angst als Primärsymptom kennzeichnet, ohne dass es zu einer Bindung an spezifische Umgebungskontexte kommt. Unter der Bedingung, dass diese Primärsymptome bestehen, können auch die phobische Angst oder depressive- beziehungsweise Zwangssymptome auftreten, welche allerdings klar als Nebenerscheinungen kenntlich sein müssen (vgl. ebd.:F41.-). Unter „[a]ndere Angststörungen“ fallen:

- „F41.0 Panikstörung“ (ebd.:F41.0)
- „F41.1 Generalisierte Angststörung“ (ebd.:F41.1)
- „F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt“ (ebd.:F41.2)
- „F41.3 Andere gemischte Angststörungen“ (ebd.:F41.3)
- „F41.8 Sonstige spezifische Angststörungen“ (ebd.:F41.8)
- „F41.9 Angststörungen, nicht näher bezeichnet“ (ebd.:F41.9)

Zur Erläuterung werden nur die ersten drei gelisteten „[a]nderen Störungen“ expliziert. Hauptmerkmal der „F41.0 Panikstörung“ sind wiederholte intensive Panikattacken, deren Eintritt sich aufgrund wechselnder und unspezifischer Gegebenheiten nicht vorweg erahnen lässt. Wie bei anderen Angsterkrankungen kennzeichnen sich auch bei Panikattacken beispielsweise Symptome wie Herzrasen, Schmerzen in der Brust oder Schwindlempfinden. Darüber hinaus kann sekundär die Sorge zu sterben oder die Kontrolle zu verlieren, bestehen (vgl. ebd.:F41.0).

Des Weiteren wird die „F41.1 Generalisierte Angststörung“ nach ICD-10 erläutert. Wie die Bezeichnung schon vorwegnimmt, handelt es sich dabei um eine pauschale und beständige Angst, die keine Eingrenzung auf präzise Umgebungskontexte vornimmt. Hier können sich

unterschiedliche Symptome bemerkbar machen, die zum Teil bereits zuvor aufgezählt wurden. Im ICD-10 wird dabei auf spezifisch Symptome wie anhaltende Anspannung, Zittern, Schwitzen, Schwindelgefühl, Anspannung der Muskeln sowie Beschwerden im Oberbauch verwiesen. Die Betroffenen haben zudem oftmals die Sorge, dass nahestehende Personen erkranken beziehungsweise einen Unfall haben (vgl. ebd.:F41.1). Zuletzt soll zur „F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt“ noch erwähnt werden, dass diese Klassifizierung nur dann stattfinden kann, wenn weder die Angst, noch die Depression dominanter ist. Wenn sowohl intensive Symptome der Angst, als auch der Depression kenntlich sind, werden beide Diagnosen separat gestellt (vgl. ebd.:F41.2).

3.2.3 Angst in Zahlen

Mestnik Viktoria

Die Zahlen bestätigen, dass Angststörungen nicht nur häufig, sondern auch weltweit vorkommen. Im Jahr 2019, lebten laut Weltgesundheitsorganisation WHO 301 Millionen Menschen mit einer Angststörung – darunter 58 Millionen Kinder und Jugendliche (vgl. WHO 2022). Damit gehören Angststörungen, neben Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit (vgl. ebd.). Domschke (2021:415) gereift die Zahlen für das Jahr 2020, mit Fokus auf die EU auf und nennt hierzu eine Jahresprävalenz, die angibt, wie viele Krankheitsfälle es im vergangenen Jahr gab, von 14 Prozent. In Zahlen sind das 61,5 Millionen Personen in der EU, die mit einer Angsterkrankungen leben (vgl. ebd.).

Ferguson et al. (2024:8) verzeichnen eine besonders hohe Quote an Angststörungen in Industrieländern. So wird in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 15 bis 20 Prozent verzeichnet, was bedeutet dass etwa ein Fünftel der Deutschen im Laufe ihres Lebens an einer Angststörung erkranken (vgl. ebd.). Vorherrschend sind dabei die „generalisierten Angststörungen, Panikstörungen, soziale Phobien und spezifische Phobien“ (ebd.). Arkowitz et al. (2010:29) schreiben im etwas älteren Text sogar über eine Lebenszeitprävalenz von 25 Prozent. Die Heilungsrate ist dabei eher niedrig. Bei der generalisierten Angststörung wird beispielsweise auf eine Genesungsrate von 40 Prozent verwiesen (vgl. ebd.:29f).

Ferguson et al (2024:8) betonen darüber hinaus, dass sich differenzierte Häufigkeiten abhängig vom Geschlecht zeigen, wobei vermehrt Erkrankungen bei Frauen festgestellt werden. Sie sind doppelt so oft betroffen im Vergleich zu Männern, was nicht nur hormonbedingt, sondern auch genetisch und auf Basis psychosozialer Aspekte begründet wird (vgl. ebd.).

3.3 Einsamkeit

Herneczky Dario

Über das Thema Einsamkeit zu sprechen, fällt vielen Menschen nicht leicht. Es ist immer noch mit viel Schamgefühl behaftet und oft machen sich die betroffenen Personen selbst für die Ursachen verantwortlich. Einsamkeit kann in jeder Altersgruppe auftreten und auch schon Kinder können davon betroffen sein (vgl. Ernst 2024:33). Mit zunehmender Dauer dieses Gefühls wird es immer schwieriger einen Ausweg zu finden. Manifestiert sich die Einsamkeit, so kann es zu gesundheitlichen Problemen kommen.

In den nächsten zwei Kapiteln wird deshalb auf die Thematik Einsamkeit näher eingegangen. Zuerst werden die unterschiedlichen Arten von Einsamkeit erläutert, welche Faktoren sie bedingen können sowie die Symptome, die damit einhergehen. Im darauf anschließenden Kapitel wird die Verbreitung von Einsamkeit genauer betrachtet.

3.3.1 Allgemeines Verständnis

Herneczky Dario

Einsamkeit gewinnt immer mehr an Relevanz in der Bevölkerung, dadurch benötigt es eine verstärkte Sensibilisierung für dieses Thema, um auf die negativen Folgen aufmerksam zu machen und diesen entgegenzuwirken. Dies unterstreicht auch Scherr (Scherr 2023:46)

„[...] Einsamkeit [wird] als zunehmend bedeutsames Problem moderner Gesellschaften thematisiert und vermeintlich zunehmende Einsamkeit im Zusammenhang mit gesellschaftsstrukturellen Veränderungen, wie etwa der Globalisierung der Arbeitsmärkte und erzwungenen Mobilität, Verdrängung, direkter durch indirekter Kommunikation sowie durch Dynamiken der Individualisierung bedingte Veränderungen der Familienstrukturen (Verkleinerung von Familien durch sinkende Geburtsraten, steigende Scheidungsraten), in den Blick gerückt.“

Deswegen ist es bei der Einsamkeitsforschung hilfreich den Blick auf die Mikro-Meso- und Makroebene zu legen (Noack 2022:25f).

Auf der Mikroebene liegt der Analysefokus auf der psychischen und physischen Verfassung, den Persönlichkeits- und Charaktereigenschaften sowie der intim-erotischen Bindung und familiären Einbindung. Es wird analysiert was Menschen in bestimmten Situationen zu ihrem Handeln bewegt und von welchen Emotionen, Einstellungen, Hoffnungen, Gedanken und Wünschen sie dabei geführt werden. Als Mikroregulatoren werden Faktoren der Mikroebene verstanden, die im Zusammenhang mit der Entstehung und Veränderung von unfreiwilliger Einsamkeit stehen.

Die Mesoebene beinhaltet die freundschaftliche, nachbarschaftliche und institutionelle Vernetzung. Soziokulturelle Normen, also welche Anzahl und Beschaffenheit sozialer Kontakte als angemessen gelten, sind auf dieser Eben ebenfalls von Bedeutung. Aspekte der Eingebundenheit in Freundschaften, Nachbarschaften und in institutionellen Strukturen

sowie soziokulturelle Ideale zur erwarteten Anzahl und Art von sozialen Kontakten eines Menschen werden als Mesoregulatoren verstanden.

Auf der Makroebene werden die Teilhabechancen betrachtet, die das Zugehörigkeitsgefühl zu einer größeren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft beeinflussen. Sie werden als Makroregulatoren bezeichnet.

Durch die Betrachtung, ob Einsamkeit auf einer oder auf mehreren Ebene stattfindet, können individuelle Möglichkeiten und Grenzen erkannt werden. Wird dies außer Acht gelassen, können wichtige Informationen verloren gehen.

In der Forschung wird des Weiteren unterschieden zwischen Einsamkeit, sozialer Isolation und dem Alleinsein (vgl. Severine 2022:98). Durch soziale Isolation wird der Mangel an sozialen Beziehungen anhand von verschiedenen Indikatoren, wie beispielsweise der Qualität, Häufigkeit und Anzahl sozialer Kontakte messbar gemacht (vgl. ebd.).

Alleinsein hingegen beschreibt einen temporären, selbstgewählten Zustand, in dem eine Person bewusst Zeit allein verbringt. Damit kann Alleinsein auch als positiv empfunden werden (vgl. Ernst 2024:17).

Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl und kann von jedem Menschen anders verstanden werden. Peplau und Perlman (Perlman, Daniel / Peplau, Letitia Anne 1981) beschreiben Einsamkeit folgendermaßen „[...] in our view loneliness is the unpleasant experience that occurs when a person's network of social relations is deficient in some important way, either quantitatively or qualitatively“ (ebd.:31).

Jede Person erlebt Einsamkeit anders. Während einige es vorziehen, häufiger allein zu sein, ziehen andere die Gesellschaft von Menschen vor (vgl. Gesundheitsportal 2024). Je länger die Einsamkeit anhält, desto schwerwiegender kann sich dies auf die Gesundheit auswirken. Chronische Einsamkeit bedeutet für den Körper Stress, der sich in körperliche und psychische Probleme manifestieren kann. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Suizidalität, Angststörungen, Demenz, Herzinfarkt und Schlaganfall (vgl. ebd.). Darüber hinaus hat Einsamkeit einen nachteiligen Einfluss auf die Lebenserwartung. Ausgelöst werden kann Einsamkeit unter anderen durch folgende Faktoren (vgl. ebd.):

- Verlust einer geliebten Person
- Krankheiten
- Sozioökonomische Faktoren
- Schulwechsel oder Ausbildungsabschluss
- Flucht
- Gesellschaftliche Ereignisse zum Beispiel Pandemien
- Pensionsantritt
- Umzug

Obwohl Einsamkeit die Gesundheit negativ beeinflussen kann, ist sie im ICD-10 nicht als eine eigene Krankheit klassifiziert. Jedoch gibt es in der Gruppe Z55-65 Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände eine Zusatzkodierung mit Z60.2 Alleinlebende Personen (WHO / BfArM 2024).

Eine Studie der Europäischen Kommission (European Commission. Joint Research Centre. 2021) zeigt, dass während der Corona Pandemie viele Menschen vermehrt unter Einsamkeit litten. Besonders junge Erwachsene waren in den ersten Monaten der Pandemie davon betroffen, wie die folgende Abbildung 1 zeigt(ebd.:21).

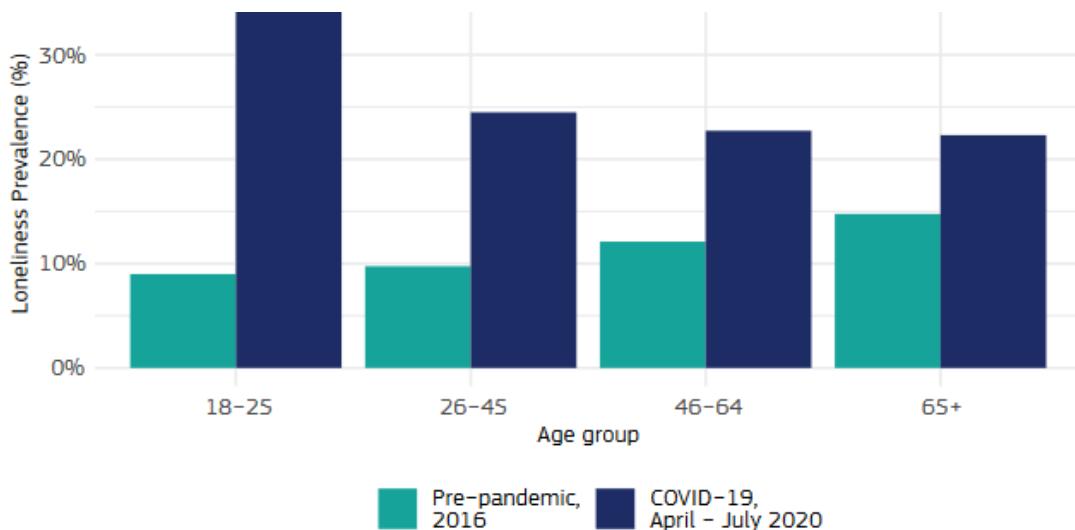


Abbildung 1: Loneliness in the EU

Auch nach der Pandemie sind die Auswirkungen in Bezug auf Einsamkeit weiterhin spürbar. Dies bestätigt auch eine Umfrage aus dem Jahre 2023 unter 1029 Personen über 15 Jahre, der Caritas zum Thema Einsamkeit (vgl. SORA 2023:2). Die Ergebnisse zeigen, dass „[...] jede/r Vierte sehr oder eher zustimmt, sich aufgrund von Corona einsamer zu fühlen“ (ebd.:5). Aber auch die Teuerung, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Lebensmittel und Energie, trägt dazu bei, dass die Einsamkeit steigt. Besonders betroffen sind dabei Personen deren Haushaltseinkommen 1.500 Euro nicht übersteigt (vgl. ebd.:6).

3.3.2 Einsamkeit in Zahlen

Hernezky Dario

Einsamkeit ist ein Thema, dass in der österreichischen Gesellschaft immer mehr an Präsenz gewinnt. Laut einer Kurzbefragung der Caritas (SORA 2023) fühlen sich mehr als 600.000 Menschen in Österreich den größten Teil ihrer Zeit einsam. Zwei Drittel der befragten Personen geben an, dass Einsamkeit tendenziell steigt, daher fordern auch 53 Prozent Maßnahmen gegen Einsamkeit von der Regierung. Jede vierte befragte Person gibt an, dass sie gerne mehr soziale Kontakte hätte.

Besonders bei älteren Menschen ab 65 Jahren steigt die Zustimmung, dass Einsamkeit die Lebensqualität einschränkt. Der demographische Wandel ist geprägt von einer immer älter werdenden Bevölkerung. Damit einhergehend wird sich die Einsamkeit zunehmend verschärfen. In Österreich hat sich die Zahl von Alleinlebenden innerhalb von 20 Jahren von 1,2 Millionen auf 1,6 Millionen erhöht. Ein Drittel davon sind Menschen die über 64 Jahre alt sind (Statistik Austria 2025). Daher ist es wichtig mehr Bewusstsein für dieses Thema zu schaffen.

Bei der Messung von Einsamkeit wird unterschieden zwischen direkter und indirekter Selbstberichtmaße (vgl. Noack / Napolis 2023:18f.). Direkte Maße verwenden die Begriffe

einsam oder Einsamkeit und erfassen die Häufigkeit oder Intensität von Einsamkeitsgefühlen innerhalb eines bestimmten Zeitraums. Indirekte Maße hingegen vermeiden diese Begrifflichkeiten, indem sie umschrieben, oder durch verwandte Konzepte ersetzt werden. Es kann bei den beiden Messungen vorkommen, dass sie zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, denn insbesondere bei der der direkten Maße müssen sich Menschen bereiterklären zuzugeben, dass sie sich einsam fühlen, was oft als sozial stigmatisierend erlebt und angesehen wird. Weiters wird kritisiert, dass es zu ungenauen Schätzungen kommen kann, da nicht alle Menschen, dieselbe Definition von Einsamkeit haben. Nützlich sind sie jedoch um Schwankungen in den täglichen Einsamkeitsgefühlen zu erfassen. Aufgrund dieser Problematiken wird vermehrt auf indirekte Maße für Einsamkeit zurückgegriffen. Dabei haben sich zwei Verfahren durchgesetzt.

Eines davon ist die UCLA LONELINESS SCALE die 1978 von Russell, Peplau und Cutrona auf der Universität University of California, Los Angeles entwickelt wurde. Sie beinhaltet 20 Aussagen zum Thema Einsamkeit, aber sie wird auch oft in abgeänderter Form verwendet. Die UCLA LONELINESS SCALE wurde von Döring und Bortz (1993) vom Englischen ins Deutsche übersetzt und besteht aus 20 Items wobei zehn davon positiv und zehn negativ formuliert sind. Die Fragen können dabei anhand einer fünfstufigen Intensitätsskala dem persönlichen Empfinden der Teilnehmer:innen zufolge angekreuzt werden. Den Antwortalternativen werden Rohwerte von eins bis fünf zugewiesen, wobei eine höhere Punkteanzahl ein Indiz auf erhöhte Einsamkeit ist. Für eine bessere Interpretierung der Ergebnisse wird der Summenwert aller Antworten durch die Anzahl der Items geteilt (vgl. ebd.:228)

In Abbildung 2 sind die Aussagen zur Einsamkeitsskala zu sehen (ebd.:231).

1. Ich fühle mich wohl mit den Menschen um mich herum.
2. Ich habe genug Gesellschaft.
3. Ich habe niemanden, an den ich mich wenden kann.
4. Ich fühle mich allein.
5. Ich habe einen Freundeskreis.
6. Ich habe viel gemeinsam mit den Menschen um mich herum.
7. Ich fühle mich niemandem nah.
8. Die Leute um mich herum haben ganz andere Interessen und Ideen als ich.
9. Ich bin ein geselliger Mensch.
10. Ich habe Menschen, die mir nahe stehen.
11. Ich fühle mich ausgeschlossen.
12. Meine Freundschaften sind oberflächlich.
13. Niemand kennt mich wirklich.
14. Ich fühle mich von den anderen isoliert.
15. Ich kann mit anderen zusammensein, wenn ich das will.
16. Es gibt Menschen, die mich wirklich verstehen.
17. Ich bin zu viel allein.
18. Die anderen Menschen haben es schwer, an mich heranzukommen.
19. Ich habe Menschen, mit denen ich sprechen kann.
20. Ich habe Menschen, an die ich mich wenden kann.

Abbildung 2 Aussagen zur Einsamkeitsskala

Neben dem UCLA LONELINESS SCALE ist auch die De Jong Gierveld Loneliness Scale weit verbreitet. Diese Skala beinhaltet elf Items, wobei es auch kürzere mit nur sechs Items gibt. Unterschieden wird dabei zwischen sozialer Einsamkeit (Mangel an Beziehungen zu anderen Menschen) und emotionaler Einsamkeit (Fehlen einer vertrauten Beziehung)(vgl. Gierveld / Tilburg 2006:582). Es gibt davon verschiedene Abwandlungen mit verschiedenen Antwortskalen. Einfachheitshalber wird oft die Einsamkeitsskala, die aus sechs Items besteht, wovon drei davon positiv und drei negativ formuliert sind, verwendet. Bewertet werden sie mittels einer variierenden Antwortskala anhand der folgender sechs Aussagen(ebd.:590):

„3.I experience a general sense of emptiness

9.I miss having people around

10.I often feel rejected

4.There are plenty of people I can rely on when I have problems

7.There are many people I can trust completely

8.There are enough people I feel close to“

Die Aussagen drei, neun und zehn sind der emotionalen Einsamkeit zuzuordnen, während der übrigen Aussagen zu dem Bereich der sozialen Einsamkeit gehören. Beide Messverfahren könnten auch in einer Telefonberatung eingesetzt werden.

3.4 Sucht

Wagneder Theresa

Sucht ist eine vielschichtige Herausforderung, welches sich im Laufe der Zeit verändert hat – sowohl in der gesellschaftlichen Wahrnehmung als auch aus medizinischer und psychologischer Sicht. Sucht wurde früher häufig mit moralischer Schwäche in Verbindung gebracht (vgl. Mäder et al. 2021:11). Neue Erkenntnisse aus der Neurobiologie und Psychologie zeigen, dass Sucht keine persönliche Entscheidung ist, sondern viel mehr ein Zusammenspiel aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren (vgl. ebd.:12). Ein entscheidender Wandel in der Suchtbehandlung ergab sich mit der Etablierung des bio-psycho-sozialen Modells, dass die Ursachen und Mechanismen von Sucht ganzheitlich betrachtet (vgl. Atzenberger et al. 2025). In früheren Ansätzen war die Anforderung oft volle Abstinenz, heute betrifft es viel mehr die Selbstbestimmung der Einzelnen. Schadensminimierung, zieloffene Ansätze und partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Klient:innen und Fachkräften sind Ziele die die moderne Suchthilfe heute verfolgt (vgl. Kuntz 2011:44).

In folgendem Kapitel wird die historische Entwicklung des Suchtbegriffs, gesellschaftliche und wissenschaftliche Veränderungen, sowie aktuelle Präventionsmaßnahmen und therapeutische Ansätze beschrieben. Insbesondere unter dem Aspekt des bio-psycho-sozialen Modells, welches als Grundlage für zeitgemäße Behandlungen angesehen wird.

3.4.1 Bedeutung, Wandel und moderne Ansätze

Wagneder Theresa

Sucht ist ein allgemein bekanntes Wort, wird allerding des Öfteren mit Abhängigkeit verwechselt. Der Begriff Sucht stammt ursprünglich vom Wort „Suht“ ab, welches ein alt-beziehungsweise mittelhochdeutsches Wort für Krankheit ist. Verbunden wird der Begriff Sucht auch mit dem mittelhochdeutschen Wort „siech“. Diese Wortzusammenhänge findet man noch heute in verschiedenen Krankheitsbezeichnungen wieder, wie beispielweise Schwindsucht, Gelbsucht oder auch Fallsucht. Diese Parallelen verdeutlichen, dass Sucht mit körperlicher Schwäche verbunden ist und dadurch Krankheitscharakter erhält. In der klinischen Ausdrucksweise wird Sucht als ein krankhafter und zwanghafter Zugang bezeichnet, welcher eine stoffliche oder nicht stoffliche Abhängigkeit beschreibt. Betrachtet man nun den Begriff der Abhängigkeit genauer, so wird klar, dass es sich um einen Zustand handelt, in welchem zwar der negative Beigeschmack der Sucht mitschwingt, allerdings ist der Begriff der Abhängigkeit nicht in der Lage, typisch süchtige Verhaltensweisen zu skizzieren. Abhängigkeit ist viel mehr statisch und beinhaltet keinesfalls den aktiven Verhaltens- und Handlungsteil in dem betroffene Menschen agieren (vgl. ebd.).

Blickt man noch weitere zurück, hat sich das Verständnis von Sucht im Laufe der Zeit stark verändert. Über viele Jahrhunderte hinweg wurde Sucht mit grenzenloser Gier und Völlerei verbunden. Sucht wurde als großes Laster gesehen und zählte zu den Todsünden. Süchtige Menschen wurden aus der Gesellschaft ausgegrenzt, und religiöse Anführer führten Behandlungen an Substanzabhängigen durch. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden im Zuge tiefenpsychologischer Konzepte Ansätze, mittels dieser versucht wurde, Substanzkonsum zu verstehen und psychotherapeutisch zu behandeln (vgl. Mäder et al. 2021:11).

In den 1960 Jahren erweiterte sich der Blick auf soziale Dimensionen individueller Probleme, einschließlich der Suchtproblematik. Weiters entstanden in den 1990er-Jahren neue Erkenntnisse aus der Neurobiologie und Hirnforschung, in denen Sucht neu gedacht wurde. Philosoph:innen sehen Sucht heute auch als Folge moderner kultureller Strömungen, insbesondere der Entritualisierung vieler Lebensformen, was auch mit Schwierigkeiten im eigenen Weltaufbau einhergeht. In den letzten Jahren wurden neben stoffgebundenen Verhaltensweisen auch nicht stoffgebundene als Suchterkrankung anerkannt. Hierzu zählen beispielweise das pathologische Glücksspiel oder überdurchschnittlicher Medienkonsum (vgl. ebd.). Diese Süchte sind durch Entzugssymptome, Kontrollverlust oder Craving gekennzeichnet. Craving oder auch Suchtdruck genannt, beschreibt den unwiderstehlichen Drang zu konsumieren und kann einhergehen mit Angstzuständen, Depressionen oder innerlicher Unruhe (vgl. Nevriye

2021:12). Das heute weitverbreitete bio-psycho-soziale Modell zeigt, dass Sucht nicht nur durch körperliche, seelische oder soziale Ursachen entsteht, sondern durch ein Zusammenspiel dieser drei Bereiche (vgl. Mäder et al. 2021:11).

Der bio-psycho-soziale Ansatz ist heute die Grundlage für die Arbeit mit suchtkranken und abhängigen Menschen. Laut dem bio-psycho-sozialen Ansatz in der Arbeit mit Suchtkranken ist ein komplexes Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren notwendig. Der Ansatz fördert eine gleichwertige Zusammenarbeit zwischen Klient:innen und Professionist:innen. Interventionen können in den verschiedensten Formen erfolgen und beinhalten neben therapeutischen Maßnahmen auch den Einsatz von Medikamenten, sozialer Unterstützung und schadenminimierenden Maßnahmen (vgl. ebd.:12). Statt früher, oft strenger Abstinenzanforderungen wird heute Wert auf Selbstbestimmung, Würde und Eigenverantwortung der Betroffenen gelegt. Die Zusammenarbeit zwischen Klient:innen und Professionist:innen erfolgt auf Augenhöhe, mit Transparenz und individuellen Zielen. Wichtig in diesem Vorgehen war der Übergang vom Abstinenz-Ansatz zur Schadensminderung. Methoden wie kontrollierter Konsum, Zieloffenheit und Unterstützung der Eigenverantwortung haben sich als besonders wirksam erweisen. Die Behandlung kombiniert Gesprächstechniken, Medikation soziale Hilfen und psychosoziale Ansätze, welche jeweils individuell angepasst werden. Der rechtliche Status der Substanz spielt keine Rolle mehr (vgl. ebd.). Der Konsumanstieg in Österreich in den letzten Jahren konnte nicht eindeutig geklärt werden, allerdings gibt es verschiedene Hypothesen, darunter die psychosozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie. Zusammenfassend zeigt sich die Suchtsituation in Österreich in einigen Bereichen stabil beziehungsweise rückläufig. Allerdings entstehen immer wieder neue Herausforderungen (vgl. Atzenberger et al. 2025). Im Kapitel 3.4.2 „Sucht in Zahlen“ werden weitere Kennzahlen präsentiert.

Um eine einheitliche Definition der psychosozialen Anliegen in der vorliegenden Arbeit zu finden, orientieren wir uns an den Definitionen des ICD-10. Für Sucht werden insbesondere die Klassifikationen F10 bis F19 herangezogen, die sich mit psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen befasst. Der ICD-10 beschreibt das Abhängigkeitssyndrom (Kategorie F1x.2) als eine Gruppe von verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, welche nach wiederholtem Substanzkonsum auftreten können. Diese kennzeichnen sich durch starkes Verlangen nach dem Konsum der Substanz, Schwierigkeiten bei der Kontrolle des Konsums und die wiederholte Einnahme und Fortsetzung des Gebrauchs trotz negativer Konsequenzen. Die Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, eine erhöhte Toleranz gegenüber der Substanz und körperliche Entzugssymptome sind weitere Merkmale. Diese Symptome können sich auf einzelne Substanzen, wie zum Beispiel Alkohol, aber auch auf Substanzgruppen, wie Opioide oder mehrere unterschiedliche Substanzen beziehen (vgl. WHO / BfArM 2024). Zusätzlich unterscheidet der ICD-10 zwischen dem schädlichen Gebrauch von Substanzen, welcher zu psychischen oder physischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann. Unter physische Beeinträchtigungen fällt beispielsweise Hepatitis und unter psychische, eine depressive Episode, etwa in Folge massiven Alkoholkonsums. Störungen des Bewusstseins, der Kognition, der Wahrnehmung, der Affektivität oder des Verhaltens sind Zustände der akuten Intoxikation. Diese Störungen stehen im Zusammenhang mit den pharmakologischen Effekten der Substanz und klingen

mit der Zeit vollständig ab, wenn keine Komplikationen wie Verletzungen oder Krampfanfällen auftreten (ebd.). Sofern mehrere Drogen oder Medikamente eingenommen wurden und nicht klar ist, welche genau das Problem verursachen, fällt dies im ICD-10 unter die Kategorie F19, welche die Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen betrifft (ebd.). Diese Kategorie gilt auch, wenn die konsumierten Substanzen nicht genau bestimmbar oder gar unbekannt sind. Durch den Einsatz der ICD-10 Definitionen erhält man eine klare und einheitliche Grundlage, um Suchtverhalten und dessen die sozialen beziehungsweise psychischen Auswirkungen besser verstehen und analysieren zu können.

3.4.2 Sucht in Zahlen

Wagneder Theresa

Der „Epidemiologiebericht Sucht 2024“ und der „Bericht zur Drogensituation 2024“ bieten einen umfassenden Überblick über die aktuelle Sucht- und Drogenproblematik in Österreich. Sucht ist ein hochrelevantes Thema ist, welches die Gesellschaft weiterhin in hohem Maße betrifft. Obwohl sich der Konsum von Tabak und Alkohol in den letzten Jahren verringert hat, bleibt Österreich in beiden Bereichen ein Hochkonsumland. Besonders die zunehmende Nikotinabhängigkeit durch neue Produkte wie E-Zigaretten oder Nikotinbeutel sind bei Jugendlichen sehr beliebt (vgl. Atzenberger et al. 2025).

Im Bereich Alkohol zeigt sich ein langsamer Rückgang, besonders im jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter. Der „Epidemiologiebericht Sucht 2024“ zeigt auf, dass der problematische Alkoholkonsum, verbunden mit Erkrankungen und Todesfällen, die darauf zurückzuführen sind, in den letzten Jahren zurück gehen. Dennoch konsumieren rund 15 Prozent der österreichischen Bevölkerung Alkohol im gesundheitsgefährdenden Ausmaß, wobei Männer doppelt so oft betroffen sind wie Frauen (vgl. ebd.:XV). Auch wenn die Entwicklung insgesamt positiv ist, besteht weiterhin Handlungsbedarf besonders in den Bereichen Prävention und Früherkennung.

Ein weiterer zentraler Aspekt des Berichts betrifft den Konsum von illegalen Drogen. Hier dominiert der Opioidkonsum, meist in Kombination mit anderen legalen oder illegalen Substanzen. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass zwischen 36.000 und 39.000 Menschen in Österreich von einem risikoreichen Opioidkonsum betroffen sind. Auch hier sind es meist Männer und Personen über 25 Jahre (vgl. ebd.:XIII).

Neben Opioiden stellen auch weitere illegale Substanzen Herausforderungen dar. Die Konsumzahlen von weit verbreiteten Substanzen wie Amphetaminen, Cannabis oder Kokain blieben in den letzten Jahren einigermaßen stabil. Zugenommen hat allerdings die Einnahme von psychoaktiven Substanzen, wie Halluzinogene und Heroin. Diese Einnahmen werden als besonders kritisch eingestuft, da damit nicht abschätzbare Gesundheitsrisiken verbunden sein können (vgl. ebd.:XIV). Besonders besorgniserregend ist die steigende Zahl drogenbedingter Todesfälle, insbesondere bei jüngeren Konsument:innen. Insgesamt wird die allgemeine Drogensituation in Österreich zwar als

stabil und nur leicht steigend beschrieben, allerdings hat die Zahl der Drogentoten etwas zugenommen. Hiervon sind eher jüngere Frauen, unter dreißig, betroffen (vgl. ebd.:XIII). Zusammenfassend zeigt der Bericht, dass trotz leichter Rückgänge in einzelnen Bereichen weiterhin erheblicher Handlungsbedarf besteht, insbesondere in der Prävention, Früherkennung und in schadensminimierenden Maßnahmen. Dies wäre besonders wichtig, um die Suchtsituation in Österreich langfristig zu verbessern und neue Herausforderungen adäquat zu bewältigen.

3.5 Prozessablauf bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450

Mestnik Viktoria

Bevor nachfolgend eine Prozessgrafik erläutert wird, muss kurz ausgeholt werden, um ein Verständnis über die Struktur der telefonischen Gesundheitsberatung mit der Rufnummer 1450 zu generieren. Die Gesundheitshotline 1450 arbeitet mit dem „Emergency Communication Nurse System“ (ECNS), welches über die Software LowCode durch eine „Emergency Communication Nurse“ (ECN) bedient wird (vgl. Fivaz et al. 2015:14). Beim ECNS handelt es sich um ein umfangreiches Triagesystem das mehr als 200 Protokolle umfasst. Für die häufig verwendete Mehrzahl im Sprachgebrauch in Bezug auf die Emergency Communication Nurses, wird die Abkürzung ECNs verwendet. Die ECNs sind bei der Gesundheitshotline 1450 für die Beratung zuständig und müssen dafür eine zertifizierte Ausbildung zum ECNS absolvieren und im Grundberuf Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sein. (vgl. International Academies of Emergency Dispatch o.A.:1). Bei der von den ECNs verwendeten Software ECNS handelt es sich um einen computergestützten Beurteilungsprozess, welcher mit Patient:innen via Telefon abgearbeitet wird (vgl. Fivaz et al. 2015:14). Die Firma hinter der amerikanischen LowCode Software ist Priority Solutions Inc. (PSI).

Um den Einsatz des ECNS und der ECNs nachvollziehen zu können, ist es wichtig beim Eingang der Anrufer:innen zu starten. Gelangt ein Anruf in die Notrufzentrale, wird dieser von dem:der „Emergency Medical Dispatcher“ (EMD) angenommen (vgl. International Academies of Emergency Dispatch o.A.:1). Ordnet diese:r einen vorab kategorisierten niedrigen Code, einen sogenannten OMEGA-Code zu, so gelangt der Anruf zu den ECNs (vgl. ebd.). Fivaz et al. (2015:14) ergänzen neben OMEGA-, auch die ALPHA-Prioritätsstufe als Zuständigkeitsbereich der ECNs. (vgl. ebd.). Neben einem Anruf in der Notrufzentrale, welcher zu 1450 weiterverwiesen werden kann, ist die telefonische Gesundheitsberatung auch direkt über die Rufnummer 1450 erreichbar.

Nach dem Ausschluss von Prioritätssymptomen, werden weitere Informationen, wie andere Erkrankungen, Medikamenteneinnahme und Allergieinformationen eingeholt (vgl. International Academies of Emergency Dispatch o.A.:1). Anschließend wird von den ECNs ein für das Anliegen passendes Protokoll, aus den über 200 Hauptbeschwerdeprotokollen des ECNS ausgewählt. Die Antworten der Anrufer:innen auf die Fragen der ECNs, welche sich aus dem ECNS ergeben, werden eingetragen und es kommt automatisch zu weiteren

Fragestellungen. Durch die Abarbeitung der Fragen können „Recommended Care Levels“ (RCLs), also geeignete Versorgungsstufen, festgelegt werden (vgl. Fivaz et al. 2015:14f). Je nach Angabe der Anrufer:innen können unterschiedliche Dringlichkeitsstufen erwartet werden, die von der sofortigen Notwendigkeit eines Krankenwagens bis zu Selbstversorgungsanleitungen reichen. Von hier weg ist eine Aufgliederung, der in den Gemeinden vorhandenen Ressourcen möglich, wie Allgemeinmediziner:innen, und vieles mehr (vgl. International Academies of Emergency Dispatch o.A.:1). Der exakte Ablauf, wo Anrufer:innen hingelangen, variiert allerdings je nach Bundesland etwas. Mayr (2023) gibt in der Abbildung 3 einen Einblick über den Kernprozess, ab der Anrufannahme bei der Leitstelle Tirol. Eine genaue Übertragung auf alle Bundesländer ist zwar nicht möglich, Großteils ähneln sich die einzelnen Schritte allerdings, beziehungsweise sind ident.

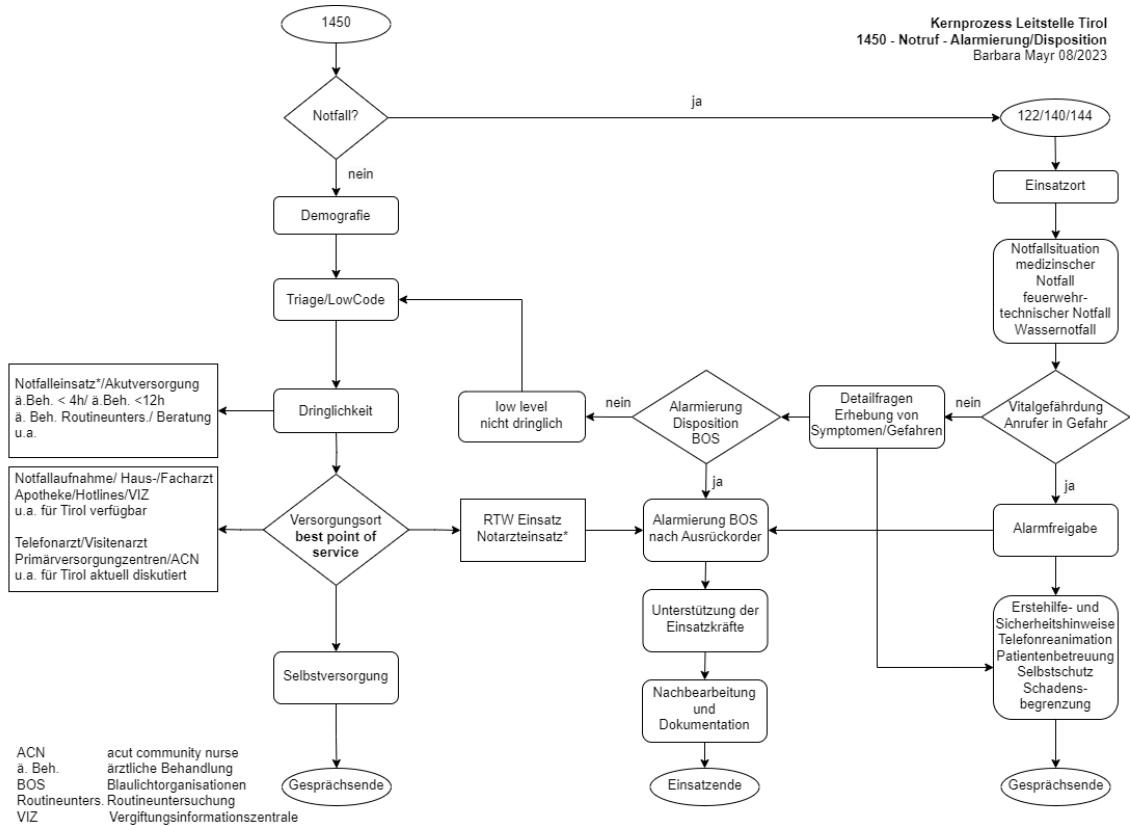


Abbildung 3: Prozessdarstellung am Beispiel der Leitstelle Tirol
(ebd.)

Diese Prozessablaufgrafik von Mayr (ebd.) zeigt, wie ein Telefonat bei 1450 ablaufen kann und wohin gegebenenfalls verwiesen wird. Folglich wird diese Grafik (Abbildung 3) erörtert, um ein pauschales Grundverständnis über interne Handlungsschritte zu generieren.

Gelangt ein Anruf bei 1450 ein, so wird dieser in Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark, Wien und Vorarlberg von vorgesetzten Calltaker:innen angenommen (laut mündlicher Übermittlung im Rahmen des Forschungsprojektes auf Basis von Interviews) (vgl. Redelsteiner, Samuel 2025). In anderen Bundesländern erfolgt eine Annahme über die ECNs. Hier werden zu Beginn Anrufer:innendaten festgehalten, wobei auf Wunsch auch anonym beraten werden kann. Nach der Datenerfassung erfolgt auch in jenen Bundesländern mit vorgesetzten Calltaker:innen die Weiterleitung an eine ECN. Nach einer ersten Problemschilderung durch den:die Anrufer:in muss sichergestellt werden, dass ein medizinischer Notfall ausgeschlossen werden kann. Sollte dies nicht der Fall sein, so erfolgt bedarfsoorientiert eine direkte Weiterleitung an die Notrufzentrale der Feuerwehr (122), Bergrettung (140) oder an den Rettungsdienst (144), wobei diese Vermittlung gegebenenfalls auch bereits der:die Calltaker:in übernehmen kann. Kann der Bedarf der Notrufzentrale ausgeschlossen werden, so wird auf Basis der Problemschilderung durch die ECNs ein Protokoll ausgewählt. Mithilfe dieses Protokolls erfolgt die Triage und damit die Zuordnung einer Dringlichkeitsstufe. Hiermit kann die Versorgungsstufe erhoben und gegebenenfalls doch noch ein Notfalleinsatz in Auftrag gegeben beziehungsweise eine Akutversorgung empfohlen werden. Dies kann mit Dringlichkeitsangaben wie, „innerhalb

von vier Stunden“ oder ähnlichen vermerkt werden. Darüber hinaus können auch andere Behandlungen, wie Routineuntersuchungen beziehungsweise Beratungsgespräche empfohlen werden. Wurde die Dringlichkeit geklärt kommt es zum nächsten Schritt, dem „best point of service“ der je nach Verfügbarkeit bei einer Akutversorgung beispielsweise die Notfallaufnahme, das Primärversorgungszentrum, ein:e niedergelassene:r Arzt:Ärztin für Allgemeinmedizin oder ähnliches sein kann. Braucht es keine Maßnahmen wie diese, kommt man zum Schritt Selbstversorgung. Für die Selbstversorgung kann je nach Verfügbarkeit der bestmögliche Versorgungsort beispielsweise die Beratung durch eine ECN, das Aufsuchen einer Apotheke oder die Beratung durch das Care Management sein. Nach diesem Schritt kann das Ende des Gesprächs eingeleitet werden.

Die Seite des Notfalleinsatzes wird im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert analysiert, allerdings kann sich auch hier in der Abklärungsphase herausstellen, dass ein Notfalleinsatz ausgeschlossen werden kann und dementsprechend eine Verweisung zu 1450 vorgenommen wird. Im Großen und Ganzen zeigt die Grafik die Ablaufmöglichkeiten eines Anrufes bei der Leitstelle Tirol, wobei es kleine bundeslandabhängige Abweichungen gibt.

Bezieht man hier nun auch eine mögliche Intensivierung der Beratung rund um psychosoziale Anliegen ein, so müssten die psychosozialen Protokolle mit Versorgungsmaßnahmen erstellt beziehungsweise weiter ausgebaut werden, welche dann neben Selbsthilfemaßnahmen auch die Aktivierung von professionellen psychosozialen und therapeutischen Ressourcen empfehlen. Aktuell sind das Verweisungsnetzwerk beziehungsweise mögliche Selbsthilfemaßnahmen ausbaufähig.

In den nachfolgenden Kapiteln werden Begriffe, welche bedeutend für das weitere Verständnis dieser Arbeit sind, kurz vorgestellt.

3.5.1 Telefonische Beratung

Herneczky Dario

Die telefonische Beratung in Österreich entwickelte sich im 20. Jahrhundert, mit der Einführung der Telefonseelsorge 1966 in Linz. 1987 wurde Rat auf Draht gegründet, die sich im Lauf der Jahre zu einer wichtigen Hotline für Kinder und Jugendliche entwickelt haben. Täglich gibt es um die 230 Anrufe (OTS.at 2022). Seit 2017 gibt es die österreichische Gesundheitsberatung 1450, die insbesondere während der Corona Krise bekannt wurde. Neben Corona wurden und werden aber noch andere biomedizinische und psychosoziale Themen behandelt.

Die telefonische Beratung betreut somit Anrufer:innen in unterschiedlichsten Lebenslagen und mit diversen Anliegen. Um eine angemessene Beratung sicherzustellen ist es äußerst wichtig, dass die Anrufer:innen während des Telefonates verstanden und ernst genommen werden. Daneben ist es entscheidend, dass die Berater:innen die Anliegen und Bedürfnisse erkennen und diese mit großer Sorgfalt behandeln (vgl. DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtanfragen e.V. 2021:5).

3.5.2 LowCode

Herneczky Dario

Bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 wird zunächst eine Erstabklärung durchgeführt. Liegt kein akuter medizinischer Notfall vor, erfolgt eine allgemeine Gesundheitsberatung zu möglichen Krankheiten oder Symptomen. Ein standardisiertes Abfrageschema (LowCode) wird dazu verwendet. Low Code ist ein softwarebasiertes Expert:innensystem welches von den Emergency Communication Nurses (ECNs) bedient wird. Ziel ist es den „best point of service“ (passender Versorgungsort) für die anrufende Person zu finden. Das Triagesystem welches dabei zum Einsatz kommt wird als ECNS (Emergency Communication Nurse System) bezeichnet. Anhand von standardisierten Abfrageprotokollen wird eine Dringlichkeitseinschätzung (Dringlichkeit einer medizinischen Maßnahme) vorgenommen und in weiterer Folge Verweismöglichkeiten vorschlägt. Sollte sich während des Gespräches doch herausstellen, dass ein medizinischer Notfall vorliegt, kann auch der Rettungsdienst verständigt werden.

Bereitgestellt wird das Expert:innensystem LowCode von der Firma Priority Solutions Inc. Es enthält eine Reihe von symptomspezifischen, geschlechtsspezifischen und altersspezifischen Logikprotokollen (vgl. Weik 2016:21). Es gibt altersspezifischen klinischen Befragungsprotokolle, die in sechs Altersgruppen unterteilt werden. Zur Verfügung stehen über 200 Fragebäume, für die Identifizierung von schwerwiegenden und zeitkritischen Krankheitsbildern. Die Inhalte für das Abfragesystem stammen aus der IAED (International Academies of Emergency Dispatch). Da das System größtenteils auf biomedizinische Hilfestellungen ausgelegt ist, werden psychosoziale Themen im LowCode nur selten abgebildet.

Schlussendlich findet eine Empfehlung über die weitere Vorgehensweise statt, wie zum Beispiel die Konsultation einer Arztpraxis.

3.5.3 Telefonische Gesundheitsberatung 1450

Wagneder Theresia

Die Telefonische Gesundheitsberatung, welche unter der Rufnummer 1450 in Österreich bekannt ist, bietet wichtige Dienstleistungen im Gesundheitssystem. Die Beratung ermöglicht Anrufer:innen an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr eine erste medizinische Einschätzung zu erhalten, wenn akute gesundheitliche Probleme auftreten. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal führt diese Beratungen durch, in dem von den Anrufer:innen geschilderte Symptome eingeordnet werden, unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wie beispielweise das Alter und Vorerkrankungen. Der Dienst basiert auf dem Expert:innensystem LowCode, das durch mehr als 200 Fragebäume gestützt wird, um verschiedene Krankheitsbilder zu identifizieren oder auszuschließen. Situationsabhängig erfolgt die Empfehlung zur Behandlung durch

eine:n Hausärzt:in, die Entsendung einer Visitenärzt:in oder das Aufsuchen einer Notfallambulanz. Die telefonische Gesundheitsberatung ersetzt keine ärztliche Behandlung und stellt keine Diagnosen, sondern dient als Anlaufstelle um die bedarfsoorientierte weitere Versorgung bestmöglich zu koordinieren (vgl. Österreichische Sozialversicherung 2022). In der vorliegenden Arbeit meint der Begriff der telefonischen Gesundheitsberatung meint die Bezeichnung „telefonische Gesundheitsberatung“ ausschließlich die telefonische Gesundheitsberatung, welche unter der Rufnummer 1450 österreichweit erreichbar ist. Folgende Grafik, abrufbar auf der Seite des Fonds Soziales Wien (2020), soll das Prozedere für Anrufer:innen bei der Gesundheitshotline 1450 verdeutlichen:



Abbildung 4: Wenn's weh tut! 1450

3.5.4 Leitfaden

Mestnik Viktoria

An dieser Stelle wird kurz erläutert, was unter dem Begriff „Leitfaden“ zu verstehen ist, da dieser das Ergebnis der Arbeit darstellt. Dementsprechend ist es wichtig, ein einheitliches Verständnis zu generieren. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein Leitfaden als Hilfsmittel verstanden, um einen spezifischen Inhalt systematisch zu strukturieren. Er soll Anwender:innen durch komplexe Themen leiten und kann auch Tipps und Ratschläge aufweisen, um an ein Ziel zu gelangen. Demnach kann ein Leitfaden kein besonders

ausführliches Tool sein, da er den Zweck erfüllen soll, mittels Handlungsempfehlungen, einfach durch komplexe Inhalte zu leiten. Leitfäden finden in der Praxis eher innerhalb spezifischer Themen Anwendung. Beim Generieren eines Leitfadens kann die Entwicklung eines Konzeptes, als auch die Festlegung des Klientels von Vorteil sein. Darüber hinaus, soll ein Leitfaden strukturiert dargestellt werden, um ihn für die Nutzer:innen möglichst einfach und ansprechend zu gestalten. Ein Einbau visueller Tools ist gestattet und kann die Nutzung erleichtern. Ein Beispiel wäre der Einbau von Checklisten (vgl. Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport 2020).

3.5.5 Leitlinien

Herneczky Dario

Neben dem Leitfaden gibt es auch noch Leitlinien, die sich folgendermaßen beschreiben lassen. Leitlinien beruhen laut dem deutschen Ministerium für Gesundheit auf systematisch entwickelten Handlungsempfehlungen, die bei den Entscheidungen in spezifischen Situationen helfen sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2025). Sie basieren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und werden im Regelfall von den verschiedenen Berufsgruppen formuliert. Besonders in der Medizin sind Leitlinien von großer Bedeutung. Aber auch in anderen Fachgebieten wie Recht, Verwaltung etc. werden sie als Entscheidungshilfe genutzt. Somit lässt sich sagen, dass sowohl Leitlinien als auch Leitfäden wichtige Werkzeuge zur Orientierung darstellen aber sich doch in gewissen Punkten unterscheiden.

3.5.6 Clearing

Wagneder Theresa

Der Begriff Clearing in der Sozialen Arbeit bezeichnet die Klärung der Probleme und Bedürfnisse von Klient:innen, um für diese passende Hilfsangebote zu identifizieren. Man unterscheidet drei Hauptarten des Clearings (vgl. Bakic / Hammer 2013:58):

- Organisatorisches Clearing klärt, welche Ressourcen oder Institutionen für Klient:innen relevant sind, beispielsweise in Frauenhäusern.
- Psychosoziales Clearing umfasst eine längere Einschätzung von Klient:innen und deren sozialen Unterstützungsbedarf. Diese Art des Clearings wird beispielsweise bei NEUSTART oder Progess durchgeführt.
- Das Clearing zur Abklärung materieller Unterstützungsleistungen untersucht Ansprüche auf finanzielle Hilfen, wie zum Beispiel Sozialrente (vgl. ebd.:59).

Clearing ist ein wichtiger Prozess in der Sozialen Arbeit, besonders im Case Management. Es hilft und unterstützt dabei, passende Hilfen zu koordinieren und sicherzustellen, sodass Klient:innen die bedarfsoorientierte Unterstützung erhalten können. Es wird versucht,

Verweisungswissen der Sozialarbeiter:innen anzuwenden, um Klient:innen passend weiterzuvermitteln (vgl. ebd.:58).

4 Daten und Methoden

Mestnik Viktoria

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Daten und herangezogenen Methoden beleuchtet. Das Kapitel 4.1 Feldzugang erklärt wie es zu der Themenwahl gekommen ist, bevor der Zugang zu den jeweiligen Forschungsschritten analysiert wird. Anschließend wird die Erstellung des Leitfadens aufgegriffen. Im darauffolgenden Kapitel 4.2 wird die Relevanz der Online-Umfrage für die nachfolgende Fokusgruppendiskussion eruiert, wobei hier bereits die Ergebnisse einfließen, da sie für die darauf aufbauende Fokusgruppendiskussion relevant sind. Diese wird in Kapitel 4.3 in einen theoretischen Rahmen gesetzt, der den Ablauf einer Fokusgruppendiskussion, die Teilnehmer:innengewinnung, die Ziele und weitere Details analysiert. Die Fokusgruppendiskussion stellt einen zentralen Punkt in der Datengewinnung dar, da in der Realisierung tiefgreifende Einblicke in die Expertise der Sozialarbeiter:innen gewonnen werden konnten. Im letzten Unterkapitel 4.4 erfolgt ein theoretischer Bezug zur Datenanalyse mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Hier wird vorerst die Theorie dieser Methode analysiert und anschließend die Umsetzung in Bezug auf die Forschungsarbeit ergründet. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Datenanalyse mithilfe von MAXQDA durchgeführt, diese bot anschließend die Basis für die Erstellung der Leitfäden.

4.1 Feldzugang

Mestnik Viktoria

Geleitet von den beiden Forschungsfragen: "Mit welchen psychosozialen Themen sehen sich die ECNs regelmäßig konfrontiert, für die ein Leitfaden hilfreich wäre?" und "Wie könnte ein Leitfaden für die drei am häufigsten gewählten Themen der ECN-Umfrage für die Praxis gestaltet werden?", wurde zu Beginn eine Online-Umfrage erstellt und an alle österreichischen 1450 Betreiber:innen versandt. Diese Forschungsfragen entstanden durch Diskussionen innerhalb der Forschungsgruppe, ob und inwieweit eine LowCode-Abfrage in der Sozialen Arbeit sinnvoll angewendet werden könnte. Der Austausch und ein Einblick in das Abfrageschema zeigte, dass ECNs in Bezug auf zahlreiche psychosoziale Themen keine adäquate LowCode-Unterstützung haben, da es eher wenige Protokolle gibt, beziehungsweise vorhandene oftmals nicht sehr gut ausgereift sind. Die stark strukturierten Protokolle erschweren zudem die Flexibilität im Umgang mit psychosozialen Anliegen von Anrufer:innen. Ziel dieser Arbeit ist es keineswegs eine detaillierte Abfrage, wie bei LowCode üblich, zu generieren, sondern Leitfäden, welche einen gewissen Spielraum und damit eine Flexibilität je nach Anliegen zulassen. Basierend auf der Umfrage zu den psychosozialen Herausforderungen, mit welchen sich die ECNs konfrontiert sehen, sollen

kompakte Leitfäden als Unterstützungsinstrumente für die jeweiligen psychosozialen Themen entwickelt werden.

Dank der Zusammenarbeit im Rahmen dieses Forschungsprojekts mit Notruf Niederösterreich und der Leitstelle Tirol, bekamen wir die E-Mail-Adressen der Leiter:innen von 1450. Diese wurden in der E-Mail-Anfrage über unser Vorhaben und die damit einhergehende Umfrage informiert und gebeten diese an Ihre ECNs auszusenden. Die Anfrage lässt sich aus dem Anhang entnehmen. Es wurde eine teilstandardisierte Umfrage gewählt, mittels der erhoben wurde, mit welchen psychosozialen Anliegen sich die ECNs in ihrer Tätigkeit bei der Gesundheitsberatung 1450 am häufigsten konfrontiert sehen. Hier gab es die Möglichkeit, aus einer Liste die persönlichen Top drei auszuwählen und unter "Sonstiges" konnten noch weitere Inhalte angeführt werden, welche aus der Liste nicht hervorgingen.

Auf Basis der Forschungsergebnisse aus der Online-Umfrage wurde anschließend eine Fokusgruppendiskussion geführt. Dafür wurde eine Anfrage bei dem:der Leiter:in einer Krisenorganisation gestellt, um die Expertise der dort tätigen Sozialarbeiter:innen in Form einer Fokusgruppendiskussion zu erheben.

Nach der Genehmigung und detaillierten Planung der Fokusgruppendiskussion kam es zu einer Erhebung mit drei Sozialarbeiter:innen. Die Diskussion dauerte in etwa 45 Minuten, wobei als Kernthemen die aus der Online-Umfrage resultierenden drei priorisierten psychosozialen Themen, mit welchen sich die ECNs aus ihrer Sicht am häufigsten konfrontiert sehen, dienten. Darunter fällt mit den meisten Stimmen auf Platz eins, erhöhte Ängstlichkeit, gefolgt von Einsamkeit und anschließend der Umgang mit Suchterkrankungen. Um auf Basis der Fokusgruppendiskussion einen Leitfaden erstellen zu können, wurde anschließend eine Auswertung, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, vorgenommen.

Orientiert am „Manual für die Beratung am Telefon“ der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ (2021), wurden schließlich, auf Basis der empirischen Forschung, drei Leitfäden, zu den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht generiert. Diese Leitfäden teilen sich identische Gesprächseinstiegs- und Abschlussphasen, unterscheiden sich allerdings in den themenspezifischen Hauptteilen. Zu Beginn wurden die drei Leitfäden generiert, wobei später jeweils eine minimierte Version hinzukam, um auch auf einen Blick themenspezifisch, die wichtigsten Inhalte griffbereit zu haben. Trotzdem empfehlen wir auch die Verwendung der ausführlichen Version, um eine bessere Unterstützung für das Gespräch zu bekommen. Für einen groben Überblick und eine notwendige rasche Interaktion kann die verkürzte Version allerdings aufgrund der Überschaubarkeit sehr hilfreich sein.

Um einen detaillierteren Einblick über den Forschungsvorgang zu bekommen, wird in den nachfolgenden Kapiteln beleuchtet, mit welchen empirischen Methoden die Daten dieser Arbeit erhoben, aufbereitet und analysiert wurde.

4.2 Online-Umfrage als Vorbereitung für die Fokusgruppendiskussion

Hernezky Dario

Für unsere Erhebung haben wir auf eine halboffene Umfrage zurückgegriffen. Der erste Teil bestand aus Multiple-Choice-Fragen, wobei von neun Antwortmöglichkeiten drei ausgewählt werden konnten. Die dazugehörige Frage lautete: „Mit welchen psychosozialen Anliegen sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit bei 1450 konfrontiert?“.

Die Anliegen spiegeln die Begrifflichkeiten im LowCode wider, die sich in den Inhalten spezifischer Protokolle finden, aber keine eigenen Protokolle darstellen, ausgenommen Angst. Diese wurden uns von einem LowCode Anwender:in zur Verfügung gestellt.

Der zweite Teil bestand aus einer offenen Frage bei der die Befragten sonstige psychosozialen Anliegen der Anrufer:innen angeben konnten. Die Umfrage wurde, wie zuvor bereits erwähnt, an die Leiter:innen der telefonischen Gesundheitsberatung in Österreich geschickt, mit der Bitte sie an die ECNs weiterzuleiten. Der Zeitraum zur Beantwortung der Umfrage war auf 23 Tage befristet.

Es konnte im Vorfeld der Online-Umfrage nicht eruiert werden, wie viel ECNs bei 1450 tätig sind. Trotz der Zusammenarbeit mit Redelsteiner (Redelsteiner, Samuel 2025), der im Rahmen seiner Forschungsarbeit 87,9 Vollzeitäquivalent (VZÄ) erhoben hat, kann keine genaue Angabe über den Rücklauf der Umfrage gemacht werden, da zwei Bundesländer keine Informationen zu den VZÄ geben konnten. Auf Basis der vorhandenen Daten würde sich ein Rücklauf von 81,9 Prozent kennzeichnen, allerdings wird dieser aufgrund fehlender Daten etwas geringer sein. Man könnte überschlagsmäßig aufgrund der Durchschnittswerte der VZÄ der vorhandenen Bundesländerdaten eine Berechnung aufstellen und diese für die fehlenden Daten einsetzen. Dabei würde sich eine Rücklaufquote von 63,7 Prozent bei einer tatsächlichen Teilnehmer:innenzahl von 72 Personen, ergeben. Zusätzlich muss bedacht werden, dass die Berechnung mit VZÄ erfolgt und es keine Informationen zur Anzahl angestellter Personen gibt, die vom VZÄ abweichen können. Tatsächlich ist es somit aufgrund fehlender Daten schwer einzuschätzen, wie repräsentativ die erhaltenen Ergebnisse sind.

Der erste Teil der Umfrage ergab, dass die häufigsten psychosozialen Anliegen, mit denen die Befragten in ihrer beruflichen Tätigkeit bei 1450 konfrontiert sind, sich folgendermaßen darstellen:

Psychosoziale Anliegen	Nennungen
Erhöhte Ängstlichkeit	50 Nennungen
Einsamkeit	38 Nennungen
Umgang mit Suchterkrankung	26 Nennungen
Soziale Situation	23 Nennungen
Erschöpfung/erhöhter Stress	22 Nennungen

Unterstützung und Begleitung von Angehörigen	18 Nennungen
Soziale Betreuung	16 Nennungen
Konflikte	5 Nennungen
Trauerverhalten	2 Nennungen

Insgesamt wurde die Umfrage von 72 ECNs ausgefüllt. Die offen formulierte Fragestellung innerhalb der Online-Umfrage, welche mit „Sonstiges“ betitelt wurde und Platz für weitere häufig vorkommende psychosoziale Anliegen angedacht war, konnte freiwillig ergänzt werden. Hierzu konnten 28 Rückmeldungen verzeichnet werden. Die meisten Anliegen, die im sonstigen Teil der Umfrage genannt wurden, fallen in die Sparte „psychische Erkrankung“ wie beispielweise Demenz oder auch Depressionen (WHO / BfArM 2024). Die zweithäufigsten erwähnten Punkte, können der Sparte „Überforderung pflegender Angehöriger“ und „alle Anliegen sind treffend“ zugeordnet werden. Die weiteren genannten Anliegen gliedern sich in die Sparten „Umgang mit Suchterkrankungen“, „prekäre Gesundheitsinfrastruktur“, „Suizid“ und „palliative Versorgung“.

Manche der genannten Anliegen wie zum Beispiel Unsicherheit können nicht zugeordnet werden. Ein Kritikpunkt, der im Nachgang von den Befragten geäußert wurde, war, dass höchstens drei Antwortmöglichkeiten die Statistik verfälschen könnten. Dies wurde gemacht, um die Priorisierung der ECNs zu erkennen und weil der Leitfaden nur für die drei meistgenannten Anliegen konzipiert wurde.

Im Folgenden wird auf die Fokusgruppendiskussion genauer eingegangen, welche auf Basis der Umfrage der Umfrage geführt wurde.

4.3 Methodologische Einordnung der Fokusgruppe im Forschungsprojekt

Wagneder Theresa

„Fokusgruppen sind ein geeignetes und relativ ressourcenschonendes qualitatives Erhebungsinstrument, [...]“ (vgl. Schulz et al. 2012:9). Eine Fokusgruppe ist nicht nur eine Gruppe von Menschen, sondern viel mehr eine Gruppe mit einem bestimmten Ziel. Mithilfe der Fokusgruppe sollen bestimmte Themen verständlicher werden und sie sollen zur Diskussion einladen (vgl. Krueger 2014:2). Die ersten Fokusgruppen wurden bereits 1946 zum Thema Wirkungsanalyse von Propagandafilmen in Bezug auf die amerikanische Bevölkerung organisiert. Schulz et al. (2012:10) beschreibt, dass in den 60er und 70er Jahre Fokusgruppen interessant für verschiedene Bereiche der Marktforschung wurden. Fokusgruppen haben zuletzt immer mehr an Bedeutung gewonnen und zählen zu den wichtigsten Verfahren in der qualitativen Sozialforschung (vgl. ebd.).

Fokusgruppen dienen in der Sozialforschung als Erhebungsinstrument, um in Kleingruppen ein bestimmtes Thema zu diskutieren. Wie groß eine Kleingruppe ist, wird in der Literatur

unterschiedlich definiert, besten Fall aus fünf bis zehn Personen. Eine Fokusgruppe stellt die Möglichkeit zur Datenerhebung unter der Einbindung von Bürger:innen dar. In der vorliegenden Forschung sind es die Sozialarbeiter:innen, die den Input für unsere Diskussion liefern (vgl. ebd.:9). Fokusgruppen funktionieren meist gut, da Teilnehmer:innen die Möglichkeit geboten wird, ihre Expertise zu teilen, ohne verurteilt zu werden. Man möchte herausfinden, was die Teilnehmer:innen wirklich denken und auch fühlen (vgl. Krueger 2014:4). Fokusgruppen werden meist anhand von Multi-Methods-Design durchgeführt. Oftmals wird das Multi-Methods-Design in der Kombination von Einzelinterviews und Fokusgruppen angewendet. Durch die Kombination verschiedener Methoden, ergibt sich die Möglichkeit, diverse Erfahrungen und Kontexte als Datenerhebungsquellen zu nutzen. Es ist ein vielschichtiger Ansatz, welcher tiefere und breitere Einblicke zulässt, allerdings viel Zeit und Ressourcen erfordert (vgl. Schulz et al. 2012:13) Fokusgruppen in Forschungsprozessen werden häufig in der explorativen Phase von quantitativen Forschungen verwendet, aber nicht ausschließlich (vgl. ebd.:12).

Neben ihrer Funktion als qualitatives Erhebungsinstrument bieten Fokusgruppen in der Sozialforschung auch wertvolle Beiträge zur Theorieentwicklung. Durch interaktive Diskussionen innerhalb der Gruppen können sich neue Perspektiven auf ein Thema ergeben. Fokusgruppen können dabei helfen, die relevanten Themen zu identifizieren und ein breiteres Verständnis dafür zu entwickeln. Diese Dynamik fördert nicht nur das Verständnis für ein Thema, sondern hilft auch dabei, ein umfassenderes Verständnis komplexer sozialer Fragestellungen zu entwickeln. Bezieht man sich auf den Kontext der Sozialarbeit ermöglichen Fokusgruppen, dass soziale Phänomene aus unterschiedlichen Perspektiven durchleuchtet werden. Dies kann die ganzheitliche Betrachtung eines Forschungsthemas fördern (vgl. ebd.). Durch die Erhebung von Kontextwissen und dem Einsatz von Fachkräften aus der Praxis, kann die Fokusgruppe als zusätzliche Möglichkeit genutzt werden, nicht nur um abstrakte Theorien, sondern auch um konkrete Handlungsansätze für die Praxis, zu erarbeiten. Diskussionen über berufliche und persönliche Erfahrungen sind hier von besonderer Bedeutung, um Probleme, aber auch Lösungsansätze aus der Sicht Betroffener zu verstehen (vgl. ebd.:25).

Fokusgruppen bieten zudem die Möglichkeit, neben vorhandenem Wissen, auch unbewusste Aspekte von Themen zum Vorschein zu bringen. So können durch Dialoge in der Gruppe auch latente Bedürfnisse, unbewusste Vorurteile oder auch unausgesprochene Erfahrungen sichtbar gemacht werden, welche in Einzelinterviews möglicherweise untergegangen wären. Die Interaktionen der Teilnehmer:innen sind als eine Erweiterung der Forschung zu sehen und ermöglichen einen vielschichtigen Zugang zu behandelten Themen (vgl. Krueger 2014:8).

Die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen persönliche und gesellschaftlich relevante Themen zu besprechen, bietet weitere Vorteile einer Fokusgruppendiskussion. Besonders in der Sozialarbeit, wo auch Themen wie erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht häufige Themen der Klient:innen sind, bieten Fokusgruppen ein effektives Forum, um die Herausforderungen und Erfahrungen von Sozialarbeiter:innen zu erfassen. Die Gruppeninteraktion ist von großer Bedeutung und bringt den Vorteil mit sich, dass sich Teilnehmer:innen oftmals sicherer fühlen, ihre Meinungen im Gruppenkontext zu äußern, als in einem starren Einzelgespräch. Die gemeinsame Reflexion verschiedener Themen

kann ein tieferes Verständnis herbeiführen und das Handeln und die Wahrnehmung von Betroffenen beeinflussen (vgl. Schulz et al. 2012:13)

4.3.1 Ablauf in der Fokusgruppe

Herneczky Dario

Der Ablauf einer Fokusgruppe lässt sich in drei zentrale Phasen gliedern (vgl. ebd.:15f). Die erste Phase behandelt die Formulierung der Forschungsfrage, die Bestimmung der Gruppenmitglieder, die Auswahl und Vorbereitung der Moderator:innen, die Erstellung eines Leitfadens und die Ermittlung der Teilnehmer: innen.

Mit der zweiten Phase beginnt die Durchführung der Diskussion. Gewöhnlich dauert diese zwischen eineinhalb und drei Stunden. Hierbei ist es essenziell, dass alle Anwesenden durch die Moderation zur aktiven Teilnahme angeregt werden. Persönliche Ansichten der Moderator:in sind irrelevant und sollen nicht in die Diskussion eingebracht werden. Zumeist werden die Fokusgruppen per Audioaufnahme aufgenommen. Daneben ist es aber auch noch sinnvoll ein schriftliches Protokoll anzufertigen.

In der dritten Phase geht es um die Datenauswertung. Dies kann durch unterschiedliche Auswertungsmethoden passieren.

4.3.2 Praxis der Fokusgruppenarbeit

Wagneder Theresia

Für die Fokusgruppe im Rahmen der vorliegenden Forschung, wurden sieben Sozialarbeiter:innen eingeladen, von denen schlussendlich drei erschienen. Fokusgruppen sollten von einem:r Moderator:in geleitet werden und im besten Fall, wie bereits erwähnt, aus fünf bis zehn Personen bestehen. Es empfiehlt sich diese Grenze bis maximal 12 Personen auszudehnen, um die Moderation bestmöglich durchführen zu können. Im besten Fall empfiehlt sich, dass mindestens fünf bis acht Personen an Fokusgruppen teilnehmen, allerdings ist auch eine Anzahl von weniger Personen möglich (vgl. Krueger 2014:6). Die Auswahl der Fokusgruppenteilnehmer:innen kann anhand verschiedener Merkmale oder auch zufällig passieren. Im Regelfall werden Teilnehmer:innen als „angehörige einer bestimmten Grundgesamtheit ausgewählt“ (Schulz et al. 2012:14). In manchen Fällen gestaltet sich die Suche nach Teilnehmer:innen schwierig. Im vorliegenden Fall gestaltete sie sich jedoch unkompliziert, da frühzeitig ein Angebot zur Befragung geeigneter Personen aus dem relevanten Arbeitsfeld gemacht wurde. In vorliegender Forschung wurde eine Realgruppe zusammengestellt. Realgruppen sind Gruppen von Personen, welche bereits außerhalb der Diskussion in einer Beziehung zueinanderstanden. Dies können beispielweise Arbeitskolleg:innen oder Mitglieder einer Organisation sein. Diese Gruppen sind oft leichter zu lenken, da sie sich bereits kennen und eine Aufwärmphase ins Gespräch

daher meist nicht benötigt wird (vgl. Schreier et al. 2023:264). Die Diskussion in einer Fokusgruppe entsteht durch die Interaktion der Teilnehmer:innen. Dies kann dazu führen, dass vielschichtige Dialoge entstehen. Eine wichtige Rolle in einer Fokusgruppe tragen die Moderator:innen, da diese dafür verantwortlich sind, die Fokusgruppe zu lenken und darauf zu achten, dass das Ziel nicht verloren geht (vgl. ebd.:262). Moderator:innen nehmen allerdings keine Stellung zu den Themen und äußern auch keine Gedanken. Sie sind ausschließlich dafür verantwortlich, dass eine effektive Diskussion gelingt, damit alle wichtigen Informationen von den Teilnehmer:innen erfasst werden können (vgl. ebd.).

4.3.3 Vergleich von Fokusgruppen und Einzelinterviews

Wagneder Theresia

Morgan (1996:13) beschrieb Fokusgruppen als „quick and easy“. Gegenüber dem Einzelinterview stellt die Fokusgruppe verschiedene Vorteile (vgl. ebd.). In Einzelgesprächen fehlt die Möglichkeit, auf spontane Äußerungen anderer zu reagieren – ein Vorteil von Fokusgruppen, da solche Impulse häufig neue Ideen anstoßen. So kann es passieren, dass wichtige Punkte unentdeckt bleiben. Da Fokusgruppen gemeinsam auf mehr und unterschiedliches Wissen zurückgreifen können, ist es in einer Fokusgruppe leichter, diverser zu arbeiten, als es nur mit einer Einzelperson möglich ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass Teilnehmer:innen verschiedene Rollen einnehmen und zwischen diesen hin und her pendeln können. Es ist Teilnehmer:innen möglich, sich aktiv einzubringen oder auch passiv daran teilzunehmen. Moderator:innen beziehungsweise Interviewer:inneneffekte können reduziert werden (vgl. Schulz et al. 2012:12). Der Interviewer:inneneffekt beschreibt ein Problem in der sozialwissenschaftlichen Methodenforschung, welches in verschiedenen Forschungen aufgetreten ist und festgestellt werden konnte. Gesten und verschiedene mimische Ausdrucksformen der Interviewer:innen können die Befragten beeinflussen. Auch weitere sichtbare Merkmale, wie das Geschlecht, die Hautfarbe, das Alter und die Stimme können das Interview beeinflussen (vgl. Häder 2019:234). In anderen Settings konnten noch Vorteile wie Mitarbeiter:innenzufriedenheit, organisatorische Entwicklung oder Kund:innenzufriedenheit festgestellt werden (vgl. Rosen / Proctor 2003:12). Grundsätzlich lässt sich aus diesen Vorteilen ableiten, dass Personen, die an Fokusgruppen teilnehmen eher gewillt sind, Auskünfte zugeben. Gruppendynamische Effekte können das Engagement positiv beeinflussen. Zurückzuführen ist dies auch darauf, dass Personen lieber Alltagserfahrungen in Gruppen teilen, als dies in isolierten Einzelinterviews zu tun. Trotz all dieser Vorteile eignen sich in einigen Forschungsprozessen Einzelinterviews besser. Einzelinterviews bieten die Möglichkeit, tiefer in die Gedankengänge und die dazugehörigen Hintergründe der Befragten einzutauchen. Dies liegt wohl auch daran, dass in Einzelinterviews mehr Zeit für die befragte Person bleibt, während in Fokusgruppen die Zeit oft einen limitierenden Faktor darstellt (vgl. Schulz et al. 2012:13).

Der Vergleich der Vorteile von Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigt die verschiedenen spezifischen Stärken beider Methoden auf. Eine Fokusgruppe bringt den Vorteil mit sich, dass interaktive Kontexte und das Aufdecken von Gruppendynamiken vorteilhaft sein können. Ein weiterer besonderer Vorteil der Fokusgruppe ist es, dass die Teilnehmer:innen die Möglichkeit haben, sich in einem sozial-interaktiven Rahmen auszutauschen. Dies kann sich ideenfördernd auswirken, was in Einzelinterviews oft nicht möglich ist (vgl. Schreier et al. 2023:266). Nicht unberücksichtigt darf allerdings der Fakt gelassen werden, dass der sozial-interaktive Charakter auch negative Eigenschaften mit sich bringen kann. Äußerungen von Teilnehmer:innen sind stets geprägt von Gruppeninteraktionen. Auch die Validität kann beeinflusst werden durch Gruppenzwang oder verschiedenen Meinungen der Teilnehmer:innen. Im Einzelinterview hingegen können die Befragten ihre Meinung ohne jeglichen Einfluss von weiteren Teilnehmer:innen teilen (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Fokusgruppen besonders geeignet sind für die Erfassung von kollektiven Ideen, Erfahrungen und Meinungen. Im Vergleich dazu bringen Einzelinterviews den Vorteil mit sich, dass ein intensiverer Blick in die individuelle Gefühls- und Denkwelt erlangt werden kann. In der Praxis kann die Wahl zwischen Einzelinterviews und Fokusgrupp je nach Forschungsziel und Kontext variieren.

4.3.4 Fragestellungen in den Fokusgruppen

Wagneder Theresa

Als Ergebnis von Fokusgruppen sollen qualitative Daten erhoben werden. Kruger (2014:4) beschreibt, dass Fokusgruppen einen unterschiedlichen Nutzen aufweisen können. Für ihn ergaben sich hierbei drei Ergebnisse, die erzielt werden können. Als Erstes beschreibt er, dass Fokusgruppen für die Entwicklung von Richtlinien, Leitfäden und Ähnlichem wichtig sein können. Hier ist das Ziel herauszufinden, wie die Fokusgruppenteilnehmer:innen über bestimmte Themen denken und sprechen oder was sie an dem Thema mögen oder nicht. Als zweites Ziel einer Fokusgruppe wird beschrieben, dass diese dazu genutzt werden können, die Ergebnisse der Fokusgruppe zu überprüfen und zu diskutieren (vgl. Schulz et al. 2012:8). Es wird eine erste Idee, die sich in der ersten Fokusgruppe als Ergebnis herauskristallisierte, diskutiert und überdacht. Der dritte Punkt, wo eine Fokusgruppe hilfreich sein kann, ist das finale Ergebnis zu testen. Hierbei soll auch darauf geachtet werden, ob finanzielle Risiken oder ähnliches bestehen (vgl. Krueger 2014:9). Folgende Grafik von Krueger (ebd.:10), zeigt die beschriebenen Schritte:

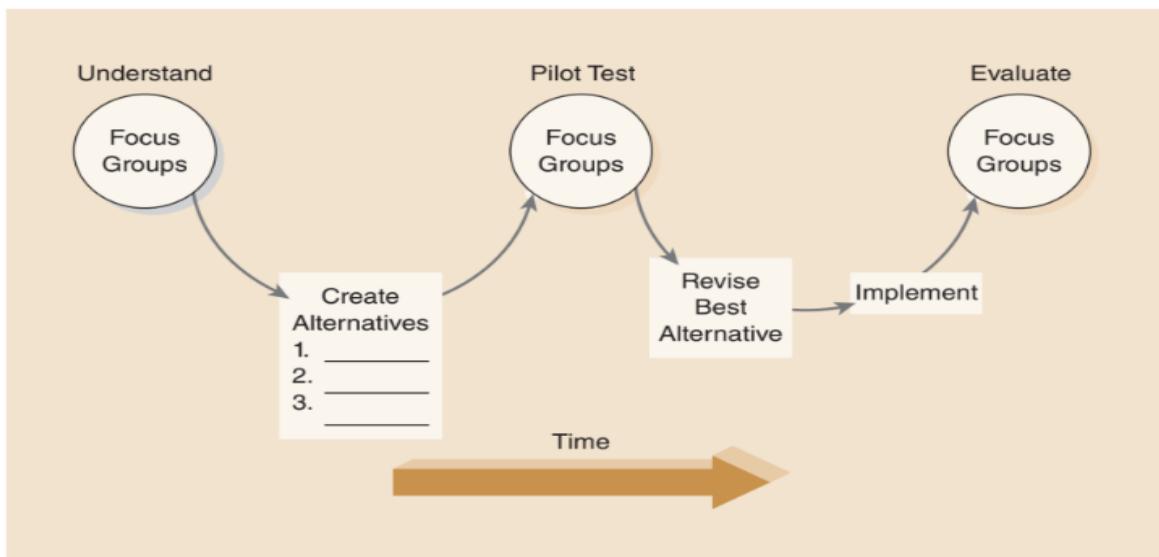


Abbildung 5: Fokusgruppe

Schulz (2012:10) beschreibt, dass Fokusgruppen besonders im Gesundheitsbereich, im Speziellen für besonders heikle Themen, eingesetzt werden können. Da sie oftmals genutzt werden für besonders persönliche und stigmatisierte Themen, kann das mit bestimmten Herausforderungen einhergehen (vgl. ebd.).

Auf Basis der vorab durchgefhrten Online-Umfrage entstanden folgende drei Fragen, die in der Gruppendiskussion wörtlich gestellt wurden:

- Ein Klient beziehungsweise eine Klientin sagt er / sie fühle sich einsam. Wie steigst du ins Gespräch ein? Beziehungsweise was ist so deine erste Fragestellung?
 - Ein Klient beziehungsweise eine Klientin sagt er oder sie fühlt sich ängstlich. Wie steigst du ins Gespräch ein? Beziehungsweise was ist deine erste Fragestellung dazu?
 - Ein Klient oder eine Klientin zeigt Anzeichen von Suchtverhalten beziehungsweise Sucht. Wie steigst du ins Gespräch ein? Oder was ist eine deiner ersten Fragestellungen.

Orientiert man sich an Krügers Werk aus 2012 „Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research“ sind diese Fragen richtig ausgewählt. Er beschreibt hier Beispielformulierungen wie folgende:

- „Tell me about your experiences with...?“
 - When people talk about...what do they say?
 - What are the inventives that get people to...?“ (vgl. Krueger 2014:9)

Für die Formulierung der Fragestellungen in der Fokusgruppendiskussion wurde sich im Kontext dieser Forschungsarbeit an den genannten Beispielen orientiert.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Fokusgruppen ein wertvolles Instrument zur Gewinnung aussagekräftiger Daten darstellen kann. Verschiedene Autor:innen verdeutlichen, dass es besonders sinnvoll ist Fokusgruppen einzusetzen, wenn es um sensible oder heikle Themen geht. Es können individuelle Perspektiven und subjektive Erfahrungen geteilt werden. Die Fragestellungen in der vorliegenden Forschung orientieren

sich an Empfehlungen für offene, erlebnisorientierte Fragestellungen und bieten somit eine geeignete Grundlage, um Einblicke in das Denken, Fühlen und Handeln der Teilnehmer:innen zu erlangen. Sie bilden ein zentrales Element der qualitativen Erhebung vorliegenden Forschung.

4.4 Datenanalyse: Qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring

Mestnik Viktoria

Nachfolgend wird ein pauschales, theoretisches Verständnis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt und die Realisierung in der vorliegenden Forschung im Rahmen der Fokusgruppendiskussion thematisiert. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring erfolgt eine strukturierte und nachvollziehbare Analyse des Materials, welches die Basis für die Erstellung der Leitfäden in Kapitel 6 bildet. Angewendet wurde die Analysemethode mit der Software MAXQDA, was schließlich auch Vorteile in der grafischen Darstellung brachte. Neben dem theoretischen Hintergrund der Methode wird auch die Umsetzung in der Forschungsarbeit beschrieben.

Erstmal erfolgt nun allerdings der theoretische Input zur qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, wobei hier erwähnt werden sollte, dass die Auswertung der Fokusgruppendiskussion nur in Anlehnung an die Methode vorgenommen wurde, was in Kapitel 4.4.2 begründet wird.

4.4.1 Techniken der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Mestnik Viktoria

In dem Herausgeber:innenwerk von Baur und Blasius widmen sich Mayring und Fenzl (2019:633) dem Kapitel der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ (ebd.). Mit der qualitativen Inhaltsanalyse können diverse Datenerhebungsverfahren ausgewertet werden, wie auch die Fokusgruppendiskussion, welche auch im Rahmen dieser Forschung zur Anwendung gekommen ist. Darüber hinaus können offene Interviews beziehungsweise offene Fragen, Dokumente, Internetartikel und vieles mehr mit der Methode analysiert werden.

Ein wesentlicher Vorteil der Analysemethode ist, dass eine hohe Anzahl an Material realisierbar und trotzdem ein „qualitativ-interpretativer“ Zugang möglich ist (ebd.). Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse sollte dabei nach den vorgegebenen Richtlinien vorgenommen werden (vgl. ebd.).

Mayring und Fenzl (ebd.:634) greifen in ihrer Begriffsdefinition auf, dass die Bezeichnung qualitative Inhaltsanalyse, zum Missverständnis vieler, kein rein qualitativ-interpretatives Verfahren für Inhalte ist, sondern es werden auch quantitative Angaben für eine aufschlussreiche Analyse herangezogen. Beispielsweise werden die Mehrfachzuordnungen des Kategoriensystems gelistet und ausgewertet. Grundsätzlich

lässt sich festhalten, dass der Ablauf aus zwei wesentlichen Handlungsvorgängen abzuleiten ist. Es müssen induktive oder deduktive Kategorien gebildet werden, welche im nächsten Schritt den Textabschnitten zugeordnet werden. Deduktive Kategorien werden aus der Fachliteratur herausgearbeitet und dementsprechend passend in das Kategoriensystem aufgenommen (vgl. ebd.). Mayring (2015:85) beschreibt, dass im Vergleich dazu, bei der induktiven Kategorienbildung das Kategoriensystem basierend auf dem vorhandenen Forschungsmaterial erstellt wird. Dabei wird für die Kategorienentwicklung keine weitere Fachliteratur herangezogen (vgl. ebd.).

Mayring und Fenzl (2019:634) greifen zudem auf, dass statt dem hier verwendeten und verbreiteten Terminus „qualitative Inhaltsanalyse“, die „qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse“ (ebd.), eine adäquatere Benennung darstellen würde (vgl. ebd.).

Mayring (2015:51) betont, dass die Inhaltsanalyse keine Standardmethode darstellt, welche immer nach dem gleichen Verfahrensablauf angewendet werden kann. Viel eher muss sie individuell an die Gegebenheiten und Anforderungen der Daten angepasst werden. Von großer Relevanz ist allerdings immer die Generierung eines Kategoriensystems bei der Methodik (vgl. ebd.).

Mayring zufolge gibt es drei Basisvorgangsweisen des Interpretierens: Die „Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung“ (ebd.:52), wobei diese drei Verfahren autonom voneinander einsetzbar sind. Diese Vorgangsweisen können verwendet werden, um Daten zu analysieren (vgl. ebd.:52, 67). Von Bedeutung für eine saubere Forschungsarbeit ist es, so Mayring, sich zu überlegen, welches der drei Verfahren für die Forschungsfrage angemessen erscheint. Dementsprechend soll dann der Fokus auf einer der drei Basisvorgangsweisen liegen. Dafür ist es wichtig, über ein Grundverständnis der Vorgangsweisen zu verfügen. Mayring (ebd.:67) erläutert, dass die Absicht der Explikation darin liegt, zu vereinzelten, ungeklärten Passagen, wie beispielsweise unklare Bezeichnungen oder Sätze, eine Erweiterung des Materials zu bewirken. Damit soll ein breiteres Interpretationsverständnis ermöglicht werden. Darüber hinaus definiert Mayring (ebd.) die Strukturierung. Die Intention hierbei liegt darin, wesentliche Inhalte aus dem Material zu selektieren, den Inhalt systematisch, nach zuvor definierten Kriterien, zu strukturieren oder auf Basis von Kriterien den Inhalt zu betrachten. Als dritte Basisvorgangsweise des Interpretierens wird die Zusammenfassung erläutert. Mayring (ebd.) verfolgt bei der Zusammenfassung die Absicht, mithilfe von Analyseschritten eine Minimierung der Ursprungsdaten zu erzielen. Von großer Relevanz ist es dabei darauf zu achten, dass keine fundamentalen Inhalte verloren gehen. Es soll nach wie vor eine Repräsentation des Grundmaterials möglich sein (vgl. ebd.). Im Rahmen der hier realisierten Forschungsarbeit wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt, da damit das bestehende Datenmaterial adäquat gekürzt und somit der Fokus auf fundamentale Inhalte gelegt werden konnte. Um ein genaueres Verständnis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse zu erzielen, wird diese folglich etwas detaillierter erläutert.

Mayring (vgl. ebd.:70) nennt in seinem Werk, sieben Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche er anschließend detaillierter ausführt. In der ersten Phase soll es zu einer Festlegung des Analyseabschnittes kommen. Anschließend kann in der zweiten Phase die einheitliche Paraphrasierung vorgenommen werden. Darauf folgen an dritter

Stelle die Festlegung des anvisierten Abstraktionsniveaus und die Generalisierung der Paraphrasen. In der vierten Phase kommt es zur ersten Reduktion. Dabei werden sinngleiche Paraphrasen weggelassen. Anschließend folgt nach Mayring in Phase fünf die zweite Reduktion. Hier werden unter anderem Paraphrasen mit identem oder vergleichbarem Inhalt zu einer Paraphrase verbunden. In der sechsten und damit vorletzten Phase, werden die überarbeiteten Informationen in Form eines Kategoriensystems zusammengeführt. Zum Schluss werden Kontrollen anhand des Ursprungsmaterials vorgenommen. Bei beträchtlichen Datenmengen ist eine Paraphrasierung aller Inhalte meist nicht möglich. In diesem Fall können Phasen gebündelt bearbeitet werden. (vgl. ebd.:70–72).

Das nachfolgende Kapitel 4.4.2 soll die Realisierung der verwendeten Techniken in dieser Forschungsarbeit, angelehnt an die Theorie von Mayring erläutern.

4.4.2 Umsetzung in der vorliegenden Forschungsarbeit

Mestnik Viktoria

Die Umsetzung der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring erfolgte in der Forschungsgruppe mittels MAXQDA. Um mit der Software arbeiten zu können wurde das Werk „Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video“ von Rädiker und Kuckartz (2019) herangezogen.

Mayring (2015:68) beschreibt, dass die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse mit der induktiven Kategorienbildung gut miteinander kompatibel sind (vgl. ebd.). Um dieses Vorgehen in der vorliegenden Forschungsarbeit qualitativ umsetzen zu können, wurde die Fokusgruppendiskussion in überschaubare Sequenzen unterteilt. Diese Sequenzen wurden eher kurz gehalten und ergaben sich aus Themenwechseln, Erkenntnisreichtum und Sprecher:innenwechsel. Auf Basis der Überschaubarkeit der Datenmenge und der zuvor bereits eher kurz gewählten Textpassagen wurden die Sequenzen nur paraphrasiert. Um auf die Kategorien zu kommen, wurden auf Basis der Paraphrasen vorläufige Kodierungen erstellt. Die Kodierungen wurden in einem nächsten Schritt miteinander abgeglichen. Die daraus resultierenden Kategorien wurden definiert, um eine einheitliche Verwendung zu garantieren und anschließend wurden diese dem Textmaterial zugeordnet. Da die Fokusgruppendiskussion für die Kategorisierung innerhalb der Forschungsgruppe in erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht aufgeteilt wurde, erfolgte eine doppelte Überprüfung der Zuordnung durch die Mitglieder der Forschungsgruppe, um ein einheitliches Verständnis und eine damit einhergehende Verwendung der Kategorien sicherstellen zu können. Auf die gebildeten Kategorien wird in Kapitel 5 eingegangen.

5 Ergebnisse: Auswertung der Fokusgruppendiskussion

Mestnik Viktoria

Nach der Fokusgruppendiskussion erfolgte die Auswertung, wobei sich hier kennzeichnete, dass manche Kategorien für den Leitfaden relevanter und andere weniger wichtig sind. Trotzdem werden alle, im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring, gebildeten Kategorien in Abbildung 6 dargestellt und folglich kurz erklärt, um einen transparenten Umgang mit den Daten zu gewährleisten. Inhalte, welchen keine wichtigen Erkenntnisse aufweisen, wurden nicht kategorisiert und zum Teil auch nicht paraphrasiert. Beispiele hierfür wären folgende: „Ich habe nur Stichwörter geschrieben“ (B1, Abs. 13). oder „(Telefon klingelt) Tschuldigung. Ich dachte ich habe es eh ausgeschalten.“ (B1, Abs. 17). In den Kapitel 5.2, 5.3 und 5.4 werden die für den Leitfaden bedeutenden Kategorien definiert und in ihrer Verwendung abgegrenzt. Diese werden hier nicht noch einmal beschrieben.

Im Laufe des Analyseprozesses kennzeichneten sich allerdings auch Kategorien, welche in keinem direkten Zusammenhang mit der Erstellung des Leitfadens stehen, trotzdem einen kritischen Bezug aufweisen und daher nicht unerwähnt bleiben sollten. In der nachfolgenden Abbildung 6 findet sich eine Auflistung aller gebildeten Kategorien inklusive der zugehörigen Verwendungshäufigkeiten. Die farbliche Differenzierung visualisiert die Zugehörigkeit der Kategorien.

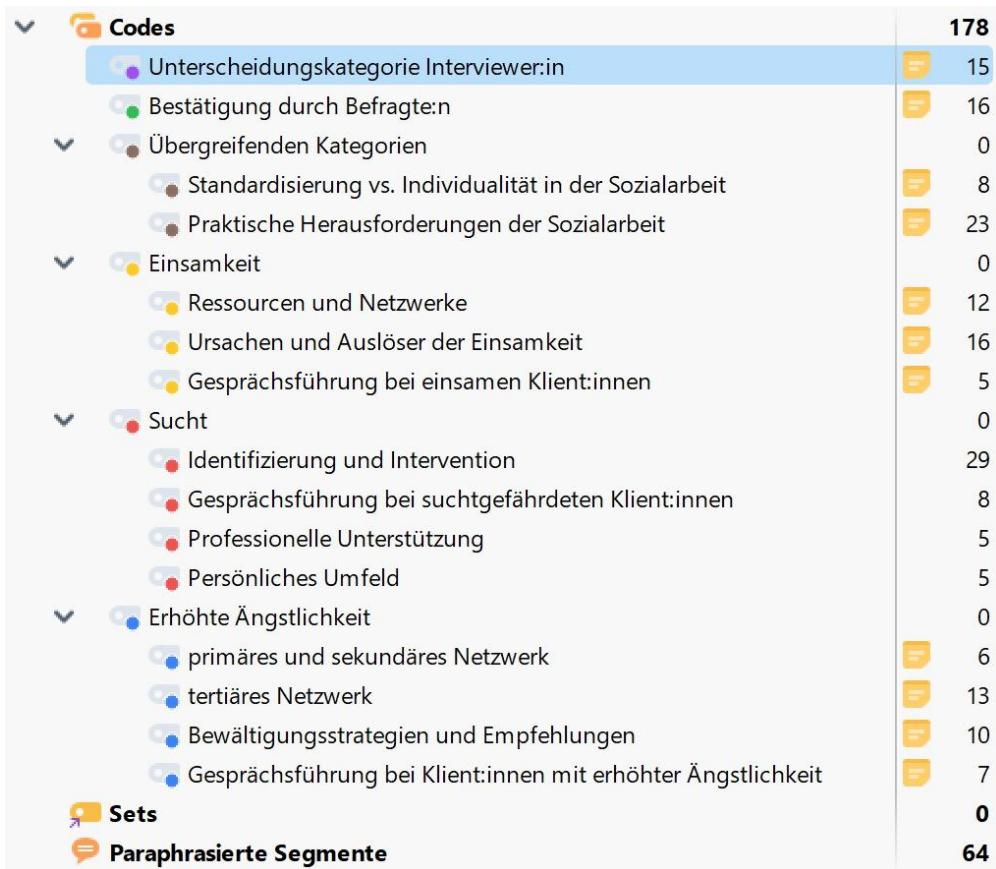


Abbildung 6: Auflistung aller Kategorien

Die Hauptkategorien „erhöhte Ängstlichkeit“, „Einsamkeit“ und „Sucht“ werden, inklusive der Unterkategorien, in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben. Die übrigen Kategorien werden an dieser Stelle kurz angeführt.

Die „Unterscheidungskategorie Interviewer:in“ wurde eingeführt, da in der Regel Inhalte, welche von den Interviewer:innen kommen nicht kodiert werden. Im Falle dieser Fokusgruppendiskussion, wurde allerdings zum jeweiligen Themeneinstieg ein Brainstorming vorgenommen, welches die Interviewpartner:innen auf Basis einer spezifischen Fragestellung verschriftlicht haben. Der Gesprächseinstieg durch die Interviewer:innen basierte oftmals auf Grundlage des vorangegangenen schriftlichen Brainstormings und somit auf Inhalten der Sozialarbeiter:innen. Damit diese Inhalte nicht verloren gehen, wurden diese ebenfalls codiert und zusätzlich der „Unterscheidungskategorie Interviewer:in“ zugeordnet, um zumindest differenzieren zu können, was die Interviewer:innen im Gespräch aufgegriffen haben.

Der Code „Bestätigung durch Befragte:n“ wurde nur verwendet, wenn die Befragten Inhalte bestätigen. Pro Befragte:n wird die Kategorie nur einmal zum jeweiligen Thema vergeben. Bestätigt der:die Befragte ein Thema mehrmals mit einem Hörer:innensignal, ohne das ein neuer Inhalt aufscheint, wurde dies somit nicht noch einmal codiert.

Die Hauptkategorie „Übergreifende Kategorien“ umfasst einerseits die „Standardisierung vs. Individualität in der Sozialarbeit“ und andererseits die „Praktischen Herausforderungen der Sozialarbeit“. Unter der ersten Unterkategorie lässt sich folgendes Beispiel aus der Fokusgruppendiskussion verorten: „[...] Ja, und dort erfahre ich das nicht, was mir der

sagen möchte oder könnte, wenn ich nach irgendeinem Schema frage.“ (B2, Abs. 34). Es kennzeichnete sich bei allen Befragten eine Distanz zur Standardisierung in der Sozialarbeit. Für die zweite Unterkategorie: „Praktische Herausforderungen der Sozialarbeit“ ist das folgende Beispiel aussagekräftig: „Da entwickelt man, muss man halt ein Gespür dafür entwickeln, um das herauszuhören. Aber mit Sicherheit weiß man es nie, bis man den Menschen vor einem hat, oder längerfristig begleiten kann. Ja, dann“ (B2, Abs. 178).

Im Großen und Ganzen lässt sich damit zusammenfassen, dass insgesamt sechs Hauptkategorien erstellt wurden, wovon vier auch Unterkategorien beinhalten. Für den Leitfaden sind die drei Kategorien „erhöhte Ängstlichkeit“, „Einsamkeit“ und „Sucht“ relevant. Auf diese wird, wie zuvor bereits erwähnt, in den Kapiteln 5.2, 5.3 und 5.4 genauer eingegangen.

5.1 Relevante Beratungsbegriffe

Wagneder Theresa

In der telefonischen Beratung spielen verschiedene Begriffe und Konzepte eine zentrale Rolle, um eine professionelle Unterstützung gewährleisten zu können. Ausschlaggebend für eine effektive Beratung sind die Rahmenbedingungen, unter denen das Gespräch stattfindet. Es sind daher nicht nur methodische Ansätze relevant, sondern auch strukturelle und organisatorische Aspekte, welche zu einer professionellen Beratung führen (vgl. Sötemann 2019:8). Im Folgenden wird auf die Unterscheidung relevanter Beratungsbegriffe für die vorliegenden Arbeit eingegangen. Es wird zwischen psychologischer und psychosozialer Beratung, sowie sozialarbeiterischer Erstberatung unterschieden. Diese Beratungsformen sind eng miteinander verbunden und überschneiden sich teilweise, weisen aber dennoch unterschiedliche Schwerpunkte und Methoden auf.

5.1.1 Psychologische Beratung

Wagneder Theresa

Psychologische Beratung am Telefon kann als eine Form der Unterstützung in verschiedene Krisensituationen dienen. Anliegen von Ratsuchenden werden auf Basis psychologischer Theorien analysiert und mögliche Lösungswege entwickelt. Neben der Online-Beratung und dem persönlichen Gespräch ist die telefonische Beratung eine flexible Möglichkeit um Hilfe zu bieten. Auf Wunsch wird diese Art der Beratung anonym durchgeführt und kann von verschiedenen Institutionen, für verschiedene Themen und Zielgruppen angeboten werden. Da diese Art der Beratung methodische Flexibilität erfordert, fließen unterschiedliche Ansätze mit ein. Es können daher sowohl Aspekte aus

der systemischen Therapie, der Tiefenpsychologie, der humanistischen Psychologie und der existenziellen Psychotherapie eingebaut werden. Die Anliegen der Anrufer:innen bestimmen dabei die Vorgehensweise. Psychologische Beratung ist sehr komplex und es gibt keine fixe Vorgehensweise, allerdings können grundlegende Prinzipien und Hinweise gegeben werden, um die Berater:innen bei ihrer Arbeit zu unterstützen (vgl. ebd.:2).

5.1.2 Psychosoziale Beratung

Wagneder Theresa

Psychosoziale Beratung umfasst jede professionelle unterstützende Interaktion mit Klient:innen in psychosozialen Arbeitsfeldern, welche den Fokus auf die Bewältigung von psychosozialen Belastungen, Notlagen und Krisen legt. Die Beratung basiert auf zwei zentralen Professionalisierungskriterien: zum einen eine handlungsspezifische Wissensbasis und zum anderen eine feldübergreifende Kompetenzbasis. Zur Wissensbasis zählen gesetzliche Grundlagen, Faktenwissen zum Problem und auch Kausalmodelle, während zur Kompetenzbasis Kommunikationsmethoden oder Methoden der Gesprächsführung zählen. Psychosoziale Beratung wird durch eine besondere Prozesskompetenz beschrieben, in der es Berater:inenn gelingt, die handlungsfeldspezifische Wissensbasis und die feldübergreifende Kompetenzbasis in einen klient:innenzentrierten Ausgleich zu bringen. Psychosoziale Beratung erfolgt in verschiedenen Kontexten, wie beispielsweise der Schulsozialarbeit, psychosozialen Beratungsstellen oder im Rahmen eines betreuten Wohnens. Sie richtet sich an verschiedene Altersgruppe und kann sowohl im Einzel-, Familien- oder Gruppensetting ambulant, teilstationär oder stationär stattfinden (vgl. Wälte / Borg-Laufs 2021:25).

5.1.3 Sozialarbeiterische Erstberatung

Wagneder Theresa

Erstberatung in der Sozialen Arbeit bezeichnet den ersten Kontakt und das erste Gespräch zwischen Sozialarbeiter:innen und Klient:innen. Diese Phase, welche auch als Intake bezeichnet wird, soll eine Vertrauensbasis schaffen, welche den Grundstein für die weitere Zusammenarbeit legt. Diese Erstberatung umfasst mehrere Schritte. Es wird Kontakt hergestellt und versucht eine positive Atmosphäre zu schaffen. Im Anschluss wird die Dienstleistung erläutert, die den gesamten Case-Management-Prozess umfasst, um die Transparenz und den Nutzen für Klient:innen zu gewährleisten und zu verdeutlichen. Erwartungen werden geklärt und die Fallsituation wird gemeinsam mit allen Beteiligten exploriert. Es folgt eine Vereinbarung der nächsten Schritte und eine Reflexion des Gesprächs. Das sozialarbeiterische Erstgespräch ist entscheidend für den weiteren Verlauf. Es setzt die Grundlage für die Sozialarbeiter:innen- und Klient:innenbeziehung und legt den Rahmen für die Hilfeplanung und Unterstützung fest (vgl. Killersreiter 2023:275).

In vorliegender Arbeit bedeutet das sozialarbeiterische Erstgespräch der Erstkontakt mit Klient:innen, welcher im Zuge des Anrufs bei der telefonischen Gesundheitsberatung bei 1450 passiert.

5.2 Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich erhöhte Ängstlichkeit

Mestnik Viktoria

Im nachfolgenden Kapitel werden nur für die Erstellung des Leitfadens relevante Kategorien zum Thema erhöhte Ängstlichkeit mit den dazugehörigen Unterkategorien gelistet. Dabei wird die Bedeutung der Kategorien unter Rückgriff auf relevante Forschungsliteratur untermauert, bevor sie in Bezug zur Fokusgruppendiskussion gesetzt und anschließend mit Beispielen aus dieser untermauert wird. Zudem werden auch Informationen aus der Fokusgruppendiskussion mithilfe von Literatur weiter ausgebaut. Damit können die Erkenntnisse aus der Fokusgruppendiskussion um den aktuellen Stand der Forschung ergänzt und folglich der Leitfaden umfangreicher aufgestellt werden.

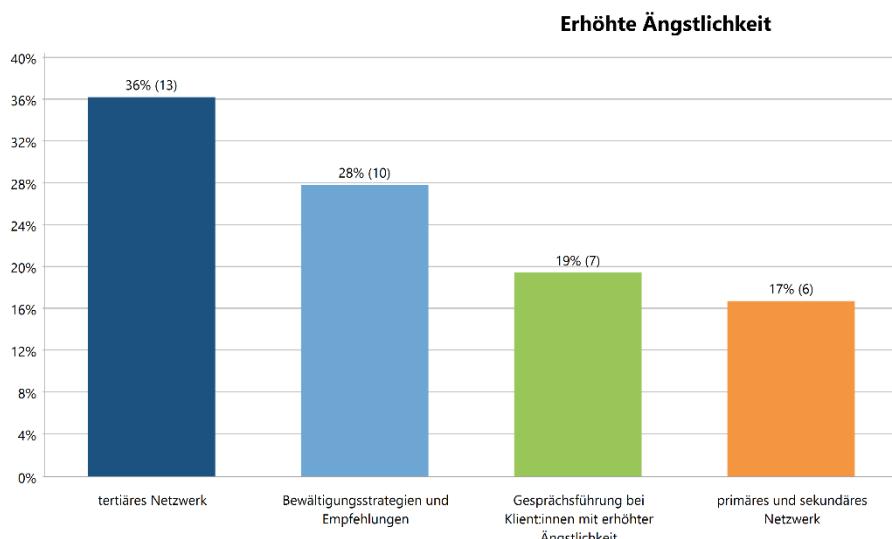


Abbildung 7: Kategoriendarstellung „erhöhte Ängstlichkeit“

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, wurde im Zuge der Auswertung der Fokusgruppendiskussion mit der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (2015; 2019) mehrere Hauptkategorien, darunter „erhöhte Ängstlichkeit“ ermittelt. Hierzu wurden vier Unterkategorien generiert, welche sich aus den Schritten der zusammenfassenden, qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring auf Basis des Inhaltes aus der Fokusgruppendiskussion ergaben und in Abbildung 7 nach Häufigkeit der Verwendung angeführt werden. Die Häufigkeit der Verwendung bezieht sich im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring darauf, wie oft die Unterkategorie einer Sequenz zugeordnet wurde. Dabei wurde die Unterkategorie „tertiäres Netzwerk“, mit 13 Zuordnungen am häufigsten verwendet, gefolgt von der Unterkategorie

„Bewältigungsstrategien und Empfehlungen“ mit zehn Nennungen. Anschließend wurde die „Gesprächsführung bei Klient:innen mit erhöhter Ängstlichkeit“ sieben Mal benannt und an letzter Stelle – mit sechs Zuordnungen – wurde das „primäre und sekundäre Netzwerk“ gelistet. Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien und die dazugehörigen Definitionen auf Basis dieser Reihenfolge vorgestellt.

Die Zuordnung der Kategorie „tertiäres Netzwerk“, erfolgte auf der Grundlage von Ausführungen der Forschungsliteratur. Bruns (2013:102) zufolge umfasst das tertiäre Netzwerk Professionist:innen, wobei sich die Beziehungen aufgrund von finanziellen und zeitlichen Faktoren oftmals als variierend intensiv gestalten. Schubert (2008:38) verknüpft zudem das tertiäre Netzwerk mit institutionellen Diensten. Daraus schließen wir für unsere Kategorienzuordnung, dass jegliche Verweisungsmöglichkeiten, hinter denen ein System aus Professionist:innen beziehungsweise eine institutionelle Organisation steht, dieser Unterkategorie zuzuordnen sind. Dazu zählen Angebote von Vereinen, Organisationen, Trägern oder Institutionen, die sich nicht aus aktuell bestehenden, privaten Sozialkontakten der Klient:innen ergeben. Wichtig zu betonen ist, dass hierzu auch ehrenamtliche Leistungen gezählt werden können, solange diese durch institutionelle Dienste angeboten werden. Beispielsweise wäre das Plaudernetz dem tertiären Netzwerk zuzuordnen, da es sich um ein Projekt der Caritas handelt. Dabei können Telefonate mit freiwilligen Mitarbeiter:innen geführt werden, wobei diese keine spezifische Ausbildung benötigen. Die einzige Voraussetzung ist die Volljährigkeit und ein B2 Deutsch-Sprachniveau. Österreichweit besteht eine tägliche Erreichbarkeit unter der Rufnummer 05 1776 100 zwischen zehn und 22 Uhr (vgl. Caritas der Erzdiözese Wien o.A.). Würden im Vergleich dazu beispielsweise Nachbar:innen freiwillig jemandem helfen, ohne dass eine Institution dahintersteht, würde dies der Kategorie „primäres und sekundäres Netzwerk“ zugeordnet werden. Ein aussagekräftiges Beispiel der Unterkategorie „tertiäres Netzwerk“ wäre folgendes: „Ja, und in manchen Fällen, da kann wirklich nur ein Arztbesuch dann helfen“ (B2, Abs. 71).

An zweiter Stelle folgt die Unterkategorie „Bewältigungsstrategien und Empfehlungen“. Krafft (2022:71) versteht unter Bewältigungsstrategien, wie Personen schwierigen Lebenssituationen begegnen. Jede Person verfügt über individuelle Ressourcen und Optionen, um mit gewissen Situationen klarzukommen (vgl. ebd.). Boeger und Lüdmann (2022:259f) beschreiben Bewältigungsstrategien nur dann als wirkungsvoll, wenn sie dazu beitragen, dass prekäre Gegebenheiten beziehungsweise negative emotionale Stimmungslagen verbessert werden können. Die Wirksamkeit einer Strategie wird durch persönliche Ressourcen und Erlebnisse von Individuen beeinflusst. Trotz der individuellen Strategien, die situations- und personenabhängig wirkungsvoll sein können, gibt es auch Bewältigungsstrategien, die pauschal negativ assoziiert werden. Hierzu gehört beispielsweise der Einsatz von Gewalt, die Einnahme von Suchtmitteln oder „Verleugnungs- und Vermeidungsstrategien“ (ebd.). Aus der Fokusgruppendiskussion wurden auch Empfehlungen, im Umgang mit Herausforderungen übernommen, welche sich auf den Erfahrungsschatz der Sozialarbeiter:innen beziehen. Als zentralen Punkt im Umgang mit Ängsten führen die Befragten die bewusste Atmung an, wie das folgende Ankerbeispiel illustriert:

„Das Atmen kann manchmal da einfach total sinnvoll sein, wenn die Leute so ins Hyperventilieren kommen und ganz aufgereggt sind, dass man mal schaut okay, wie kommt

man gemeinsam runter? Das man überhaupt ein gutes Gespräch führen kann. Und dass sie sich ein bisschen entspannen, wenn die da sehr agitiert sind, ja." (B3, Abs. 68).

In der Literatur wird ebenfalls auf Atemübungen eingegangen, die zur Milderung körperlicher Angstsymptome beitragen sollen. Roy-Byrne et al. (2009:179) verweisen auf die Wirksamkeit der Zwerchfellatmung, um Angstsymptome entgegenzuwirken. Sie fügen hinzu, dass hierfür eine Hand auf den Bauch und die andere auf die Brust gelegt werden sollen. Bei der Atmung soll sich darauf konzentriert werden, dass sich nur die Hand am Bauch bewegt und jene am Brustkorb möglichst ruhig bleibt (vgl. ebd.). Craske und Barlow (2016:79) fügen noch hinzu, dass die Aufmerksamkeit völlig auf die Atmung gelegt werden und auftretende Gedanken, wie vorbeifliegende Wolken betrachtet werden sollen. Zusätzlich soll die Atemfrequenz auf etwa zwölf Atemzüge pro Minute reduziert werden (vgl. ebd.).

Aus der Fokusgruppendiskussion geht auch hervor, dass Personen individuelle Strategien haben, die ihnen helfen, sich wieder zu regulieren und dass es wichtig ist, nach den persönlich bewährten Strategien zu fragen. Trotzdem wird an dieser Stelle zusätzlich auf die sogenannte progressive Muskelentspannung verwiesen, da diese Methode in der Literatur neben Atemübungen immer wieder als bedeutende Technik zur Förderung der Entspannung herangezogen wird.¹ Diese Methode ist entsprechend effektiv bei der Minderung von Angstgefühlen (vgl. ebd.:67). Auf diese Technik können die Anrufer:innen ebenfalls aufmerksam gemacht werden, da es hierzu gute Anleitungen gibt, wodurch diese Technik auch unabhängig von einer Therapie erlernt und wirkungsvoll gegen Ängste eingesetzt werden kann.

Darüber hinaus wird empfohlen nicht übermäßig Alkohol und Nikotin zu konsumieren und keine Drogen einzunehmen da dies Ängste negativ beeinflussen kann. Individuell können Personen auch auf einen Koffeinkonsum negativ ansprechen und Angstsymptome

¹ Progressive Muskelentspannung: Craske und Barlow (2016:68) beschreiben diese Methode als „Anspannungs-Entspannungs-Verfahren“ (ebd.). Bei der progressiven Muskelentspannung wird der Fokus sowohl auf die physische als auch auf die psychische Entspannung gelegt. Diese Technik muss allerdings gelernt sein und dauert zu Beginn etwa eine halbe Stunde (vgl. ebd.). Die Übung startet mit der Anspannung der Hände und Arme, welche anschließend bewusst entspannt werden. Fortgesetzt wird die An- und Entspannungsübung mit der Gesichtsmuskulatur, gefolgt vom Schulter-, Hals- und Nackenbereich. Danach folgen Brust und Bauch. Zuletzt werden der untere Rücken, das Gesäß sowie Beine und Füße an- und entspannt. Die Anspannungsphase soll bei allen Körperregionen jeweils zehn Sekunden betragen und die Entspannungszeit doppelt so lange. Gedanklich soll der Fokus dabei immer auf der auszuführenden Übung und dem Gefühl dazu liegen. Zum Abschluss soll gedanklich von eins bis fünf gezählt werden und dabei jeweils eine Steigerung der Entspannungsstufen über den gesamten Körper hinweg verspürt werden. Um wieder anzukommen wird anschließend rückwärts von fünf bis eins gezählt, wobei dies gedanklich mit einer Steigerung des Gefühls wach zu sein, kombiniert werden soll (vgl. ebd.:72–74).

Wurde diese progressive Muskelentspannung erfolgreich erlernt, so können Muskelgruppen gemeinsam an- und entspannt werden und dementsprechend schneller, bereits innerhalb von Sekunden, eine Beruhigung bewirkt werden (vgl. ebd.:68).

entwickeln (vgl. Matzat / Zottl 2022:23). Auch Klevebrant und Frick (2022:22) verweisen darauf, dass Koffein eine angstauslösende und Panikattacken fördernde Wirkung haben kann (vgl. ebd.). Matzat und Zottl (2022:25) empfehlen darüber hinaus, um einen besseren Umgang mit Panikstörungen zu finden, eine regelmäßige sportliche Betätigung. Insbesondere der Ausdauersport eignet sich bei Klient:innen mit Panikstörungen (vgl. ebd.). Dies kann im Rahmen von Empfehlungen auch bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 an Anrufer:innen weitergegeben werden.

An dritter Stelle folgt die Unterkategorie „Gesprächsführung bei Klient:innen mit erhöhter Ängstlichkeit“. Hier lässt sich folgendes Beispiel aus der Fokusgruppendiskussion anführen: „[...] oft ist [...] einfach das zu äußern „He ich habe Angst“ [...] das einfach schon mal hilfreich ist [...]“ (B2, Abs. 79). Da die Gesprächsführung auch in den Oberkategorien „Sucht“ und „Einsamkeit“ verortet ist, wird diese in Kapitel 5.5 genauer erklärt und mit relevanten Gesprächstechniken in Verbindung gebracht.

Zuletzt fällt auch die Unterkategorie „primäres und sekundäres Netzwerk“ in die Kategorie „Erhöhte Ängstlichkeit“. Bruns (2013:96) beschreibt, dass das primäre Netzwerk bereits ab der Geburt weitergegeben und individuell aufgebaut beziehungsweise erweitert wird. Das primäre Netzwerk kann aus Familienmitgliedern, Verwandten, Freund:innen und Nachbar:innen bestehen (vgl. ebd.:96f). Bruns zufolge können sekundäre Netzwerke auf Mesoebene verortet werden. Dazu zählen soziale Strukturen wie Vereine, Selbsthilfegruppen, Arbeitsstätten, Freizeitangebote, oder ähnliches, an denen eine Teilhabe realisierbar ist (vgl. ebd.:100f). Ein passendes Beispiel aus der Fokusgruppendiskussion zur Unterkategorie „primäres und sekundäres Netzwerk“ wäre folgendes: „Also man kann einmal schauen, okay, wie viele Leute hat es vielleicht früher gegeben? Wen, wen gibt es in der Nachbarschaft? Wen gibt es im Arbeitsumfeld oder so [...]“ (B3, Abs. 93).

Im Folgenden werden die Hauptkategorien „Einsamkeit“ und „Sucht“ mit den dazugehörigen Unterkategorien vorgestellt.

5.3 Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich Einsamkeit

Herneczky Dario

Zu den drei Hauptkategorien, die aus der Gruppendiskussion hervorgegangen sind, zählt auch das Thema Einsamkeit.

Wie in der Abbildung 8 ersichtlich, wurde diese in die Kategorien „Ursachen und Auslöser der Einsamkeit“, „Ressourcen und Netzwerke“ sowie „Gesprächsführung bei einsamen Klient:innen“ untergliedert.

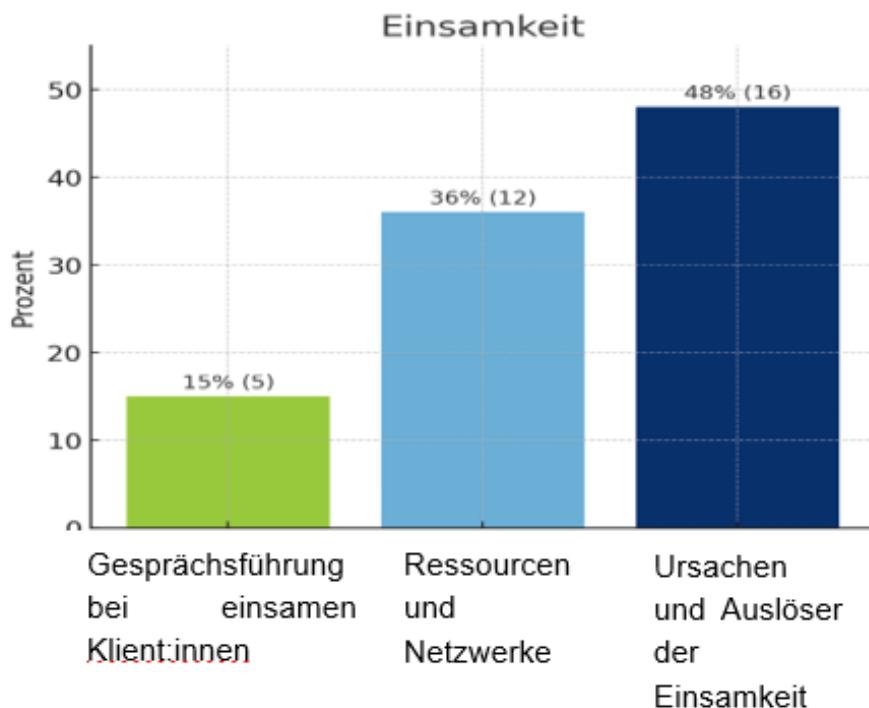


Abbildung 8: Kategorien Einsamkeit (erstellt durch ChatGPT)

Am häufigsten genannt wurde „Ursachen und Auslöser der Einsamkeit“ mit 15 Nennungen gefolgt von „Ressourcen und Netzwerken“ mit 12 Nennungen und „Gesprächsführung bei einsamen Klient:innen“ mit fünf Nennungen.

Zu Ursachen und Auslöser der Einsamkeit finden sich in der Literatur verschiedene Modelle. In weiterer Folge werden nun auf die relevanten Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Einsamkeit eingegangen (vgl. Ernst 2024:54).

Gemäß der evolutionären Theorie der Einsamkeit von Cacioppo, die seit Anfang der 2000er-Jahre stetig weiterentwickelt wurde, sind Menschen soziale Wesen, die darauf ausgelegt sind, in Gemeinschaften zu leben (vgl. Ernst 2024:54f). Durch soziale Bindungen erhöhten sich für unsere Vorfahren die Überlebenschancen. Deswegen ist Einsamkeit ein Zeichen, dass die sozialen Bindungen wenig ausgeprägt sind. Evolutionär gesehen birgt dies ein Risiko, da die Gruppe für den Menschen wichtig ist, für Schutz, Ressourcen und Fortpflanzungsmöglichkeiten. Einsamkeit ist aber auch in der heutigen Welt relevant und kann der Gesundheit und dem Wohlbefinden schaden.

Ein weiteres Modell ist das des Teufelskreises von Hawkley und Cacioppo aus dem Jahre 2010(Hawkley / Cacioppo 2010). Es erklärt, wie Einsamkeit auf emotionaler, physischer und psychischer Ebene zunehmen kann und dadurch ein Teufelskreis auslöst. Die Annahme besteht, dass sich Einsamkeit und Isolation, gegenseitig bedingen und es zu einer Verstärkung kommen kann. Fühlen sich Menschen länger einsam führt dies zu gesteigerter Wachsamkeit „[...] „that perceived social isolation is tantamount to feeling unsafe, and this sets off implicit hypervigilance for (additional) social threat in the environment“ (ebd.:3). Dadurch nehmen einsame Menschen soziale Signale anders wahr als Menschen, die sich nicht einsam fühlen. Die Wahrnehmung ist verzerrt und oft werden

soziale Signale negativ konnotiert. Dadurch kann sich das Gegenüber irritiert fühlen und es zu einem Abbruch der Beziehungen kommen. Infolgedessen fühlen sich einsame Menschen oft abgewiesen und ziehen sich immer mehr zurück. Es wird somit immer schwieriger aus dem Teufelskreis auszubrechen.

Einsamkeit kann jeden Menschen treffen, doch es gibt bestimmte Auslöser, die ihr Auftreten begünstigen können. Zusätzlich zu den im Kapitel 3.1.2 genannten Faktoren, wurden in der Fokusgruppendiskussion, auch noch andere hervorgehoben.

„Oder Mobbing kann auch zu Einsamkeit führen“ (B3, Abs.31).

Ein anderes Beispiel, welches genannt wurde, war: „Und wenn ein Ereignis war, oder irgendeine Erfahrung, wo eine Ablehnung erfahren worden ist und das aufgrund dessen fühle ich mich jetzt einsam oder so, ja“ (B1, Abs.30).

Betont wurde auch, dass sich verschiedene Faktoren gegenseitig bedingen können.

Die Teilnehmer:innen stimmten zu, dass Einsamkeit zu Sucht oder umgekehrt führen kann (vgl. B3, I1, Abs.213-214).

Die Kategorie „Ressourcen und Netzwerke“ wurde mit 12 Nennungen am zweithäufigsten genannt. Da die beiden Begriffe eine ähnliche Bedeutung haben, wird an dieser Stelle beschrieben, was in dieser Arbeit unter Ressourcen und Netzwerke verstanden wird. Unter Ressourcen können zwar auch Netzwerke fallen, aber hier geht es vorwiegend um finanzielle, psychologische und institutionelle Ressourcen. Als Netzwerke werden besonders soziale Netzwerke verstanden. Also eine gewisse Anzahl an Personen, die durch unterschiedliche soziale Beziehungen miteinander vernetzt sind (vgl. Ernst 2024:14)

In einem Gespräch mit einer betroffenen Person ist es zunächst wichtig, das vorhandene Netzwerk sowie die verfügbaren Ressourcen abzuklären (vgl. I1, Abs.16). Also in Erfahrung zu bringen wie viele Leute es früher gegeben hat, wen gibt es in der Nachbarschaft oder im Arbeitsumfeld (vgl. B3, Abs. 93) oder ob noch familiäre Bindungen existieren (vgl. Bild Brainstorming zum Thema Einsamkeit) Abhängig von den Gründen der Einsamkeit wurden verschiedene Unterstützungsangebote genannt: „[...] gibt es dann auch so Sachen wie Plaudernetz oder wenn man psychische Erkrankung hat PSD, Club Aktiv? Wo man da ein stückweit Kontakte haben kann. Seniorentreffs und so“ (B3, Abs.93).

Im Falle eines Verlustes einer nahestehenden Person wurde die Trauerbegleitung genannt (vgl. B1, Abs. 94). Andere hilfreiche Unterstützungsangebote die erwähnt wurden sind die Nachbarschaftshilfen, Zeitpolster und Community Nurses (vgl. B1, B2, B3, I1,I2 Abs.96-112).

In Österreich gibt es auch die Plattform gegen Einsamkeit (Nationale Anlaufstelle & Kompetenznetzwerk gegen Einsamkeit o.A.) welche die verschiedenen Angebote in den einzelnen Bundesländer vorstellt.

Die letzte Unterkategorie umfasst die „Gesprächsführungen bei einsamen Klient: innen“ mit fünf Nennungen. Wichtig ist es hierbei im Gespräch ein Stück weit in eine Beziehung zu gehen und sich auf die Leute einzulassen (vgl. B2, Abs.278) und zu fragen, warum sich die Person gerade jetzt so einsam fühlt (vgl.B1, Abs.32) Zu erfragen ist auch der Tagesablauf und was bisher gegen die Einsamkeit probiert wurde (vgl. Bild Brainstorming zum Thema Einsamkeit)

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird noch näher auf die Gesprächsführung eingegangen und untersucht, welche sich als besonders geeignet erweisen kann.

5.4 Leitfadenrelevante Kategorien im Bereich Sucht

Theresa Wagneder

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, ergaben sich aus der Auswertung der Fokusgruppendiskussion mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring die für den Leitfaden relevanten Hauptkategorien erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht. In der Hauptkategorie „Sucht“ wurden vier Unterkategorien ermittelt und entsprechend ihrer Häufigkeit angeführt. Insgesamt wurde 12 Mal die Kategorie „Identifizierung und Intervention“, acht Mal „Gesprächsführung bei suchtgefährdeten Personen“, vier Mal jeweils „Professionelle Unterstützung“ und auch vier Mal „Persönliches Umfeld“ ermittelt.

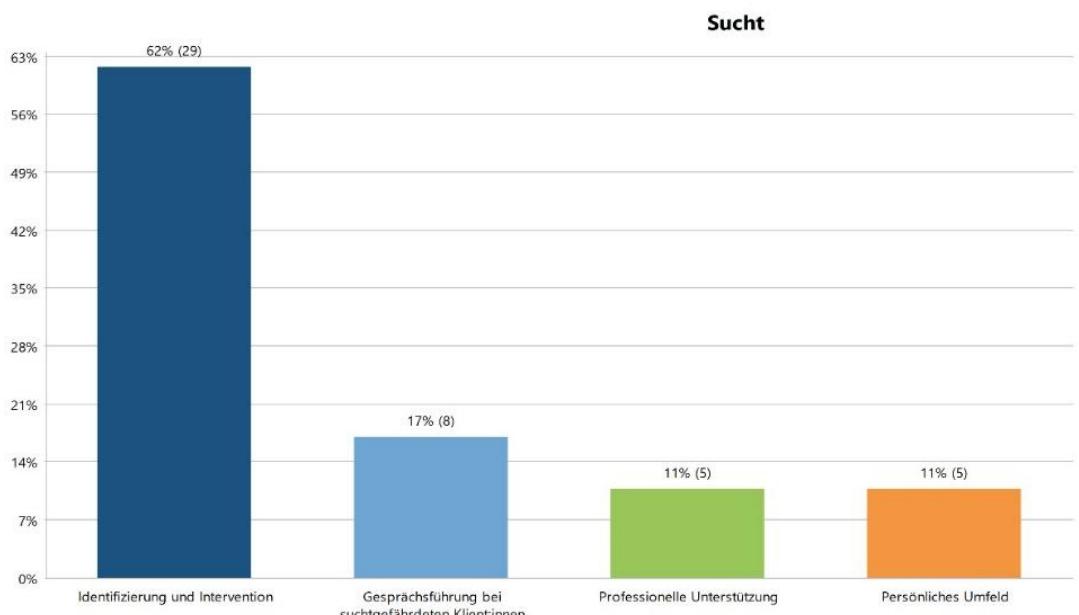


Abbildung 9: Kategorien Sucht

Die Zuordnung der Kategorie „Identifizierung und Intervention“ basiert auf der inhaltlichen Analyse von Aussagen, die sich auf die Erkennung von suchtbezogenen Problemen und die anschließende Einleitung entsprechender Maßnahmen beziehen. Sie umfasst das frühzeitige Erkennen von problematischen Verhaltensmustern oder Risikofaktoren, insbesondere im Kontext Sucht, sowie auch das präventive Arbeiten und Initiieren von abgestimmten Maßnahmen. Die Beobachtung, die professionelle Einschätzung und die Planung von spezifischen Handlungsstrategien stehen hier im Vordergrund. Laut der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015:85) ist dieser Bereich durch die systematische Erhebung und Kategorisierung von Aussagen und Handlungsfeldern geprägt. Der Fokus liegt hierbei auf der Früherkennung durch verschiedene Beobachtungs- und Gesprächsprozesse. Ziel ist es, die Ursache für problematische Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen, um intervenieren zu können. Verschiedene Beiträge zur Früherkennung zeigen, dass so erfolgreich Risikofaktoren durch professionelle Herangehensweisen und zielgerichtete Maßnahmen erfolgen können. Ein Beispiel für die Kategorie „Identifizierung und Intervention“ lautet:

„Das gehört gut abgeklärt und da gehört auch besprochen, was sind die Möglichkeiten mit Hausarzt und stationär und Suchtberatungsstellen, wo man das alles auch vorbereitet. Und gerade eine Sucht entwickelt sich ja nicht von heute auf morgen, sondern das ist ja ein Prozess, oft ein schleichender.“ (B3, Abs. 281-284).

Dieses Beispiel verdeutlicht die Verbindung zwischen Identifikation und zielgerichteter Intervention, wobei soziale, psychische und körperliche Faktoren gleichermaßen berücksichtigt werden. Die Bedeutung der Kategorie liegt darin, Risiken frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Maßnahmen schnellstmöglich Stabilität für die Betroffenen zu fördern.

Das Konzept der Früherkennung und Frühintervention spielt in der Kategorie eine zentrale Rolle, denn Früherkennung bedeutet, schwierige Situationen, Auffälligkeiten und Symptome rechtzeitig zu erkennen. Passiert dies früh genug, kann eine rechtzeitige Gefährdungseinschätzung vorgenommen werden (vgl. Mäder et al. 2021:44). Fachpersonal, wie Sozialarbeiter:innen, wird hierfür eine Schlüsselrolle zugetragen, da durch häufigen Kontakt mit der Zielgruppe Veränderungen schnell identifiziert werden können. Die Frühintervention, bzw. die hier pauschal als „Intervention“ bezeichnete Kategorie, zielt darauf ab gefährdete Personen und deren Umfeld frühzeitig mit adäquaten Hilfsangeboten zu unterstützen (vgl. ebd.:45).

Die Kategorie „Gesprächsführung bei suchtgefährdeten Personen“ wurde acht Mal identifiziert und ist somit im Bereich Sucht die am zeithäufigsten vorkommende. Orientiert man sich erneut an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, ist die systematische Erhebung und Kategorisierung von Aussagen und Handlungsfeldern ein notwendiges Werkzeug in der Analyse (vgl. Mayring 1994:85). Im genannten Kontext ist die Gesprächsführung ein wesentlicher Bestandteil und stellt erneut eine zentrale Rolle bei der Identifikation von Risikofaktoren dar. Zudem ist im späteren Verlauf auch eine notwendige Grundlage für anschließende Interventionen. Laut Mayring (vgl. ebd.:88) ist die Gesprächsführung ein Werkzeug der gezielten Kommunikation, welches im Rahmen strukturierter Gespräche dazu beiträgt, Herausforderungen und Bedürfnisse der betroffenen Personen zu erkennen und dann angemessen darauf zu reagieren. Es handelt sich dabei um eine gezielte Kommunikation und ist Bestandteil des gesamten Hilfeprozesses. Im Bereich der Suchtprävention und -intervention dient die Gesprächsführung als zentrales Werkzeug, um Gefährdungen zu erkennen und betroffene Personen in deren Veränderungsprozess zu unterstützen, sofern diese gewillt sind, mitzuarbeiten. Laut Krebs et al. (2021:71) ist dies ein „wichtiger Mechanismus“, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Sozialarbeiter:innen und Klient:inenn aufzubauen. Dies kann als Basis für die Reflexion des Suchtverhaltens und dem Starten von Veränderungsprozessen dienen. Gesprächsführung kann dazu beitragen, Suchtprobleme und eine mögliche Veränderungsbereitschaft zu erkennen. Ein Ankerbeispiel für die Kategorie lautet: “[...] dass da ganz viel Beziehungsarbeit braucht, dass sich die Leute sich da öffnen, trauen und sagen trauen was, um was es da eigentlich geht.“ (B3, Abs. 355-356). Die achtfache Identifikation dieser Kategorie verdeutlicht ihre Relevanz und Bedeutung. Wir schließen daraus, dass die „Gesprächsführung mit suchtgefährdeten Personen“ ein essenzieller Bestandteil im Bereich Sucht ist.

Die Kategorien „persönliches Netzwerk“ und „professionelles Netzwerk“ wurden in der Analyse viermal identifiziert. Diese Kategorien haben Ähnlichkeiten mit den Kategorien „primäres und sekundäres Netzwerk“ und „tertiäres Netzwerk“ aus dem Thema „erhöhte Ängstlichkeit“. Eine differenzierte Betrachtung beziehungsweise Benennung ist allerdings wichtig, da sich die Kategorien in deren Kontexten, Aufgaben und Zielen etwas unterscheiden. Die Kategorie „persönliches Netzwerk“ verstehen wir in unserer Analyse als das Netzwerk, das aus familiären und freundschaftlichen Beziehungen besteht, also aus privaten und informellen Kontakten, welche als emotionale Unterstützung dienen können. Im Vergleich dazu stellt für uns das „professionelle Netzwerk“ ein Netzwerk aus Fachkräften und Institutionen dar, mit welchen ein professioneller, interdisziplinärer Austausch möglich sein soll. Das „persönliche Netzwerk“ besteht aus persönlichen Bindungen, während das „professionelle Netzwerk“ darauf abzielt, eine strukturierte und zielgerichtete Unterstützung zu bieten. Grundsätzlich kommt das „persönliche Netzwerk“ dann zum Einsatz, wenn Einzelpersonen, Familien oder Gruppen ihre eigenen Ressourcen zur Problembewältigung aktivieren können. Das „persönliche Netzwerk“ kann eine Grundlage im Umgang mit belastenden Lebenssituationen sein. Das „professionelle Netzwerk“ wird herangezogen, wenn das „persönliche Netzwerk“ nicht mehr ausreicht, um Herausforderungen zu bewältigen (vgl. Staub-Bernasconi 2018:631).

Im Bereich der „professionellen Unterstützung“ geht es primär um die direkte Hilfeleistung von Fachkräften und Institutionen. Diese Form der Unterstützung umfasst medizinische und psychotherapeutische Hilfe, aber auch soziale Betreuung. Diese Unterstützungsformen sind als essentiell für die Bewältigung von Suchtproblematiken anzusehen (vgl Mäder et al. 2021:94). Im Bereich „professionelle Unterstützung“ wird eine besonders reflektierte Vorgehensweise gefordert. Staub-Bernasconi (2018:94) betont, dass eine Profession in der Lage sein muss, „wissenschaftliches Wissen in Arbeitshypothesen und Handlungsleitlinien für die Praxis im Hinblick auf die je besonderen Notlagen ihrer Adressat:innen zufriedenstellend“ zu übersetzen. Hierbei dürfen Machtstrukturen, Alltagstheorien aber auch politische und soziale Faktoren nicht außer Acht gelassen werden (vgl. ebd.). Diese Perspektive verdeutlicht, dass „professionelle Unterstützung“ nicht nur eine praktische Tätigkeit ist, sondern auf einer wissenschaftlichen Grundlage basiert. Für uns ist die Unterscheidung zwischen „persönlichen Netzwerk“ und „professionellen Netzwerk“ dadurch klar definiert. Hinzu kommt, dass es Teil des „professionellen Netzwerkes“ ist, Wissen zu reflektieren und einen Prozess gemeinsam zu gestalten (vgl. ebd.).

5.5 Allgemeine Gesprächstechniken in der Sozialen Arbeit

Mestnik Viktoria

Widulle (2020:6f) hält fest, dass der Gesprächsführung nicht nur in der Sozialen Arbeit eine bedeutende Rolle zugeordnet werden kann, sondern für jegliche sozialen Berufe wichtig ist. Unter Gesprächsführung lassen sich viele unterschiedliche Gesprächsansätze verorten, deren Ursprünge Großteils aus dem Bereich der Therapie kommen (vgl. ebd.). Die Gesprächsführung kann allerdings nicht als reiner Einsatz von Gesprächstechniken

verstanden werden, da sie neben der erforderlichen methodischen Expertise und Kommunikationsfähigkeiten auch verinnerlichte Grundwerte, Reflexionsvermögen und den Einbau von Praxiserkenntnissen in das Gespräch erfordert (vgl. ebd.:X). Stellt man bei der Überlegung, warum Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit überhaupt bedeutend ist, eine Verbindung zur Gesundheitsberatung 1450 her, so lässt sich festhalten, dass Gespräche für jegliche Form des Beziehungsaufbaus essentiell sind (vgl. ebd.:XI). Unterstützungsangebote bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 können nur im Rahmen eines telefonischen Gesprächs an die Klient:innen übermittelt werden, wofür zumindest eine Basis des Beziehungsaufbaus hilfreich ist. Umso wichtiger ist es, passende Methoden der Gesprächsführung je nach Situation, Verhalten und Anliegen des:der Anrufer:in aufzugreifen. Besonders bedeutend erscheinen in diesem Rahmen unter anderem die Motivierende, die ressourcenorientierte und die lösungsorientierte Gesprächsführung, welche in den nachfolgenden Kapiteln erklärt werden. Besonders für die Anwendung der Leitfäden zu den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht spielen sie eine bedeutende Rolle.

5.5.1 Motivierende Gesprächsführung

Mestnik Viktoria

Die Motivierende Gesprächsführung zeigt sich auf Basis der Analyse der Fokusgruppendiskussion als angemessene Methode. Zwar wurde diese von den Befragten nicht namentlich erwähnt, aufgrund spezifischer Aussagen lässt sich allerdings eine Verbindung zu dieser Methode herstellen. Arkowitz et al. (2010:1) betonen beispielsweise auch die Relevanz der Motivierenden Gesprächsführung für die Behandlung suchterkrankter Personen. Ebenso findet sie Anwendung in der Arbeit mit Klient:innen mit Angst- und Essstörungen sowie bei anderem gesundheitsbezogenem Verhalten (vgl. ebd.). Der folgende Ausschnitt aus der Fokusgruppendiskussion zeigt, dass es wichtig ist, sich die Perspektive der Klient:innen anzusehen, um die intrinsische Motivation, aber auch die Selbstwirksamkeit zu fördern: „aber im Grunde fragt man, geht man schon auf das ein, was selber anschauen, was, was selber vielleicht herausfinden oder was selber schon angewendet haben, was ihnen hilft.“ (B2, Abs. 66). Diese beispielhafte Aussage aus der Fokusgruppendiskussion lässt eine Verbindung zu einem weiteren wesentlichen Zugang in der Beratung und Therapie mittels Motivierender Gesprächsführung herstellen: die Kommunikation auf Augenhöhe und damit der Inhalt der Expert:innenrolle. Der:die Klient:in wird als Spezialist:in für seine:ihre Lebenslage anerkannt und der:die Professionist:in bringt ebenfalls sein:ihr Wissen ein (vgl. Lippert 2024:2). Wie später noch beschrieben wird, ist die Beziehungsarbeit in der Motivierenden Gesprächsführung von großer Bedeutung. Auf diesen Punkt wird auch in der Fokusgruppendiskussion verwiesen. „[...] dass da ganz viel Beziehungsarbeit braucht, dass sich die Leute sich da öffnen“ (B3, Abs. 166).

Nachdem die Begründung der Wahl dieser Gesprächstechnik auch auf Basis der Erkenntnisse aus der Fokusgruppendiskussion erfolgt ist, stellt sich die Frage, was man

unter der Motivierenden Gesprächsführung genau versteht und wie sie sich in der Praxis anwenden lässt. Die Motivierende Gesprächsführung hat sich unter der englischen Bezeichnung „Motivational Interviewing“ einen Namen gemacht und wird in der Literatur häufig mit „MI“ abgekürzt (vgl. Arkowitz et al. 2010:1). Lippert (2024:1) hält als vorrangiges Ziel der Motivierenden Gesprächsführung den Aufbau beziehungsweise die Steigerung der intrinsische Motivation fest. Damit soll der Wille, eine Veränderung zu erzielen oder eine Behandlung zu starten, umgesetzt werden. Diese Methode bewährt sich besonders dann, wenn Klient:innen zwiespältig gegenüber Veränderungen in ihrem Leben sind und sich dementsprechend erst motivieren müssen (vgl. ebd.:1f). Miller und Rollnick (2023:16) schreiben in ihrem Werk „MI is not about installing motivation in people but rather evoking it from them.“ (ebd.). Wodurch nochmal klar die Intention dieser Methode hervorgehoben wird.

Weigl und Mikutta (2019:9) zufolge eignet sich die Motivierende Gesprächsführung auch für wenige bis einmalige Gespräche (vgl. ebd.), was sie insbesondere für das Setting der Gesundheitsberatung 1450 spannend macht. Als Grundtechnik halten Weigl und Mikutta (ebd.:13) die Formulierung offener Fragen, sowie die Anerkennung, das reflektierende Zuhören und das Zusammenfassen fest. Einen nachrangigen Stellenwert nimmt die Beratung mit neuen Inputs ein (vgl. ebd.:13f). Arkowitz et al. (2010:8f) führen als wesentliche Grundlagentechnik zusätzlich den „Change-Talk“ an. Damit soll verhindert werden, dass man in Gesprächen nicht vorankommt, wobei die Gefahr durch die reine Anwendung der anderen Grundtechniken gegeben wäre. Der „Change-Talk“ knüpft an Wünsche, erkannte Kompetenzen, das Verlangen oder die Willenskraft, sowie die Gründe oder die persönliche Zusicherung, sich zu entwickeln (vgl. ebd.). Weigl und Mikutta (2019:13f) betonen ebenfalls die Bedeutung, im Rahmen der Motivierenden Gesprächsführung keine Ratschläge ohne Genehmigung des Gegenübers zu erteilen (vgl. ebd.). Auch sie greifen den sogenannten „Change-Talk“ auf, jedoch erst in Zusammenhang mit den vier Phasen der Motivierenden Gesprächsführung. Im ersten Schritt der vier Phasen steht der Beziehungsaufbau, gefolgt von der Fokussierung in Schritt zwei. An dieser Stelle muss darauf geachtet werden, dass nicht zwischen unterschiedlichen Inhalten gewechselt wird. Anschließend erfolgt im dritten Schritt die Evokation. Hier kommt es zur Förderung der intrinsischen Motivation und zur Bearbeitung der Ambivalenz (vgl. ebd.:18–22). In der Evokation wird auch der vorbereitende und anschließend mobilisierende „Change-Talk“ verortet (vgl. ebd.:25). Im vierten Schritt folgt anschließend die Planung, wobei an diesem Punkt der:die Klient:in bereits eine klaren Änderungswillen aufweisen und diesem gegenüber positiv gestimmt sein soll. Sollte der:die Klient:in nochmals ambivalent sein, müsste wieder an dritter Stelle, der Evokation angesetzt werden. Ansonsten können hier nochmals die Gründe, die für eine Veränderung sprechen, zusammengefasst werden und es werden Ziele formuliert. Diese Ziele könnten nach dem „SMART-Prinzip“ aufgebaut werden. SMART steht dabei für:

Spezifisch
Messbar
Attraktiv
Realistisch
Terminierbar

Das Ziel soll damit möglichst klar formuliert sein und messbar sein, was mittels Skalierungsfragen, Konsummenge oder ähnlichem festgehalten werden kann. Darüber hinaus soll das Ziel für den:die Betroffene:n lohnend und umsetzbar sein und es sollte einen zeitlichen Rahmen bekommen (vgl. ebd.:29–31).

Dies umfasst nur einen sehr groben Überblick über die Motivierende Gesprächsführung, wobei es sich lohnt, vertiefend in diese Methode einzutauchen, da sie sich, wie bereits erwähnt, insbesondere in der Arbeit mit suchtkranken Personen bewährt hat (vgl. Arkowitz et al. 2010:29). Auch bei Angststörungen, insbesondere als Vorbehandlung für Therapien scheint die Methode wirkungsvoll (vgl. ebd.:55). Eine Studie von Voos (2016:8) zeigt beispielsweise, dass die Motivierende Gesprächsführung in Kombination mit der kognitiv-behavioralen Psychotherapie positiven Einfluss auf Angststörungen hat (vgl. ebd.). Es lassen sich allgemein allerdings mehr Studien zur Arbeit mit suchtkranken Personen, als mit von Angststörungen betroffenen Menschen finden.

5.5.2 Ressourcenorientierte Gesprächsführung

Theresa Wagneder

Die ressourcenorientierte Gesprächsführung ist ein wichtiges Werkzeug in der Beratung und auch in der Psychotherapie. Sie hilft, in beratenden und therapeutischen Kontexten, positive Ergebnisse zu erzielen. Im Fokus der ressourcenorientierten Gesprächsführung steht die eigene Lebensgestaltung, die Befriedigung von Bedürfnissen sowie die Bewältigung von Herausforderungen (vgl. Wälte / Borg-Laufs 2018:180). Auch die in dieser Forschungsarbeit entwickelten Leitfäden könnten von einer ressourcenorientierten Gesprächsführung profitieren. Die ressourcenorientierte Gesprächsführung ist ein Zusammenspiel aus personellen, sozialen, interaktionellen, umwelttechnischen und ökonomischen Ressourcen (vgl. ebd.:190). Es weisen die ressourcenorientierte Gesprächsführung und die lösungsorientierte Gesprächsführung einige Überschneidungen auf, allerdings steht bei der lösungsorientierten Gesprächsführung das Finden möglicher Lösungen im Mittelpunkt (vgl. Friehs / Gabriele 2021:21). Wie sich in der Fokusgruppe herausstellte, sind die Gründe, welche zu erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht führen können meist ein Zusammenspiel verschiedener Aspekte: „[...] vom Alter her, vom Geschlecht, wo wohnen die, wo, wie sind die eingebunden, was machen die sowas, was sind deren Werte? Also das sind so viele Variablen drinnen, [...]“ (B3, Abs. 437- 439). Aussagen wie diese zeigen, dass die ressourcenorientierte Gesprächsführung ein wertvolles Tool in allen drei Bereichen sein kann, nicht nur weil sie verschiedene Aspekte miteinbezieht, sondern auch weil sie Ressourcen der Klient:innen aktiviert sowie komplexe und vielschichtige Zusammenhänge hinter deren Lebenssituationen sichtbar macht. Es wird in der ressourcenorientierten Gesprächsführung der Fokus erweitert und ein ganzheitlicher Blick auf die Lebensumstände der Klient:innen erzeugt. Dabei wird versucht, verschiedene Faktoren miteinzubeziehen, wie beispielweise das soziale Umfeld, persönliche Stärken und individuelle Werte. Dies soll nicht nur dazu beitragen, die

Klient:innen als „Problemträger:innen“ zu sehen, sondern viel mehr als eigene Steuer:innen des eigenen Veränderungsprozesses (vgl. Wälte / Borg-Laufs 2018:190).

Erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht stellen Herausforderungen dar, welche auf das Fehlen oder eine unzureichende Nutzung von Ressourcen hinweisen können. Die ressourcenorientierte Gesprächsführung kann Unterstützung bieten, um genau diese Ressourcen zu identifizieren beziehungsweise zu aktivieren (vgl. ebd.). Ein Beispiel für die Relevanz von sozialen und professionellen Ressourcen zeigte sich in der Fokusgruppe anhand folgender Aussage, welche die unterschiedliche Gewichtung von externen und persönlichen Ressourcen in verschiedenen Kontexten anspricht:

„[...] gleich auffällt, ist, dass da viel mehr auch das, das professionelle Umfeld angeführt ist, als wie da. Da, bei den beiden Themen, da wird ganz viel auf das Persönliche geschaut oder auf die persönlichen Ressourcen und da psychotherapeutische Anbindung, Anbindung und die Beratungsstellen und so weiter, [...]“ (B3, Abs. 437-439).

Diese Bemerkung unterstreicht, wie wichtig es ist in der ressourcenorientierten Gesprächsführung nicht nur auf die individuellen Ressourcen der Klient:innen zurückzugreifen, sondern auch auf ein professionelles Netzwerk, aus sozialen und therapeutischen Einrichtungen. Spielt in der Arbeit mit Suchterkrankungen mehr der Fokus auf professionelle Unterstützung eine Rolle, kann es bei Angststörungen oder Einsamkeit der Nutzen von persönlichen und sozialen Bindungen sein. Die ressourcenorientierte Gesprächsführung eignet sich für alle drei Anliegen und unterstützt Klient:innen dabei, eigene vorhandene Möglichkeiten zu sehen und zu nutzen. Bevor diese Ressourcen allerdings eingesetzt werden können, müssen diese identifiziert werden, um eine gezielte Aktivierung und Nutzung im Alltag zu ermöglichen. Um die individuellen Optionen und eventuell bereits vorhandenen Strategien der Klient:innen sichtbar zu machen, ist es von großer Bedeutung, eine genaue Ressourcenanalyse durchzuführen (vgl. ebd.:195). Die ressourcenorientierte Gesprächsführung setzt es sich es sich zum Ziel, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Demotivation zu bekämpfen und die eigenen Stärken wieder mehr in dem Vordergrund zu rücken. Eine erhöhte Sensibilität für vorhandene Möglichkeiten zu schaffen und diese auch bewusst zu nutzen und weiterzuentwickeln, ist ein weiteres Ziel der ressourcenorientierten Gesprächsführung. Besonders im sozialen Bereich ist es von großer Bedeutung, das Netzwerk durch Familie und Freund:innen zu stärken. Eine Frage die sich hierbei stellt, ist, wie und mit wem und die die eigenen Bedürfnisse am besten erfüllt werden können (vgl. ebd.)

Teilnehmer:innen der Fokusgruppe betonten, wie hilfreich es sein kann, verschiedene soziale Angebote zu nutzen, um Kontakte zu knüpfen und Unterstützung zu finden:

„Also man kann einmal schauen, okay, wie viele Leute hat es vielleicht früher gegeben? Wen, wen gibt es in der Nachbarschaft? Wen gibt es im Arbeitsumfeld oder so, wenn man irgendwo wo ist, beziehungsweise gibt es dann auch so Sachen wie Plaudernetz oder wenn man psychische Erkrankung hat PSD, Club Aktiv? Wo man da ein Stück weit Kontakte haben kann. Seniorentreffs und so.“ (B3, 205 - 209).

Auch diese Aussage unterstreicht nochmals, die Wichtigkeit von sozialen Netzwerken, aber auch von externen Unterstützungsangeboten. In der ressourcenorientierten Gesprächsführung soll es Klient:innen ermöglicht werden, sich selbst positiv

wahrzunehmen und sich von der Fixierung auf Defizite zu lösen. Dies kann dazu führen, dass das Selbstwertgefühl sowie die Selbstwirksamkeit gesteigert werden (196 ebd.:vgl.) Die Berater:innen sollten dabei gezielt auf vorhandene Fähigkeiten und Potenziale der Klient:innen eingehen, diese im Prozess einbinden und ihnen helfen, sich selbst als eine handlungsfähige Person zu sehen. Im Verlauf der Beratung geht es darum, dass die erarbeiteten Ressourcen nicht nur im thematischen Problembereich eingesetzt werden, sondern diese in verschiedene Kontexte zu übertragen. Klient:innen sollen ermutigt werden, verschiedene Situationen ausfindig zu machen, in denen identifizierte Ressourcen hilfreich sein und eingesetzt werden können. Durch das Vorstellen der gewünschten Motivation, Gefühle oder Gedanken kann der Ressourcentransfer auf die neue Situation vorbereitet und erleichtert werden (vgl. ebd.:202). Ein weiterer wichtiger Aspekt, welcher sich aus der Fokusgruppe ergab, war, dass Klient:innen oftmals nicht sofort erkennen, dass es möglicherweise ein Problem gibt. So wurde in der Fokusgruppe wie folgt davon berichtet: „Und die Leute sind es sich ja oft selbst überhaupt nicht bewusst, dass das vielleicht ein Problem sein könnte. Das dauert ja LANG, bis man überhaupt einmal eine Problemeinsicht entwickelt.“ (B3, 406 – 408). Diese Aussage zeigt, dass der Prozess der Ressourcentransfers ein schrittweiser ist, und es dauert, bis Lösungen und Ressourcen abgerufen werden können.

Durch die Vorstellung und Übung kann der Transfer von Ressourcen in neue Situationen vorbereitet und aktiviert werden. Es ist daher wichtig, herauszufinden, welche Ressourcen genutzt oder entwickelt werden können. Der Ressourcentransfer kann daher Schritt für Schritt in Beratungsgesprächen oder auch durch das Ausprobieren im Alltag, erfolgen. Metaphorische Methoden helfen zusätzlich: Man kann sich vorstellen, wie man hilfreiche Ressourcen in einen Koffer packt, diesen in neuen Situationen öffnet und dann die eingepackten Ressourcen vor Ort nutzt. Möglich sind auch symbolische Gegenstände, welche an die eigenen Stärken oder unterstützende Personen erinnern. Genauso wie durchdachte Anleitungen und Übungsaufgaben nützlich sein können, um den Ressourcentransfer einfacher zu gestalten (vgl. ebd.:203).

Die Ressourcenaktivierung scheint als eine vielversprechende Methode zur Unterstützung von Menschen die von erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht betroffen sind, indem die individuellen Stärken in den Vordergrund gerückt, kann dies dazu beitragen, neue Perspektiven zu eröffnen. Es sollte nicht unterschätzt werden, dass eine nachhaltige Veränderung oft einen langen Begleitprozess erfordert. Gerade in einem einzelnen Telefonat, wie es bei 1450 der Fall ist, stößt die Methode an ihre Grenzen, da auch hier tiefergehende Reflexion und kontinuierliche Unterstützung notwendig sind. Wie in vielen sozialarbeiterischen Kontexten ist auch hier ein strukturiertes Vorgehen – wie beispielweise im Rahmen des Case Management – sinnvoll, um langfristig Stabilität und Entwicklung zu garantieren.

5.5.3 Lösungsorientierte Gesprächsführung

Herneczky Dario

Bei der lösungsorientierten Gesprächsführung steht weniger das Problem im Mittelpunkt als vielmehr das Finden möglicher Lösungen. Die Beschreibung eines Problems wird oft als negativ angesehen, da es sich auf etwas vergangenes bezieht, während die Sprache der Lösungen sowohl zukunftsorientiert als auch positiv ist und signalisiert, dass Probleme nur vorübergehend sind (vgl. Friehs / Gabriele 2021:21).

In einer lösungsorientierten Beratung mit Menschen, die unter unfreiwilliger Einsamkeit leiden ist es somit wichtig, dass es nicht nur um die Frage geht, welche Regulation das Einsamkeitserleben mit sich bringt, sondern was sozialarbeiterische Hilfe oder auch die betroffene Person selbst leisten kann, um diese Regulation zu verändern (vgl. Noack 2022:104).

Lösungsorientierte Arbeit bestärkt in Wünschen nach Entwicklung und Selbstwirksamkeit und richtet den Fokus auf die Verwirklichung von Anliegen (vgl. Widulle 2020:125). Um dies zu gewährleisten ist es sehr wichtig, dass Berater:innen und Klient:innen im Gespräch gleichberechtigt sind. Entscheidend bei dieser Gesprächsführung ist das Setzen von Zielen. Unternommene Bemühungen werden dahingehend gewürdigt und wertgeschätzt. Um die Klient:innen zu unterstützen, ist es von wesentlicher Bedeutung, zu wissen was gewollt wird, welche Ressourcen es gibt und was die nächsten Schritte sind (vgl. ebd.:128). Auch in der Fokusgruppendiskussion wurde erwähnt, dass es wichtig ist, zu erfragen, um welches Anliegen es sich handelt und was diesbezüglich schon probiert worden ist (vgl. Bild Brainstorming zum Thema Einsamkeit)

Die Kommunikation im Gespräch soll positiv gehalten und negative Aussagen „refraint“ werden. So kann zum Beispiel aus Einsamkeit Kontaktbedürfnis werden. Lösungs-, kompetenz- und ressourcenbezogene Frage sind dabei für eine positive Zukunftsgestaltung hilfreich.

Wunderfragen können dabei auch von großem Nutzen sein. Klient:innen sollen sich einen problemfreien und erwünschten Zustand vorstellen und diese Zielvision wird dann auf erreichbare Ziele heruntergebrochen und schrittweise anvisiert. Skalierungsfragen können bei der Selbsteinschätzung helfen und eine Basis Richtung Veränderung bilden (vgl. ebd.:129–130).

Des Weiteren gibt es auch Bewältigungsfragen, die den Zweck erfüllen sollen, Klient:innen Mut zu geben, auch aus nahezu aussichtlosen Situationen einen Ausweg zu finden. Normalerweise können die Betroffenen zumindest auf kleine Dinge zurückgreifen die Hoffnung geben können. Somit sind Bewältigungsfragen dazu geeignet den Klient:innen zu helfen positive Aspekte wahrzunehmen und weisen sie darauf hin welchen Beitrag sie leisten können, um die Situation nicht zu verschlimmern (vgl. Friehs / Gabriele 2021:47).

Eine weitere Fragetechnik sind zirkuläre Fragen. Dabei wechseln Klient:innen ihre Sichtweise dahingehend, dass nicht ihre eigenen Einstellungen und persönlichen Handlungen thematisiert werden, sondern die deren Personen in ihrem Umfeld. Damit öffnet sich der Raum die eigenen Sichtweisen zu überdenken, sich in andere Menschen des sozialen Umfeldes hineinzuversetzen und eine neue Perspektive einzunehmen.

Dadurch können alte Denkmuster durchbrochen und neue Lösungsansätze entwickelt werden (vgl. ebd.:48 ebd.).

Der Ablauf einer lösungsorientierten Gesprächsführung könnte folgendermaßen aussehen (vgl. Middendorf 2019:14–16)

- Joining
- Ziel
- Ausnahmen vom Problem
- Skalierung
- Komplimente, Aufgabe und Abschluss

Joining beinhaltet den Beziehungsaufbau und setzt dabei auf eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre, sowie auf das Verständnis für die Anliegen der Klient:innen.

Im nächsten Schritt wird der Fokus auf das Ziel der Klient:innen gelegt.

In weiterer Folge werden die Klient:innen unterstützt „[...] durch Fragen Ausnahmen von der aktuellen Problemlage zu finden, die schon ein wenig in Richtung Ziel gehen“ (ebd.:15).

Dies erleichtert den Zugang zu den Ressourcen der Personen und das Ziel kommt einen Schritt näher.

Die Skalierungsfragen helfen den Klient:innen bei der Lösungsfokussierung und fördern zudem die Motivation.

Am Ende eines Gesprächs sollten sie nun eine Vorstellung davon haben, wie die angepeilten Ziele erreicht werden können.

Abschließend ist noch hinzuzufügen, dass sich die lösungsorientierte Gesprächsführung auch deshalb gut für eine telefonische Beratung eignet, da davon ausgegangen wird, dass auch kleine Veränderungen ausreichen, um einen entscheidenden Unterschied zu machen (ebd.:14).

6 Leitfaden

Mestnik Viktoria

Bevor es in den nachfolgenden Kapiteln zu einer Darstellung der Leitfäden kommt, muss kurz angeführt werden, dass diese vollumfänglich aus dem Anhang entnommen werden können.

Allgemein werden im Rahmen dieses Kapitels vorweg die Ziele, die Verwendung und Hinweise für die telefonische Beratung rund um psychosoziale Themen gegeben. Zudem wäre wünschenswert, dass die Leitfäden künftig österreichweit, an allen Leitstellen aufliegen. Damit soll den ECNs eine Orientierungshilfe für Telefonate rund um die psychosozialen Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht geboten werden. Ziel ist es, eine einheitliche Qualität und professionelle Praxis in den Gesprächen sicherzustellen – unabhängig davon, an welche ECN der:die Anrufer:in gerät. Dies ist besonders wichtig, da die ECNs eine professionelle Ausbildung im Gesundheits- und Krankenpflegebereich haben, allerdings gibt es keine Voraussetzung eines beruflichen Hintergrunds im Bereich Sozialarbeit, Psychologie, Psychotherapie oder verwandten Disziplinen. Umso wichtiger ist es Basics der Gesprächsführung einzubauen. Für die gesamte telefonische, psychosoziale Beratung empfiehlt sich eine Orientierung an diversen Methoden der Gesprächsführung, wobei die Motivierende, die ressourcenorientierte, als auch die lösungsorientierte Gesprächsführung bereits in den vorherigen Kapiteln unter 5.5 kurz aufgegriffen wurden. Darüber hinaus betont Sötemann (2019:10) auch die klient:innenzentrierte Gesprächsführung von Rogers als wichtige Methode in der telefonischen Beratung. Hier spielt, wie auch in anderen Gesprächsführungstechniken, das Paraphrasieren und das Verbalisieren eine bedeutende Rolle. Beim Paraphrasieren wird der Inhalt, welcher durch den:die Anrufer:in übermittelt wurde, neutral wiedergegeben, während bei der Verbalisierung der „wahrgenommene emotionale Inhalt“ (ebd.) zum Ausdruck gebracht wird (vgl. ebd.). Allgemein empfiehlt es sich, besonders zu Beginn des Gesprächs, wenn im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450, biomedizinische Angelegenheiten ausgeschlossen werden konnten, offene Fragen zu stellen. Sötemann (ebd.:9) greift zusätzlich auf, dass dies eine detailliertere Darstellung der Thematik durch den:die Anrufer:in ermöglicht und damit auch mögliche relevante Zusammenhänge besser zum Vorschein kommen können (vgl. ebd.).

Ein zentraler Hinweis soll an dieser Stelle noch für die psychosoziale telefonische Beratung gegeben werden. Das aktive Zuhören, wobei darauf geachtet werden soll mittels unterstützender Laute wie „mhm“, oder ähnlichen, Aufmerksamkeit zu signalisieren, da nonverbale Rückmeldungen schließlich über das Telefonat nicht vermittelt werden können. Zudem wirkt es präventiv gegen die Verunsicherungen, ob nach wie vor zugehört wird und ob die telefonische Verbindung noch besteht. Dementsprechend wird Verständnis auf inhaltlicher Ebene signalisiert und auf technischer Ebene eine funktionierende Telefonverbindung.

Das aktive Zuhören beinhaltet allerdings nicht nur das Erfassen verbaler Aussagen, sondern auch das Erkennen von emotionalen Signalen, wie Weinen. Für den Beziehungsaufbau empfiehlt es sich diese Gefühlsübermittlungen anzusprechen, zu erfragen und hinzunehmen (vgl. ebd.:11f).

In den nachfolgenden Kapiteln werden nun, wie angekündigt, die Leitfäden zu den psychosozialen Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht dargestellt, wobei sich einheitliche Gesprächseinstiegs- und Abschlussphasen kennzeichnen. Zur Orientierung vorweg, soll die nachfolgende Grafik einen Überblick zur Handhabung der Leitfäden bieten.

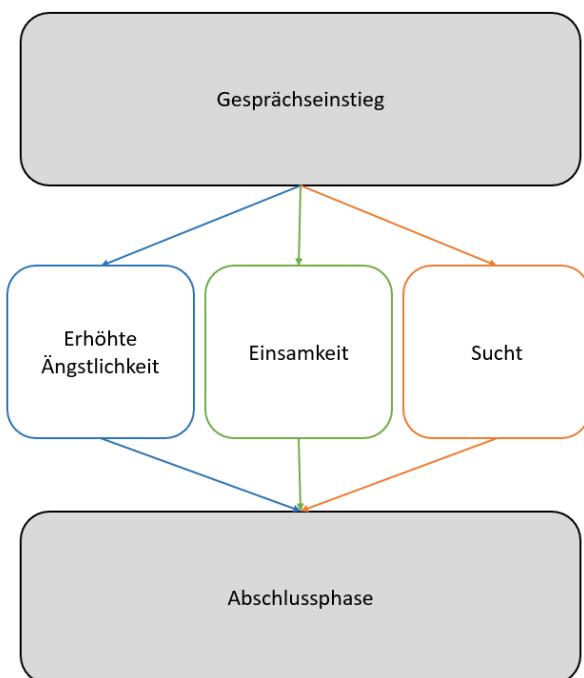


Abbildung 10: Handhabung Leitfäden

Die beiden grau hinterlegten Phasen umfassen einheitliche Teile, welche unabhängig vom psychosozialen Anliegen des:der Anrufer:in gleich oder ähnlich ablaufen können. Die drei Hauptthemen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht werden durch individuelle Abschnitte bearbeitet. Beim Erstellen der Leitfäden stellte sich zudem heraus, dass es für die Praxis sinnvoll sein könnte, eine ausführliche Version zu generieren und eine stark gekürzte. Mittels der gekürzten Version soll ein minimaler, themenspezifischer Überblick über relevante Inhalte dargestellt werden und die ausführlichere Version dient als vertiefende Unterstützung. Insbesondere, wenn schnelles Handeln erforderlich ist, eignet sich die kurze Version, da sie auf einen Blick das Wichtigste abbildet.

6.1 Einstieg in die telefonische Beratung

Mestnik Viktoria

Die Einstiegsphase der telefonischen Gesundheitsberatung bei 1450 wird folglich dargestellt und umfasst demnach auch die biomedizinische Abfrage, die vor der Einordnung in eine der psychosozialen Thematiken (erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit, Sucht) erfolgen muss, um medizinische Notfälle ausschließen zu können. Dieser Teil wird in die Einstiegsphase aufgenommen und umfasst damit noch die für die ECNs bekannte Vorgehensweise. Damit kann eine Orientierungsstütze im Ablauf bis zum Hauptteil des Leitfadens und damit den für die ECNs neuen, psychosozialen Teil, geboten werden.

Gesprächseinstieg	Anrufannahme
	<p>Wer den Anruf zu Beginn entgegennimmt und die Anrufer:innendaten erfasst, variiert je nach Bundesland.</p> <p>Es erfolgt die Erhebung der Problembeschreibung und der Ausschluss eines biomedizinischen Notfalls.</p> <p>Feststellung einer psychosozialen Thematik aus den Bereichen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht und Wechsel zu einem der passenden Leitfäden. (Statt der normalerweise typischen Vorgehensweise einer Protokollauswahl)</p> <p>Heranziehen des passenden Leitfadens.</p>

6.2 Hauptteil der telefonischen Beratung

Hernecky Dario

Wird nach Abklärung des Gesundheitszustandes eines der drei psychosozialen Themen – erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht von den ECNs identifiziert, haben sie die Möglichkeit den passenden Leitfaden zur Unterstützung heranzuziehen.

Bei der Erstellung der Leitfäden, haben wir uns, wie zuvor bereits erwähnt, entschieden, ausführliche und gekürzte Versionen zu erstellen, die bei den ECNs aufliegen sollen. Sie sollen dabei helfen, adäquate Lösung für die betroffene Person zu finden. Die ausführlichen Leitfäden bieten detailliertere Informationen, während die Mini-Versionen als eine schnelle Orientierung für die ECNs dienen und nur die wichtigsten Aussagen bieten. Abhängig von

der Beratungsintensität und Dringlichkeit können auch die ausführlichen Leitfäden zur Unterstützung herangezogen werden. Die Leitfäden hätte den Vorteil, dass die Anliegen der betroffenen Person besser verstanden werden könnten, eine höhere Vertrauensbasis aufgebaut wird, eine Beseitigung eventueller Missverständnisse und die passende Klärung der Anliegen vielleicht schon in einem Telefonat erledigt werden kann. Ein erfolgreiches Telefonat erhöht auch die Zufriedenheit der Anrufer:innen.

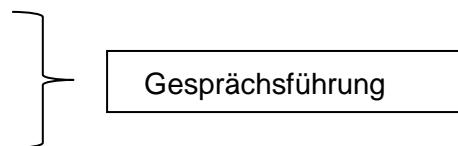
Im weiteren Verlauf werden nun die drei Leitfäden zu erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht vorgestellt.

6.2.1 Erhöhte Ängstlichkeit

Mestnik Viktoria

Bei der Feststellung von Angstsymptomen empfiehlt es sich den Sozialarbeiter:innen zufolge, das tertiäre Netzwerk zu erweitern. Zudem soll an Bewältigungsstrategien gearbeitet und Empfehlungen gegeben werden. Darüber hinaus spielt die Gesprächsführung eine wichtige Rolle. An letzter Stelle steht laut Häufigkeit der Kategorienzuordnung das primäre und sekundäre Netzwerk. Aufgrund der praktischen Anwendung empfiehlt es sich allerdings die Reihung für die Praxis des Leitfadens anzupassen. Eine angemessene Gesprächsführung sollte dabei durchgehend präsent sein und je nach Anliegen der Anrufer:innen sollten passende Gesprächstechniken zum Einsatz kommen. Um Ängste akut abzufedern, empfiehlt sich daher folgende thematische Reihung, wobei auch diese individuell an jede:n Anrufer:in angepasst werden kann.

- Bewältigungsstrategien und Empfehlungen
- tertiäres Netzwerk
- primäres und sekundäres Netzwerk



Folglich wird der Hauptteil des Leitfadens zum Thema erhöhte Ängstlichkeit dargestellt.

Hauptteil – erhöhte Ängstlichkeit	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	<p>Identifikation der Angstgefühle</p> <p>Feststellung der Intensität des Gefühls. Bei Bedarf beispielsweise mittels Skalierungsfragen.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 ein geringes Angstgefühl und 10 starke Angst ist, wo würden Sie Ihre Ängste aktuell einordnen?“</i></p>

<p>Hinweis bei akuten Angstsymptomen (nur bei Bedarf)</p>	<p>Bei einer akuten Panikattacke oder intensiven Angstsymptomen, die sich beispielsweise durch Atemnot, Hyperventilation, besondere Schwere in der Brust oder ähnliche Anzeichen bemerkbar machen können, empfiehlt es sich mit der Zwerchfellatmung zu starten, um die Klient:innen erstmals darin zu unterstützen, sich zu beruhigen, um sie dementsprechend auch aufnahmefähig für das Gespräch zu machen.</p>
<p>Absicherung der festgestellten Problemlage und Informationen</p>	<p>Fassen Sie die bisherigen Informationen zusammen.</p> <p>Fragen Sie nach, ob Sie die Thematik richtig verstanden haben.</p> <p>An dieser Stelle sind geschlossene Fragen erlaubt, wobei Sie die Antwort abwarten sollten, um Missverständnisse zu vermeiden und damit sich der:die Anrufer:in gehört fühlt.</p> <p>Klären Sie noch offene Fragen, wie beispielsweise wie lange der:die Klient:in schon mit Ängsten kämpft oder ob diese erstmals aufgetreten sind.</p>
<p>Umgang mit Ängsten</p>	<p><u>Bewältigungsstrategien und Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen Sie persönliche, bewährte Bewältigungsstrategien der Anrufer:innen, falls er:sie bereits früher vermehrt Ängste verspürt hat und gehen Sie darauf ein. <u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Wie haben Sie es geschafft, Ihre letzte Panikattacke zu überwinden?“</i> • Geben Sie Empfehlungen, wie die Zwerchfellatmung und leiten Sie diese kurz an, wenn der:die Klient:in zustimmt und bereit dafür ist. <u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Um Ihr Angstgefühl zu lindern, kann es helfen ruhig zu atmen. Ich möchte Sie einladen, dafür kurz den Lautsprecher Ihres Handys einzuschalten und das Handy vor sich hinzulegen. Legen Sie nun eine Hand auf Ihren Bauch und die andere auf Ihren Brustkorb. Versuchen Sie langsam, mit mir gemeinsam, tief einzuatmen und auszuatmen. Dabei soll sich nur die Hand am Bauch bewegen und die am Brustkorb sollte</i>

- ruhig bleiben. Um sicherzugehen, dass Sie langsam atmen, können Sie sich vorstellen, eine Pusteblume vor sich zu haben, deren Samen nicht davonfliegen sollen. Lassen Sie uns das gemeinsam versuchen.“* (Leiten Sie nun die Zwerchfellatmung so lange an, bis der:die Klient:in etwas Ruhe gewinnen kann, beziehungsweise üben Sie diese kurz mit dem:der Anrufer:in, damit er:sie bei künftig auftretenden Angstgefühlen darauf zurückgreifen kann.)
- Eine weitere Empfehlung kann die progressive Muskelentspannung sein, wobei sich hierzu gute Anleitungsvideos online finden lassen. Zudem können die negativen Auswirkungen von Koffein-, Nikotin- und Alkoholkonsum auf Ängste besprochen werden, um ein Bewusstsein zu schaffen. Darüber hinaus kann sportliche Betätigung, insbesondere Ausdauersport bei Ängsten empfohlen werden.

Tertiäres Netzwerk:

- Erfragen Sie, ob der:die Anrufer:in bereits professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hat. (z. B. Arztbesuche, Therapieangebote, PSD, Plaudernetz, Nachbarschaftshilfen, Zeitpolster, Community Nurses usw.). Verweisen Sie gegebenenfalls an eine passende Stelle.
- Recherchieren Sie professionelle Netzwerke in der Umgebung. Sie können dies transparent kommunizieren.

Beispielhafte Formulierungshilfe:

„Einen Moment bitte, ich suche nebenbei Angebote, welche es in Ihrer Wohnnähe gibt.“

- Geben Sie bedarfsorientierte Empfehlungen ab. In Zusammenhang mit Ängsten eignen sich Verhaltenstherapien besonders gut. Sollte der:die Anrufer:in offen sein für therapeutische Unterstützung, so eignet es sich Verhaltenstherapeut:innen in Wohnnähe zu suchen.
- Empfehlung für Niederösterreich: Es empfiehlt sich die Vermittlung an das AKUTteam, welches die psychosoziale Arbeit auf professioneller Basis intensivieren kann. Hier kann auch die Finanzierungsmöglichkeit einer (Verhaltens)-Therapie umfassender besprochen werden.

	<p><u>Primäres und sekundäres Netzwerk:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie den:die Klient:in nach Ihrem persönlichen Netzwerk, bestehend beispielsweise aus: Familienmitgliedern, Verwandten, Freund:innen und Nachbar:innen. <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Gibt es in Ihrem Umfeld Freund:innen, Familie oder Nachbar:innen, mit denen Sie über Ihre Ängste sprechen können?“</i></p> <p><i>„Gibt es jemanden in ihrem Umfeld, den Sie anrufen können und der:die zu Ihnen kommen könnte?“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie den:die Klient:in nach dem sekundären Netzwerk, wie Vereinen, Selbsthilfegruppen, Arbeitsstätten, Freizeitangebote usw. und geben sie entsprechende Empfehlungen bei Interesse.
--	---

Für die Erstellung dieses Leitfadens wurde sich am „Manual für die Beratung am Telefon“, der Deutsche Hauptstelle für Suchtanfragen (2021) orientiert.

Folglich wird die gekürzte Version des Leitfadens zum Thema erhöhte Ängstlichkeit dargestellt.

Mini-Version Leitfaden – erhöhte Ängstlichkeit
1. „Können Sie mir beschreiben, wie sich Ihre Angst äußert?“ „Hatten Sie schonmal ein ähnliches Gefühl oder erleben Sie dieses erstmalig?“
2. „Wie haben Sie es bisher geschafft mit Ihren Ängsten umzugehen?“
3. "Darf ich Ihnen einige Empfehlungen zur Minimierung von Ängsten mitgeben?" (Atemtechnik, Sport, progressive Muskelentspannung, Vermeidung koffeinhaltiger Lebensmittel, Vermeidung von Alkohol und Nikotin)
4. „Haben Sie in Ihrem persönlichen Umfeld Menschen, mit denen Sie über Ihre Ängste sprechen können und die Sie verstehen?“
5. „Bei Ängsten empfiehlt es sich auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich würde Ihnen gerne Informationen dazu geben. Ist das für Sie in Ordnung?“
Achten Sie bei Unterstützungsangeboten darauf, dass sie bedarfsorientiert und gut erreichbar sind, also in Wohnnähe sind: Allgemeinmediziner:innen,

Psychiater:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen (vorteilhaft könnten Therapieangebote mit verhaltenstherapeutischer Spezialisierung sein), Nachbarschaftshilfen, PSD und so weiter

6.2.2 Einsamkeit

Herneczky Dario

Bei einsamkeitsspezifischen Interventionen spielen die Ursachen und Auslöser von Einsamkeit eine wichtige Rolle. Laut den Sozialarbeiter:innen ist es wichtig diese abzuklären, um in weiterer Folge Lösungen anbieten zu können. Dafür ist aber in erster Linie entscheidend, eine Beziehung zu der betroffenen Person aufzubauen, um ihr Vertrauen zu gewinnen. Im nächsten Schritt erfolgt die Abklärung des Netzwerks. Um diese Schritte zu bewerkstelligen ist eine lösungsorientierte Gesprächsführung hilfreich.

Hauptteil – Einsamkeit	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	<p><u>Ursachen und Auslöser der Einsamkeit</u></p> <p>Bauen Sie eine Beziehung zu dem/der Anrufer:in auf, um zu erfahren warum er/sie sich einsam fühlen</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Gerne würde ich nun etwas über Sie erfahren. Wer sind Sie? Womit verbringen Sie Ihre Zeit? Und vor allem, was machen Sie besonders gerne und was gelingt Ihnen besonders gut?“</i></p> <p><i>„Seit wann besteht die Einsamkeit und was macht sie jetzt so dringend?“</i></p>
Absicherung der festgestellten Problemlage und Informationen:	<p>Informationen bestmöglich zusammenfassen und erfragen, ob alles richtig verstanden wurde.</p> <p>Hierfür sind geschlossene Fragen erlaubt. Wichtig ist es die Antwort des/der Anrufer:in abzuwarten. Dadurch sollen Missverständnisse vermieden und eine Wertschätzung für die Anliegen ausgedrückt werden.</p>

<p>Umgang mit Einsamkeit</p>	<p>Gesprächsführung bei einsamen Klient:innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen Sie ob und was bisher unternommen wurde gegen die Einsamkeit (Erkennung von Ressourcen) • Das Setzen von Zielen kann hilfreich gegen Einsamkeit sein, zum Beispiel einmal in der Woche in den Park zu gehen • Beispielhafte Optionen zur Milderung von Einsamkeit können sein: Sich bewegen, Gewohnheiten zu etablieren, anderen helfen, in einem Verein anmelden, mit anderen Menschen Hobbys teilen... <p>Beispielhafte Formulierungshilfe <i>„Wann war es schon ein wenig besser als sonst?“</i></p> <p><i>„Wie sind Sie früher mit ähnlichen Situationen umgegangen?“</i></p> <p><i>„Was ist eine Veränderung, mit der Sie zufrieden wären?“</i></p> <p><i>„Was ist das Ziel unserer Zusammenarbeit?“</i></p> <p>Ressourcen und Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk abklären: Erfragen des sozialen Umfeldes (Familie, Freunde, Nachbar:innen, Arbeitskolleg:innen) • Erfragen, ob die Person schon mit jemanden über die Einsamkeit gesprochen hat. <p>Beispielhafte Formulierungshilfe: <i>„Mit wem verbringen Sie gerne Zeit?“</i> <i>„Gibt es jemanden mit dem Sie über Ihre Einsamkeit gesprochen haben?“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Über Unterstützungsangebote in der Umgebung informiere. <p>Beispielhafte Formulierungshilfe: <i>„Bleiben Sie mir bitte in der Leitung, ich suche jetzt etwas für Sie raus.“</i></p> <p>Hierfür eignet sich besonders die Website:</p>
-------------------------------------	--

	<p>https://plattform-gegen-einsamkeit.at/ oder zum Beispiel Plaudernetz, Zeitpolster, Nachbarschaftshilfen in Niederösterreich auch die Verweisung an das Akutteam und die Community Nurses.</p> <p>Im Todesfall die Trauerbegleitung.</p> <p>Bei psychischen Erkrankungen der Club Aktiv.</p>
--	---

Anhand dieses Leitfadens resultiert folgende Mini-Version:

Mini-Version Leitfaden – Einsamkeit	
1.	<i>„Gerne würde ich nun etwas über Sie erfahren. Wer sind Sie? Womit verbringen Sie Ihre Zeit? Und vor allem, was machen Sie besonders gerne und was gelingt Ihnen besonders gut?“</i>
2.	<i>„Seit wann besteht die Einsamkeit und was macht sie jetzt so dringend?“</i>
3.	<i>„Was ist eine Veränderung, mit der Sie zufrieden wären?“</i>
4.	<i>„Gibt es jemanden mit dem Sie über ihre Einsamkeit gesprochen haben?“</i>
5.	Nachschnauen welche Angebote es in der Umgebung gibt, zum Beispiel unter https://plattform-gegen-einsamkeit.at/

6.2.3 Sucht

Theresa Wagneder

Laut den befragten Sozialarbeiter:innen nehmen Menschen mit Suchttendenzen bestimmte Reize stärker wahr, besonders solche, die mit ihrer Sucht in Verbindung stehen. Diese Reize können starke Gefühle auslösen und dies kann wiederum dazu führen, dass Betroffene schneller und intensiver auf diese Reize reagieren und ein stärkeres Verlangen nach der Sucht verspüren. Gleichzeitig nehmen sie die möglichen Risiken oder negativen Folgen seltener wahr, was dazu führen kann, dass sie in solchen Momenten impulsiver reagieren. Laut den Sozialarbeiter:innen sollte daher die Gesprächsführung im Umgang mit der Thematik Sucht besonders einfühlsam und achtsam passieren. Es ist wichtig, dass die Gesprächspartner:innen die Reaktionen der Betroffenen erkennen und auch gezielt ansprechen. Dies stärkt das Vertrauen. Dabei sollten vor allem Bewältigungsstrategien und die möglichen Folgen des Suchtverhaltens behutsam thematisiert werden, ohne die Betroffenen einzufangen oder zu überfordern. Es ergibt sich daraus folgendes Beratungsschemata für Erstkontakte:

Hauptteil – Sucht	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	<p>Identifikation der Suchtthematik</p> <p>Feststellung des Suchtverhaltens, der Intensität und der Dauer des Konsums.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Haben Sie aktuell das Gefühl, dass ihr Konsum ihr Leben bestimmt/beeinträchtigt?“</i></p> <p><i>„Wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie zurzeit?“</i></p>
Absicherung der festgestellten Problemlage und Informationen	<p>Versuchen Sie, die bisherigen Informationen zusammenzufassen. Erfragen Sie, ob die Thematik richtig verstanden wurde. Geschlossene Fragen sind hier erlaubt, um Missverständnisse vorzubeugen.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Habe ich das richtig verstanden, dass Sie bereits Versuche unternommen haben, um Ihren Konsum zu reduzieren, es Ihnen aber schwerfällt?“</i></p>
Umgang mit Suchtverhalten	<p>Gesprächsführung mit Suchtgefährdeten:</p> <p>Erfragen Sie bisherige Strategien zur Eindämmung oder Kontrolle des Konsums.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierung:</u></p> <p><i>„Haben Sie in der Vergangenheit bereits Versuche unternommen, um Ihren Konsum einzudämmen? Was war Ihnen dabei hilfreich?“</i></p>

	<p>Geben Sie Empfehlungen zu alternativen Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel Ablenkung durch Aktivitäten, Tagebuchführung über das Konsumverhalten oder das Setzen kleiner Ziele.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierung:</u></p> <p><i>„Es könnte hilfreich sein, Ihr Konsumverhalten zu dokumentieren, um Veränderungen und Muster bewusster erfassen zu können.“</i></p> <p><u>Professionelle Unterstützung:</u></p> <p>Erfragen Sie, ob und welche professionelle Unterstützung bereits in Anspruch genommen wurde (zum Beispiel Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe, Hotline, spezialisierte Kliniken).</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Haben Sie in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen?“</i></p> <p><i>„Ich kann Ihnen dabei behilflich sein, Beratungsstellen in Ihrer Umgebung ausfindig zu machen, möchten Sie das?“</i></p> <p>Ermutigen Sie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wenn die Person dafür offen ist.</p> <p><u>Persönliches Netzwerk:</u></p> <p>Darunter fallen Familie, Freund:innen, enge Bezugspersonen und Ähnliche, welche als mögliche Unterstützer:innen herangezogen werden können.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Gibt es in Ihrem persönlichen Umfeld Personen, die Sie unterstützen können / um Hilfe bitten können?“</i></p> <p><i>„Haben Sie schon einmal mit jemanden aus Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis darüber gesprochen?“</i></p>
--	--

	<p>Professionelles Netzwerk:</p> <p>Dazu zählen Vereine, Selbsthilfegruppen, Arbeitsstellen und Freizeitangebote.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Es gibt Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen mit ähnlichen Situationen austauschen. Wäre dies für eine Möglichkeit?“</i></p>
--	--

Daraus resultiert folgende Mini-Version des Leitfadens:

Mini-Version Leitfaden – Sucht
1. „Welche Substanz nehmen Sie – oder welches Verhalten spielt aktuell die größte Rolle für Sie? Seit wann begleitet Sie das?“
2. „Welche Strategien haben Sie bisher genutzt, um mit schwierigen Situationen umzugehen? Darf ich Ihnen ein paar weitere Möglichkeiten zeigen?“
3. „Gibt es Menschen oder Einrichtungen, die Sie aktuell unterstützen? Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen auch Anlaufstellen oder Angebote empfehlen.“

6.3 Schluss

Hernecky Dario

An dieser Stelle wird nun die Bedeutung der Leitfäden und der Kurzversionen näher erläutert.

Die detaillierten Leitfäden bieten mit ihren umfassenden Anweisungen und den strukturierten Fragen, die Möglichkeit einer ausführlichen Gesprächsführung. Die Leitfäden geben Hinweise, wie mit den psychosozialen Anliegen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht umgegangen werden kann. Somit soll sichergestellt werden, dass sich die Anrufer:innen mit ihren Anliegen ausreichend ernst genommen und informiert fühlen.

Die Kurzversionen soll die wichtigsten Punkte zusammenfassen und die ECNs bei Beratungsgesprächen unterstützen. Insbesondere dann, wenn schnelle und zielgerichtete Kommunikation nötig ist. Ziel ist eine effektive Gesprächsführung, die sich nicht in Details verliert, damit sichergestellt wird, dass die eigentlichen Informationen schnell erfasst werden.

Beide Leitfäden haben ihrer Berechtigung und können bedarfsorientiert eingesetzt werden. Mithilfe der Leitfäden soll eine adäquate Beratung der Anrufer:innen zu den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht sichergestellt werden.

Sie sollen den ECNs Unterstützung und Handlungssicherheit im Umgang mit diesen Themen bieten.

Abschlussphase	Fragen Sie nach, ob der:die Anrufer:in alles richtig verstanden hat. Wiederholen Sie an dieser Stelle Vereinbarungen und Einrichtungen, an die Sie den:die Anrufer:in verwiesen habe.
Individuelle Verabschiedung	Betonen Sie Positives und sprechen Sie den:die Anrufer:in bei der Verabschiedung persönlich an.

6.4 Gemeinsame Elemente und Schnittstellen der Leitfäden

Wagneder Theresa

In den vorliegenden Leitfäden für die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wird zwischen den Themenbereichen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht unterschieden, wobei es dennoch gemeinsame Elemente und Überschneidungen gibt, die in allen drei Leitfäden berücksichtigt werden müssen und relevant sind. Gemeinsame Elemente betreffen vor allem die ähnliche Gesprächsführung, das emphatische Vorgehen sowie die Rolle des Netzwerks auf den verschiedenen Ebenen. Alle Leitfäden setzen eine respektvolle und individuelle Gesprächsführung, welche auf Vertrauen aufbaut und versucht, die Anrufer:innen in den Mittelpunkt zu stellen.

6.4.1 Kernaspekte

Wagneder Theresa

Folgende Elemente stellen sich in allen drei Bereichen als zentrale Aspekte dar:

Problemklärung und Identifikation der Thematik:

- Egal ob erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht, die Identifikation des Problems bildet immer den ersten Schritt. Es wird versucht, den Anrufer:innen Raum zu geben, um das eigene Thema zu adressieren. Das Klären der Dringlichkeit in Verbindung mit einem respektvollen Einstieg ins Gespräch steht hier im Mittelpunkt und stellt den Start für eine zielgerichtete Beratung. Beispiele hierfür sind: „Wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie zurzeit?“ oder „Haben Sie aktuell das Gefühl, dass Ihr Konsum Ihr Leben bestimmt/beeinträchtigt“?

Absicherung der Problemstellung und Zusammenfassung:

- Um Missverständnisse vorzubeugen, erfolgt in allen Leitfäden eine Rückfrage zur Bestätigung der festgestellten Problematik. Dies dient sowohl den Berater:innen, als auch den Anrufer:innen als Unterstützung, um ein klares Bild zu erhalten. Ein Beispiel hierfür ist: „Habe ich das richtig verstanden, dass Ihre Ängste verstärkt in stressigen Situationen auftreten?“

Emphatische Gesprächsführung:

- Eine offene, empathische und respektvolle Gesprächsführung ist in allen Bereichen unumgänglich. Es ist wichtig, Anrufer:innen zuzuhören und ihre Anliegen zu verstehen. Besonders bei den Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht müssen Berater:innen geduldig und einfühlsam vorgehen, um das Vertrauen der Anrufer:innen zu gewinnen und diese nicht zu überfordern. Ein Beispiel hierfür lautet: „Ich verstehe, dass das sehr belastend für Sie ist. Lassen Sie uns gemeinsam schauen, wie wir Ihnen helfen können.“

Bewältigungsstrategien und Empfehlungen:

- Alle Leitfäden beinhalten den Bereich der Bewältigungsstrategien, um Anrufer:innen Lösungen zu bieten und sie in dabei ermutigen, ihre Situation selbst zu verbessern. Dabei werden sowohl bereits bekannte Strategien erfragt als auch neue Ansätze vorgeschlagen. Beispiele aus den Leitfäden lauten: „Wann war es schon ein wenig besser als sonst?“ oder „Wie haben Sie es geschafft, Ihre letzte Panikattacke zu überwinden?“

Netzwerkabklärung der Anrufer:innen

- Ein weiteres zentrales Element aller Leitfäden ist die Ermittlung des persönlichen Netzwerks der Anrufer:innen. Dies betrifft sowohl das soziale Umfeld wie Familie und Freunde, als auch professionelle Unterstützungsmöglichkeiten, wie Beratungsstellen, Therapie oder Selbsthilfegruppen. Beispiele hierfür lauten: „Gibt es in Ihrem persönlichen Umfeld Personen, die Sie unterstützen können / um Hilfe bitten können?“ und „Bei Ängsten empfiehlt es sich auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich würde Ihnen gerne Informationen dazu geben. Ist das für Sie in Ordnung?“

6.4.2 Übergreifende Themen

Wagneder Theresa

Überschneidungen zwischen den Leitfäden zeigen, wie wichtig es ist, einen flexiblen und dennoch strukturierten Beratungsansatz zu verfolgen. Im Folgenden wird auf die Überschneidungen im Speziellen eingegangen:

Sucht und erhöhte Ängstlichkeit:

- Die Leitfäden von Sucht und erhöhter Ängstlichkeit überschneiden sich besonders in der Art der Gesprächsführung und der Empfehlung zu Bewältigungsstrategien. Beide Themen erfordern eine einfühlsame und geduldige Herangehensweise, um Anrufer:innen bei der Kontrolle und dem Umgang mit belastenden Gefühlen zu helfen.

- In beiden Fällen werden verschiedene Techniken wie Atemübungen empfohlen, um akuten Symptomen entgegenzuwirken und die Anrufer:innen zu beruhigen.

Einsamkeit und erhöhte Ängstlichkeit:

- Einsamkeit und erhöhte Ängstlichkeit zeigen in der Betrachtung auch ähnliche Muster, da beide Themen oft mit einem Gefühl der Hilflosigkeit verbunden sind. Bei beiden Themen empfiehlt es sich, gemeinsam mit Anrufer:inenn nach Strategien zu suchen, welche sowohl das soziale Netzwerk als auch gezielte Unterstützungsangebote in der Umgebung umfassen.
- Beispiel hierfür lauten: „Haben Sie jemanden mit dem Sie über Ihre Ängste oder Einsamkeit sprechen können?“ oder „Welche Aktivitäten haben Sie früher gerne gemacht, welche Ihnen heute helfen könnten, Ihre Einsamkeit zu lindern?“

Sucht und Einsamkeit:

- Sucht und Einsamkeit überschneiden sich vor allem in der Art, wie es sich auf das Leben der Betroffenen auswirken kann. Beide Themen können mit Isolation und Verdrängung einhergehen. Beratungen zu diesem Thema sollten oft in Kombination erfolgen, um die isolierenden Aspekte der Sucht sowie die sozialen Defizite der Einsamkeit anzugehen.
- Beispiel: „Wie wirkt sich Ihre Einsamkeit auf Ihr Verhalten aus?“ oder „Gibt es Momente, in denen Sie sich weniger einsam fühlen oder mehr Unterstützung erfahren haben?“

Durch die Kombination und die Überschneidungen von empathischer Gesprächsführung, der Identifikation von Bewältigungsstrategien und der Einbindung von Netzwerken, können die Anrufer:innen unterstützt und auf ihrem Weg zur Problemlösung begleitet werden.

Ein einheitlicher Leitfaden für die Themen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht erweist sich jedoch nicht als zielführend, da sich die Thematiken doch in vielen Aspekten unterscheiden. In ihrer Dynamik, Komplexität und im Unterstützungsbedarf der Betroffenen gibt es unterschiedliche Zugänge. Es ist daher sinnvoller, themenspezifische Handlungsempfehlungen für jedes der drei Themen zu formulieren, da sonst möglicherweise die jeweiligen Bedürfnisse und Herausforderungen nicht ausreichend bearbeitet werden.

7 Konzept des Case Managements in Theorie und Praxis

Wagneder Theresa

Case Management in der Sozialen Arbeit ist ein strukturiertes und methodisches Verfahren zur Koordination und Optimierung der Betreuung von Familien oder Einzelpersonen, welche umfassende Unterstützung benötigen. Durch eine systematische und ganzheitliche Herangehensweise werden die Effizienz und die Effektivität in der Versorgung verbessert. Case Management umfasst die Bedarfsanalyse und Planung, welche zur individuellen Klärung der Bedürfnisse der Klient:innen beiträgt. Das Vorgehen berücksichtigt individuelle Ziele, Anliegen und Besonderheiten der Klient:innen und zielt darauf ab, deren Lebensqualität und Selbstständigkeit nachhaltig zu verbessern (vgl. Löcherbach et al. 2018:18). Das Konzept des Case Managements ist keineswegs einheitlich definiert, viel mehr stellt es einen offenen Ansatz dar, welcher sich in verschiedene Kontexte und Zielsetzungen einsetzen lässt. Die Heterogenität der Case Management Ansätze zeigt sich in den unterschiedlichen Zugängen in Literatur und Praxis. Die vielfältigen Definitionen können zu Verwirrung führen und es erfordert daher immer eine kritische Reflexion. Im deutschen Kontext wird Case Management oft als „Fallmanagement“ übersetzt, wobei Unklarheiten über die genaue Bedeutung und Anwendung des Begriffs bestehen (vgl. Gissel-Palkovich 2010:122). In der vorliegenden Masterarbeit konzentriert sich der Begriff des Case Management auf eine Methode der Einzelfallbearbeitung in der Sozialen Arbeit, und zielt darauf ab, die Betreuung und Unterstützung von Familien beziehungsweise Einzelpersonen zu koordinieren und zu optimieren.

Während Case Management in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit etabliert ist, bleibt seine Anwendung in der telefonischen Gesundheitsberatung weitgehend außer Acht. Da das Aufgabenprofil der ECNs vorrangig auf medizinische Themen ausgerichtet ist, fehlen bislang klare Strukturen für den Umgang mit psychosozialen Anliegen und deren gezielte Weitervermittlung. Hier setzt dieser Abschnitt der Forschungsarbeit an.

7.1 Die Relevanz von Case Management für die telefonische Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen

Wagneder Theresa

Die steigenden Zahlen psychosozialer Anliegen in der telefonischen Gesundheitsberatung stellt ECNs vor neue Herausforderungen. Das bestehende LowCode-System umfasst Protokolle für biomedizinische Abklärungen und Verweisungsmöglichkeiten. Der Umgang

mit psychosozialen Themen ist bislang aber wenig integriert. In der Einschätzung und Weitervermittlung solcher Anliegen sind ECNs häufig auf ihre eigenen Erfahrungen angewiesen, da es an strukturierten Leitlinien und standardisierten Verfahren mangelt. Erste Abhilfe und eine Unterstützung sollen, wie bereits beschrieben, die im Laufe der Forschungsarbeit entwickelten Leitfäden bringen. Langfristig wäre die Implementierung eines Case-Managements eine sinnvolle Überlegung, insbesondere für Anrufer:innen mit komplexen Problemlagen oder häufigem Kontakt zur Hotline.

Case Management soll einen strukturierten Ansatz bieten, um komplexe Anliegen langfristig und professionell zu begleiten und zu koordinieren. In der telefonischen Gesundheitsberatung kann dies dazu beitragen, die Qualität im Umgang mit psychosozialen Anliegen zu steigern, indem eine professionelle Einschätzung und Vermittlung von Anrufer:innen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf ermöglicht wird. Ein effektives Case Management-Modell angesiedelt bei 1450 soll darin unterstützen, psychosoziale Anliegen gezielter einzuordnen, aber auch die Zusammenarbeit mit anderen Versorgungseinrichtungen soll dadurch vereinfacht und verbessert werden. Die Integration von Case Management in die Arbeit der Gesundheitsberatung ist daher nicht nur für Fachkräfte von Bedeutung, sondern auch auf für die Anrufer:innen, welchen eine strukturierte und bedarfsgerechte Unterstützung ermöglicht werden soll. Vor diesem Hintergrund wird im folgenden Abschnitt untersucht, welche Elemente eines Case Managements-Ansatzes für die drei Haupthemen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht relevant sein können.

In unserer Forschungsarbeit haben wir festgestellt, dass ECNs in der telefonischen Gesundheitsberatung bei 1450 genau mit diesen Themen konfrontiert sind. Um die Relevanz eines Case Management-Ansatzes für die genannten psychosozialen Herausforderungen praxisnah zu verdeutlichen, ziehen wir Falldokumentationen von Sozialarbeiter:innen im psychosozialen Krisendienst heran. Diese sollen als Exemplar dafür dienen, wie sich psychosoziale Krisen in der Praxis auswirken und dass eine strukturierte, koordinierte und langfristige Herangehensweise notwendig ist, um Betroffene zielführend zu unterstützen. Genau diesen Ansatz wollen wir im Folgenden aufgreifen. Dabei ist uns bewusst, dass Case Management nicht nur in einzelnen Arbeitsfeldern relevant ist, sondern eine zentrale Methode innerhalb der gesamten Sozialen Arbeit darstellt. Es wurden bereits in anderen Kapiteln der Arbeit verschiedene Case Management Aspekte aufgegriffen und reflektiert, dieses Kapitel soll eine sinnvolle und praxisnahe Ergänzung bieten, welchen den realen Anforderungen der Sozialen Arbeit entspricht.

7.2 Case Management als integrative Methode im Gesundheits- und Sozialwesen

Wagneder Theresia

Um ein Thema, welches sich im sozialwissenschaftlichen Kontext abspielt, adäquat bearbeiten zu können, ist eine begriffliche Klärung essenziell. Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, kurz DGCC, definiert das Case Management als eine Methode zur bedarfsorientierten Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Einzelpersonen. Das Case Management stellt ein Programm, welches die effiziente Steuerung von Leistungsprozessen im Sozial- und Gesundheitswesen ermöglichen soll. Im Fokus steht die bedarfsorientierte Steuerung einer Fallsituation, um eine personenbezogene Problematik zu bewältigen. Notwendig ist, dass sektionenübergreifende Professionen und Organisationen miteinbezogen werden. Weiters erläutert die DGCC, dass „Case“ oder „Fall“ eine herausfordernde oder problematische Lebenssituation beschreibt, welche Unterstützung erfordert. Das Case Management dient dazu, die Situation zu bearbeiten und nicht die Person selbst. Nur wenn der Wunsch der Betroffenen gegeben ist, die Situation zu bearbeiten, ist ein Case Management möglich. So werden im Case Management die Betroffenen als die Expert:innen ihrer eigenen Lebenswelt anerkannt. Case Management in der Sozialen Arbeit unterstützt gezielt Einzelpersonen, Familien oder soziale Gruppen. Es ermöglicht kontinuierliche Beziehungs- und Koordinationsarbeit, Beratung und Zugang zu notwendigen Dienstleistungen werden bereitgestellt. Die Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu fördern ist das höchste Ziel, wobei so wenig wie möglich in ihre Lebenswelt eingegriffen werden soll (vgl. Buntrock / Peinemann 2023:270).

Im Positionspaper der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (og(Ehlers et al. 2017:18)sa) findet man ähnliche Definitionen für das Case Management. Case Management stellt auch hier ein Handlungskonzept für Personen, die sich in komplexen und zeitlich andauernden Problemlagen befinden. Das Handlungskonzept soll dazu dienen, diese Problemlagen mit Hilfe einer abgestimmten, einrichtungs- sowie professionsübergreifenden und passgenauen professionellen Unterstützung zu lösen. Diese Lösung orientiert sich am Förderbedarf der einzelnen Personen. Um Handlungskonzepte umsetzen zu können, bedarf es an Strukturen und Prozessen, welche sich an der Falllösung orientieren (vgl. Goger / Tordy 2019:9).

Es ist wichtig zu erkennen, dass Case Management im Gesundheits- und Sozialwesen nicht nur als eine einzelne Maßnahme, sondern als langfristiger, sich stetig ändernder Prozess betrachtet werden muss. Auch in den Fokusgruppen kristallisierte sich heraus, dass psychosoziale Themen nicht in einem einzigen Gespräch oder Telefonat umfassend bearbeitet werden können. Oftmals handelt es sich um Multiproblemlagen, die einer langfristigen Bearbeitung bedürfen.

„Das gehört gut abgeklärt und da gehört auch besprochen, was sind die Möglichkeiten mit Hausarzt und stationär und Suchtberatungsstellen, wo man das alles auch vorbereitet. [...]“

*Und wo auch viele Themen dahinterstecken und das sind **meistens**, also nicht immer, aber **meistens** einfach wirklich Multi-Problem-Sachen. “ (B3, 280 - 285).*

Diese Aussage, welche in der Fokusgruppe geäußert wurde, verdeutlicht die Komplexität, mit denen Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen konfrontiert sind. Ein Fokus auf nur ein Problem ist nicht notwendig, vielmehr ist es von essentieller Bedeutung, die psychosozialen Herausforderungen in einem Netzwerk von verschiedenen Akteur:innen einzubinden. Ein Austausch und eine koordinierte Zusammenarbeit mit mehreren Akteur:innen ist notwendig, um den Betroffenen eine umfassende und passgenaue Unterstützung zu ermöglichen. Ein Case Management-Ansatz, welcher die Komplexität der Situation berücksichtigt, braucht nicht nur ein geplantes Vorgehen, sondern auch Zeit, um den Betroffenen bei der Bearbeitung ihrer Anliegen Unterstützung bieten zu können. Fachkräfte sollen daher nicht nur in akuten Momenten eingreifen, sondern über einen langfristigen Zeitraum verschiedene Situationen begleiten. Laut den Ergebnissen der Fokusgruppen ist es notwendig eine langfristige Unterstützung zu bieten, da nur so die Ursachen der Probleme erkannt und bearbeitet werden können. Dabei müssen sowohl die Ressourcen als auch das Wissen der ECNs rund um externen Partner:innen wie Kliniken, Hausärzt:innen und spezialisierten Beratungsstellen genutzt werden.

7.3 Implementierung des Case Managements bei 1450

Herneczky Dario

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wird in Österreich im Auftrag von den einzelnen Bundesländern durch die jeweiligen Kooperationspartner:innen durchgeführt. Da sich die vorliegende Arbeit insbesondere auf die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsberatung in Niederösterreich und Tirol bezieht, wird nur auf diese beiden Bundesländer eingegangen.

Die Zuständigkeit in Tirol liegt beim Amt der Tiroler Landesregierung und die betrieblich operative Umsetzung wird von der Leitstelle Tirol GmbH durchgeführt (vgl. Mayr, Barbara 2023:55). In Niederösterreich wird die Gesundheitshotline vom Notruf Niederösterreich betrieben. Die Nummer 1450 selbst wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Verfügung gestellt. In den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung fällt unter anderem die Projektkoordination und Evaluierung (vgl. Bund et al. o.A.:5f).

Die folgende Abbildung 11 gibt einen Überblick über die verschiedenen Aufgabenfelder der Kooperationspartner:innen.



Abbildung 11 Aufgabenfelder der Kooperationspartner:innen

Der Nutzen der sich durch die Implementierung der telefonischen Gesundheitsberatung für Benutzer:innen ergeben sind folgende (vgl. ebd.:6f):

- Die Möglichkeit einer niederschwelligen Inanspruchnahme des kostenlosen, freiwilligen und rund um die Uhr erreichbaren Gesundheitsservices.
- Vermittlung zur richtigen Ansprechperson in Bezug auf gesundheitlichen Fragen
- Unsicherheiten in der Versorgung durch qualitätsmedizinische Beratung verringern.
- Unnötige Wege- und Wartezeiten vermeiden.
- Spezifische Versorgungsstrukturen von ungeeigneten Fällen entlasten
- Voraussetzungen schaffen für die Optimierung im Gesundheitswesen

Durch die Einführung eines Case Managements bei 1450 können unter anderem diese Vorteile optimiert werden und der Nutzen für die Bevölkerung weiter vergrößert werden.

Neben den biomedizinischen Anliegen wird auch eine immer größer werdende Zahl an psychosozialen Themen festgestellt. Diese werden aber nur zu einem sehr kleinen Teil von der Gesundheitsberatung abgedeckt. Die Implementierung eines Case Managements kann zu einer größeren Abdeckung dieses Bereiches beitragen. In der Abbildung 12 ist zu sehen an welcher Stelle das Case Management bei 1450 angesiedelt werden könnte.

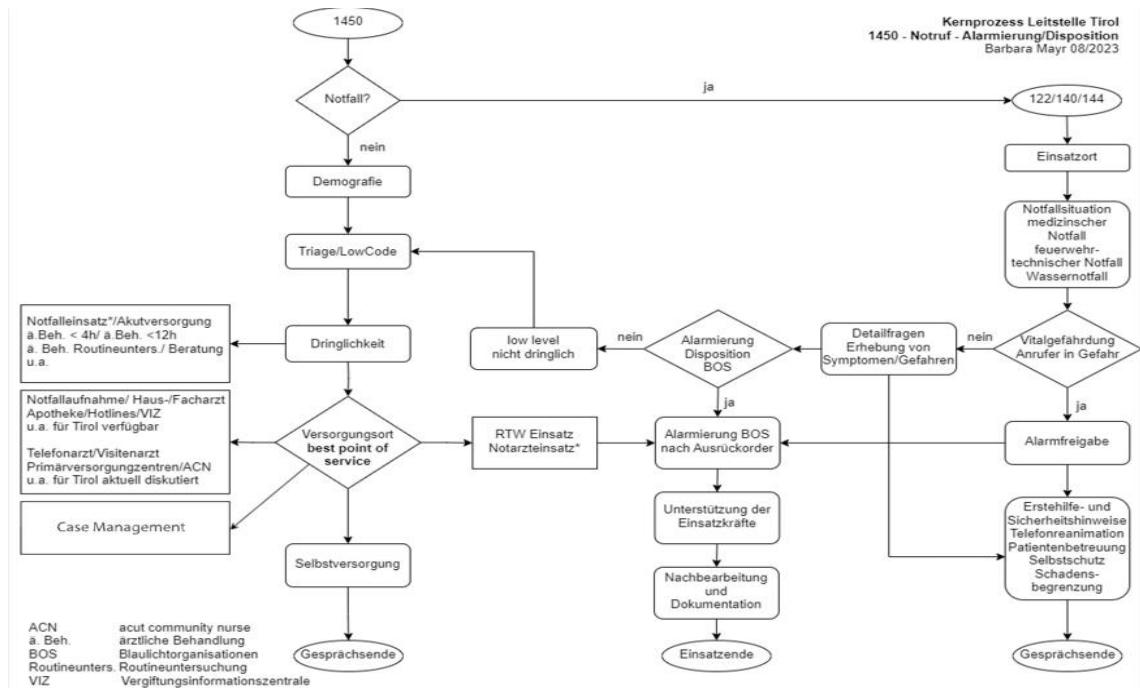


Abbildung 12: Case Management bei 1450 (eigene Darstellung, Abbildung erhalten von Barbara Mayr)

Würde sich bei einer telefonischen Abklärung herausstellen, dass der „best point of service“ das Case Management wäre, könnte dorthin verwiesen werden.

Für die Sicherstellung dieses Prozesses wird nun in weiterer Folge auf die Systemsteuerung und Implementierung eingegangen.

Die verschiedenen Dimensionen des Case Managements gliedern sich in die Mikro-, Meso- und Makroebene.

Die Mikroebene umfasst die Fallsteuerung. Darunter fallen die verschiedenen Phasen des Case Managements, wovon die erste die der Klärungsphase ist. Diese ist relevant für die Fallfindung im Rahmen der Gesundheitshotline 1450.

Unterteilt wird sie in die konzeptionelle Ausrichtung (outreach), der Fallauswahl (case finding) und Zugang zum Case Management-Programm (acess) und Aufnahme (intake) (vgl. Ehlers et al. 2017:67). Die konzeptionelle Ausrichtung (outreach) findet auf Systemebene statt und beschreibt, wie das Case Management in der Organisation eingebettet ist. Also mit welchen Handlungskonzepten, Zielgruppen und Methoden in der Organisation gearbeitet wird (vgl. ebd.:68).

Ziel ist es das Case Management bei der Gesundheitsberatung in Niederösterreich und Tirol anzudenken. Aufgrund der hohen Vernetzung mit anderen Kooperationspartner:innen wie zum Beispiel den Apothekenrufs, Sozialversicherung etc. bietet sich hier ein ideales Umfeld. Zugewiesen werden die Klient:innen durch die ECNs. Dies kann anhand eines Fragebogens passieren, welcher im Abfrageschema des Low Code integriert ist. Somit wäre es möglich potenzielle Klient:innen zu identifizieren. Das Case Management selbst soll sich aus Sozialarbeiter:innen zusammensetzen, die eine zertifizierte Case Management-Ausbildung haben.

Die Intention des Case Management ist es Menschen in Multiproblemlagen zu unterstützen und eine bedarfsorientierte Versorgung zu gewährleisten.

Bei der Fallauswahl geht es um die Bestimmung passenden Fälle für das Case Management. Hierzu können verschiedene Auswahlfaktoren herangezogen werden (vgl. Monzer 2013:80).

- Multiproblemlage
- Versorgung versucht überdurchschnittliche Kosten
- Hohe Akteur:innendichte
- Mangelnde Ressourcen im Klient:innensystem
- Überforderung des Klient:innensystem mit der Organisation und Koordination der notwendigen Hilfen
- Regelversorgung funktioniert nicht
- Schwierigkeiten, die passenden Versorgungsangebote zu finden und zu nutzen
- Schwierige Prognosestellung

Eine Darstellung welche Kriterien zur Auswahl von Case Management-Fällen herangezogen werden können bietet die Abbildung 13.

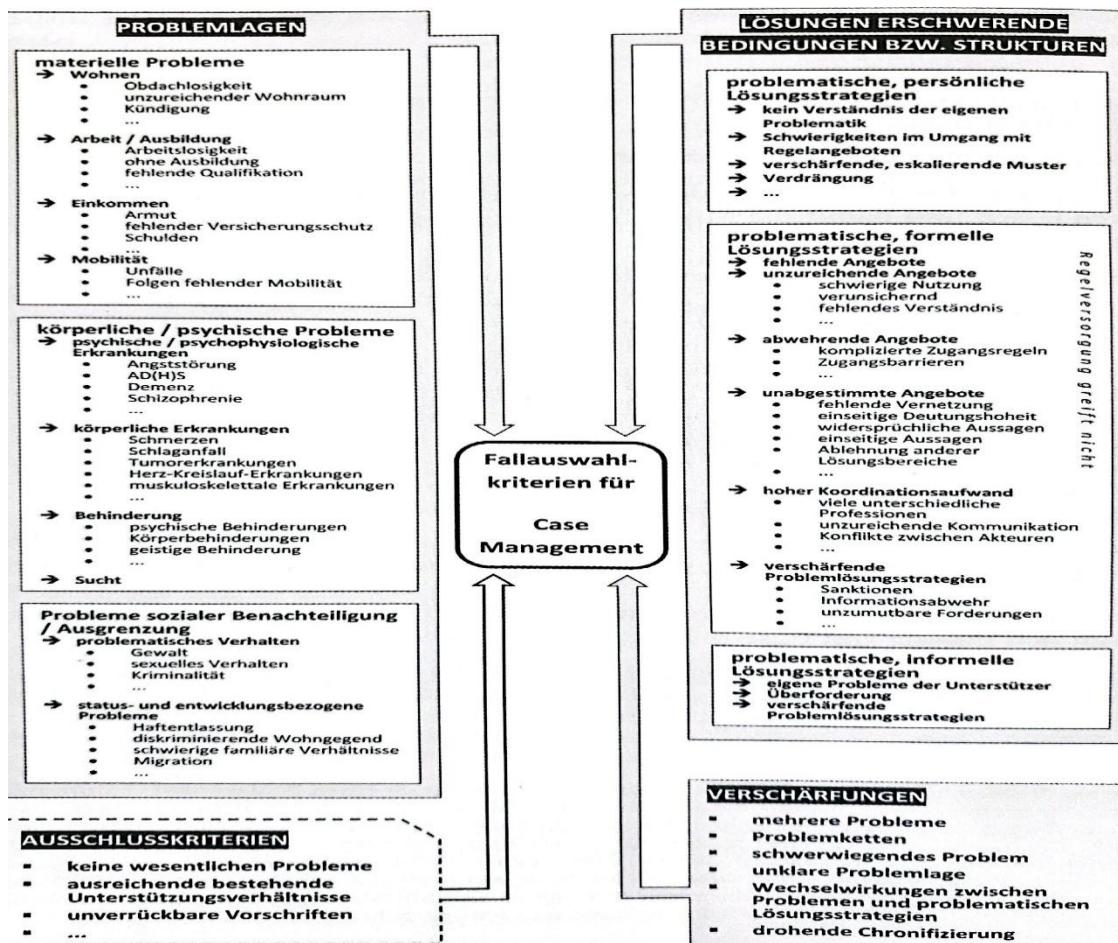


Abbildung 13: Kriterien zur Auswahl von Case Managementfällen (Monzer 2013:82).

Nach Abschluss der Fallauswahl sind die weiteren Schritte der Zugang zum Case Management-Programm (acess) und die Aufnahme (intake). Beim Zugang und der Fallaufnahmen geht es um die konkrete Entscheidung die Klient:innen in das Case Management aufzunehmen.

Werden potenzielle Klient:innen von den ECNs ermittelt und an das Case Management überwiesen erfolgt die Kontaktaufnahme durch den/die Case Manager:in. Es geht um die konkrete Entscheidung, die Klient:innen in das Case Management-Programm aufzunehmen. Die Teilnahme erfolgt immer freiwillig. Diese werden über das weitere Verfahren informiert, damit sie verstehen welche Maßnahmen im Case Management Prozess vorgesehen sind. Damit verbunden sind auch weitere Rahmenbedingungen, etwa der Ort und die Häufigkeit der Treffen. Wichtig zu erwähnen ist auch, dass ein Eigenengagement von den Klient:innen erwartet wird. Sollten schon andere Akteur:innen im Fallgeschehen involviert sein, müssen diese über die Einbindung des Case Managements informiert werden (vgl. ebd.:87).

Zurückkommend auf die verschiedenen Phasen des Case Management ist die Mesoebene das Bindeglied zwischen Mikro- und Makroebene. Sie umfasst die Organisation, in der Case Management als strukturierendes Prinzip festgeschrieben sein muss. Für die Mikroebene heißt das, dass die Organisation eine gute Fallarbeit gewährleisten muss, während es für die Makroebene bedeutet, dass die Organisation genug Ressourcen freigeben müssen, damit die Case Manager: innen ihren Aufgaben auf dieser Ebene nachkommen können (vgl. Ehlers / Broer 2013:112f).

Bedeutend für die Mesoebene ist, das standardisierte, transparente, vernetzte und flexible Zusammenspiel verschiedener Einheiten, welches einem abgesprochenen Konzept folgen sollten (vgl. Monzer 2013:7).

Das Case Management ist angewiesen auf Netzwerke welche gemeinsame Unterstützungsangebote und -strukturen für eine geeignete Fallbearbeitung schaffen sollen. Case Management Netzwerke dienen nicht nur dem Informationsaustausch, sondern sind als Produktionsnetzwerke für die gemeinsame Gestaltung von Schnittstellen und Kooperationsstrukturen sowie interdisziplinäre Angebote zuständig. Somit soll der Bedarf der Klient:innen zufriedengestellt werden (vgl. Goger / Tordy 2019:78). Wird Case Management implementiert, ist es hinsichtlich der Vernetzung ratsam für eine reibungslose Zusammenarbeit, die bestehenden Kooperationspartner:innen darüber zu informieren.

Des Weiteren gilt es bei der Einführung des Case Managements zu klären, ob es als eigenständige spezialisierte Funktion oder als Teilaufgabe innerhalb eines innerorganisatorischen Aufgabenfeldes integriert werden soll.

Für die Gesundheitsberatung 1450 bedeutet dies, dass das Case Management als fixer Bestandteil in die Organisation implementiert werden muss. Aufgrund der hohen Ansprüche und Komplexität an die Akteur:innen sollte es als spezialisierte Tätigkeit etabliert werden. Die Case Manager:innen können wegen ihrer spezifischen Kenntnisse nicht in traditionelle Aufgabenfelder eingebunden, da es aus fachlichen und auch ökonomischen Gründen wenig Sinn macht (vgl. Brinkmann 2010:136).

Die Personalentscheidung stellt einen weiteren wichtigen Punkt, der nicht unerwähnt bleiben soll. Wie schon erwähnt soll das Case Management aus Sozialarbeiter:innen bestehen die im besten Fall von der ÖGCC oder DGCC zertifiziert sind. Eine Lizenzierung durch die ÖGC oder der DGCC kann auch als ein Qualitätsmerkmal gesehen werden. In

diesem Zusammenhang sollte auch sichergestellt werden, dass genug Personal vorhanden ist und es regelmäßige Schulungen zu aktuell relevanten Themen gibt.

Eine EDV gestützte Falldokumentation soll das Case Management in ihrer Arbeit unterstützen. Der Vorteil bei 1450 ist, dass schon auf ein bestehendes Netzwerk zurückgegriffen werden kann. Die Notrufzentrale, Acute Community Nurses sind hier nur einige die es zu nennen gilt.

Das Case Management sollte im Zuge der Vernetzung mit anderen Organisationen, die Möglichkeit haben auf relevante Daten zugreifen zu können. Die Zusammenarbeit mit der Sozialversicherung könnte genutzt werden, um zum Beispiel die Pflegegeldstufe abzufragen. Eine Vernetzung mit den Apotheken ist unter andern hilfreich für Gesundheitsberatungen. 1450 plant auch die Integration der Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) (vgl. Bund et al. o.A.:8). Dies würde zusätzliche Vorteile für das Case Management mit sich bringen. Somit kann schon vorab mehr über den Gesundheitszustand der betroffenen Person in Erfahrung gebracht werden und es müssen nicht alle Informationen neu erfragt werden, was zu einer Zeitsparnis führt. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsanbietern wird erleichtert und Doppeluntersuchungen können vermieden werden.

Um den Nutzen und Verbesserungsmöglichkeiten des Case Managements aufzuzeigen, benötigt es oft einer Evaluation. Diese soll den Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen(vgl. Brinkmann 2010:187). Die Vorteile welch Case Management bei 1450 mit sich bringt, wird in den beschriebenen Fallbeispielen deutlich.

Den Abschluss der drei Phasen bildet die Makroebene. Hierbei bekommen politische Programme, Gesetzes- oder Finanzierungsvorgaben eine maßgebliche Rolle zugeschrieben. Auf dieser Ebene kommen die politischen Vorgaben für das Gesamtsystem zu tragen. Die Mittelverteilung auf die einzelnen Bereiche im Gesund- und Sozialsystem findet hier ebenso statt (vgl. Monzer 2013:54).

Die Entwicklung und Steuerung von Angeboten im Zusammenhang mit der Systemsteuerung entwickelt sich aus einem Wechselspiel zwischen Case Management-Prozess und der politisch strategischen Organisationsebene. Wie schon erwähnt beeinflussen sich die verschiedenen Phasen gegenseitig. Die Beeinflussung kann dabei von „unten“ also der individuellen Fallarbeit (bottom-up) oder von „oben“, also dem strategischen und politischen Verantwortungsbereich (top-down) kommen. (vgl. ebd.:340). Im Falle von 1450 wurde eine hohe Fallzahl von Menschen mit psychosozialen Anliegen gemeldet, die oft nur unzureichend bearbeitet werden können. Um diese Fälle aufzufangen wäre die Einführung eines Case Managements wünschenswert und sinnvoll.

Da auf Makroebene schon eine Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz besteht könnte dort bezüglich einer Case Management Implementierung anfragt werden.

7.4 Case Management auf Fall- und Systemebene

Wagneder Theresa

Das Verhältnis der Sozialen Arbeit zum Case Management ist ambivalent, so wurde es auf dem Drei-Länder-Treffen der Deutschen, Schweizer und Österreichischen Fachgesellschaften für Soziale Arbeit in 2021 Wien thematisiert (ÖGCC 2021). Ein Unterschied besteht zwischen der Fallebene und der Systemebene. Die Systemebene wird in der deutschsprachigen Case Management Literatur unterschiedlich definiert. Case Management bewegt sich zwischen politischen und wirtschaftlichen Anforderungen sowie der lebensweltorientierten Praxis. Dabei zeigt sich, dass in der Anwendung häufig die Arbeit auf der Einzelfallebene im Mittelpunkt steht, während strukturelle Aspekte seltener berücksichtigt werden. (vgl. Neuffer 2007:422).

Case Management auf der Fallebene orientiert sich an einem strukturierten Prozessablauf und basiert auf spezifischen Prinzipien. Gemeinsam mit Klient:innen werden passende Unterstützungsangebote gesucht, geplant, erstellt, entwickelt, geprüft und evaluiert. Ziel ist es, Personen in Multiproblemlagen passende Hilfe zukommen zu lassen, unabhängig davon, ob diese Hilfen im Moment vorhanden sind. So kann eine Versorgung entsprechend dem individuellen Bedarf gewährleistet werden. Interventionen und Aktionen werden hierfür so koordiniert, dass die Ziele der Klient:innen bestmöglich verfolgt und mit passgenauen Hilfen geplant, entwickelt und schlussendlich angeboten werden können. Bei der Erstellung der Unterstützungsleistungen wird sich stets an den Bedürfnissen und Zielen der Betroffenen orientiert. Die Dauer der Fallbearbeitung richtet sich nach dem Fall und nicht nach den programmatischen Vorgaben (vgl. Goger / Tordy 2019:10).

Die Systemebene in der Fallarbeit im Kontext des Case Management bezieht sich auf die Steuerung und Koordination von strukturellen und organisatorischen Abläufen. Während sich, wie bereits beschrieben, die Fallarbeit auf die Unterstützung individueller Klient:innen konzentriert, umfasst die Systemebene planende, koordinierende und disponierende Funktionen und findet daher Ähnlichkeit zum Sozialmanagement. Diese Ebene integriert Elemente der Netzwerkarbeit auf institutioneller Ebene, wie sie auch in der Gemeinwesen- oder Stadtteilarbeit vorkommen. Jedoch gibt es Vorbehalte gegen den Anspruch des Case Management, sowohl die Fall- als auch die Systemsteuerung zu übernehmen, da dieser Einsatz oftmals nicht dem Umfang von Case Manager:innen entspricht. Die Rolle der Case Manager:innen wird zusätzlich durch den Begriff der Fallmanager:innen verunklärt, da dieser uneinheitlich verwendet und oft missverstanden wird (vgl. Neuffer 2007:422).

Diese Unterscheidung zwischen Fall- und Systemebene verdeutlicht, dass Case Management nicht nur eine Methode zur individuellen Unterstützung, sondern auch als ein strategisches Instrument dienen kann, welches zur Steuerung und Weiterentwicklung in sozialen Hilfesysteme genutzt werden kann. Während die Fallebene sich mit den unmittelbaren Bedürfnissen der Klient:innen beschäftigt, steht auf der Systemebene die strukturelle und organisatorische Komponente im Vordergrund (vgl. ebd.)

Besonders in der telefonischen Gesundheitsberatung zeigt sich die Relevanz dieser doppelten Perspektive: Einerseits benötigen ECNs klare Leitlinien für den Umgang mit psychosozialen Anliegen auf individueller Fallebene, andererseits bedarf es einer besseren

Vernetzung und auch Koordination von Unterstützungsangeboten auf der Systemebene. Die Herausforderung, auch in der telefonischen Gesundheitsberatung besteht darin, die verschiedenen Bedarfe und vorhandenen Ressourcen zu vereinen und dabei dürfen die Klient:innen nicht auf der Strecke bleiben. Dieses Spannungsfeld, zwischen individueller Unterstützung und systemischer Steuerung, bringt einige Herausforderungen mit sich, ermöglicht aber auch langfristig und nachhaltige Unterstützungsmöglichkeiten und Lösungen.

7.5 Funktionen der Case Manager:innen in der Sozialen Arbeit

Mestnik Viktoria

Goger und Tordy (2020:25) verweisen, auf vier Funktionen von Case Manager:innen. Dazu zählen Advocacy, Broker:innen, Gatekeeper:innen und Social Support. Diese Funktionen sind allerdings nicht gleichgestellt, da Advocacy höherwertig verortet wird und auf die anderen Funktionen in der Umsetzung einwirkt. Die Gatekeeper:innen-Funktion befindet sich dabei in Kontradiktion zum Social Work Case Management, weshalb Goger und Tordy diese Funktion nicht genauer beschreiben (vgl. ebd.). Im Folgenden wird sie allerdings in Kapitel 7.5.4 trotzdem kurz aufgegriffen, um ein Verständnis dieser Funktion zu generieren.

7.5.1 Advocacy

Mestnik Viktoria

Unter Advocacy wird die anwaltschaftliche Funktion verstanden, welche eine Wertehaltung der Sozialen Arbeit und auch einen methodischen Ansatz voraussetzt. In Abgrenzung zu den anderen Funktionen bildet Advocacy eine unerlässliche Grundlage des Social Work Case Managements. Die Case Manager:innen machen sich dabei für die Rechte, Kompetenzen und Fähigkeiten, die Entschlüsse, sowie für Wünsche und Ansprüche der Klient:innen stark. Die Fachkräfte müssen sich für Ressourcen und adäquate Hilfen für ihre Klient:innen einsetzen. Besonders wichtig ist allerdings, den Klient:innen nicht alles abzunehmen, sondern zeitgleich die „self-advocacy“, also die Selbstvertretung zu aktivieren beziehungsweise auszubauen. Zugleich soll auch das Umfeld der Klient:innen aktiviert werden. Trotzdem ist das Case Management durch Professionist:innen essentiell, um sicherstellen zu können, dass Institutionen und Unterstützungssysteme die Kompetenzen und Fähigkeiten, sowie auch die Wünsche und Anliegen der Klient:innen hinnehmen und dementsprechend mit ihnen arbeiten. Die anwaltschaftliche Funktion ist angemessen, wenn Klient:innen (bislang) nicht fähig sind, ihre Bedürfnisse eigenständig auszudrücken beziehungsweise sich dafür einzusetzen (vgl. ebd.:25f). Advocacy lässt sich auf Mikro-, Meso- und Makroebene verorten, was folglich aufgegriffen wird, ohne dabei jede Facette im Detail zu beleuchten.

Mikroebene:

Auf Mikroebene müssen die Klient:innen über Unterstützungsangebote und ihre Rechte informiert werden, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können. Der:Die Professionist:in muss sich an dieser Stelle dafür einsetzen, dass im Assessment die Funktion beim Blick auf die Stärken und Ressourcen beachtet und sich von einer Orientierung an Schwächen distanziert wird. Zudem muss auf der Mikroebene sichergestellt werden, dass die Hilfeplanung und Interventionen mit den Klient:innen und unter deren Einverständnis beschlossen werden. Sollten sich Klient:innen in einem Zustand befinden, der es ihnen unmöglich macht, mit den Professionist:innen zusammenarbeiten, so müssen die Case Manager:innen stellvertretend für die Wünsche und Ziele der Klient:innen einstehen. Zudem ist es wichtig, die Klient:innen für die Evaluation heranzuziehen, um Lehren für weitere Aufträge ziehen zu können (vgl. ebd.:27f).

Meso- und Makroebene:

Klient:innen sollen bestärkt werden, um als Ratgeber:innen für Dienstleister:innen von Unterstützungsangeboten zu agieren. Aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen kann ihre Perspektive einen Mehrwert für die zukünftige Arbeit haben. Zudem sollen auf Meso- und Makroebene Selbstvertretungsorganisationen anerkannt und geachtet werden. Darüber hinaus werden auf diesen beiden Ebenen Institutionen aus den Bereichen Gesundheit und Soziales, sowie Politiker:innen und andere relevante Personen über Stärken und Unterstützungsbedarfe der Klient:innen und zugleich auch über Ungleichbehandlungen und Diskriminierung bestimmter Gruppen informiert. An dieser Stelle sollte mittels fundierter Expertise auch an Initiativen zur Beseitigung dieser Diskriminierung gearbeitet werden. Dabei wäre es sinnvoll, wenn Case Manager:innen an Projekten mitwirken und damit die Bedürfnisse der Zielgruppe adäquat vertreten (vgl. ebd.:28f).

7.5.2 Social Support

Mestnik Viktoria

Goger und Tordy (ebd.:30) erklären, dass bei der Social Support-Funktion die Case Manager:innen für ihre Klient:innen, sowie für das dazugehörige „informelle Umfeld“ Ansprechperson sein sollen (ebd.). Goger et al. (2022:51) präzisieren, indem sie an- und zugehörige Personen der Klient:innen, das informelle Unterstützungssystem, als auch Professionist:innen aus diversen Bereichen ergänzen, denen die Case Manager:innen während der gesamten Dauer der Unterstützung beratend zur Seite stehen. Dabei soll der Kontakt beständig sein, um Entwicklungen aktuell zu halten und diese bei Bedarf weiterzuleiten. Zudem soll im Falle von Differenzen vermittelt und unpassenden Entwicklungen zeitnahe entgegengehalten werden. Darüber hinaus kann damit gegebenenfalls weiterer Bedarf zeitnahe eruiert werden (vgl. ebd.). Goger und Tordy fassen im Positionspapier der ogsa zusammen, dass die Case Manager:innen neben professioneller Hilfe auch emotionale Entlastung bieten sollen (vgl. Goger / Tordy 2020:30). Goger et al. (2022:51) führen hierzu an, dass die psychosoziale Entlastung insbesondere in der Suchtarbeit und im sozialpsychiatrischen Kontext bedeutend ist (vgl. ebd.). Besteht

bei an- und zugehörigen Personen ein vertiefender Unterstützungsbedarf, so müssen adäquate Selbsthilfegruppen, Kurse oder ähnliches organisiert werden. Sollte sich auch für sie ein persönlicher Unterstützungsbedarf ergeben, so beraten die Case Manager:innen bedarfsorientiert und vermitteln gegebenenfalls an die passenden Stellen. Ob sie tatsächlich Klient:innen werden muss situativ eingeschätzt werden. Wichtig ist auch zu betonen, dass Case Manager:innen Fälle abgeben sollten, falls sie erkennen, dass sie die nötige Unterstützung aus fachlichen oder persönlichen Gründen nicht bieten können. Selbstverständlich gilt dies auch für die Klient:innen. Sie können selbst entscheiden, ob sie mit dem:der zugewiesenen Professionist:in zusammenarbeiten wollen oder nicht (vgl. Goger / Tordy 2020:30f).

7.5.3 Broker:innen

Mestnik Viktoria

Die Broker:innenfunktion ist auch als Makler:innenfunktion bekannt. Innerhalb dieser Funktion haben die Case Manager:innen den Auftrag, die Klient:innen sowie deren informelles Netzwerk über, für sie passende, sozialstaatliche Rechtsstrukturen sowie über Sozial- und Gesundheitsangebote aufzuklären (vgl. Goger et al. 2022:50; vgl. Goger / Tordy 2020:31). Dabei wirken die Case Manager:innen begleitend bei Amtswegen und helfen beim Filtern und Ausfüllen passender Anträge. Zudem stehen sie den Klient:innen beratend zur Seite (vgl. Goger et al. 2022:50).

7.5.4 Gatekeeper:innen

Mestnik Viktoria

Goger et al. (ebd.:51) betonen, dass unter Gatekeeping allgemein die bewusste Regulierung des Zugangs zu öffentlich finanzierten Unterstützungs- und Versorgungsmaßnahmen verstanden werden kann. Mithilfe dieser Regulation soll sichergestellt werden, dass eine bedarfsorientierte und faire Verteilung von Ressourcen erfolgt (vgl. ebd.).

7.6 Einordnung von erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht in den Case Management Ansatz

Herneczky Dario

Für die Bereiche erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht gibt es bereits Case Management Ansätze, was auch die Relevanz dieser Thematik unterstreicht.

In einer deutschen Studie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen wurde ein motivierendes Case Management (MOCA) eingeführt. Dieses zeigte Erfolge, in allen Lebensbereichen bei Suchtkranken, die zusätzlich zur medikamentösen Therapie auch psychosozial vom Case Management betreut wurden (vgl. Vogt et al. 2007).

Der Nutzen von Case Management für Klient:innen mit Ängsten wird auch in Kapitel 7.7.2 aufgegriffen. Hier zeigt sich, dass Case Management beispielsweise einen positiven Effekt auf Paniksymptome haben kann.

Zum Thema Einsamkeit gibt es Studien, die die Wirksamkeit von Case Management bestätigen. In all diesen Fällen kann Case Management eine strukturierte Unterstützung und individuelle Betreuung für die betroffene Menschen bieten. Wie dies möglicherweise in der Praxis aussehen könnte, wird nun in den folgenden Kapiteln aufgegriffen.

In den Kapiteln 7.7.2, 7.8.2 und 7.9.2 wird nach der jeweiligen Analyse von Fallbeispielen näher auf das Case Management in diesen Sparten eingegangen und zu den drei verschiedenen Bereichen Beispiele gebracht.

7.7 Umgang mit erhöhter Ängstlichkeit im Case Management

Mestnik Viktoria

Im nachfolgenden Kapitel wird ein Fallbeispiel aus der Dokumentation von Sozialarbeiter:innen herangezogen. Dieses beinhaltet zwar Ängste und Panikattacken, ist allerdings weitaus umfangreicher und weist Multiproblemlagen auf, weshalb sich eine Analyse anhand der sechs Phasen des Case Managements nach Neuffer (2013) eignet. Aufgrund der Multiproblemlage ist der Fokus umfangreicher als rein auf Ängste und Panikattacken. Unabhängig vom Fallbeispiel, dass nachfolgend vorgestellt wird, weisen mehrere Anrufer:innen Multiproblemlagen auf. Dementsprechend würde sich eine Implementierung von Case Management bei der Gesundheitsberatung 1450 eignen. Der nachfolgende Fall zeigt gut, dass es in manchen Lebenslagen eine längere Begleitung bräuchte, als die bisher vorhandene telefonisch Beratung. In den folgenden Kapiteln wird zuerst der Fall vorgestellt, bevor dieser wie erwähnt analysiert wird.

7.7.1 Fallbeispiel zu erhöhter Ängstlichkeit

Mestnik Viktoria

Das nachfolgende Fallbeispiel wird aus der Dokumentation von Sozialarbeiter:innen übernommen und anschließend analysiert. Es zeigt allerdings auf, dass es sich hier um Multiproblemlagen handelt und erhöhte Ängstlichkeit nicht die einzige Herausforderung von Herrn H. darstellt.

„Telefonat als Erstintervention

Herr H. berichtet: Er ist selbständiger Lebensmittelhändler (2 Geschäfte mit 10 MitarbeiterInnen). Er hat ca. 1 Mio. Euro Schulden und macht sich Sorgen was bei einem Konkurs mit seinen Angestellten passieren würde. Seine berufliche Zukunft sieht er optimistisch, da er arbeiten wolle und in der Vergangenheit nach seiner Ausbildung zum Krankenpfleger immer leitende Positionen im Lebensmittelhandel innehatte. Die letzten beiden Beziehungen haben ih[m] viel Geld gekostet. Er lebt seit 6 Monaten in Scheidung, auch da ihn sein Ehemann mehrfach geschlagen habe. Seit 1,5 Jahren geht es ihm psychisch laufend schlechter (Angst/Panikattacken, Depression, Schlafstörung, keine Suizidgedanken, will aber nicht mehr leben). Seit ca. 1 Jahr trinke er Alkohol (dzt. 2 l Wein pro Tag ab dem Aufstehen) als Selbstmedikation. Die Medikamente von der Hausärztin habe er nicht vertragen. Er ist vor einigen Wochen selbst ins KH [XX] gegangen und hat sich dort sehr gut aufgehoben gefühlt. Nach der ersten Nacht wurde er ins KH [XY] verlegt. Dort war er 10 Tage nach UBG (Selbstgefährdung) und hat in der Folge 30 Tage keinen Alkohol getrunken. Gestern ist er auf eigenen Wunsch wieder ins KH [XY] gekommen, wurde aber heute nach der Visite wieder gegen seinen Wunsch entlassen. Info bez. PSD hat er mitbekommen. Einen ersten Termin beim empfohlenen Psychiater hat er heute erst für 8.8.2024 vereinbaren können. Herr H. wünscht sich einen stationären Aufenthalt bei dem er Gesprächstherapie bekommen kann und die Medikamente eingestellt werden. Wirkweise von Psychopharmaka besprochen. Herr [H.] bleibt vorerst bei seinen Eltern im Haus, da er sich zu seinem Ehemann nicht nachhause traut (neuerliche Gewalt befürchtet). Morgen will er PSD und Hausärztin kontaktieren. Ggf. will er wieder ins KH [XY] gebracht werden.“ (Dokumentation, 07.02.2024, 21:39)

Aus den Angaben der Dokumentation dieser Organisation geht hervor, dass es sich um einen Fall mit multiplen Problemlagen handelt. Dieses Fallbeispiel zeigt aufgrund der multiplen Belastungen die Relevanz eines Case Managements auf. Da Herr H. allerdings sehr selbstständig zu sein scheint ist mit Vorsicht an Unterstützung zu arbeiten, da ihm keineswegs seine Selbstständigkeit durch die Unterstützung genommen werden darf.

Es empfiehlt sich den Fall orientiert an den sechs Phasen des Case Managements, wie von Neuffer (ebd.) beschrieben, zu analysieren. In diesem Kapitel wird der theoretische Input direkt mit der Analyse eines Fallbeispiels aus den Dokumentationsdaten einer sozialarbeiterischen Organisation verbunden. Auf Basis dieser Falldaten wird nun allerdings ein möglicher Ablauf bei der Gesundheitsberatung 1450 dargestellt, die eine Verweisung an ein zukünftig hier angesiedeltes Case Management ermöglichen würde. Dementsprechend erfolgt nun eine Betrachtung des Fallbeispiels und wie es bei einem 1450-Case Management anhand des sechs Phasen Modells bestmöglich realisierbar wäre.

7.7.1.1 Intake, Klärungshilfe, Erstberatung

Mestnik Viktoria

Neuffer (ebd.:75) zufolge würde bestenfalls der Erstkontakt bereits von dem:der später zuständigen Case Manager:in übernommen werden, wobei dies in der praktischen Umsetzung im Rahmen eines 1450-Case Managements, planungs- und ressourcetechnisch kaum realisierbar wäre. Hier würde zumindest ein Teil der Intake-Phase durch die ECNs übernommen werden müssen. Neuffer (ebd.) empfiehlt in solchen Fällen ein exaktes Dokumentationswesen, sowie eine professionelle und strukturierte Informationsübermittlung.

Im Erstgespräch zwischen Herrn H. und dem:der Case Manager:in ist es von großer Bedeutung, erstmals eine Beziehung aufzubauen, um in die Klärungsphase übergehen zu können. Dies würde sich durch eine offene Kommunikation beiderseits kennzeichnen. Der:Die Case Manager:in sollte hier offen mit den ihm:ihr zur Verfügung stehenden Informationen durch die ECNs umgehen und Herr H. hätte an dieser Stelle den Raum, um seine Problemlage detaillierter auszuführen. Damit wird hier ein Überblick über die Problemlagen generiert, welche sich durch das Intake der ECNs, als auch durch das Erstgespräch bei dem:der Case Manager:in darstellen sollte. Bei Herrn H. lassen sich grob folgende Thematiken listen, die gleichzeitig auch die Notwendigkeit eines Case Managements aufzeigen:

beruflich Belastungen:

- finanzielle Sorgen (Konkurs)
- Sorgen um die eigenen Mitarbeiter:innen

soziale Belastungen:

- häusliche Gewalt durch Ehemann
- Scheidung

psychische Belastungen:

- Ängste/Panikattacken,
- Depressionen,
- Schlafstörungen,
- Lebensmüdigkeit ohne Suizidgedanken,

Konsum:

- vermehrter Alkoholkonsum

Versuch Unterstützung zu bekommen

Neuffer (ebd.:79) zufolge müssen, nach der ersten Analyse der Gegebenheiten, die Case Manager:innen einschätzen, wie die Gesamtsituation zu bewerten ist. Bei der Feststellung einer Krisensituation ist ein anderes Vorgehen vorgesehen als beim allgemeinen Case Management (vgl. ebd.). Im Fall von Herrn H. wird keine akutes Krisenvorgehen gewählt. Dementsprechend ist es in der Klärung anfangs wichtig, den:die Klient:in nicht direkt an Unterstützungsangebote zu verweisen, sondern Selbsthilfemaßnahmen zu eruieren und das soziale Netzwerk zu aktivieren. Prinzipiell soll dabei darauf geachtet werden, dass die Klient:innen selbstständig an der Lösungssuche arbeiten, bevor unterstützend eingegriffen

wird (vgl. ebd.:79f). Neuffer (ebd.:80) verweist dabei darauf, dass der sogenannte Erstermin entsprechend nicht nur eine Sitzung umfassen darf, sondern gegebenenfalls auch mehrere, um Struktur und Transparenz zu erlangen. Im Falle von Herrn H. lassen sich folgende bereits eigenständig initiierte Selbsthilfemaßnahmen und Kompetenzen aus der Dokumentation herauslesen:

- Annahme von Unterstützungsangeboten,
- in Scheidung lebend,
- Eigenständige Initiierung von passenden Hilfen,
- Selbstständige Durchführung von Telefonaten,
- Nutzung des familiären Netzwerks zur persönlichen Entlastung und Sicherheit,
- Vorangegangene Aufenthalte in der Psychiatrie
- und der
- Versuch Unterstützung zu bekommen

Durch jegliche Informationen von Herrn H. lassen sich in der ersten Phase damit grob die notwendigen Unterstützungsleistungen feststellen, welche in Zusammenhang mit den jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen besprochen werden sollten (vgl. ebd.). Es folgt nun eine Listung an möglicherweise passenden Angeboten, welche in der Sozial- und Gesundheitslandschaft zu verorten sind und bundeslandabhängig von verschiedenen Institutionen geführt werden können. Dadurch dass die Dokumentation als Basis für ein sauberes Case Management nicht ganz ausreichend ist, bräuchte es ein Gespräch mit Herrn H. Demzufolge basiert die folgende Analyse an adäquaten Unterstützungsleistungen teilweise auf Basis von erweiterten Zuschreibungen zum Fall. Diese müssen nicht tatsächlich zutreffend sein. Das Case Management von 1450 hätte hierbei die Aufgabe, gemeinsam mit Herrn H. Unklarheiten ausfindig zu machen. Im Fall von Herrn H. wäre es potenziell möglich, dass die Medikation gegen die Ängste und Panikattacken seinem Empfinden zufolge nicht wirksam war, wodurch er eine Alternative im Alkoholkonsum, suchte. Entsprechend könnten für Herrn H. folgende Angebote passend sein:

- Psychosozialer Dienst (PSD)
- Psychotherapie (Hier könnte sich ein verhaltenstherapeutischer Zugang, zur Behandlung der Ängste und Panikattacken eignen.)
- Suchtberatungsstelle
- Hausärztin
- Psychiatrische Abklärung für eine mögliche Kombination aus medikamentöser Behandlung in Verbindung mit einer Therapie
- Scheidungsberatung (falls noch erforderlich)
- Gewaltschutzzentrum
- Wohnungssuche (Unterstützung, falls der Wunsch einer eigenen Wohnung besteht)
- Schuldner:innenberatung

Neuffer (ebd.:80f) empfiehlt, die Zusammenarbeit mittels eines schriftlichen Kontrakts gültig zu machen, um das Pflichtbewusstsein auf Klient:innen-, als auch auf Case Manager:innenseite zu aktivieren beziehungsweise zu fördern. Trotz des Bestehens eines Kontrakts ist es von großer Bedeutung jeglichen Austausch beziehungsweise Initiierung

von Unterstützungen mit dem:der Klient:in abzusprechen und sich eine Genehmigung einzuholen.

Jeder Kontakt mit den Klient:innen schließt im Case Management mit einer Reflexion ab, die maximal zehn Minuten in Anspruch nehmen soll. An dieser Stelle soll nicht nochmal in die Thematik des:der Klient:in eingestiegen, sondern auf einer übergeordneten Ebene reflektiert werden. Beispielsweise gehört hierzu, ob etwas nicht erwähnt werden konnte, Ablenkungen, Sprechgeschwindigkeit, mit welchen Vorstellungen, Wünschen und Zweifel der:die Klient:in das Gespräch verlässt und Ähnliches. Zuletzt sollen hier positive Punkte, welche dem:der Case Manager:in aufgefallen sind, übermittelt werden. (vgl. ebd.).

7.7.1.2 Assessment – Analyse, Einschätzung, Prognose

Mestnik Viktoria

Neuffer (ebd.:85) verweist, wie aus der Überschrift bereits hervorgeht darauf, dass sich Assessment aus der Analyse der Gegebenheiten, einer Einschätzung und einer Vorhersage zusammensetzt. Er versteht darunter einen „zielgerichteten Beratungs- und Aushandlungsprozess“, wobei hier durch den:die Case Manager:in eine geeignete Gesprächsführung aufgegriffen werden soll (ebd.:101). Das Assessment umfasst diverse Ziele und Bestimmungen, die nachfolgend pauschal dargestellt werden, bevor sie auf den Fall von Herrn H. angewendet werden:

- Das Assessment hat die „*ganzheitliche systemische Analyse* der Situation“ zum Ziel (ebd.:85). Demzufolge werden hier „individuelle, familiäre und umfeldbezogene Faktoren“ erhoben (ebd.).
- Darüber hinaus wird im Assessmentprozess gefiltert, welche Ressourcen der:die Klient:in unter bestimmten Gegebenheiten, als auch als Person selbst aufweist.
- Es folgt eine Analyse lebenslaufbezogener Faktoren der Problemlage und in der Vergangenheit vorgenommene Lösungsansätze.
- Gemeinsame Einschätzung der Gegebenheiten, der Beziehung, sowie der individuellen und institutionellen Netzwerke
 - durch die Klient:innen
 - durch Akteur:innen im Umfeld und bereits aktive soziale Institutionen (hierfür braucht es die Zustimmung des:der Klient:in)
 - durch den:die Case Manager:in
- Prognose
- Annahme potenzieller Modifikation der Problemlage sowie temporäre Einschätzungen durch adäquate organisatorische Vorkehrungen. (zum Beispiel: Zwischenüberprüfung und -reflexion der Ziele) (vgl. ebd.:85f).

Die von Neuffer (ebd.:99) erwähnte Einschätzung bezieht sich auf die Klärung bestehender und fehlender Ressourcen, wobei sich dieser Teil nicht rein auf das Assessment beschränkt, sondern im gesamten Verlauf immer wieder aufgegriffen werden sollte. Zudem werden in der Einschätzung die Probleme und ihre möglichen Auslöser ergründet (vgl. ebd.:99f).

Auch der Prognose ordnet Neuffer (ebd.:103) eine wichtige Rolle in der Assessment-Phase zu. Mithilfe der Prognose kann bewertet werden, welchen Stellenwert eine bestimmte Hilfe haben kann. Es kann eine Einschätzung über Kosten und Hilfebedarf entstehen. Damit bietet die Prognose zeitgleich Argumente zur Verteidigung der Maßnahmen (vgl. ebd.)

Auf Basis des theoretischen Hintergrunds lässt sich nun eine Anwendung auf das Fallbeispiel weiter ausführen. Dafür werden nur einzelne Schritte aus dem Assessment herangezogen, da dies Phase intensiv in Absprache mit Herrn H. stattfinden sollte.

Die aus Phase eins analysierten Problemfelder können an dieser Stelle durch Herrn H. und die Case Manager:in weiter ausgeführt werden. Hierfür würde sich auch eine Problem- und Ressourcenanalyse eignen, welche mithilfe von Tools wie dem Genogramm, dem Soziogramm oder der Öko-Map zusätzlich ausgebaut werden kann. Mit den aus der Dokumentation verfügbaren Informationen könnte die Problem- und Ressourcenanalyse, orientiert an der Vorlage von Neuffer (vgl. ebd.:148), wie folgt aussehen:

Klient:in:	Herr H.
Erstellt am:	14.02.2024
Geändert am:	
Anlass der Fallbearbeitung: Telefonat mit der Gesundheitsberatung 1450	
Individuelle Ausstattung	
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Problemeinsicht • Annahme und Suche von/nach Unterstützungen • Veränderungsmotivation 	Defizite: <ul style="list-style-type: none"> • psychische Belastungen: (Ängste/Panikattacken, Depression, Schlafstörungen, Lebensmüdigkeit) • hoher Alkoholkonsum
Sozioökonomische, soziologische Situation	
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Berufserfahrung als Selbstständiger • Ausbildung als Krankenpfleger • zehn Mitarbeiter:innen • Vorübergehender Wohnort bei den Eltern 	Defizite: <ul style="list-style-type: none"> • finanzielle Sorgen (Konkurs) • Sorgen um Mitarbeiter:innen bei Pleite des Unternehmens • Eine Million Euro Schulden • instabile Wohnsituation
Familiäre Beziehungen und Situationen (inkl. Genogramm – siehe Abbildung 14)	
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Eltern 	Defizite: <ul style="list-style-type: none"> • laufende Scheidung • Gewaltvorfälle durch Ehemann • Angst vor erneuten Gewaltausübungen durch noch Ehemann
Umfeldbeziehung	

Keine zugrundeliegenden Informationen	Keine zugrundeliegenden Informationen
Institutionelle Vernetzung	
Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Hausärztin • Positive Erfahrungen mit Krankenhaus XX • Termin bei einem:einer Psychiater:in 	Defizite: <ul style="list-style-type: none"> • als unpassend empfundene Medikation durch Hausärztin • Lange Wartezeit auf Termin bei dem:der Psychiater:in

In Zusammenhang mit der Problem- und Ressourcenanalyse eignet sich beim Punkt familiäre Beziehungen eine Darstellung mittels Genogramm, welches im Falle von Herrn H. wie folgt aussehen könnte:

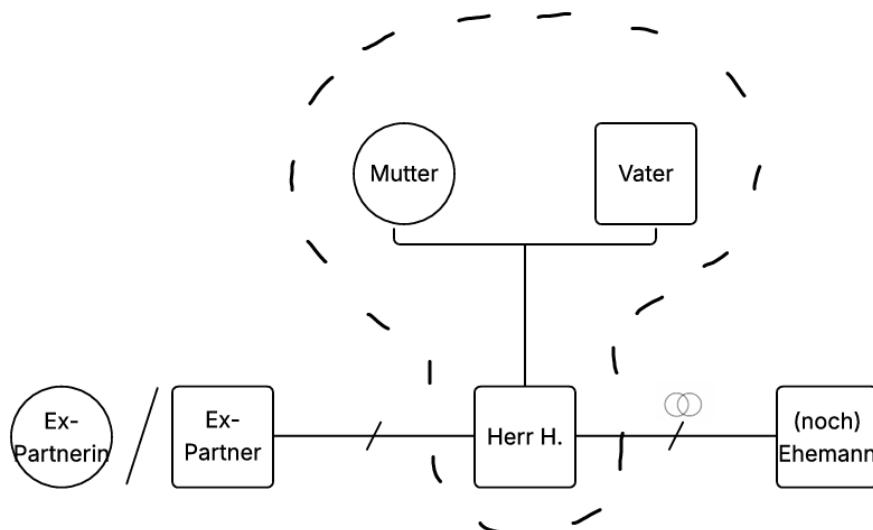


Abbildung 14: Genogramm Herr H.

Das Genogramm orientiert sich am Praxishandbuch „Sicherheitsorientierte und lösungsfokussierte Praxis in der Kinder- und Jugendhilfe OÖ“ (vgl. Kinderschutz Oberösterreich 2022:32f) und wurde mit Lucid (Lucid Software Inc. 2025) erstellt. Am besten wäre es, dass Genogramm gemeinsam mit Herrn H. zu machen, um es breiter erfassen zu können.

Im Schritt der Einschätzung werden, wie zuvor bereits erwähnt, neben Problemen auch die Auslöser analysiert. Im Falle von Herrn H. könnte ein Auslöser für die Ängste und Panikattacken die Gewaltbeziehung sein. Die medikamentöse Behandlung brachte aus Sicht von Herrn H. keine Reduktion der Ängste, was wiederum Auslöser für den überhöhten Alkoholkonsum gewesen sein könnte. Im Sinne der Prognose könnte festgehalten werden, dass mittels einer (Verhaltens-) Therapie ein Umgang mit den Ängsten erarbeitet werden könnte und die Suchtberatung eine Stütze zur Reduktion des Alkoholkonsums darstellen könnte, wodurch auch eine adäquate medikamentöse Behandlung erfolgen kann, sollte

diese nötig sein. Dies zeigt gleichzeitig allerdings auch auf, wie sich mehrere Aspekte bedingen können.

7.7.1.3 Hilfebedarf und Entwurf der Unterstützungsleistungen

Mestnik Viktoria

Neuffer (2013:105) hält fest, dass ein Hilfeplan oder ein Gesamtplan für die professionelle Praxis bedeutend ist. Der Ablauf der Unterstützungsplanung besteht aus mehreren Schritten, wobei allen voran immer die Zielformulierung und am Schluss die Erstellung des Hilfeplans steht. Der Zielformulierung kommt aus Klient:innenperspektive eine besondere Bedeutung zu, da diese Antrieb für Veränderungen sein kann (vgl. ebd.:105f). Dementsprechend ist es wichtig, dass die Zielsetzung nicht als fixe Konstrukte, sondern als veränderbar angesehen werden. Ziele sind auch für den Evaluationsprozess bedeutend (vgl. ebd.:107f). Neuffer (ebd.:111) unterscheidet Zielesetzungen auf drei Stufen, den Leitzielen, Teilzielen und den Handlungszielen. Dabei wird mit der Formulierung von ein bis zwei Leitzielen gestartet und weiter bis zu den Handlungszielen gearbeitet. Werden Ziele einer Abänderung unterzogen, so wird rückwärts, bei den Handlungszielen beginnend, vorgegangen. Die Leitziele umfassen dabei wünschenswerte Verhältnisse und fernere Zukunftsaussichten, die allerdings trotzdem realistisch erreichbar sein sollen (vgl. ebd.:111f). Die darauffolgende Formulierung der Teilziele dient als Verbindung zwischen Leit- und Handlungszielen. Zu einem Leitziel werden mindestens zwei Teilziele formuliert, die diese thematisch präzisieren und in einen zeitlichen Kontext setzen. Die zuletzt formulierten Handlungsziele sollen in einem knapperen Zeitraum realisierbar sein und keine zu große Hürde für den:die Klient:in darstellen. Dementsprechend kann die Realisierung von Handlungszielen am schnellsten überprüft werden. Bei der Formulierung dieser eignet sich eine Orientierung an der SMART-Methode (s=spezifisch; m=messbar; a=akzeptabel; r=realistisch; t=terminiert), wie sie bereit in Kapitel 585.5.1 aufgegriffen wird (vgl. ebd.:112–115). Als weitere Empfehlung lässt sich bei der Zielfestlegung auf Ehlers et al. (2017:117) verweisen, die als Methode in diesem Prozess die Wunderfrage empfehlen. Es eignet sich auch die Zieltreppe als Tool, um die Schritte für das Erreichen eines Ziels festzuhalten. Dabei steht das Hauptziel ganz oben und Zwischenziele visualisieren den Weg auf der Treppe, der gegangen werden muss, um das Hauptziel zu erreichen (vgl. Fachgruppe CM in der Arbeitsmarktintegration – AG Süd-West 2018:61). Dies könnte auch in Verbindung mit dem Prozess der Zielsetzung von Neuffer (2013:118f) bearbeitet werden. Dabei würde das Leitziel ganz oben stehen dazwischen die Teilziele und ganz unten die Handlungsziele. Neuffer (ebd.:120f) hält fest, dass mit der Zielfestlegung nun der Hilfebedarf eruiert werden kann. Wie in allen Phasen des Hilfeprozesses sollte auch hier überprüft werden, ob sich neue Information ergeben haben und wie sich die aktuellen Gegebenheiten entwickelt haben. Erkennt der:die Klient:in Verschlechterungen oder Verbesserungen in der aktuellen Lebenslage? Hier startet die Netzwerkarbeit, um Ressourcen im persönlichen Umfeld zeitnahe zu mobilisieren und diese im Hilfeplan zu berücksichtigen. Sollte sich an dieser Stelle herauskristallisieren, dass es schnelle und intensive Unterstützung für den:die Klient:in braucht, so eignet sich eine Initiierung von Helfer:innenkonferenzen. Es gilt auch

hier, den:die Klient:in darüber in Kenntnis zu setzen und eine Zustimmung einzuholen (vgl. ebd.:120–122).

Die Zielformulierung könnte im Falle von Herrn H. wie folgt aussehen:

Leitziel 1: Psychische Stabilisierung und Suchtbewältigung

Teilziel 1.1: Herr H. minimiert seinen Alkoholkonsum und bekommt Unterstützung durch eine Suchtberatungsstelle, um professionell begleitet zu werden.

Handlungsziel 1 zu Teilziel 1.1: Herr H. kümmert sich bis 21.02.2024 um einen Termin bei der Suchtberatungsstelle.

Handlungsziel 2 zu Teilziel 1.1: Herr H. minimiert innerhalb der nächsten drei Wochen seinen Alkoholkonsum von zwei auf eineinhalb Liter pro Tag.

Teilziel 1.2: Herr H. nimmt psychiatrische Unterstützung in Anspruch.

Handlungsziel 1 zu Teilziel 1.2: Herr H. vereinbart bis 21.02.2024 beim Psychosozialen Dienst (PSD) einen Termin für die psychiatrische Erstberatung.

Handlungsziel 2 zu Teilziel 1.2: Herr H. nimmt bis 15.03.2024 eine Verhaltens-(Therapie) in Anspruch, um einen Umgang mit seinen Ängsten zu erlernen.

Diese Zielformulierung kann auf jeder Ebene weiter ausgebaut werden, wobei dies hier nicht weiter sinnvoll erscheint, da der Prozess besonders in Zusammenarbeit mit dem:der Klient:in stattfinden sollte. Diese Zielformulierungen dienen daher als Beispiele. Unter der Bereitschaft von Herrn H. findet an dieser Stelle die Involvierung des Netzwerks statt. Dies könnte möglicherweise aus seiner Mutter, dem Vater, Freund:innen oder anderen Vertrauenspersonen bestehen, die später beim Hilfeplan berücksichtigt werden können.

7.7.1.4 Hilfeplanung

Mestnik Viktoria

Neuffer (ebd.:122) beschreibt den Hilfeplan als einen Kontrakt zwischen mitwirkenden und in Betracht zu ziehenden Institutionen und Personen. Es werden darin Vereinbarungen schriftlich festgehalten. Dabei muss darauf geachtet werden, dass der Hilfeplan inhaltlich umsetzbar und in einem realistischen zeitlichen Kontext festgehalten wird. Die wesentlichen Umrisse des Hilfeplans werden in einer Hilfekonferenz definiert (vgl. ebd.). In dem Werk von Neuffer (ebd.:126) wird auch der detaillierte Ablauf einer Hilfekonferenz dargestellt, welcher in diesem Rahmen allerdings nicht genauer aufgegriffen wird. Resultat der vierten Phase ist damit der Hilfeplan, der von allen Involvierten unterzeichnet werden sollte. Im Case Management dient der Hilfeplan als Verbindungsstelle zwischen der zuvor vollzogenen Klärungshilfe sowie dem analysierten Hilfebedarf zum einen und die darauffolgende Maßnahme zur Lösung der identifizierten Problemlage zum anderen. Zum

Schluss sollte noch der zeitliche Rahmen erfasst werden, innerhalb dessen die Maßnahmen kontrolliert werden (vgl. ebd.:127f).

Im Falle von Herrn H. könnte hier eine Hilfekonferenz initiiert werden, mit Personen, die für ihn wichtig sind, wie möglicherweise die Eltern, Freund:innen oder anderen gewählten Vertrauenspersonen. Mit dem Einverständnis von Herrn H. können auch Professionist:innen hinzugezogen werden, wie Ärzt:innen, Suchtberatung, Schuldner:innenberatung und viele mehr. Wer zur Teilnahme eingeladen wird, hängt von den vereinbarten Zielen und dem Nutzen ab. Zur Erarbeitung des Kontrakts werden die Aufgaben der Anwesenden geklärt und in einen zeitlichen Rahmen gepackt. Dann erfolgen eine Reflexion und die Verabschiedung. Damit kann der Hilfeplan erstellt werden, der insbesondere von Herrn H., aber auch von allen anderen beteiligten Personen unterzeichnet werden sollte.

7.7.1.5 Aufbau des Unterstützungsprozesses – Linking und Monitoring

Mestnik Viktoria

An dieser Phase wird zumeist am längsten gearbeitet. Neuffer (ebd.:129) verortet hier das Linking und Monitoring. Unter Linking versteht man im Case Management die Hilfeleistungen nicht nur anzukurbeln, sondern diese gegebenenfalls auch untereinander zu vernetzen. Wichtig ist, dass an dieser Stelle Informationen zügig zwischen den Involvierten ausgetauscht werden. Hierfür muss eine Struktur erarbeitet werden. Eine bedeutende Forderung an die Case Manager:innen ist in dieser Phase oftmals die Begleitung der Klient:innen zu diversen Unterstützungsangeboten. Um dem Linking gerecht zu werden, sollte das nicht professionelle Netzwerk mit den Fachpersonen vernetzt werden. Passend dafür wäre die Initiierung von Netzwerkkonferenzen.

Neben dem Linking ist, wie zuvor bereits erwähnt, auch das Monitoring der fünften Phase zuzuordnen (vgl. ebd.:128–130) Darunter versteht Neuffer (ebd.:130) die Vernetzung der Beteiligten, die Beaufsichtigung, die Leitung und die Unterstützung im Hilfeprozess. Zudem gehört die fortlaufende Abstimmung von Unterstützungsleistungen, die Gewissheit des Informationsaustausches, die Förderung der Zusammenarbeit, sowie die regelmäßige Überprüfung von Leistungen zum Monitoring. Der Fokus liegt hierbei auch auf der Stärkung der Klient:innen. Positive Veränderungen sollten wahrgenommen und angesprochen werden, um die Motivation zu fördern. Durch die kontrollierende Haltung erhält das Case Management allerdings auch eine Machtposition, welche stets gut reflektiert werden muss. Gleichzeitig bietet die Machtposition eine minimale Grundlage für das Qualitätsmanagement, welches sich in strategisches und operatives Controlling unterteilt. Strategisches Controlling umfasst die Tätigkeiten der Case Manager:innen bis zur Hilfeplanung, während operatives Controlling das Linking und Monitoring umfasst und sich damit beschäftigt, dass die Handlungsziele richtig umgesetzt werden.

Allgemein können in der fünften Phase auch noch neue Ziele auftreten, beziehungsweise bestehende Ziele adaptiert oder an alten weitergearbeitet werden. Umso wichtiger ist die Reflexion mit allen Involvierten, was in Form von Verlaufskonferenzen abgehalten werden kann. Zentral sind hier die Erfahrungen der Klient:innen, welche sie

selbst ansprechen können. An dieser Stelle sollen auch Erfolge festgehalten und nicht mehr notwenige Maßnahmen beendet werden (vgl. ebd.:130–135).

Im Rahmen des Linkings kann Herr H. bei Bedarf zu Erstkontakten, wie der Suchtberatungsstelle, dem PSD oder anderen involvierten Institutionen begleitet werden. Die Verknüpfung aller Beteiligten könnte in Form einer Netzwerkkonferenz gefördert werden.

Beim Monitoring kann ein Zwischenstand der Ziele stattfinden. Hat es Herr H. geschafft, seinen Alkoholkonsum zu minimieren? Hat Herr H. weiterhin Kontakt zu allen involvierten Institutionen? Gibt es in der Zusammenarbeit Herausforderungen, die Unterstützung bedürfen? Was hat Herr H. gut gemacht? Können Unterstützungsmaßnahmen möglicherweise bereits eingestellt werden? In dieser Phase sollte das Selbstwertgefühl von Herrn H. gestärkt werden.

7.7.1.6 Beendigung der Unterstützung

Mestnik Viktoria

Neuffer (ebd.:135–139) zufolge umfasst die sechste und damit letzte Phase den Abschluss, die nachgehende Betreuung, Hilfe und die Evaluation des Gesamtprozesses (vgl. ebd.). Allgemein zu beachten gilt, dass auch vorangegangene Beendigungen separat in der Phase ausgewertet werden sollen. Bevor es allerdings zum Abschluss kommt, muss reflektiert werden, ob Beziehungen auf Klient:innenseite erweitert beziehungsweise gefördert werden konnten (vgl. ebd.:135f). Das Angebot kann auch vor dem Erfüllen aller Ziele beendet werden, wenn sich der Bedarf minimiert hat beziehungsweise Unterstützungen aus dem Netzwerk der Klient:innen greifen.

Es gilt zu berücksichtigen, dass ein Abschluss bei Klient:innen Unruhe und Nervosität bewirken kann. Dabei ist es nicht selten, dass alte Handlungsmuster wieder aufkommen können. Umso bedeutender ist die regelmäßige Reflexion der Erfolge. Zudem kann in Einzelgesprächen mit dem:der Klient:in das Selbstvertrauen nochmals gestärkt werden, wobei sich für diese Phase auch die in Kapitel 5.5.3 beschriebene lösungsorientierte Gesprächsführung eignet. An dieser Stelle kann die Mobilisierung einer Vertrauensperson hilfreich sein. Erst nachdem diese Maßnahmen ein Gefühl der Sicherheit vermittelt haben, kann der Abschluss realisiert werden. Dafür eignet sich eine Abschlusskonferenz, die allerdings in der Praxis aufgrund finanzieller Aspekte noch keinen Anlauf gefunden hat. Sie ähnelt den Hilfe- und Verlaufskonferenzen, wobei nun neben der Aus- und Bewertung, der erreichte Effekt reflektiert wird. Der Fokus liegt jedoch auf den erzielten Veränderungen des:der Klient:in und der dafür erforderlichen Selbstwirksamkeit. Dafür eignen sich Neuffer (ebd.:137f) zufolge Tools wie, das Familienbrett, Soziogramm oder die Öko-Map, wenn diese bereits im Laufe des Prozesses verwendet wurden. Zur Bewertung der fachlichen und nichtfachlichen Hilfen können auch Fragebögen verwendet werden. Allgemein empfiehlt es sich, den Abschluss feierlich zu gestalten, beispielsweise mit Kaffee und Kuchen, damit die Klient:innen den Erfolg positiv in Erinnerung behalten (vgl. ebd.).

Nun folgt der Schritt der nachgehenden Betreuung, wobei die Unterstützungsmaßnahmen mit einer gewissen Distanz analysiert werden können. Es eignet sich beispielsweise der telefonische Kontakt oder das Versenden eines Fragebogens, dies sollte fallabhängig, maximal aber sechs Monate nach Abschluss erfolgen. Es kann evaluiert werden, ob der Erfolg nachhaltig geblieben ist oder ob sich neue Herausforderungen ergeben haben. Gegebenenfalls kann ein erneuter Hilfebedarf erkannt werden (vgl. ebd.:138f).

Zuletzt erfolgt dann die Evaluation beispielsweise in einer Helfer:innenkonferenz oder Teamsitzung, wo nach festgelegten Grundlagen die Effektivität und Effizienz analysiert werden können. Hierunter fallen viele Punkte, wie beispielsweise der Nutzen diverser Maßnahmen, die Effekte auf das Netzwerk, Feedback aus der Abschlusskonferenz und vieles mehr. Wird dies bei jeder Einzelfallhilfe umgesetzt, kann die fallunabhängige Systemsteuerung eingebaut werden (vgl. ebd.:139f).

Bevor es zum Abschluss des Case Managements für Herrn H. kommt, sollten die Erfolge nochmals reflektiert werden. In Bezug auf Herrn H. könnte das heißen, dass er es geschafft hat, die Alkoholabhängigkeit zu überwinden und psychiatrisch begleitet wird. In diesem Zusammenhang könnte eine adäquate Medikation zur Behandlung seiner Ängste gestartet haben und Herr H. nimmt eine Therapie in Anspruch. Es könnte zum Abschluss noch eine Liste erarbeitet werden, mit Kontaktinformationen im Falle künftiger Krisen. Fühlt sich Herr H. soweit sicher, könnte neben der feierlichen Abschlusskonferenz auch eine Erhebung in Bezug auf die Bewertung der Hilfen stattfinden.

Etwa drei Monate nach dem Abschluss könnte telefonischer Kontakt zu Herrn H. aufgenommen werden, um sicherzugehen, dass kein erneuter Hilfebedarf besteht und die Erfolge anhaltend sind.

7.7.2 Case Managements im Kontext erhöhter Ängstlichkeit

Mestnik Viktoria

Eine Meta-Analyse von Geerlings et al. (2023:13) bestätigt den Effekt von Case Management auf die Reduzierung von Angstsymptome. Für die Analyse wurden acht Studien mit 1239 Teilnehmer:innen herangezogen (vgl. ebd.:131). Tsai et al. (2023:01) belegen darüber hinaus in einer Studie zu mobilgestütztem Case Management bei Panikstörungen einen positiven Effekt auf Paniksymptome im Vergleich zur Kontrollgruppe. In der Studie, welche sich über einen Zeitraum von drei Jahren erstreckte, kennzeichnete sich eine Minimierung der Intensität der Panikattacken und der Zustandsangst. Bei den Personen, welche Case Management empfangen haben, konnte neben der Reduktion der Paniksymptome auch ein gesteigertes Selbstbewusstsein verzeichnet werden (vgl. ebd.). Bezogen auf den Fall von Herrn H. bestätigt dies, dass ein Case Management zur Behandlung seiner Ängste zielführend sein kann, was möglicherweise wiederum einen positiven Effekt auf das Konsumverhalten haben könnte. Besonders für Herrn H. könnte sich ein Case Management, das einen breiten Unterstützungsansatz verfolgt, durchaus zielführend und unterstützend auf sein Leben auswirken. Allgemein wird bei Ängsten

besonders die Annahme eines therapeutischen Angebots empfohlen, wofür Herr H. offen zu sein scheint.

7.8 Umgang mit Einsamkeit im Case Management

Hernezky Dario

Basierend auf dem nachfolgenden Fallbeispiel von Fr. P., wird in diesem Kapitel der Case Management Prozess aufgearbeitet. Dieser gliedert sich in verschiedene Phasen, die im weiteren Verlauf beleuchtet werden.

Anhand dieses Beispiels wird weiters aufgezeigt, wie ein Case Management bei der Gesundheitshotline 1450 mit diesem Fall umgehen könnte.

7.8.1 Fallbeispiele zu Einsamkeit bei Anrufer:innen

Hernezky Dario

Das nachfolgende Fallbeispiel wird ohne Abänderungen aus der Dokumentation der Sozialarbeiter:innen übernommen, bevor es analysiert wird. Aufgrund der Multiproblemlage eignet er sich für das Case Management.

„Fallbeispiel:

Sie leide an hypochondrischen Zuständen, habe das schon seit ihrer Kindheit. Sie möchte wissen, ob das Fehlen eines Dauerkatheters Depressionen auslösen könnte. Ich verneine. Auf Nachfragen meinerseits berichtet sie, sie sei bei der Gartenarbeit gestürzt, habe sich das Kreuzbein und Schambein gebrochen und deshalb einen Dauerkatheder 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 Dauerkatheder nichts mit ihrer Depression zu tun hat. Ihr langjähriger Psychiater ist in Pension gegangen. Am 11.04. hat sie bei seinem Nachfolger einen Termin; Sonst fühle sich Fr. P. oft einsam, da sie keine Freunde oder Nachbarn hat, mit denen sie reden kann. Wir überlegen, ob ein Besuchsdienst in Frage käme, und ich habe ihr die Nummer vom RK-Besuchsdienst in Wr. Neustadt gegeben. Sie überlegt sich das noch und bedankt sich für das Gespräch;“

7.8.1.1 Klärungsphase

Hernezky Dario

In der Klärungsphase ist es für die ECNs wichtig darauf zu achten, ob sich der Fall für das Case Management eignet. Die Fallauswahl steht daher am Anfang des Case Managements. Sinnvoll erscheint hier Fälle auszuwählen, die eine besondere

umfangreiche und komplexe Problemsituation aufweisen also Probleme in den Bereichen Gesundheit oder soziale Beziehungen (vgl. Ehlers et al. 2017:68). Sollten sich während des Gespräches akute Krisen zeigen, die ein sofortiges Eingreifen benötigen, müssen diese zuerst abgeklärt werden. Um psychische und medizinische Krisen zu identifizieren, eignet sich das Abfrageschema des LowCodes-Systems.

Bei Frau P. lassen sich folgende Kriterien erkennen, die darauf hinweisen, dass es sich um einen, für das Case Management passenden Fall handelt.

Psychische Erkrankung:

- Hypochondrischen Zuständen
- Depressionen

Pflegebedürftigkeit:

- Unterstützung bei Körperpflege
- Dauerkatheter
- Kreuzbein und Schambeinbruch

Familiäre und soziale Situation:

- vier Kinder, wobei sich eine Tochter um alles kümmert
- Nichte ist die Hausärztin
- zweimal wöchentlich Heimhilfe
- Psychiater ist in Pension, aber sie hat schon einen neuen
- Fühlt sich oft einsam aufgrund fehlender sozialer Kontakte.
- Hat keine Freund:innen oder Nachbar:innen zum Reden

Entscheidet sich die ECN, Frau. P. ins Case Management Programm aufzunehmen muss dafür ihre Zustimmung eingeholt werden. In weiterer Folge wird sie vom Case Management kontaktiert. Die Teilnahme muss aber auf Freiwilligkeit basieren. Offene Fragen sowie Ziele und der Ablauf des Case Management-Programms müssen mit der betroffenen Person abgeklärt werden (vgl. ebd.:74). Bei der Gesundheitsberatung 1450 würden Teile davon bereits telefonisch passieren, aber es sollte auf jeden Fall auch die Möglichkeit geben, die betroffene Person zwecks Beziehungsaufbau in einer vertrauten Umgebung zu treffen.

Neben der Freiwilligkeit ist auch das Eigenengagement ein wichtiger Faktor. Das Case Management ist auf die aktive Beteiligung der betroffenen Personen angewiesen. Über den Umstand, dass nun das Case Management zuständig ist, müssen auch die beteiligten Organisationen und Unterstützer:innen informiert werden. Anschließend wird, um das Mitwirken der bisherigen beteiligten Akteur:innen als zukünftige Kooperationspartner des falleigenen Netzwerkes geworben (vgl. Monzer 2013:88).

Nachdem Abschluss einer Beratungs- und Unterstützungserklärung geht es zu der nächsten Phase des Case Management dem Assessment.

7.8.1.2 Assessment

Herneczky Dario

Die Falleinschätzung hat das Ziel „[...] mittels einer multiperspektivischen und partizipativen Herangehensweise ein facettenreiches Bild der Situation der KlientInnen zu erfassen“ (Ehlers et al. 2017:82). Dies kann aber nur unter Mithilfe der Klient:innen passieren.

Die Case Manager:innen sind dazu aufgefordert mit den betroffenen Personen Ziele zu erarbeiten und unter welchen Bedingungen diese erreicht werden sollen.

Die Bedarfsermittlung wird mittels Veränderungswünschen bestimmt. Durch sie lassen sich die erforderlichen Ressourcen bestimmen. Die Differenz zwischen diesen und den bestehenden Ressourcen bestimmten die notwendigen Ressourcen (vgl. Inhester 2022:120). Die Veränderungswünsche müssen aber unter Mithilfe der Klient:innen realistisch erreichbar sein. Bei der Falleinschätzung ist die Gesprächsführung ein nicht zu unterschätzender Faktor. Lösungsorientierte Fragetechniken können hierbei hilfreich sein um Stärken und Fähigkeiten sowie Ausnahmen, welche die betroffene Person selbst nicht erkennen können zu ergründen (vgl. Ehlers et al. 2017:86).

In weiterer Folge empfiehlt sich eine Netzwerkanalyse. Diese hat den Sinn soziale Beziehungen der Klient:innen festzuhalten und abzubilden und in welchem Verhältnis sie zueinanderstehen. Dabei wird unterschieden zwischen informellen und formellen Beziehungen. Zu informellen Beziehungen gehören Freund:innen, Nachbar:innen, Verwandte, Arbeitskolleg: innen wie auch ehrenamtliche Helfer:innen. Die formellen Beziehungen setzen sich aus Professionist:innen wie Sozialarbeiter:innen, Pflegefachkräfte usw. zusammen (vgl. ebd.:87)

Hierfür eignet sich eine Netzwerkarte. Diese wird mit den Klient: innen erstellt. In der Abbildung 15 ist ersichtlich, wie sie im Falle von Frau P. aussehen könnte.

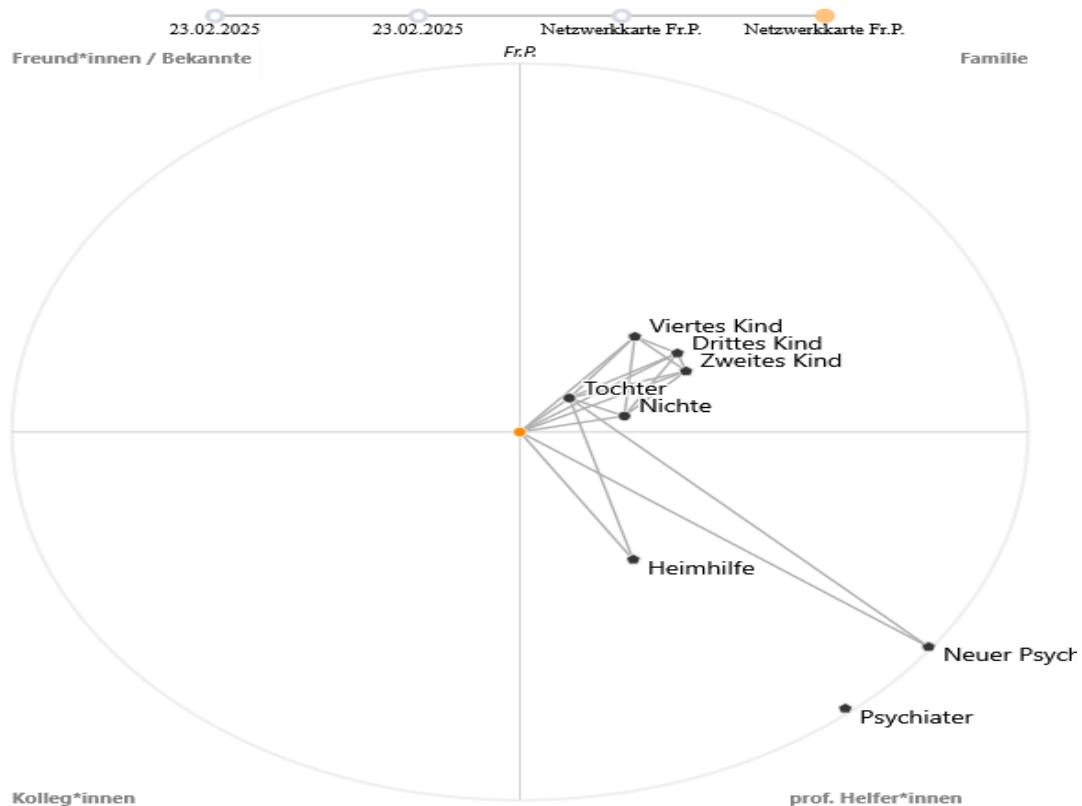


Abbildung 15: Netzwerkkarte Einsamkeit. Diese wurde erstellt mit easyNWK

Anhand dieser Netzwerkkarte ist ersichtlich welche Personen in den Fall involviert sind und welche Funktion sie innehaben. Des Weiteren ist erkennbar, wo noch Ressourcen fehlen. Dadurch kann die die Einbindung von weiteren Versorgungsbeteiligten mit den Klient:innen beraten und organisiert werden (vgl. ebd.:88).

7.8.1.3 Zielformulierung und Hilfeplanung

Herneczky Dario

Anhand der gesammelten Informationen werden anschließend mit den Klient:innen kurz- und längerfristige Ziele festgelegt. Die Zielformulierungen soll die Bedürfnisse und Wünsche der Klient:innen ausdrücken und nicht die der Professionist:innen. Hilfreich dafür könnte die Bildung von Hypothesen sein. Diese sollen zu Beginn, also noch vor der Zieldefinition gebildet werden. Sie bietet die Möglichkeit Eindrücke und Beobachtungen zusammenzufassen und soll zu neuen Perspektiven beitragen. Eingesetzt werden können sie im Übergang von der Falleinschätzung zur Zielformulierung (vgl. ebd.:116). Für eine bessere Bearbeitung und Umsetzung können Ziele sich in Leitziele, Teilziele und Handlungsziele gliedern(vgl. ebd.:113–115).

Leitziele sollen Perspektiven aufzeigen und Orientierung geben, langfristig gelten, eine

Begründung für den Einsatz von materiellen und immateriellen Ressourcen sein, Motivation geben, positiv formuliert werden, einen erstrebten Zustand visualisierbar machen sowie dauerhaft sein und eine hohe Glaubhaftigkeit vorweisen können.

Teilziele sollen eine positive Herausforderung darstellen, wirklichkeitsnahe umsetzbar sein und präzise formuliert werden, um exakt aufzuzeigen, wie bestimmte Handlungsziele aussehen könnten.

Handlungsziele sollen die SMART-Kriterien erfüllen also spezifisch, messbar, akzeptabel, realistisch und terminiert sein. Eine positive Formulierung aufweisen und nicht überfordernd sein.

Der Hilfeplan ist somit ein ausgearbeitetes Dokument, welches die einzelnen Schritte zeitlich aufeinander abstimmt. Darin wird auch berücksichtigt, welche Aufgaben den verschiedenen Akteur:innen zukommen.

Bei Frau P. könnten diese Ziele folgendermaßen aussehen. Da sie unter großer Einsamkeit leidet und niemand zum Austauschen hat, wäre das Leitziel ihre Einsamkeit zu überwinden. Ein weiteres Ziel könnte sein ihre hypochondrischen Zustände und Depressionen behandeln zu lassen und abzuklären, ob zwischen den beiden ein Zusammenhang besteht. Möglich wäre auch, dass sie wieder mehr Aufgaben selbstständig erledigt ohne die Einbindung der Tochter. Sinnvoll wäre es eine Reha zu machen, um die Mobilität nach dem Sturz weiter zu verbessern.

Teilziele können somit sein einen größeren Freundschaftskreis aufzubauen, Kontakt mit der Hausärztin aufzunehmen zwecks der Reha, die Anbindung an eine Psychotherapie, um die Hypochondrie und die Depressionen behandeln zu lassen sowie Agenden, die normalerweise die Tochter innehalt, wieder selbst zu übernehmen.

Ein erstes Handlungsziel, welches daher denkbar wäre, ist den Freundschaftskreis innerhalb eines halben Jahres zu mindestens um zwei Personen zu erweitern. Einen geeigneten Psychotherapieplatz zu finden, sollte nicht länger als drei Monate in Anspruch nehmen. Falls die Tochter wieder etwas für die Mutter zu erledigen hätte was sie aber auch selbst machen könnte wäre dies ein Schritt in Richtung mehr Eigenständigkeit. Die Kontaktaufnahme mit der Hausärztin sollte innerhalb von zwei Wochen passieren.

Um diese Ziele zu erreichen ist die Ausarbeitung eines Hilfeplans von großer Relevanz. Die Intention eines Hilfeplans ist es, alle beteiligten Akteur:innen und Organisationen einzubinden und deren Aufträge zu bestimmen.

Dafür wird eine Hilfeplankonferenz initiiert. In dieser werden die Punkte mit allen Teilnehmer:innen gemeinsam besprochen und festgehalten. Im Vorfeld muss noch die Zustimmung für die Teilnahme der verschiedenen Akteur:innen von Frau P. eingeholt werden.

Zu Beginn gibt das Case Management einen Überblick über den bisherigen Verlauf der Fallarbeit. In weiterer Folge können alle Teilnehmer:innen ihre Sichtweise auf den Fall einbringen. Die im Vorhinein formulierten Ziele werden besprochen, dafür eignen sich besonders die Leit- und Teilziele (vgl. Neuffer 2013:123). Diese können sich während der Konferenz noch überprüft, bestätigt oder verändert werden. Zu Ende der Konferenz sollte ein Konsens unter den Beteiligten bestehen, wer für was zuständig ist. Mit Frau P. wird im Vorfeld abgesprochen, wen sie aller bei der Fallkonferenz dabeihaben möchte.

Möglich wären die Kinder, Nichte und Heimhilfe sowie der Psychiater sofern es davor schon einen Erstkontakt mit Frau P. gegeben hat. Das Case Management reflektiert zu Beginn

das Fallgeschehen und bespricht die Ziele der Konferenz. Im Fokus steht die Einsamkeit der Frau P. und ihre psychischen Störungen sowie die Abklärung ob und inwiefern diese miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

Daraus könnten sich folgende Aufgaben für die Akteur:innen ergeben:

- Psychiater wird die psychischen Störungen von Frau P. weiter behandeln und untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen den Depressionen und hypochondrischen Zuständen besteht.
- Heimhilfen werden Frau P. weiterhin bei der Pflege unterstützen und melden, falls der Pflegebedarf größer werden sollte, um gegebenenfalls den Unterstützungsbedarf zu erhöhen.
- Die Nichte, die auch die Hausärztin von Frau P. ist, wird sie bei der Reha-Antragsstellung unterstützen.
- Die Tochter wird der Mutter wieder mehr Aufgaben übertragen, um die Selbständigkeit zu erhöhen
- Kinder unterstützen die Mutter bei der Suche nach geeigneten Aktivitäten, um wieder mehr in Kontakt mit anderen Menschen zu kommen
- Frau P. wird sich über die Möglichkeit eines Besuchsdienstes informieren und sich einen Schnuppertermin in einem Tageszentrum ausmachen.

Für den weiteren Verlauf werden Termine vereinbart, in denen der Hilfeplan kontrolliert wird. Der nun bei der Konferenz ausgearbeitet Hilfeplan soll „[...]dem praktischen Handeln mehr Struktur, mehr Klarheit über die Hilfeleistungen und einen höheren Verantwortungs- und Verpflichtungscharakter verschaffen(ebd.:127).“

Der Plan soll abschließend von allen Teilnehmer:innen unterschrieben werden.

Das Case Management hat während des Unterstützungsprozesses die Aufgabe den Prozess der Hilfeerbringung zu steuern und zu überwachen (vgl. Buntrock / Peinemann 2023:287). Eine besondere Rolle kommt dem Linking zu. Dieser Prozess umfasst die Vermittlung von passenden formellen und informellen Angeboten an die Klient:innen. Ermittelt werden die richtigen Leistungsanbieter, wirtschaftlich vertretbare Angebote und die ersten Schritte zur Kontaktaufnahme werden geplant. Im Linking wird der Hilfeplan durch die Vermittlung der passenden Angebote realisiert. Oft kommt es vor, dass die Klient:innen bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden müssen. Gibt es mehrere Unterstützungsleistungen müssen diese auch vernetzt werden (vgl. Monzer 2013:203). Um die richtigen Angebote für die Klient:innen zu finden müssen einige Aspekte berücksichtigt werden (vgl. ebd.:214f).

Die Erreichbarkeit der Unterstützungsleistungen im Hinblick auf die Mobilität. Darunter fällt auch eine etwaige barrierefreie Wohnraumadaptierung. Ein weiterer Aspekt ist das Zusammenspiel mit anderen Unterstützungsleistungen und deren Vernetzbarkeit.

Die Erfüllung von Qualitätskriterien ist ein weiterer Faktor, welcher berücksichtigt gehört. Die Qualität der Angebote in Hinblick auf verschieden Qualitätskriterien muss gewährleistet sein. Abschließend sind die Vorgaben vom Kostenträger sowie die Kosten für das Angebot zu berücksichtigen.

Im Falle von Frau P. könnte sich das Linking folgendermaßen gestalten.

Aufgrund ihres Sturzes wird ihre Mobilität wahrscheinlich noch eingeschränkt sein. Auch die Pflegestufe 2 deutet darauf hin, dass es einen erhöhten Hilfe- und Betreuungsbedarf gibt. Die Erreichbarkeit des Angebotes spielt somit eine wichtige Rolle. Berücksichtigt werden müssen auch die Gegebenheiten zu Hause. Ist ein barrierefreier Umbau nötig oder nicht. Falls es einer Wohnraumadaptierung bedarf, sind diese mit Kosten verbunden, die durch etwaige Förderungen verringert werden können. Ein barrierefreier Umbau ihres Wohnraumes erleichtert ihr das längere Verbleiben im eigenen zu Hause.

Entscheidet sich Frau P. für den Besuch eines Tageszentrums muss geklärt werden, wie sie dorthin kommt. Hierfür würde sich ein Fahrtendienst anbieten. Hat das Tageszentrum keinen eigenen Fahrtendienst, so kann auf private zurückgegriffen werden. Hierbei steht erneut die Frage der Finanzierung im Raum. Aber auch hier kann auf Förderungen zurückgegriffen werden, die je nach Verdienst von Frau P. variieren. Eine Vernetzung zwischen dem Fahrtendienst und dem Tageszentrum ist notwendig damit Frau P. pünktlich dort ankommt und auch wieder nach Hause gefahren wird. Zu klären gilt auch welche Leistungen das Tageszentrum anbietet und ob diese erfüllt werden.

Möchte Frau P. einen Besuchsdienst in Anspruch nehmen, gilt es prüfen welche Organisationen diesen anbieten. Möglicherweise ist bei der Institution, welche die Heimhilfe bereitstellt, auch ein Besuchsdienst angesiedelt. Der Vorteil wäre hier, dass eine Vernetzung innerhalb der Organisation stattfindet und der Aufwand der Koordination reduziert wird, aber es können auch langfristig Abhängigkeiten entstehen, die eine weitere Auswahl zwischen verschiedenen Anbieter:innen erschweren oder verhindern (vgl. ebd.). Hier müssen ebenfalls wieder die anfallenden Kosten beachtet werden. Zumeist orientieren sich die Tarife an dem Einkommen von Frau P., aber es gibt auch Organisationen mit einem Fixbeitrag.

Die Erreichbarkeit des Psychiaters muss ebenso geklärt werden. Falls Frau P. nicht von ihren Kindern hingefahren wird oder ein Taxi auf längere Sicht zu teuer kommt, gibt es die Möglichkeit eines Krankentransportes. Dafür benötigt sie einen Transportschein ihrer Ärztin. Da die Nichte ihre Hausärztin ist könnte sie diesen ausstellen. Somit fallen keine Transportkosten für Frau P. an.

Das Case Management unterstützt Frau P. in diesen Prozessen und kann sie auch zu den verschiedenen Angeboten begleiten.

Eine weitere Phase im Unterstützungsprozess ist die des Monitorings. Diese baut auf dem Linking auf und ist für die Steuerung, Überwachung und Begleitung der im Hilfeplan vereinbarten Ziele zuständig. Sollten sich Anzeichen ergeben, dass die ausgemachten Vorgaben nicht erreichbar sind, muss entschieden werden, ob die Maßnahmen abgeändert gehören oder es einer klareren Definition der Ziele benötigt. Es kann vorkommen, dass es zu einer Situationsänderung kommt und der Hilfeplan korrigiert werden muss. Sind es besonders schwerwiegende Ereignisse ist ein Re-Assessment vonnöten, gekoppelt mit neuer Zielsetzung und einem veränderten Hilfeplan (vgl. Neuffer 2013:131).

Ein zentrales Anliegen des Monitorings ist das Vermeiden von Abbrüchen und Krisen. Das Case Management muss in dieser Phase für die Interessen der Klient:innen eintreten und Sensibilität zeigen für Gefahren, Krisen und Unzufriedenheiten (vgl. Monzer 2013:240).

Entscheidend aus der Sicht der Advocacy-Funktion ist die Einforderung der Leistungen, die im Hilfeplan festgelegt worden sind. Diese sollen in angemessener Qualität durch eine

funktionierende Zusammenarbeit aller Beteiligten gewährleistet sein. Das Case Management ist für die Koordination und Kooperation zuständig (vgl. ebd.:242).

Frau P. wird vom Case Management unterstützt und etwaige Veränderungen in ihrem Leben werden reflektiert, um gegebenenfalls reagieren zu können. Werden Vereinbarungen nicht eingehalten kann das Case Management ihr anwaltschaftlich zur Seite stehen.

Probleme, die sich ergeben könnten sein, dass zum Beispiel die Heimhilfe ihre Unterstützungsleistung nicht einhalten, den Einsatz früher beenden oder nicht zum vereinbarten Termin erscheinen. In diesem Fall ist das Case Management angehalten die Organisation zu kontaktieren, um diese Qualitätsmängel zu beheben. Kommt es zu keiner Beseitigung der Mängel kann die Konfliktintensität stetig erhöht werden (vgl. ebd.:246). Im ersten Schritt wird die Einrichtung kontaktiert und auf die Dringlichkeit der Unterstützungsleistung hingewiesen. Sollte dies nicht funktionieren, wird im zweiten Schritt die Organisation aufgefordert ihren Aufgaben ordnungsgemäß nachzukommen. Dies kann durch die Verhandlung mit Vertreter:innen der Institution oder auch durch die Berufung einer externen Ombudsperson passieren.

Kommt es auch hier zu keinem akzeptablen Ergebnis kann in letzter Instanz der Einsatz von Zwang erforderlich sein. Dieser kann unter anderem durch die Einschaltung von Gerichten und zuständigen Aufsichtsbehörden zu Stande kommen. Letztendlich kann es auch zu einem Abbruch der Maßnahme kommen was aber möglichst vermieden werden sollte.

Schwierigkeiten könnten sich auch bei der Vernetzung zwischen dem Fahrtendienst und dem Tageszentrum ergeben. Eine mangelnde Kommunikation zwischen den beiden Organisationen kann zur Folge haben, dass verspätete Fahrten oder auch Ausfälle des Fahrtendienstes dem Tageszentrum nicht gemeldet werden und Fr.P. die Einrichtung entweder gar nicht besuchen kann oder zu spät kommt und dann etwaige Termine oder Aktivitäten verpasst. Früher oder später wird es deswegen zu einer Beschwerde von Fr.P. über den Fahrtendienst kommen. Das Case Management hat an dieser Stelle die Aufgabe herauszufinden, warum die Kommunikation zwischen den beiden Institutionen nicht funktioniert. Monzer (vgl. ebd.:247–250) gibt unterschiedliche Ursachen für eine nicht funktionierende Kommunikation zwischen den Organisationen an. Eine davon können mangelnde Ressourcen sein. Falls der Fahrtendienst oder die Angestellten wenig Erfahrung mit Netzwerkstrukturen haben, kann die zusätzliche Belastung durch Kommunikation dazu führen, dass dies als unzumutbar empfunden wird, besonders wenn keine neuen Ressourcen zur Verfügung stehen. Eine Intervention des Case Managements muss entweder bei der zuständigen Person oder Organisationsleitung erfolgen. Die Leitung sollte dann kontaktiert werden, wenn keine zufriedenstellende Lösung mit ersterer Person möglich war.

Ein anderer Grund, warum die Zusammenarbeit nicht reibungslos verläuft, könnte sein, dass der aktuelle Psychiater annimmt, dass neue Informationen zu dem psychischen Gesundheitszustand von Frau P. nur für die Hausärztin nützlich sind, während die Betroffene selbst und die anderen Akteuer:innen nicht darüber informiert werden. Gibt es beispielsweise eine neue Diagnose von Frau P., die einen erhöhten Unterstützungsbedarf bedarf und die Heimhilfe weiß nichts davon könnte dies zu Problemen führen. Darum ist

das Case Management angehalten fachspezifische Informationen auf ihre Relevanz für die involvierten Stellen zu überprüfen.

Wie schon erwähnt ist eine Hauptaufgabe des Case Managements das frühzeitige Erkennen von Krisen. Neuffer (Neuffer 2013:169) definiert Krisen und Krisenintervention in Bezug auf Case Management wie folgt:

„Krisen und krisenhafte Strukturen in mehrfach belasteten Situationen können von Einzelnen, einer Familie als System, von einzelnen Familienmitgliedern als Teilsystem nicht mehr auf sich gestellt selbst bearbeitet werden. Sie finden keine auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Hilfe in ihrem sozialen Umfeld.

Krisenintervention bezieht sich im engeren Sinne auf eine Akutkrise, die häufig aus einer chronifizierten Belastungssituation entsteht. Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass entweder der Leidensdruck beim Einzelnen oder in der Familie so groß wird, dass Außenstehende um Hilfe gebeten werden oder dass Soziale Dienste zum Wohle der Klient/innen eingreifen müssen. Eine akute Krise besteht auch dann, wenn der Einzelne oder die Familie zunächst kein Krisenbewusstsein zeigen (z. B. bei Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung, Verwahrlosung, Vereinsamung).“

Der effektivste Ansatz mit einer Krise umzugehen, liegt in einer offenen und zuverlässigen Kommunikation (vgl. Monzer 2013:258).

Falls sich bei Frau P. die Depressionen manifestieren, übernimmt das Case Management eine unterstützende Hilferolle. Es gilt zu überprüfen, ob Frau P. die Termine mit dem Psychiater auch wirklich wahrnimmt und ob sie schon eine Psychotherapie aufgesucht hat. Obwohl schon Spezialist:innen in das Fallgeschehen miteinbezogen sind muss das Case Management klären welche weiteren Maßnahmen es benötigt, um den anfänglichen Plan einzuhalten (vgl. ebd.:260).

Wird im Monitoring festgestellt, dass die Ziele erreicht worden sind, kann die Unterstützung abgeschlossen werden. Ziele der Hilfebeendigung sind (vgl. Neuffer 2013:135):

- Die Beendigung der Unterstützung und Maßnahme sollte bewusst gestaltet sein. Es kommt zu einer Entpflichtung von Case Management und Klient:in.
- Der komplette Hilfeverlauf wird mittels der Ziele reflektiert und ausgewertet.
- Sind weiterführende Maßnahmen notwendig werden diese nach einer abschließenden Einschätzung eingeleitet.

Der Fall von Frau P. kann als abgeschlossen bezeichnet werden, wenn im Idealfall alle Ziele erreicht wurden. Sie hat Anschluss im Tageszentrum gefunden und auch der Besuchsdienst kommt regelmäßig zu ihr. Die Kinder haben der Mutter geholfen, bei der Suche nach geeigneten Aktivitäten, der sie nun nachgeht. Die Reha-Antragsstellung hat funktioniert, wurde im besten Fall auch schon bewilligt und ein Termin wurde fixiert. Sie ist weiterhin in Behandlung beim Psychiater und hat einen Psychotherapieplatz gefunden. Die Heimhilfen unterstützen sie zu Hause und melden, wenn es mehr Bedarf braucht. Möglicherweise hat sich der Hilfebedarf von ihr auch soweit verringert, dass eine Unterstützung aus dem Umfeld professionelle Hilfeleistungen früher als vorgesehen beendet werden kann (vgl. Monzer 2013:137).

Die Beendigung der Unterstützung durch das Case Management kann bei Frau P. Ängste hervorrufen, die eigentlich schon als überwunden gegolten haben. In diesem Fall ist es wichtig die Erfolge im Hilfeverlauf zu bilanzieren. Sollte das Selbstvertrauen trotzdem noch nicht ganz gestärkt sein, kann durch Rollenspiele oder lösungsorientierte

Gesprächsführung noch unsichere Bereiche verfestigt werden. Erst wenn diese Maßnahme gegriffen hat, kann ein Abschluss stattfinden (vgl. Neuffer 2013:137). Das Case Management verteilt nun etwaige Aufgaben auf andere Verantwortliche, sodass die Klientin oder ihre Angehörigen die Gesamtsteuerung des Falles übernehmen können (vgl. Monzer 2013:307). Eine nachgehende Betreuung kann in Betracht gezogen werden, zwecks Falleverlagerung und möglicher neuer Hilfebedarfe (vgl. Neuffer 2013:138f).

Zur Beendigung des Falles gehört ein Abschlussbericht, der folgenden Absichten erfüllt:

- Enddokumentation und Rechenschaftslegung
- Transparenz für alle Akteur:innen
- Informationen zum Vorgehen, falls der entsprechende Fall wieder Hilfe benötigt (vgl. Monzer 2013:310)

7.8.1.4 Evaluation:

Hernezky Dario

Nach Abschluss des Falles folgt die Evaluation. Normalerweise gibt es hierfür einen Auftrag oder festgelegte Richtlinien im Kontext des Qualitätsmanagements. Oft maßgeblich dafür ist die Qualität welche rückblickend festgestellt und beurteilt wird. Die Beurteilung der Fallbearbeitung ist abhängig von dem Urteil der Klient:innen, deren Angehörige sowie auf das der Leistungserbringer:innen. Ein anderer wichtiger Zweck der Evaluation ist die der Rechenschaftsbelegung gegenüber der Auftraggeber:innen, den Kostentragenden und der Öffentlichkeit (vgl. ebd.:311).

Eine Evaluation lässt sich in vier Arten gliedern, der externen Fremdevaluation, internen Fremdevaluation, Selbstevaluation und angeleiteten Selbstevaluation (vgl. Neuffer 2013:158f).

Externe Fremdevaluationen werden normalerweise von Wissenschaftler:innen durchgeführt. Sie werten neue Konzepte und Programme aus und übernehmen die Auswertung von institutionellen Strukturen.

Die interne Fremdevaluation dient zur Bewertung von einzelnen Arbeitsgebieten, Arbeitsweisen, Teamarbeit und konzeptionelle Teilgebiete durch spezielle Fachkräfte der Organisation.

Die Selbstevaluation kommt am häufigsten vor. Das eigene Handeln von Mitarbeiter:innen eines Teams oder Tätigkeitsfelder wird dabei evaluiert. Wird dies Evaluation von externen Fachkräften durchgeführt wird dies als angeleitete Selbstevaluation bezeichnet. Im Falle von Frau. P. könnte eine Evaluierung folgendermaßen aussehen.

Seitdem ihr Fall vom Case Management übernommen wurde, ist die Zahl ihrer Anrufe bei 1450 gesunken. Dadurch konnte eine Entlastung der Hotline erreicht werden, was sich nachhaltig ressourcenschonend auswirkt.

Durch die Sicherstellung der häuslichen Versorgung konnte ein Pflegeheimplatz vermieden werden. Damit fiel eine Kostenersparnis an, da ein Pflegeheim deutlich teurer ist als eine Versorgung zu Hause.

Die Zusammenarbeit mit der Heimhilfeorganisation hat gut funktioniert. Relevante Informationen zum Pflegebedarf wurden zeitnahe weitergegeben. Die Pünktlichkeit der

Heimhilfen wurde von Frau P. kritisiert, aber es wurde seitens der Organisation Besserung versprochen, welche die Klientin auch schon wahrgenommen hat.

Für das Tageszentrum ist das Lukrieren neuer Kund:innen sehr wichtig. Durch die Vermittlung von Frau P. an das Tageszentrum konnte ein neuer Kooperationspartner gewonnen werden und zugleich die Einsamkeit von Frau P verringert werden, was einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit hat. Wünschenswert wäre, dass die Einbindung aller Akteur:innen erfolgreich war. Zuletzt kann noch eine Abschlusskonferenz initiiert werden. Diese dient zur Auswertung von Effektivitäts- und Effizienzkriterien also wie wirksam die Interventionen im Zusammenspiel mit den Leistungen aus dem Umfeld waren. Die Kooperationen mit den beteiligten Organisationen und die bestehenden Unterstützungsstrukturen sowie die fachliche Umsetzung der Maßnahmen werden ebenfalls berücksichtigt (vgl. ebd.:139).

7.8.2 Case Management im Kontext von Einsamkeit

Herneczky Dario

Laut eines deutschen Berichts des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann Care- und Case Management in der gesetzlichen Krankenversicherung einen wichtigen Beitrag leisten, um soziale Isolation im Alter ab 65 Jahren zu mindern (vgl. Butz, Stefanie et al. 2022:114f). Ausgelegt ist es auf einen längeren Zeitraum und soll neben ärztlichen Hilfen auch nicht ärztliche Unterstützung beinhalten. Regelmäßige Hausbesuche sind angedacht, um Themen zu besprechen die nicht in den Bereich der ärztlichen Versorgung fallen.

Für die betroffenen Personen werden Informationen über Bewegungsangebote bereitgestellt und auch die Teilnahme daran wird für sie organisiert. Des Weiteren werden sie informiert über ehrenamtliche Angebote und anderen Hilfsmöglichkeiten. Unterstützung gibt es auch bei der Antragsstellung hinsichtlich Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowie bei Wohnraumadaptierungen.

7.9 Umgang mit Suchterkrankungen im Case Management

Wagneder Theresa

Im folgenden Kapitel wird der Case Management-Prozess anhand des Falls von Frau M. analysiert. Dabei orientieren wir uns an den laut Kollak und Schmidt (2023:25) zentralen Säulen des Case Managements: Intake, Assessment, Planung, Durchführung, Monitoring und Evaluation (vgl. ebd.:26). Ziel ist es, die verschiedenen Unterstützungsstrukturen aufzugeben und ihre Wirkungen im Verlauf des Prozesses zu beleuchten. Sei es Eigeninitiative, professionelle Unterstützungsangebote, familiäre und soziale Netzwerke. Anhand des im Kapitel Fallbeispiel Verdacht Suchtproblematik angeführten Beispiels von

Frau M. soll verdeutlicht werden, wie eine bedarfsgerechte Versorgung organisiert werden kann, welche Herausforderungen sich auf diesem Weg ergeben können und wie der Betroffene selbst in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden kann. Ebenso wird untersucht, wie die Qualität der Intervention durch Monitoring sichergestellt wird und wie ein Abschluss des Case Management-Prozesses gestaltet werden kann.

Im nächsten Abschnitt beginnen mit der Fallaufnahme und der ersten Intervention im Rahmen des Case Management.

7.9.1 Fallbeispiel Verdacht Suchtproblematik

Wagneder Theresa

Folgendes Fallbeispiel wird unverändert aus der Dokumentation der Sozialabreiter:innen übernommen und anschließend analysiert:

Melderin und ihr Lgf. haben gestern am Abend dessen Cousine (=AP = FRAU M.) bei sich zu Hause aufgenommen. Sie haben wenig Kontakt und werden nur im Notfall von der Cousine kontaktiert. Die AP hat sich vor 2-3 Wochen von ihrem letzten Partner getrennt, mit dem sie in XY gewohnt hat, da dieser so viel Kokain konsumiert hätte. Sie sei dann mit ihrem Kind (Kindergartenalter) bei Freunden untergekommen, die allerdings auch viele Drogen zu Hause hatten und sie dann nicht mehr gehen lassen wollten. Sie habe dann laut geschrien, wodurch es zu einem Polizeieinsatz gekommen sei. Die Polizei hat sie dann ins KH in Wien gebracht, die sich als nicht zuständig erklärt haben. Das Kind wurde zum leiblichen Vater gebracht und ist dort gut versorgt. Danach ist die AP zur Melderin und deren Lgf. gekommen. Diese sind mit ihr ins KH XY gefahren, sie wurde nicht stationär aufgenommen, bekam aber Medikamente. Suizidgedanken habe sie nicht. Sie habe aber viele Probleme, sei beim AMS gesperrt, habe kein Geld am Konto, sei nicht mehr versichert und ihre eigene Wohnung in ORT X Welt sei "leer" und müsse per 31.03. zurück gegeben werden. Die Melderin möchte sich nicht um die Problemlagen der AP kümmern und sie möchte auch nicht, dass sie sich weiterhin bei ihnen aufhält. Sie wird heute nochmals versuchen, ob sie in der Psychiatrie aufgenommen werden kann, die Chancen dafür stehen aber nicht gut. Sie möchte die AP auch nicht "auf die Straße setzen" und sie möchte, dass ihr professionell geholfen werden kann. Informiere sie über Notschlafstellen für Frauen in NÖ (Emmaus in St. Pölten und Weiberwirtschaft in Wr. Neustadt). Sie bedankt sich für die konkrete Information - sie habe heute bereits bei mehreren Einrichtungen angerufen, die ihr gesagt hätten, dass sie derzeit nichts tun könne. Sie meldet sich bei Bedarf nochmals unter der AT-Hotline-Nr.

7.9.1.1 Intake

Wagneder Theresa

Nicht alle Personen benötigen ein Case Management, darum ist es vorab wichtig zu klären, welche Kriterien für eine Aufnahme in den unterschiedlichen Organisationen festgelegt sind. Diese Kriterien können sich auf spezielle Erkrankungen, die finanzielle oder soziale Situation sowie auch an multiplen Unterstützungsleistungen orientieren (vgl. ebd.:28).

Im Fall von Frau M. treffen mehrere dieser Kriterien zu, die eine Aufnahme des Case Management rechtfertigen. Dazu zählen:

Psychische und gesundheitliche Situation:

- Frau M. befindet sich in einer akuten psychischen Belastungssituation, ausgelöst durch die Trennung von ihrem Partner sowie die unsicheren Lebensumstände der letzten Wochen.
- Sie hat momentan keine akuten Suizidgedanken, jedoch zeigt sie Anzeichen von Überforderung, Stress und Erschöpfung.
- Aufgrund der aktuellen Lage wurde sie bereits ins Krankenhaus gebracht, allerdings nicht stationär aufgenommen. Eine medikamentöse Unterstützung wurde ohne psychotherapeutische Begleitung angeordnet.

Suchtproblematik:

- Frau M. lebte lange Zeit in einem von Drogenkonsum geprägten Umfeld. Ihr ehemaliger Partner konsumierte Kokain, was der Trennungsgrund war.
- Nach der Trennung fast sie vorübergehend Unterkunft bei Bekannten, welche ebenfalls Drogen konsumierten. Dort befand sie sich erneut in einem suchtfördernden Umfeld.
- Bislang keine Hinweise darauf, dass sie selbst konsumiert, jedoch ist eine genauere Abklärung notwendig, da sie sich wiederholt in problematischen Settings aufgehalten hat.
- Eine Prüfung im Rahmen des Case Managements wäre notwendig, ob neben psychosozialen Maßnahmen auch eine Suchtberatung oder Suchtprävention notwendig ist.

Soziale und familiäre Situation:

- Aufgrund des von Drogenkonsum geprägten Umfelds, konnte Frau M. nach der Trennung nicht in ihrer bisherigen Wohnung bleiben.
- Ihr Kind wurde vorübergehend beim leiblichen Vater untergebracht, wo es auch gut versorgt ist. Sie selbst hatte in den letzten Wochen keine feste Unterkunft und war auf kurzfristige Unterbringungen bei Verwandten und Bekannten angewiesen.
- Momentan lebt sie bei ihrer Cousine, welche jedoch bekannt gegeben hat, dass sie keine langfristige Betreuung übernehmen kann und eine andere Lösung für Frau M. gefunden werden muss.

Finanzielle und existenzielle Situation:

- Frau M. ist arbeitslos und aufgrund einer AMS-Sperre momentan ohne finanzielle Unterstützung.
- Sie hat keinerlei Ersparnisse und ist auch nicht krankenversichert.
- Ihre bisherige Wohnung im Ort X muss bis zum 31.03. geräumt werden. Dies erzeugt zusätzlichen Druck.

Versorgungslage und Unterstützungsbedarf:

- Frau M. hat bereits versucht, Hilfe bei verschiedenen Einrichtungen zu erhalten, stieß jedoch häufig auf Kapazitätsprobleme und Zuständigkeitsfragen.
- Sie sieht selbst einen Bedarf für eine umfassende Betreuung, allerdings wurde ihr die Aufnahme in eine stationäre Betreuung bislang verwehrt.

„Eine Liste von Kriterien ist grundlegend, Klient*innen mit Case Management-Bedarf sicher zu identifizieren.“ (ebd.) Case Management ist besonders für Personen geeignet, welche sich in herausfordernden Lebenssituationen befinden, mehrere Unterstützungsangebote benötigen und ihre eigene Versorgung nicht selbst handhaben können.

Frau M. ist nicht in der Lage, ihre aktuelle Situation eigenständig zu meistern. Sie benötigt, daher dringen eine koordinierte psychosoziale und medizinische Versorgung. Da sie bereits mehrere Unterstützungssysteme aufgesucht hat, erfüllt sie die wesentlichen Kriterien für eine Aufnahme ins Case Management. Eine klare Definition der Aufnahmekriterien ist entscheidend, um eine Person mit Case Management-Bedarf klar zu identifizieren (vgl. ebd.). Neben den bereits genannten Aspekten gibt es weitere anerkannte Kriterien, die in unterschiedlichen Literaturquellen und Rahmenbedingungen benannt werden.

Nachdem festgestellt wurde, dass Frau M. die Kriterien für eine Aufnahme ins Case Management erfüllt, ist es im nächsten Schritt unbedingt notwendig, die Rechte und Pflichten aller Beteiligten zu klären und definieren (vgl. ebd.:30). Ein wichtiger Bezugspunkt hierfür sind die festgelegten Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen in dem Pflege-Charta. Besonders relevant für Frau M. sind hier ihr Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe, sowie auf körperliche und seelische Unversehrtheit. Ebenso von Bedeutung ist ihr Recht auf Beratung, Aufklärung und Information. Nur so kann sie informierte Entscheidungen über ihre Versorgung treffen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2019). Das Pflege-Charta ist ein deutsches Instrument, in Österreich gilt als ambivalent der „Österreichische Pflegevorsorgebericht“. Neben all diesen allgemeinen Rechten gibt es vertraglich geregelte Aspekte im Case Management, welche zu einer transparenten Zusammenarbeit mit Frau M. führen sollen. Frau M. soll das Recht beibehalten, aktiv über ihre Entscheidung der Versorgung mitzuwirken. Außerdem soll sie individuell zugeschnittene Betreuungsangebote erhalten und auch an Fallbesprechungen teilnehmen. Gleichzeitig wird mit ihr eine Schweigeverpflichtung vereinbart, die festlegt, welche Informationen an welche Stellen hinausgegeben werden dürfen. So kann und soll sie beispielweise darüber bestimmen, an welche Institutionen oder Personen ihre psychische Diagnose weitervermittelt werden darf (vgl. Kollak / Schmidt 2023:32). Nur mit einer klaren Kommunikation kann Case Management gelingen und effektiv umgesetzt werden. Daher muss vereinbart werden, in welcher Weise mit Frau M. und der Case Manager:in kommuniziert wird – sei es persönlich, telefonisch oder per E-Mail. Außerdem muss definiert werden, in welchen zeitlichen Abständen Gespräche stattfinden. Auch die Frage nach der Erreichbarkeit muss geklärt werden, besonders für Notfälle. Weiters muss die Dauer des Case Managements mit Frau M. definiert werden und unter welchen Bedingungen es eventuell frühzeitig beendet werden kann (vgl. ebd.:33). Der Datenschutz darf nicht außer Acht gelassen werden. Im Case Management werden verschiedenste Stellen miteingebunden. Von medizinischen Fachkräften, sozialen Einrichtungen bis hin zu Behörden. Es muss geregelt werden, wer welche Daten erhalten darf. Frau M. soll die Möglichkeit haben zu entscheiden, wie mit ihren Daten umgegangen wird. Sie kann darüber bestimmen, ob ihre Daten an Angehörige oder auch frühere Bezugspersonen weitergegeben werden oder nicht (vgl. ebd.:34). Durch dieses strukturierte Vorgehen bereits in der Phase des Intakes wird sichergestellt, dass Frau M. die Unterstützung zukommt, die sie benötigt.

Für Frau M. könnte als ersten möglichen Anlaufpunkt auch die Gesundheitsberatung 1450 wählen. Das Intake-Gespräch bei 1450 würde in erster Linie darauf abzielen, eine akute Gefährdung auszuschließen und es würde versucht werden abzuklären, ob eine sofortige psychologische oder medizinische Intervention notwendig ist. Da Frau M. aktuell aber keine akuten Suizidgedanken äußert und sich bereits in einem ersten Abklärungsprozess mit unterschiedlichen Hilfsangeboten befindet, würden die ECNs bei 1450 höchstwahrscheinlich an eine andere Stelle weiterverweisen. Da die telefonische Gesundheitsberatung 1450 vorrangig dazu dient, eine rasche Ersteinschätzung vorzunehmen und passende Handlungsempfehlungen zu geben, wäre Frau M. an einer anderen Stelle vermutlich besser aufgehoben.

Falls Frau M. allerdings bei 1450 anruft und dort ihr Erstgespräch stattfinden würde, wäre es für die ECNs hilfreich, den in der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelten Leitfaden zur Rate zu ziehen. In diesem Gespräch könnten dann gezielt Fragen zu ihrem psychischen Wohlergehen gestellt werden, da das physische Wohlbefinden bereits mit dem standardisierten Abfrageschemata, den LowCodes, abgedeckt sein sollten. Da im Fall von Frau M. offensichtlich der Bedarf nach einer längerfristigen Unterstützung gegeben ist, wäre im Allgemeinen die telefonische Gesundheitsberatung nicht zielführend. Es könnte ihr keine ausführliche Beratung geboten werden und man würde sie ohnehin an eine weitere Stelle verweisen.

Nachdem geklärt wurde, dass Frau M. die Kriterien für eine Aufnahme ins Case Management erfüllt und die telefonische Gesundheitsberatung 1450 keine langfristige Unterstützung bieten kann, geht es nun im nächsten Schritt darum, das Assessment zu planen und durchzuführen.

7.9.1.2 Assessment

Wagneder Theeresa

Im nächsten Schritt ist es wichtig, ein umfassendes Assessment für Frau M. zu planen. Zunächst wird daher ihre aktuelle Lebenssituation gemeinsam mit der:die zuständigen Case Manager:in erfasst. Es ist wichtig, dieses Gespräch sorgfältig zu planen, um eine vertrauliche Zusammenarbeit zu ermöglichen (vgl. ebd.:42). Es wird festgelegt unter welchen Bedingungen die Gespräche stattfinden. Frau M. befindet sich aktuell in einer belastenden Situation und hat keine feste Unterkunft, daher wird für das Gespräch ein Ort gewählt, welcher Frau M. Sicherheit vermittelt. Ebenso wird vereinbart, wer am Gespräch teilnimmt. Dies ist wichtig, um Transparenz gewährleisten zu können und dass bei Frau M. nicht das Gefühl aufkommt, dass über sie gesprochen wird. Im Gespräch ist es wichtig, dass die zuständige Case Manager:in Frau M. darüber informiert, dass ihre Angaben jederzeit ergänzt oder angepasst werden können (vgl. ebd.).

Im Assessment geht es um zentrale Fragen zur aktuellen Situation von Frau M., welche wie folgt lauten könnten:

- Welche konkreten Sorgen und Anliegen hat Frau M.?
- Welche Ressourcen stehen ihr aktuell zur Verfügung, und welche Ressourcen können aus ihrem sozialen Umfeld mobilisiert werden?

- Welche Herausforderungen sollen als erstes angegangen werden?

Es soll geprüft werden, welche Netzwerke und Institutionen in den gesamten Hilfeprozess miteinbezogen werden. Die Informationen, die in diesem Gespräch gesammelt werden können, dienen als Grundlage für die Planung weiterer Maßnahmen. (vgl. ebd.:43). Das Gespräch soll sich nicht allein auf Frau M. beschränken, sondern es sollen wichtige Bezugspersonen von ihr miteinbezogen werden. Falls erforderlich, ist es wichtig, dass Fachpersonen wie Sozialarbeiter:inne oder Mediziner:innen hinzugezogen wird, damit ein umfassendes Bild ihrer psychosozialen und gesundheitlichen Lage erstellt werden kann. Allerdings ist es Aufgabe der Case Manager:innen Doppelabfragen bei Frau M. zu vermeiden, da diese ohnehin schon unter einer hohen Belastung steht (vgl. ebd.:44).

Um die Situation von Frau M. umfassend zu erfassen, ist es notwendig, das passende Tool zu verwenden. Es können dabei verschiedene Instrumente zum Einsatz kommen, um die Ressourcen, die Belastungen und die Unterstützungsbedarfe von Frau M. systematisch darzustellen.

Ein Mindmap zur Ressourcenerfassung kann als effektives Instrument dienen, um die Ressourcen von Frau M. sauber zu erfassen. Im Gespräch können Case Manager:innen vier zentrale Bereiche betrachten (vgl. ebd.:53):

- Eigene Stärken: Welche Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien hat Frau M. bereits entwickelt?
- Materielle Ressourcen: Welche finanziellen Mittel oder auch Sachressourcen stehen ihr zur Verfügung?
- Persönliche Bindungen: Wer sind die wichtigsten Bezugspersonen im Leben von Frau M.?
- Formelle Hilfen: Welches professionelle Unterstützungsnetz kann ihr zur Hilfe kommen?

Die folgende Mindmap wurde mit Canva (2025) erstellt und zeigt die vorhandenen Ressourcen von Frau M. auf einen Blick:

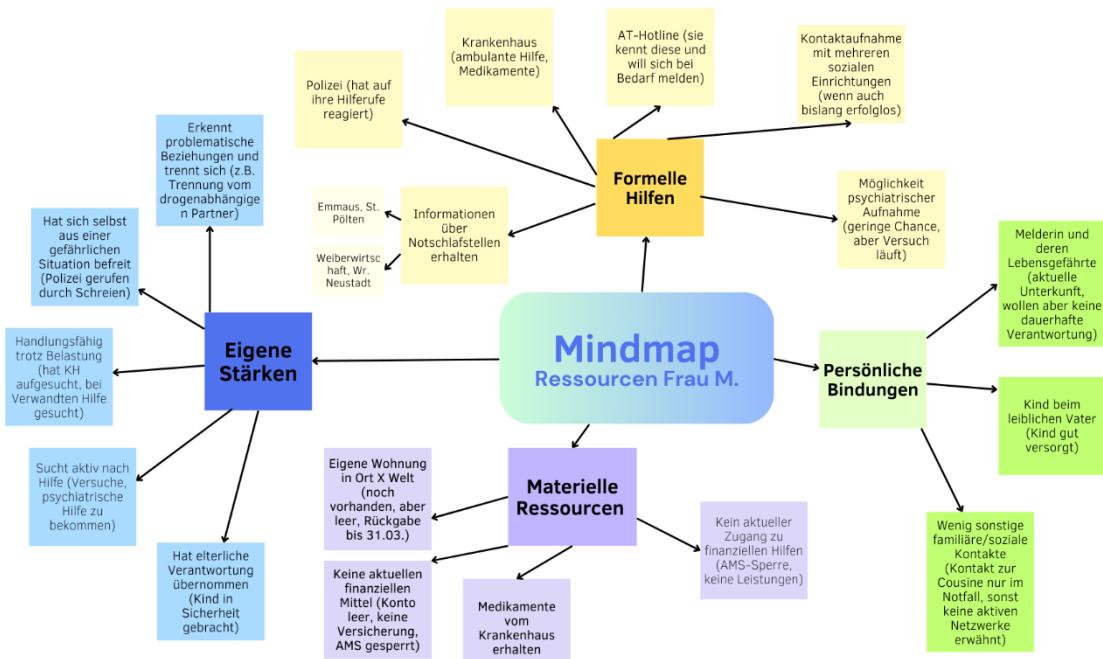


Abbildung 16: Mindmap Frau M.

Eine solche Erstellung erleichtert den Überblick über vorhandene Ressourcen und es kann dadurch übersichtlich aufgezeigt werden, wo genau Unterstützung benötigt wird. Hierfür eignet sich auch eine Lebensereignisskala zur Belastungserfassung. Ein weiterer wichtiger Aspekt in Assessments ist die Erfassung von vorhandenen emotionalen und psychischen Belastungen. Das Werkzeug „Lebensereignisskala“ dient dazu herauszufinden, wie Frau M. in der Vergangenheit mit schwierigen Lebenssituationen umgegangen ist (vgl. Kollak / Schmidt 2023:53):

- Welche belastenden Ereignisse hat sie bereits erlebt?
- Welche Strategien haben ihr dabei geholfen. Krisen zu meistern?
- Welche Unterstützung war in diesen Phasen besonders hilfreich?

Neben der „Mindmap zur Ressourcenerfassung“ und der „Lebensereignisskala zur Belastungserfassung“ gibt es noch verschiedene weitere Tools, welche im Assessment eingesetzt werden können. Wichtig ist, dass auf die individuellen Bedürfnisse und Erfahrungen von Frau M. eingegangen wird und diese berücksichtigt werden.

7.9.1.3 Ziel- und Hilfeplanung

Wagneder Theresa

Die Ziel- und Hilfeplanung wird anhand der erhobenen Daten aus dem Assessment erstellt und ist der dritte Schritt im Case Management-Prozess. Im Rahmen der Hilfeplanung werden daher ihre Bedarfe und Ressourcen analysiert. Dabei wird nicht nur auf ihre unmittelbare Versorgungssituation geachtet, sondern es werden langfristige Maßnahmen verfolgt, welche zur Stabilisierung ihrer Lebenslage beitragen. Wichtig ist, dass die Planung in enger Abstimmung mit ihr und mit allen relevanten Fachstellen passiert. (vgl. ebd.:68). Im konkreten Fall von Frau M., welche nach der Trennung vom Partner, derzeit ohne festen Wohnsitz, nicht krankenversichert und finanziell stark eingeschränkt ist, handelt es sich um verschiedene Themen, welche bearbeitet werden müssen. Man spricht in diesem Fall von den bereits erwähnten Multi-problemlagen. Hinzu kommt die drohende Wohnungslosigkeit. Zwar hat Frau M. vorübergehend bei ihrer Cousine Zuflucht gefunden, aber auf Grund von Platzproblemen besteht der Wunsch nach einer professionellen Unterstützung. Im Verlauf der Hilfeplanung ist es wichtig, nochmals die aktuelle Situation von Frau M. zu analysieren. Dies erfolgt unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und möglicher Unterstützungsmöglichkeiten, wie soziale Netze und professionelle Einrichtungen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten in der Hilfeplanung vorzugehen. So kann diese zum Beispiel als Beratungsgespräch oder als Fallkonferenz in Kooperation mit mehreren Fachstellen stattfinden (vgl. Inhester 2022:140). Wichtig ist aber bei beiden Herangehensweisen, alle relevanten Informationen zu erfassen und eine strukturierte Planung vorzubereiten. Dazu zählt die Klärung zentraler Fragen, wie beispielweise welche Ziele umgesetzt werden sollen und welche Maßnahmen dafür notwendig sind (vgl. ebd.). Ein weiterer unumgänglicher Bestandteil der Hilfeplanung ist die Erstellung eines Hilfeplan. Wie bereits im Kapitel Motivierende Gesprächsführung beschrieben, könnte dies beispielweise anhand des SMART-Prinzip erfolgen. Es müssen klare Maßnahmen zur

Umsetzung, Zuständigkeiten und Finanzierungsfragen geklärt werden (vgl. ebd.:141). Von Vorteil wäre es, verschiedene strategische Planungsmöglichkeiten zu erarbeiten, dadurch könnte Frau M. ein informierte Entscheidung treffen und zu den entwickelten Maßnahmen eine stärkere Bindung aufbauen (vgl. ebd.:142). Auch die Leistungserbringer sollten früh genug in den Prozess mit einbezogen werden, um die Planung möglichst einfach zu gestalten und Verzögerungen zu vermeiden. Mit den Leistungserbringer:innen sollten unbedingt die Rahmenbedingung des Auftrags, das Monitoring sowie die Koordination der Beteiligten vereinbart werden (vgl. ebd.). Für Krisen oder Rückfälle ist es zudem wichtig, Maßnahmen zu entwickeln, wie vorgegangen wird. Es sollten im besten Fall präventive Strategien vorliegen, um einen Abbruch der Leistungen zu verhindern und um alternative Unterstützungsangebote bereit zu halten (vgl. ebd.).

7.9.1.4 Fallkonferenz Frau M.

Wagneder Theresa

Ein Schritt in der Hilfeplanung ist die Fallkonferenz, welche dazu dient, die gesammelten Bedarfe zu validieren, offene Fragen zu klären und Maßnahmen für die weitere Unterstützung von Frau M. zu planen. Das Hauptziel besteht darin, koordinierte und multiprofessionelle Unterstützung für Frau M. zu entwickeln. Dabei sollen relevante Akteur:innen, wie die Wohnungslosenhilfe, psychologische Fachkräfte, AMS-Berater:innen und Ähnliche, zusammenkommen, um gemeinsam über mögliche Lösungen für Frau M. zu sprechen (vgl. ebd.:144). Im Fall von Frau M., wo eine Suchthematik nicht ausgeschlossen werden kann, sollten unbedingt auch Expert:innen aus den Bereichen Suchtberatung und Psycholog:innen miteinbezogen werden.

Die Vorbereitung der Fallkonferenz ist Aufgabe der Case Manager:innen und startet bei der Einholung der Zustimmung durch Frau M. über ihre Teilnahme. Außerdem wird die Zustimmung von Frau M. eingeholt, dass personenbezogene Daten unter Berücksichtigung des Datenschutzes weitergegeben werden. Anschließend wird festgelegt welche Fachkräfte, aus welchen Bereichen teilnehmen. Vorab werden bereits alle relevanten Informationen gesammelt und aufbereitet. Dazu zählen biografische Daten, sowie die finanzielle und soziale Situation. Wichtig ist auch, alle bisherigen Maßnahmen und deren Auswirkungen festzuhalten (vgl. ebd.:146). Abschließend wird seitens der:die Case Manager:in eine strukturierte Tagesordnung erstellt, welche als Leitfaden für die Konferenz dienen soll. In der Fallkonferenz beginnt man mit einer Begrüßung und Vorstellung der Teilnehmer:innen. Es werden Rahmenbedingungen geklärt und es wird auf die Schweigepflicht und die Ziele des Treffens hingewiesen. Anschließend stellt das Case Management den Fall von Frau M. vor, wobei ihre aktuelle Situation, bereits unternommene Schritte und akute Herausforderungen besprochen werden. Sofern diese Punkte geklärt sind, startet die Diskussion über bestehende Bedarfe und mögliche Lösungen (vgl. ebd.:147). Im Falle von Frau M. sollte neben der Unterbringungsthematik der Fokus auch auf ihre mögliche Suchthematik liegen und es sollte eruiert werden, ob substanzbezogene Probleme eine Rolle in Frau M.s Leben spielen. Im Falle einer Abhängigkeit beziehungsweise eines problematischen Konsums, sollte im ersten Schritt eine

Stabilisierung für Frau M. passieren. Neben den kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeiten – wie beispielweise Einrichtungen mit suchttherapeutischem Angebot – wäre eventuell auch die Einleitung medizinischer oder psychotherapeutischer Maßnahmen sinnvoll. Außerdem sollte geprüft werden, ob ein Entzugsprogramm oder eine Suchtberatung notwendig ist. Im nächsten Schritt werden Maßnahmen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Es wird genau definiert welche Aufgaben welche Person aus welcher Institution übernimmt. Anschließend wird gemeinsam mit Frau M. ein Serviceplan erstellt, in dem alle vereinbarten Maßnahmen und Zuständigkeiten dokumentiert sind. Am Ende ist es sinnvoll, eine Feedbackrunde durchzuführen. Dies soll dazu dienen, dass alle Teilnehmer:innen ihre Einschätzung zur geplanten Umsetzung abgeben und noch Möglichkeiten für Änderungen diskutiert werden können (vgl. ebd.:146).

In Bezug auf Frau M. und die mögliche verdeckte Suchtproblematik, gibt es verschiedene Aspekte, die in der Fallkonferenz berücksichtigt werden sollten, um eine geeignete Unterstützung zu gewährleisten:

Suchtberatung- und Behandlung:

- Maßnahmen: Eine detaillierte Untersuchung und Beratung bezüglich einer möglichen Suchtproblematik, insbesondere im Hinblick auf den Kokainkonsum ihres Expartners und der Umgebung in der sie sich aufhielt (Freunde mit Drogenproblem). Es sollte besonders auf potenzielle Risiken einer versteckten Suchtproblematik gelegt werden.
- Fachkraft: Suchtberater:innen oder Fachärzt:innen für Suchtmedizin. Diese könnten eine umfassende Anamnese zur Drogenproblematik und zu ihren Erfahrungen in der Umgebung in ihrer früheren Partnerschaft erstellen.

Psychosoziale Unterstützung:

- Maßnahme: Um etwaige psychische Belastungen und Traumata zu klären, ist eine psychische Untersuchung sinnvoll. Die finanziellen Schwierigkeiten können zu psychischen Belastungen führen, wofür möglicherweise eine therapeutische Behandlung erwünscht, ist.
- Fachkraft: Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen, welche auf Trauma- und Krisenintervention spezialisiert sind.

Unterbringung und Unterstützung in Krisenzeiten

- Maßnahme: Angesichts der belastenden Wohnsituation und der drohenden Wohnungslosigkeit, sollte man Frau M. beim Finden einer geeigneten Wohnung, Übergangswohnung oder Notschlafstelle unterstützen. Eine kurzfristige Lösung ist möglich, aber eine langfristige muss erarbeitet werden.
- Fachkraft: Sozialarbeiter:in oder Fachkräfte in der Wohnungslosenhilfe, welche sie bei der Kontaktaufnahme in Einrichtungen wie Emmaus in St. Pölten und Weiberwirtschaft in Wr. Neustadt unterstützen können. Auch die Betrachtung weiterer Unterbringungsmöglichkeiten ist sinnvoll, wie beispielweise Frauenhäuser oder Notunterkünfte.

Finanzielle und berufliche Unterstützung:

- Maßnahme: Frau M. ist momentan beim AMS gesperrt und es sollte eine genaue Klärung der finanziellen Situation und der bestehenden Ansprüche erfolgen. Es könnte von Vorteil sein, eine finanzielle Beratung durchzuführen, welche bei der Klärung ihrer Ansprüche auf Sozialleistungen einen Durchblick schaffen soll.

- Fachkraft: Sozialarbeiter:innen, welche auf Sozialrecht spezialisiert sind und ihr helfen können, in Bezug auf ihre Sperre beim AMS und weitere Unterstützungsangebote, um ihre finanzielle Lage zu verbessern und langfristig zu stabilisieren.

Notfallpsychiatrie:

- Maßnahme: Sollte Frau M. erneut in eine Krise geraten, wäre die Einschätzung einer psychiatrischen Fachkraft notwendig, auch wenn momentan keine Suizidgedanken bestehen. Es wäre wichtig, ihre psychische Gesundheit weiterhin zu überwachen, um in einer Krise rechtzeitig eingreifen zu können.
- Fachkraft: Klinikpersonal oder Psychiater:in, welche in Krisensituationen beraten und entscheiden können.

Die Dokumentation, welche bereits während der Konferenz passieren soll, und die Nachbereitung der Konferenz sind von großer Bedeutung, um die beschlossenen Maßnahmen garantieren zu können. Im Ergebnisprotokoll sollen alle Vereinbarungen festgehalten werden und allen Beteiligten zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Auch ein Folgetermin und bis wann verschiedene Maßnahmen passieren sollen, sollte vereinbart werden (vgl. ebd.:145). Am Protokoll können folgende Schritte vermerkt und zusammengefasst werden:

- Kontaktaufnahme zu Suchberatungsstellen, um eine genaue Einschätzung von Frau M. Suchtproblematik zu bekommen.
- Unterstützung durch Sozialarbeiter:innen, welche bei der Wohnsituation und finanziellen Herausforderungen unterstützen.
- Informationen zu Notschlafstellen und Übergangswohnen sowie psychologische Betreuung für traumatische Erlebnisse.
- Einbeziehung von Frauenhäusern und Kriseninterventionsdienste, für Fälle von akuten Belastungen und Notfällen.

7.9.1.5 Monitoring

Wagneder Theresa

Das Monitoring ist der nächste Schritt im Case Management-Prozess und zählt als zentraler Bestandteil im Case Management. Im Monitoring geht es darum, vereinbarte Maßnahmen zu überwachen und sicherzustellen, dass die Leistungen in der vereinbarten Qualität und Menge erbracht werden (vgl. ebd.:155). Außerdem besteht die Möglichkeit, im Monitoring darüber zu sprechen, ob weitere Hilfeleistungen mitaufgenommen werden, auf welche nicht vollumfänglich zurückgegriffen werden kann und ob dafür essentiellen Kontakte bereits genknüpft wurden, oder erst hergestellt werden müssen (vgl. Kollak / Schmidt 2023:77). Es ist wichtig, dass überprüft wird, ob die vereinbarten Leistungen erbracht und die Erwartungen von Frau M. erfüllt werden. Es erfolgt ein Check, ob die zugesagten Hilfsangebote, wie die Unterstützung bei der Suchtberatung, der Wohnungssuche und der psychologischen Betreuung, passieren. Des Weiteren muss überprüft werden, ob die Ziele, welche mit Maßnahmen verbunden wurden, erreicht werden konnten, um eine

Stabilisierung der Lebenssituation von Frau M. herzustellen. Trotz der Dinglichkeit mancher Anliegen, muss darauf geachtet werden, dass die Ziele realistisch gesteckt werden und alle Maßnahmen wie geplant durchgeführt werden können. Insbesondere falls sich herausstellen sollte, dass die Situation von Frau M. doch komplexer ist, als ursprünglich angenommen (vgl. Inhester 2022:156).

Ein weiterer Aspekt des Monitorings ist die fortlaufende Überprüfung, ob die bereitgestellten finanziellen und personellen Mittel zweckgemäß und effizient eingesetzt werden. Im Fall von Frau M. muss kontrolliert werden, ob die eingeplanten finanziellen Mittel durch Leistungserbringer:innen und Hilfsangebote ausreichend sind, um die geplanten Ziele zu erreichen. Dazu zählt die Unterstützung bei der Wohnungssuche und die Unterstützung in der finanziellen Belastungssituation. Es muss die Frage gestellt werden, ob die zur Verfügung gestellten Ressourcen für Frau M. sie dabei unterstützen können, ihre Ziele zu erreichen (vgl. ebd.). Im Monitoring sollte auch auf potenzielle Abweichungen von geplanten Zwischenzielen geachtet werden, um bei Bedarf frühzeitig Korrekturmaßnahmen durchführen zu können. Hat Frau M. beispielsweise Probleme dabei, eine geeignete Wohnung zu finden, muss überprüft werden, ob ihr passende Unterstützungsmöglichkeiten angeboten wurden. Es kann auch sein, dass eine Unzufriedenheit seitens Frau M. entsteht und sie dadurch verschiedene Unterstützungsangebote ablehnt. Es gibt verschiedene Anzeichen, welche auf eine Unzufriedenheit seitens Frau M. hindeuten könnten. Indirekte Anzeichen einer Unzufriedenheit könnten unerledigte Aufgaben, negative Aussagen über Leistungserbringer:innen und Ähnliches sein (vgl. ebd.:158). Wie intensiv ein Monitoring stattfindet, hängt stark von der Komplexität der Situation ab. Besonders am Beginn des Prozesses, in dem noch häufiger Veränderungen stattfinden können, ist es sinnvoll, öfter ein Monitoring abzuhalten. Im Fall von Frau M. ist es wichtig, auch die Melderin und deren Lebensgefährten in den Prozess miteinzubeziehen. Es ist notwendig zu überprüfen, ob die Helfer:innen auch weiterhin in der Lage sind Frau M. zu unterstützen oder ob sie selbst Hilfe benötigt. Sollten Beschwerden Auftreten von seitens der Helfer:innen auftreten, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen (vgl. ebd.). Nach Abschluss der Monitoring-Phase, in der die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen und mögliche Anpassungen beziehungsweise Abweichungen überprüft wurden, erfolgt im nächsten Schritt die Evaluation.

7.9.1.6 Evaluation

Wagneder Theresa

Das Ziel der Evaluation vom Fall Frau M. besteht darin, den Erreichungsgrad der vereinbarten Versorgungsziele zu messen, den Nutzen der durchgeföhrten Interventionen aufzugezeigen und eventuell entstandene Optimierungspotenziale aufzudecken. Es wird überprüft, ob Frau M. in der Zukunft selbstständig in der Lage sein wird für sich zu sorgen und ob die Zusammenarbeit mit den Case Manager:innen und die eingesetzten Ressourcen einer nachhaltigen Versorgung entsprechen (vgl. ebd.:160).

Die Evaluation kann sich in folgende Bereiche gliedern:

Outcome Evaluation:

- Es wird untersucht, ob Frau M. den erwünschten Zustand erreicht hat. Dies kann man beispielweise daran messen, ob sie die notwendige Unterstützung erhielt, den bevorstehenden Herausforderungen gewachsen zu sein scheint und ob sie selbst mit der erreichten Situation zufrieden ist (vgl. ebd.).

Prozessevaluation:

- Es erfolgt eine detaillierte Betrachtung der Abläufe im Case Management. Es werden Dokumentationsqualität, Zeitplanung und der Umgang mit Datenschutzaspekten geprüft (vgl. ebd.:166).
- Strukturevaluation:
- Geprüft werden die strukturellen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die technische Ausstattung oder die verwendete Software, die die Arbeitsabläufe und die Datenerfassung unterstützen (vgl. ebd.:165).

Qualitätsbezogene Evaluation:

- Neben verschiedenen messbaren Ergebnissen ist es auch sinnvoll qualitative Aspekte, wie den Kommunikationsstil oder die partizipative Entscheidungsfindung zu evaluieren (vgl. ebd.:161).

Neben diesen Möglichkeiten den Case Management-Prozess von Fr. M zu evaluieren, ist es wichtig, dass konkrete Indikatoren definiert werden, welche sowohl objektiv messbar als auch theoretisch fundiert sind. Orientiert man sich am Empowerment-Konzept kann man anhand folgender Kriterien operationalisieren:

Empowerment:

- Partizipation: Bewertung, inwieweit Frau M. in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen wurde.
- Ermutigung: Erfassung, inwieweit Case Manager:innen Frau M. ermutigt haben, durch das aufmerksam machen auf bereits erreichte Erfolge. Außerdem wird erfasst, inwieweit Case Manager:innen Frau M. mit gezieltem Lob ihre Selbstwirksamkeit unterstützt haben.

Indikatoren:

- Erinnern an erlebte, positive Erfahrungen
- Vermitteln von Zuversicht und Stärke
- Lob und Anerkennung für erreichte Ziele und erbrachte Leistungen (vgl. ebd.)

Wurden einige der Ziele erreicht, hat Frau M. Fortschritte in Richtung Selbstversorgung erzielt. Im besten Fall zeigt die Evaluation nicht nur dass definierte Versorgungsziele erreicht wurden, sondern auch dass sich Frau M. in ihrer Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit gesteigert hat.

7.9.1.7 Abschluss des Case Management-Prozesses von Frau M.

Wagneder Theresa

Im Anschluss an den Evaluationsprozess, welcher den letzten Schritt im Case Management-Prozess darstellt, kann der Prozess beendet werden, wofür es verschiedene

Gründe geben kann. Laut Inhester (2022) wird im Rahmen dieses Schrittes in vier Szenarien unterscheiden:

1. Einvernehmliche Beendigung:

Frau M. und die Case Manager:innen sind sich einig, dass der Prozess abgeschlossen werden kann. Die vereinbarten Ziele wurden erreicht, und eine stabile Versorgungssituation konnte sichergestellt werden.

2. Einseitige Beendigung durch Frau M.:

Ist dies der Fall, kann dies von Frau M. mit einer offiziellen Mitteilung aber auch ohne Begründung von Frau M. durchgeführt werden. Ist zweiteres der Fall, sollten ihr unbedingt Alternativen angeboten werden.

3. Abweichende Einschätzung:

Dies trifft ein, falls die Sichtweisen des:der Case Manager:innen und Frau M. sich unterscheiden. So kann es passieren, dass sich Frau M. weiterhin Unterstützung wünscht, seitens des:der Case Manager:innen sind die Anforderungen dafür aber nicht weitergegeben. In diesem Fall könnte ein stufenweiser Ausstieg mit längeren Betreuungsintervallen oder eine erneute Zielklärung angedacht werden.

4. Finanzierungsbedingte Beendigung:

Obwohl weiterhin Unterstützungsbedarf für Frau M. besteht, verweigert der bisherige Kostenträger eine weitere finanzielle Unterstützung. Es kann versucht werden, über verschiedene Möglichkeiten, wie eine Fallkonferenz, alternative Finanzierungsmöglichkeiten zu erarbeiten (vgl. ebd.:169).

Im Anschluss an das Abschlussgespräch wird im Normalfall ein fallbezogener Abschlussbericht erstellt. Dieser wird häufig in Auftrag der ursprünglichen Auftraggeber:innen verfasst. Im Bericht werden der gesamte Prozessverlauf und alle erreichten Ziele festgehalten. Zudem werden Stammdaten und die persönlichen Rahmenbedingungen von Frau M. verschriftlicht. Es erfolgt eine Darstellung der expliziten und der impliziten Ziele, inklusive Ergebnisse und Zielklärungen. Es wird eine Ressourcenanalyse vorgenommen, in der sowohl vorhandene als auch fehlende Ressourcen angeführt werden. Der vereinbarte Serviceplan und die festgelegten Versorgungsziele finden sich im Hilfeplan wieder, während dieser Bericht eine Beschreibung des Verlaufs der Interventionen festhält. Wichtig ist auch, dass Abweichungen, Herausforderungen und Besonderheiten festgehalten werden. Abschließend soll aus dem Bericht deutlich hervorgehen, ob eine Empfehlung für eine weitere Vermittlung von Frau M. besteht oder ob eine Weiterführung beziehungsweise Wiederaufnahmen des Case Management-Prozesses sinnvoll und erwünscht ist (vgl. ebd.:170).

Resümierend lässt sich sagen, dass der Fall von Frau M. nicht nur die Wichtigkeit eines individuell ausgerichteten Case Management unterstreicht, sondern auch deutlich wird, dass nicht in einem kurzen Gespräch mit der Gesundheitshotline 1450 die notwendigen Unterstützungsmöglichkeiten geboten werden können. Es ist notwendig, dass durch zielgerichtete Interventionen und eine langfristige Unterstützung das Ziel einer stabileren und selbstbestimmteren Lebenssituation erreicht wird. Der Fall von Frau M. unterstreicht die Bedeutung eines individuell ausgerichteten Case Managements, welches nicht nur auf

messbare Indikatoren abzielt, sondern auch die die persönliche Weiterentwicklung von Frau M..

7.9.2 Case Management im Kontext von Suchtberatung und Verweisungen

Wagneder Theresia

In Niederösterreich spielt das Case Management eine zentrale Rolle in der Suchtberatung und der Weitervermittlung von zielgerichteten Hilfsangeboten. Durch ein durchdachtes Case Management wird versucht sicherzustellen, dass Betroffene nicht nur eine Erstberatung erhalten, sondern auch langfristig begleitet werden können und passende Anlaufstellen zur Verfügung stehen. Eine detaillierte Auflistung aller Suchtberatungsstellen der Caritas Niederösterreich bietet einen Überblick über Ambulanzen, stationären Therapieeinrichtungen und sozialen Unterstützungsdienssten. Es gibt in Niederösterreich spezialisierte Suchtberatungsstellen, welche eng mit Gesundheits- und Sozialdiensten zusammenarbeiten. Das Angebot umfasst Hilfe bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum. Auch für Glücksspiel-, Internet- und Gamingverhalten gibt es unterstützende Angebote. Außerdem bestehen spezifische Netzwerke und Programme, welche versuchen nahtlose Verweisungen sicherzustellen, auch um Rückfälle zu vermeiden (vgl. Caritas St. Pölten 2025).

7.10 Zwischenfazit CM

Hernecky Dario

Wie nun an diesen drei Beispielen anschaulich demonstriert wurde, könnte die Implementierung eines Case Managements bei der Gesundheitshotline 1450 einen sehr großen Mehrwert mit sich bringen. Optimalerweise kann 1450 dabei schon auf ein vorhandenes Netzwerk zurückgreifen, was dem Case Management sehr zugute kommt. Personen mit Multiproblemlagen bekommen eine gezielte und persönlich angepasste Unterstützung. Die längerfristige Unterstützung der betroffenen Person kann dadurch gewährleistet werden. Die Vernetzung mit anderen involvierten Organisationen fördert die Zusammenarbeit und begünstigt eine bestmögliche Koordination der Unterstützungsangebote. Dabei wird die Selbstbestimmung der Klient:innen gewahrt und sie sollen partizipativ am Fall mitwirken. Die Gesundheitsberatung 1450 kann mit der Einführung eines Case Managements die Anzahl von Frequent Caller reduzieren und trägt somit zu einer Entlastung des Gesundheitssystems und auch der Mitarbeiter:innen bei. Des Weiteren werden vorhandene Ressourcen effizient genutzt und dadurch werden Kosten eingespart.

Zu Bedenken ist aber, dass die Implementierung eines Case Managements bei 1450 mit großem Aufwand verbunden ist, da es in die vorhandenen Strukturen integriert werden

muss. Der Nutzen eines Case Managements wird sich nicht sofort einstellen aber langfristig gesehen, könnte sich der Mehrwert bemerkbar machen.

8 Fazit

Hernezky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Die vorliegende Arbeit hat die Bedeutung der psychosozialen Unterstützung in der telefonischen Gesundheitsberatung untersucht und besondere Herausforderungen in den Bereichen erhöhter Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht herausgearbeitet. Die erste Forschungsfrage, welche sich damit beschäftigte, mit welchen Themen sich die ECNs am häufigsten konfrontiert sehen, kam zum Ergebnis, dass es genau diese drei Themen sind. Anhand theoretischer Grundlagen und empirischer Daten aus der Fokusgruppendiskussion wurde verdeutlicht, dass die telefonische Beratung einen essenziellen Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellt – insbesondere für vulnerable Gruppen, welche sich in psychisch belastenden Situationen befinden.

Die Analysen zeigten, dass spezifische Gesprächstechniken wie Motivierende, ressourcen- und lösungsorientierte Gesprächsführung eine bedeutende Rolle spielen, um Anrufer:innen bestmöglich unterstützen zu können. Dabei wurde der Nutzen von strukturierten Leitfäden für die ECNs bei der telefonischen Gesundheitsberatung hervorgehoben. Somit wurde durch diese Leitfäden schlussendlich die zweite Forschungsfrage, wie ein Leitfaden für die drei am häufigsten gewählten Themen in der ECN-Umfrage für die Praxis gestaltet werden kann, beantwortet.

Auch das Case Management konnte als effektives Instrument identifiziert werden, um komplexe psychosoziale Anliegen nachhaltig zu begleiten. Case Management stellt einen integrativen Ansatz zu Koordination und Weitervermittlung von Hilfsangeboten, welcher auch für die in der Arbeit vorliegenden Themen eine gute Möglichkeit stellt. Es fördert eine systematische Fallbetreuung und trägt dazu bei, dass psychosoziale Anliegen nicht nur erkannt, sondern auch nachhaltig bearbeitet werden.

Zusammenfassend zeigt die Arbeit, dass die telefonische Gesundheitsberatung weit mehr ist als eine reine Informationsvermittlung. Sie erfüllt eine essenzielle Funktion in der medizinischen Versorgung und auch psychosoziale Anliegen häufen sich. Damit bietet die telefonische Gesundheitsberatung für viele Menschen eine erste, oft entscheidende Unterstützung. Trotz vieler positiver Erkenntnisse und der herausgearbeiteten Möglichkeiten für die telefonische Gesundheitsberatung gibt es auch Herausforderungen und Limitationen, die nicht unbeachtet bleiben dürfen. Im folgenden Kapitel wird kritisch Stellung genommen, offene Fragen sowie mögliche Verbesserungspotenziale werden näher beleuchtet, um ein umfassendes Bild der Thematik zu zeichnen. Anschließend zeigt der Ausblick auf, welche zukünftigen Entwicklungen und Erweiterungsmöglichkeiten sich für die telefonische Gesundheitsberatung ergeben könnten.

8.1 Kritikteil

Herneczky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Neben dem Mehrwert, welchen diese Arbeit für die Praxis darstellen kann ist auch eine kritische Reflexion notwendig. Hier ist wichtig zu erwähnen, dass keine einwandfreie Berechnung der Rücklaufquote aus der ECN-Umfrage aufgrund fehlender Daten vorgenommen werden konnte. Zudem wäre ein wesentlicher Punkt, um die Aussagekraft dieser Arbeit und damit die Validität zu erhöhen, die Durchführung mehrerer Fokusgruppendiskussionen beziehungsweise eine höhere Teilnehmer:innenzahl. Hierzu muss nochmals festgehalten werden, dass sieben Sozialarbeiter:innen zu der Fokusgruppendiskussion eingeladen waren, wobei nur drei zu dem Termin erschienen sind. Außerdem ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring aussagekräftiger, wenn mehr Datenmaterial vorhanden ist.

Ziel dieser Arbeit ist es nicht, den ECNs die Aufgaben von Sozialarbeiter:innen aufzuerlegen, sondern der entwickelte Leitfaden soll ihnen als Unterstützung dienen, um Handlungssicherheit im Umgang mit psychosozialen Anliegen zu gewinnen. Nachhaltig wäre es wünschenswert, wenn auch Fachkräfte mit psychosozialer Grundausbildung die telefonische Beratung zu klar psychosozialen Themen übernehmen könnten, um den Anrufer:innen die bestmögliche Unterstützung zu bieten. Bis eine solche Umstrukturierung bei den Gesundheitsberatungsstellen 1450 bewirkt werden kann, dienen die Leitfäden allerdings als Unterstützung für die vor Ort tätigen ECNs. Zudem wäre die Implementierung von Care- und Case Management vorteilhaft für Klient:innen mit bestehenden Multiproblemlagen, an welches die ECNs verweisen könnten.

An dieser Stelle sollte nicht unerwähnt bleiben, dass ein vollstrukturiertes Protokoll für die Bearbeitung psychosozialer Anliegen nicht in unserem Interesse ist, da dies zu standardisiert ist und Flexibilität entsprechend der auftauchenden Thematiken notwendig ist, um die bestmögliche Verweisung und Unterstützung bieten zu können. Dies untermauert wiederum die Notwendigkeit von Professionist:innen mit psychosozialem Grundberuf, wie Sozialarbeiter:innen, um adäquat auf solche Themen reagieren zu können. Als letzten Punkt gehört in Bezug auf die vorliegende Arbeit kritisch betrachtet, dass auf Basis der Online-Umfrage nur die drei am häufigsten ausgewählten psychosozialen Anliegen der ECNs ausgewählt wurden und entsprechend nicht alle relevanten Anliegen aufgegriffen werden konnten.

8.2 Ausblick

Herneczky Dario, Mestnik Viktoria, Wagneder Theresa

Anknüpfend an den letzten Kritikpunkt wird deutlich, dass eine Untersuchung weiterer psychosozialer Themen wichtig wäre, um zusätzliche Leitfäden für die Praxis generieren und den ECNs damit mehr Sicherheit im Umgang mit psychosozialen Anliegen geben zu

können. Die ECN-Umfrage hat gezeigt, dass sie sich im Umgang mit Anrufer:innen mit psychosozialen Anliegen, nicht gut genug vorbereitet fühlen. Hier gilt es die Mitarbeiter:innen besser auf die verschiedenen Themen vorzubereiten und ihnen ein fundiertes Wissen und praktische Fähigkeiten zukommen zu lassen. Neben der Erstellung weitere Leitfäden und der Weiterbildung der ECNs wird auch weiterführende Forschung benötigt, um die bereits vorhandenen psychosozialen Protokolle zu verbessern. Zu einzelnen Themen gibt es zwar bereits Protokolle, aber auch hier würde eine Optimierung hinsichtlich der aktuellen und örtlichen Soziallandschaft einen Mehrwert für die Praxis haben. Zudem wäre es in Bezug auf Protokolle zu psychosozialen Themen wünschenswert, einen gewissen Spielraum und Flexibilität zu ermöglichen, um entsprechend auf die Anliegen der Anrufer:innen eingehen zu können.

Des Weiteren könnte untersucht werden, wie die Einführung eines Case Managements bei der Gesundheitsberatung realisierbar und effizient wäre. Maßgeblich wäre es zudem, passende Prozesse und Schnittstellen zu erarbeiten und auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern. Dies könnte nicht nur eine Verbesserung für Anrufer:innen mit sich bringen, sondern könnte nachhaltig gesehen auch ressourcenschonend im Sozial- und Gesundheitssystem wirken. Eine weitere Forschung hierzu könnte einen großen Mehrwert für die Praxis haben.

Eine Verweisung von Personen mit psychosozialen Anliegen an die Sozialarbeit könnte eine Entlastung mit sich bringen. Es wäre wichtig die vorhandene Ressourcen österreichweit mit einem Fokus auf dem jeweiligen Bundesland zu erfassen und sowohl den Professionist:innen, als auch der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Eine Herausforderung hierbei wäre die laufend notwendige Aktualisierung der Soziallandschaft und die Strukturierung für eine einfache Handhabung.

Literatur

Arkowitz, Hal / Westra, Henny A. / Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. 1. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz.

Atzenberger, Judith / Akartuna, Deniz / Busch, Martin / Klein, Charlotte / Schmutterer, Irene / Schwarz, Tanja / Strizek, Julian (2025): Epidemiologieberichte Sucht – illegale Drogen, Alkohol und Tabak, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Berichte-und-Statistiken/Epidemiologieberichte-Sucht---illegale-Drogen,-Alkohol-und-Tabak.html> [18.02.2025].

Bakic, Josef / Hammer, Elisabeth (2013): Aktuelle Leitbegriffe der sozialen Arbeit. Wien: Löcker.

Boeger, Annette / Lüdmann, Mike (2022): Psychologie für die Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>

Brinkmann, Volker (2010): Case Management: Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler Verlag / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.

Bruns, Wiebke (2013): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen. Wiesbaden: Springer VS.

Bund / Ländern Sozialvericherung Gesundheit / Österreich GmbH (o.A.): EVALUIERUNG GESUNDHEITSBERATUNG.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2025): ICD Code 2025, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leitlinien.html> [18.03.2025].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Pflege-Charta, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/pflege-charta-96110> [19.02.2025].

Bundesministerium für Gesundheit (2025): Leitlinien, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/l/leitlinien.html> [18.03.2025].

Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport (2020): Leitfaden (Tool), [https://www.wissensmanagement.gv.at/Leitfaden_\(Tool\)](https://www.wissensmanagement.gv.at/Leitfaden_(Tool)) [07.02.2025].

Bunrock, Matthias / Peinemann, Katharina (2023): Grundwissen Soziale Arbeit: Grundlagen, Methoden und Arbeitsfelder. 1st Aufl 2023rd edition, Wiesbaden: Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Butz, Stefanie / Hügel Georg, Max / Kahrass, Hannes / Kloppe, Thomas / Lühmann, Dagmar / Mertz, Marcel / Muche-Borowski, Cathleen / Neumann, Anja / Neusser, Silke / Otto, Ilvie / Ruppel, Thomas / Scherer, Martin (2022): Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken?

https://www.iqwig.de/download/ht20-03_massnahmen-gegen-soziale-isolation-und-einsamkeit-im-alter_vorlaeufiger-hta-bericht_v1-0.pdf

Canva, - Die visuell Seite für Alle (2025): Mind Map Brainstorming, <https://www.canva.com/design/DAGksw7zecw/nijbqBwrivBy9yyj5hl8PQ/edit?ui=eyJBlip7fX0> [15.04.2025].

Caritas der Erzdiözese Wien (o.A.): Plaudernetz - Gutes Gespräch, gutes Gefühl: 05 1776 100, <https://plaudernetz.at/> [07.04.2025].

Caritas St. Pölten (2025): Suchtberatung, <https://www.caritas-stpoelten.at/hilfe-angebote/menschen-mit-psychischen-erkrankungen/beratungsangebote/suchtberatung> [04.03.2025].

Craske, Michelle G. / Barlow, David H. (2016): Meistern Sie Angst und Sorgen! Generalisierte Angststörung bewältigen - ein Patientenmanual. 1. Auflage, Bern: Hogrefe.

DeepL SE (2025): DeepL Translator. <https://www.deepl.com/de/translator#de/en-us/%0A%0A>

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtanfragen e.V. (2021): Manual für die Beratung am Telefon. Für Mitarbeitende der Sucht- und Drogennotrufe und der Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe und insbesondere der Sucht & Drogen Hotline. In: Nr. 3. überarbeitete Auflage, 47.

Domschke, K. (2021): Update Angsterkrankungen – aktueller Stand und neue Entwicklungen. In: Der Nervenarzt. Nr. 5, Jg. 92, 415–416.

Döring, Nicola & Bortz, Jürgen (1993): Döring, Nicola & Bortz, Jürgen. (1993). Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. Diagnostica. 39. 224-239. In:, 224–239.

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias / Schuster, Frank (2017): Stärkenorientiertes Case Management : Komplexe Fälle in fünf Schritten bearbeiten. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (2013): Case Management in der sozialen Arbeit. Opladen: B. Budrich.

Ernst, Mareike (2024): Einsamkeit – Modelle, Ursachen, Interventionen. 1, Stuttgart, Deutschland: utb GmbH. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838562292>

European Commission. Joint Research Centre. (2021): Loneliness in the EU: insights from surveys and online media data. LU: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2760/28343>

Fachgruppe CM in der Arbeitsmarktintegration – AG Süd-West (2018): WORKBOOK - work in progress -Zielarbeit im Case Management. Ein theoretischer und praktischer Wegweiser für die Zielarbeit im Case Management (nicht nur der Beschäftigungsförderung). Mannheim, Stuttgart: DGCC. <https://www.dgcc.de/service/literatur/>

Ferguson, Iain / Baumann, Thomas / Rothman, Juliana (2024): Angststörungen: Diagnose, Ursachen, Therapie, neue Erkenntnisse.o.A.: BoD – Books on Demand.

Fivaz, Mark Conrad / McQueen, Jennie / Barron, Tracey / Clawson, Jeff / Scott, Greg / Gardett, Isabel / Patterson, Brett / Zavadsky, Mat / Richmond, Neal / Olola, Chris (2015): The Distribution of Recommended Care Levels by Age, Gender, and Trauma vs Medical Classification within the Emergency Communication Nurse System. In: AEDR Journal. Nr. 1, Jg. 3, 14–20.

Friehs, Barbara / Gabriele, Martin (2021): Die lösungsorientierte Sprache und Gesprächsführung in der Beratung. In: Friehs, Barbara / Gabriele, Martin: Methoden und Techniken in der systemisch-lösungsorientierten Beratung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 21–26. https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-34614-0_4

FSW - Fond Soziales Wien (2020): Informationsmaterial „1450 – Die telefonische Gesundheitsberatung“, <https://www.fsw.at/p/1450-broschueren> [07.04.2025].

Geerlings, Angelika D. / Daalen, Jules M. Janssen / Ypinga, Jan H. L. / Bloem, Bastiaan R. / Meinders, Marjan J. / Munneke, Marten / Darweesh, Sirwan K. L. (2023): Case management interventions in chronic disease reduce anxiety and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. In: PLOS ONE. Nr. 4, Jg. 18, e0282590.

Gesundheitsportal (2024): Einsamkeit überwinden, <https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/soziale-netzwerke/soziale-beziehungen/einsamkeit-ursachen-bewaeltigung.html> [25.11.2024].

Gierveld, Jenny De Jong / Tilburg, Theo Van (2006): A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. In: Research on Aging. Nr. 5, Jg. 28, 582–598.

Gissel-Palkovich, Ingrid (2010): Case Management. In: Brinkmann, Volker (Hg.): Case Management: Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler, 121–148. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8589-7_6

Goger, Karin / Tordy, Christian / Meusburger, Manuela Luisa / Böhm, Reinhard (2022): Gelingendes Case Management in der Sozialen Arbeit. In komplexen Fällen navigieren: Praxiserfahrungen und Forschungsberichte. 1. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Goger, Karin / Tordy, Christian (2020): Standards für Social Work Case Management Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft „Case Management“ der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (ogsa). https://www.ogsa.at/wp-content/uploads/2020/05/OGSA-Positionspapier-Case-Management_L2.pdf

Goger, Karin / Tordy, Christian (2019): Standards für Social Work Case Management.

Häder, Michael (2019): Empirische Sozialforschung: Eine Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-26986-9>

Hawley, Louise C. / Cacioppo, John T. (2010): Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. In: Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. Nr. 2, Jg. 40, 10.1007/s12160-010-9210-8.

Inhester, Otto (2022): Case Management: Ein Lern- und Lehrbuch Zur Fallsteuerung in der Pflege und Gesundheitsversorgung. Individuell und Sektoren-übergreifend Versorgen. 1, Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG Verlag und Druckerei.

International Academies of Emergency Dispatch (o.A.): Emergency Communication Nurse System (ECNS). https://cdn.emergencydispatch.org/iaed/pdf/resource-library/NAE_ECNS_4Pager2016_web.pdf

Killersreiter, Birgitt (2023): Beratung und Begleitung in der Sozialen Arbeit. In: Grundwissen Soziale Arbeit. Germany: Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 247–266.

Kinderschutz Oberösterreich (2022): Sicherheitsorientierte und lösungsfokussierte Praxis in der Kinder- und Jugendhilfe OÖ. Praxishandbuch.

Klevebrant, Lisa / Frick, Andreas (2022): Effects of caffeine on anxiety and panic attacks in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. In: General Hospital Psychiatry., Jg. 74, 22–31.

Kollak, Ingrid / Schmidt, Stefan (2023): Fallübungen Care und Case Management. 3. Auflage, Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67053-8>

Kossak, Hans-Christian (2020): Kognitiv-behaviorale Psychotherapie von Ängsten: Kurztherapie mit Hypnose - die Praxisanleitung. Berlin, Heidelberg: Springer. <https://link.springer.com/10.1007/978-3-662-62323-7>

Krafft, Andreas (2022): Unsere Hoffnungen, unsere Zukunft. Erkenntnisse aus dem Hoffnungsbarometer. Berlin: Springer. <https://link-1springer-1com-1k4kevkrz04b3.han.landesbibliothek.at/book/10.1007/978-3-662-64289-4>

Krueger, Richard A. (2014): Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research.o.A.: SAGE Publications.

Kuntz, Helmut (2011): Drogen & Sucht: alles, was Sie wissen müssen. 2., aktual. und erw. Aufl., Weinheim u.a.: Beltz.

Lippert, Almut (2024): Psychotherapie und Beratung: Tanz mit dem Widerstand. Mit Motivational Interviewing Gesprächsblockaden auflösen. Berlin: Springer. <https://link-1springer-1com-1yl4b4yzz10d5.han.landesbibliothek.at/book/10.1007/978-3-662-70422-6>

Löcherbach, Peter / Klug, Wolfgang / Remmel-Faßbender, Ruth / Wendt, Wolf-Rainer (2018): Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Lucid Software Inc. (2025): lucid. https://lucid.app/documents#/home?folder_id=recent

Mäder, Roger / Mezzera, Tanya / Krebs, Marcel (2021): Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46828>

Matten, Sven J. / Pausch, Markus J. (2024): Depression, Trauma, Ängste: In Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden: Springer.

Matzat, J. / Zottl, C. (2022): Patientenleitlinie. Behandlung von Angststörungen.

Mayr, Barbara (2023): Kernprozess Leitstelle Tirol. 1450 - Notruf - Alarmierung/Disposition.

Mayr, Barbara (2023): Die Rufnummer 1450: Eine Anlaufstelle zur Gesundheitsberatung. In: RETTUNGSDIENST., Jg. 12, 54–60.

Mayring, Philipp / Fenzl, Thomas (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, Nina / Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 633–648. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., Weinheim: Beltz Verlagsgruppe. <https://content-select-com.ezproxy.fhstp.ac.at:2443/de/portal/media/view/552557d1-12fc-4367-a17f-4cc3b0dd2d03>

Mayring, Philipp (1994): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Boehm, Andreas / Mengel, Andreas / Muhr, Thomas (Hg.): Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Konstanz: UVK - Univ.Verl. Konstanz, 159–175. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168_ssoar-14565

Merck & Co, Inc. (2025): Generalisierte Angststörung - Psychiatrische Erkrankungen, <https://www.msdmanuals.com/de/profi/psychiatrische-erkrankungen/anst-und-stressbezogene-erkrankungen/generalisierte-angststörung> [06.04.2025].

Middendorf, Jörg (2019): Lösungsorientiertes Coaching: Kurzzeit-Coaching für die Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-25797-2>

Miller, William R. / Rollnick, Stephen (2023): Motivational interviewing: helping people change and grow. Fourth edition, New York London, [Ann Arbor]: The Guilford Press, ProQuest Ebook Central.

Monzer, Michael (2013): Case Management - Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei-Verl.

Morgan, David L. (1996): Focus Groups as Qualitative Research.o.A.: SAGE Publications.

Nationale Anlaufstelle & Kompetenznetzwerk gegen Einsamkeit (o.A.): Nationale Anlaufstelle & Kompetenznetzwerk gegen Einsamkeit, <https://plattform-gegen-einsamkeit.at/> [06.02.2025].

Neuffer, Manfred (2013): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5., überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Neuffer, Manfred (2007): Beziehungsarbeit im Case Management.

Nevriye, A. Yesil (2021): Drogen haben kurze Beine. <https://link-1springer-1com-1yl4b4yup02e8.han.landesbibliothek.at/book/10.1007/978-3-662-62490-6>

Noack, Michael / Napolis, Juliane Noack (2023): Handbuch Soziale Arbeit und Einsamkeit. 1. Auflage, Weinheim: Juventa Verlag.

Noack, Michael (2022): Soziale Arbeit und Einsamkeitsregulation. 1. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Juventa.

o.A. (2021): Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-658-31994-6>

ÖGCC (2021): Fachtagung 2021. <https://www.oegcc.at/archivundgalerien/archiv-fachtagungen/fachtagung2021/>

Österreichische Sozialversicherung (2022): Österreichische Sozialversicherung, <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843947&portal=svportal> [02.07.2024].

OTS.at (2022): 35 Jahre Rat auf Draht: Über drei Millionen Beratungen, https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20221003OTS0043/35-jahre-rat-auf-draht-ueber-drei-millionen-beratungen [12.03.2025].

Perlman, Daniel / Peplau, Letitia Anne (1981): Toward a Social Psychology of Loneliness. In: Personal Relationships in Disorder., 31–56.

Rädiker, Stefan / Kuckartz, Udo (2019): Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video. Wiesbaden: Springer VS. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-22095-2>

Rosen, Aaron / Proctor, Enola K. (2003): Developing Practice Guidelines or Social Work Intervention. Issues, Methods, and Research Agents. New York Chichester, West Sussex: Columbia University Press. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.7312/rose12310-001/html>

Roy-Byrne, Peter / Veitengruber, Jason P. / Bystritsky, Alexander / Edlund, Mark J. / Sullivan, Greer / Craske, Michelle G. / Welch, Stacy Shaw / Rose, Raphael / Stein, Murray B. (2009): Brief Intervention for Anxiety in Primary Care Patients. In: The Journal of the American Board of Family Medicine. Nr. 2, Jg. 22, 175–186.

Scherr, Albert (2023): Soziologische Perspektiven. Soziologie der Einsamkeit. In: Noack, Michael / Juliane Noack Napoles (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Einsamkeit. Weinheim: Juventa Verlag, 41–53.

Schreier, Margit / Echterhoff, Gerald / Bauer, Jana F. / Weidmann, Nicole / Hussy, Walter (2023): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. 3. Aufl., Berlin. <https://link-1springer-1com-1yl4b4yup02e8.han.landesbibliothek.at/book/10.1007/978-3-662-66673-9>

Schubert, Herbert (2008): Netzwerkkooperation - Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Beispiele. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 272.

Schulz, Marlen / Mack, Birgit / Renn, Ortwin (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung.o.A.: Springer-Verlag.

Severine, Thomas (2022): Einsamkeitserfahrungen junger Menschen – nicht nur in Zeiten der Pandemie. In: Soziale Passagen. Nr. 1, Jg. 14, 97–112.

SORA (2023): Einsamkeit in Österreich, https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/Studien/Foresight_ExecSum_Kurzbefragung_Einsamkeit_2023.pdf [27.11.2024].

Sötemann, Christian H. (2019): Telefonische Beratung in Krisensituationen. Hintergründe und Interventionen für Psychologen, Berater und Ehrenamtliche. Wiesbaden: Springer.

Statistik Austria (2025): Zahl der Alleinlebenden auf 1,6 Millionen gestiegen.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Probleme – Themen einer systemtheoretisch begründeten Handlungswissenschaft. In: Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 369–386.

Thielsch, Meinald T. / Weltzin, Simone (2009): Online-Befragungen in der Praxis. In: Praxis der Wirtschaftspsychologie: Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung. Münster: MV Verlag, 69–85.
http://www.thielsch.org/download/wirtschaftspsychologie/Praxis_der_Wirtschaftspsychologie.pdf#page=69

Tsai, Chan-hen / Christian, Mesakh / Lai, Feipei (2023): Enhancing panic disorder treatment with mobile-aided case management: an exploratory study based on a 3-year cohort analysis. In: Frontiers in Psychiatry., Jg. 14, 1203194.

Vogt, I. / Schmid, M. / Schu, M. / Simmedinger, R. / Schlanstedt, G. (2007): Motivierendes Case Management (MOCA) in der deutschen Studie zur heroin-gestützten Behandlung von Opiatabhängigen. In: Suchttherapie. Nr. 1, Jg. 8, 19–25.

Voos, Dunja (2016): Angststörung. Motivierende Gesprächsführung als Teil der CBT verbessert Behandlungsergebnisse. In: Psychotherapie im Dialog. Nr. 4, Jg. 17, 8–8.

Wälte, Dieter / Borg-Laufs, Michael (2021): Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Wälte, Dieter / Borg-Laufs, Michael (2018): Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 00024, 1. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
<https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=92be9ca7-5112-328a-b9b8-cd5da3df148a>

Weigl, Tobias / Mikutta, Johannes (2019): Motivierende Gesprächsführung. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer. <https://link-springer-1com-1yl4b4yzz1115.han.landesbibliothek.at/book/10.1007/978-3-658-24481-1>

Weik, Irina (2016): 1450 Die neue Gesundheitsnummer für Österreich. In: Nr. 3, 18.

WHO / BfArM (2024): ICD-10-GM Version 2025; Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html [28.02.2025].

WHO (2022): Mental disorders, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> [26.11.2024].

Widulle, Wolfgang (2020): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. Band 9, 3., vollständig überarbeitete Auflage, Wiesbaden: Springer VS.
<https://dokumen.pub/qdownload/gesprchsfhrung-in-der-sozialen-arbeit-grundlagen-und-gestaltungshilfen-3-aufl-9783658292034-9783658292041.html>

Abkürzungen

E

ECN	Emergency Communication Nurse
ECNs	Emergency Communication Nurses
ECNS	Emergency Communication Nurse System
EMD	Emergency Medical Dispatcher
EU	Europäische Union

I

IAED	International Academies of Emergency Dispatch
------	---

P

PSD	Psychosozialer Dienst
PSI	Priority Solutions Inc.

R

RCLs	Recommended Care Levels
------	-------------------------

U

usw.	und so weiter
------	---------------

V

VZÄ	Vollzeitäquivalent
-----	--------------------

Abbildungen

Abbildung 1: Loneliness in the EU	19
Abbildung 2 Aussagen zur Einsamkeitsskala.....	20
Abbildung 3: Prozessdarstellung am Beispiel der Leitstelle Tirol.....	27
Abbildung 4: Wenn's weh tut! 1450	30
Abbildung 5: Fokusgruppe	41
Abbildung 6: Auflistung aller Kategorien.....	46
Abbildung 7: Kategoriendarstellung „erhöhte Ängstlichkeit“	49
Abbildung 8: Kategorien Einsamkeit (erstellt durch ChatGPT)	53
Abbildung 9: Kategorien Sucht.....	55
Abbildung 10: Handhabung Leitfäden	66
Abbildung 11 Aufgabenfelder der Kooperationspartner:innen	85
Abbildung 12: Case Management bei 1450 (eigene Darstellung, Abbildung erhalten von Barbara Mayr	86
Abbildung 13: Kriterien zur Auswahl von Case Managementfällen (Monzer 2013:82).....	87
Abbildung 14: Genogramm Herr H.....	100
Abbildung 15: Netzwerkkarte Einsamkeit. Diese wurde erstellt mit easyNWK.....	109
Abbildung 16: Mindmap Frau M.	121

Anhangsverzeichnis

Leitfaden erhöhte Ängstlichkeit.....	144
Mini-Version Leitfaden – erhöhte Ängstlichkeit	148
Leitfaden Einsamkeit.....	149
Mini-Version Leitfaden – Einsamkeit.....	152
Leitfaden Sucht.....	153
Mini-Version Leitfaden – Sucht.....	156
E-Mail-Anfrage an die Leiter:innen der Gesundheitsberatung 1450	157
E-Mail: ECN-Umfrage.....	158
Ergebnisse der ECN-Umfrage.....	159
Ausschnitte aus der Fokusgruppendiskussion mit Analyseschritten	160
Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion zum Thema „erhöhte Ängstlichkeit“	162
Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion zum Thema „Einsamkeit“	163
Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion zum Thema „Umgang mit Suchterkrankung“	164

Leitfaden erhöhte Ängstlichkeit

Gesprächseinstieg	<p>Anrufannahme Wer den Anruf zu Beginn entgegennimmt und die Anrufer:innendaten erfasst, variiert je nach Bundesland.</p> <p>Es erfolgt die Erhebung der Problembeschreibung und der Ausschluss eines biomedizinischen Notfalls.</p> <p>Feststellung einer psychosozialen Thematik aus den Bereichen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht und Wechsel zu einem der passenden Leitfäden. (Statt der normalerweise typischen Vorgehensweise einer Protokollauswahl)</p> <p>Heranziehen des passenden Leitfadens.</p>
Hauptteil – erhöhte Ängstlichkeit	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	Identifikation der Angstgefühle
	Feststellung der Intensität des Gefühls. Bei Bedarf beispielsweise mittels Skalierungsfragen.
	<u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u>
	„Auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 1 ein geringes Angstgefühl und 10 starke Angst ist, wo würden Sie Ihre Ängste aktuell einordnen?“
Hinweis bei akuten Angstsymptomen (nur bei Bedarf)	Bei einer akuten Panikattacke oder intensiven Angstsymptomen, die sich beispielsweise durch Atemnot, Hyperventilation, besondere Schwere in der Brust oder ähnliche Anzeichen bemerkbar machen können, empfiehlt es sich mit der Zwerchfellatmung zu starten, um die Klient:innen erstmals darin zu unterstützen, sich zu beruhigen, um sie dementsprechend auch aufnahmefähig für das Gespräch zu machen.
Absicherung der festgestellten	Fassen Sie die bisherigen Informationen zusammen.

Problemlage und Informationen	<p>Fragen Sie nach, ob Sie die Thematik richtig verstanden haben.</p> <p>An dieser Stelle sind geschlossene Fragen erlaubt, wobei Sie die Antwort abwarten sollten, um Missverständnisse zu vermeiden und damit sich der:die Anrufer:in gehört fühlt.</p> <p>Klären Sie noch offene Fragen, wie beispielsweise wie lange der:die Klient:in schon mit Ängsten kämpft oder ob diese erstmals aufgetreten sind.</p>
Umgang mit Ängsten	<p><u>Bewältigungsstrategien und Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen Sie persönliche, bewährte Bewältigungsstrategien der Anrufer:innen, falls er:sie bereits früher vermehrt Ängste verspürt hat und gehen Sie darauf ein. <u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Wie haben Sie es geschafft, Ihre letzte Panikattacke zu überwinden?“</i> • Geben Sie Empfehlungen, wie die Zwerchfellatmung und leiten Sie diese kurz an, wenn der:die Klient:in zustimmt und bereit dafür ist. <u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Um Ihr Angstgefühl zu lindern, kann es helfen ruhig zu atmen. Ich möchte Sie einladen, dafür kurz den Lausprecher Ihres Handys einzuschalten und das Handy vor sich hinzulegen. Legen Sie nun eine Hand auf Ihren Bauch und die andere auf Ihren Brustkorb. Versuchen Sie langsam, mit mir gemeinsam, tief einzuatmen und auszuatmen. Dabei soll sich nur die Hand am Bauch bewegen und die am Brustkorb sollte ruhig bleiben. Um sicherzugehen, dass Sie langsam atmen, können Sie sich vorstellen, eine Pusteblume vor sich zu haben, deren Samen nicht davonfliegen sollen. Lassen Sie uns das gemeinsam versuchen.“</i> (Leiten Sie nun die Zwerchfellatmung so lange an, bis der:die Klient:in etwas Ruhe gewinnen kann, beziehungsweise üben Sie diese kurz mit dem:der Anrufer:in, damit er:sie bei künftig auftretenden Angstgefühlen darauf zurückgreifen kann.) • Eine weitere Empfehlung kann die progressive Muskelentspannung sein, wobei sich hierzu gute Anleitungsvideos online finden lassen. Zudem können die negativen Auswirkungen von Koffein-, Nikotin- und

Alkoholkonsum auf Ängste besprochen werden, um ein Bewusstsein zu schaffen. Darüber hinaus kann sportliche Betätigung, insbesondere Ausdauersport bei Ängsten empfohlen werden.

Tertiäres Netzwerk:

- Erfragen Sie, ob der:die Anrufer:in bereits professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hat. (z. B. Arztbesuche, Therapieangebote, PSD, Plaudernetz, Nachbarschaftshilfen, Zeitpolster, Community Nurses usw.). Verweisen Sie gegebenenfalls an eine passende Stelle.
- Recherchieren Sie professionelle Netzwerke in der Umgebung. Sie können dies transparent kommunizieren.

Beispielhafte Formulierungshilfe:

„Einen Moment bitte, ich suche nebenbei Angebote, welche es in Ihrer Wohnortnähe gibt.“

- Geben Sie bedarfsorientierte Empfehlungen ab. In Zusammenhang mit Ängsten eignen sich Verhaltenstherapien besonders gut. Sollte der:die Anrufer:in offen sein für therapeutische Unterstützung, so eignet es sich Verhaltenstherapeut:innen in Wohnortnähe zu suchen.
- Empfehlung für Niederösterreich: Es empfiehlt sich die Vermittlung an das AKUTteam, welches die psychosoziale Arbeit auf professioneller Basis intensivieren kann. Hier kann auch die Finanzierungsmöglichkeit einer (Verhaltens)-Therapie umfassender besprochen werden.

Primäres und sekundäres Netzwerk:

- Fragen Sie den:die Klient:in nach Ihrem persönlichen Netzwerk, bestehend beispielsweise aus: Familienmitgliedern, Verwandten, Freund:innen und Nachbar:innen.

Beispielhafte Formulierungshilfe:

„Gibt es in Ihrem Umfeld Freund:innen, Familie oder Nachbar:innen, mit denen Sie über Ihre Ängste sprechen können?“

„Gibt es jemanden in ihrem Umfeld, den Sie anrufen können und der:die zu Ihnen kommen könnte?“

	<ul style="list-style-type: none"> • Fragen Sie den:die Klient:in nach dem sekundären Netzwerk, wie Vereinen, Selbsthilfegruppen, Arbeitsstätten, Freizeitangebote usw. und geben sie entsprechende Empfehlungen bei Interesse.
Abschlussphase	<p>Fragen Sie nach, ob der:die Anrufer:in alles richtig verstanden hat.</p> <p>Wiederholen Sie an dieser Stelle Vereinbarungen und Einrichtungen, an die Sie den:die Anrufer:in verwiesen habe.</p>
Individuelle Verabschiedung	<p>Betonen Sie Positives und sprechen Sie den:die Anrufer:in bei der Verabschiedung persönlich an.</p>

Mini-Version Leitfaden – erhöhte Ängstlichkeit

Mini-Version Leitfaden – erhöhte Ängstlichkeit
1. „Können Sie mir beschreiben, wie sich Ihre Angst äußert?“ „Hatten Sie schonmal ein ähnliches Gefühl oder erleben Sie dieses erstmalig?“
2. „Wie haben Sie es bisher geschafft mit Ihren Ängsten umzugehen?“
3. „Darf ich Ihnen einige Empfehlungen zur Minimierung von Ängsten mitgeben?“ (Atemtechnik, Sport, progressive Muskelentspannung, Vermeidung koffeinhaltiger Lebensmittel, Vermeidung von Alkohol und Nikotin)
4. „Haben Sie in Ihrem persönlichen Umfeld Menschen, mit denen Sie über Ihre Ängste sprechen können und die Sie verstehen?“
5. „Bei Ängsten empfiehlt es sich auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich würde Ihnen gerne Informationen dazu geben. Ist das für Sie in Ordnung?“
Achten Sie bei Unterstützungsangeboten darauf, dass sie bedarfsorientiert und gut erreichbar sind, also in Wohnortnähe sind: Allgemeinmediziner:innen, Psychiater:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen (vorteilhaft könnten Therapieangebote mit verhaltenstherapeutischer Spezialisierung sein), Nachbarschaftshilfen, PSD und so weiter

Leitfaden Einsamkeit

Gesprächseinstieg	<p>Anrufannahme Wer den Anruf zu Beginn entgegennimmt und die Anrufer:innendaten erfasst, variiert je nach Bundesland.</p> <p>Es erfolgt die Erhebung der Problembeschreibung und der Ausschluss eines biomedizinischen Notfalls.</p> <p>Feststellung einer psychosozialen Thematik aus den Bereichen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht und Wechsel zu einem der passenden Leitfäden. (Statt der normalerweise typischen Vorgehensweise einer Protokollauswahl)</p> <p>Heranziehen des passenden Leitfadens.</p>
Hauptteil – Einsamkeit	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	<p><u>Ursachen und Auslöser der Einsamkeit</u></p> <p>Bauen Sie eine Beziehung zu dem/der Anrufer:in auf, um zu erfahren warum er/sie sich einsam fühlen</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Gerne würde ich nun etwas über Sie erfahren. Wer sind Sie? Womit verbringen Sie Ihre Zeit? Und vor allem, was machen Sie besonders gerne und was gelingt Ihnen besonders gut?“</i></p> <p><i>„Seit wann besteht die Einsamkeit und was macht sie jetzt so dringend?“</i></p>
Absicherung der festgestellten Problemlage und Informationen:	Informationen bestmöglich zusammenfassen und erfragen, ob alles richtig verstanden wurde.

	<p>Hierfür sind geschlossene Fragen erlaubt. Wichtig ist es die Antwort des/der Anrufer:in abzuwarten. Dadurch sollen Missverständnisse vermieden und eine Wertschätzung für die Anliegen ausgedrückt werden.</p>
Umgang mit Einsamkeit	<p><u>Gesprächsführung bei einsamen Klient:innen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfragen Sie ob und was bisher unternommen wurde gegen die Einsamkeit (Erkennung von Ressourcen) • Das Setzen von Zielen kann hilfreich gegen Einsamkeit sein, zum Beispiel einmal in der Woche in den Park zu gehen • Beispielhafte Optionen zur Milderung von Einsamkeit können sein: Sich bewegen, Gewohnheiten zu etablieren, anderen helfen, in einem Verein anmelden, mit anderen Menschen Hobbys teilen... <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe</u> <i>„Wann war es schon ein wenig besser als sonst?“</i></p> <p><i>„Wie sind Sie früher mit ähnlichen Situationen umgegangen?“</i></p> <p><i>„Was ist eine Veränderung, mit der Sie zufrieden wären?“</i></p> <p><i>„Was ist das Ziel unserer Zusammenarbeit?“</i></p> <p><u>Ressourcen und Netzwerke</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Netzwerk abklären: Erfragen des sozialen Umfeldes (Familie, Freunde, Nachbar:innen, Arbeitskolleg:innen) • Erfragen, ob die Person schon mit jemanden über die Einsamkeit gesprochen hat. <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u> <i>„Mit wem verbringen Sie gerne Zeit?“</i> <i>„Gibt es jemanden mit dem Sie über ihre Einsamkeit gesprochen haben?“</i></p>

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Über Unterstützungsangebote in der Umgebung informiere. |
|--|---|

Beispielhafte Formulierungshilfe:

„Bleiben Sie mir bitte in der Leitung, ich suche jetzt etwas für Sie raus.

Hierfür eignet sich besonders die Website:
<https://plattform-gegen-einsamkeit.at/> oder zum Beispiel Plaudernetz, Zeitpolster, Nachbarschaftshilfen in Niederösterreich auch die Verweisung an das Akutteam und die Community Nurses.

Im Todesfall die Trauerbegleitung.
Bei psychischen Erkrankungen der Club Aktiv.

Mini-Version Leitfaden – Einsamkeit

Mini-Version Leitfaden – Einsamkeit
1. „Gerne würde ich nun etwas über Sie erfahren. Wer sind Sie? Womit verbringen Sie Ihre Zeit? Und vor allem, was machen Sie besonders gerne und was gelingt Ihnen besonders gut?“
2. „Seit wann besteht die Einsamkeit und was macht sie jetzt so dringend?“
3. „Was ist eine Veränderung, mit der Sie zufrieden wären?“
4. „Gibt es jemanden mit dem Sie über ihre Einsamkeit gesprochen haben?“
5. Nachschauen welche Angebote es in der Umgebung gibt, zum Beispiel unter https://plattform-gegen-einsamkeit.at/

Leitfaden Sucht

Gesprächseinstieg	<p>Anrufannahme</p> <p>Wer den Anruf zu Beginn entgegennimmt und die Anrufer:innendaten erfasst, variiert je nach Bundesland.</p> <p>Es erfolgt die Erhebung der Problembeschreibung und der Ausschluss eines biomedizinischen Notfalls.</p> <p>Feststellung einer psychosozialen Thematik aus den Bereichen erhöhte Ängstlichkeit, Einsamkeit oder Sucht und Wechsel zu einem der passenden Leitfäden. (Statt der normalerweise typischen Vorgehensweise einer Protokollauswahl)</p> <p>Heranziehen des passenden Leitfadens.</p>
Hauptteil – Sucht	
Phase	Inhalt
Problemklärungsphase	<p>Identifikation der Suchtthematik</p> <p>Feststellung des Suchtverhaltens, der Intensität und der Dauer des Konsums.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Haben Sie aktuell das Gefühl, dass ihr Konsum ihr Leben bestimmt/beeinträchtigt?“</i></p> <p><i>„Wie häufig und in welcher Menge konsumieren Sie zurzeit?“</i></p>
Absicherung der festgestellten Problemlage und Informationen	<p>Versuchen Sie, die bisherigen Informationen zusammenzufassen. Erfragen Sie, ob die Thematik richtig verstanden wurde. Geschlossene Fragen sind hier erlaubt, um Missverständnisse vorzubeugen.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p>

	<p><i>„Habe ich das richtig verstanden, dass Sie bereits Versuche unternommen haben, um Ihren Konsum zu reduzieren, es Ihnen aber schwerfällt?“</i></p>
Umgang mit Suchtverhalten	<p>Gesprächsführung mit Suchtgefährdeten:</p> <p>Erfragen Sie bisherige Strategien zur Eindämmung oder Kontrolle des Konsums.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierung:</u></p> <p><i>„Haben Sie in der Vergangenheit bereits Versuche unternommen, um Ihren Konsum einzudämmen? Was war Ihnen dabei hilfreich?“</i></p> <p>Geben Sie Empfehlungen zu alternativen Bewältigungsstrategien, wie zum Beispiel Ablenkung durch Aktivitäten, Tagebuchführung über das Konsumverhalten oder das Setzen kleiner Ziele.</p> <p><u>Beispielhafte Formulierung:</u></p> <p><i>„Es könnte hilfreich sein, Ihr Konsumverhalten zu dokumentieren, um Veränderungen und Muster bewusster erfassen zu können.“</i></p> <p>Professionelle Unterstützung:</p> <p>Erfragen Sie, ob und welche professionelle Unterstützung bereits in Anspruch genommen wurde (zum Beispiel Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe, Hotline, spezialisierte Kliniken).</p> <p><u>Beispielhafte Formulierungshilfe:</u></p> <p><i>„Haben Sie in der Vergangenheit bereits professionelle Hilfe in Anspruch genommen?“</i></p> <p><i>„Ich kann Ihnen dabei behilflich sein, Beratungsstellen in Ihrer Umgebung ausfindig zu machen, möchten Sie das?“</i></p>

	<p>Ermutigen Sie die Inanspruchnahme professioneller Hilfe, wenn die Person dafür offen ist.</p> <p>Persönliches Netzwerk:</p> <p>Darunter fallen Familie, Freund:innen, enge Bezugspersonen und Ähnliche, welche als mögliche Unterstützer:innen herangezogen werden können.</p> <p>Beispielhafte Formulierungshilfe:</p> <p><i>„Gibt es in Ihrem persönlichen Umfeld Personen, die Sie unterstützen können / um Hilfe bitten können?“</i></p> <p><i>„Haben Sie schon einmal mit jemanden aus Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis darüber gesprochen?“</i></p> <p>Professionelles Netzwerk:</p> <p>Dazu zählen Vereine, Selbsthilfegruppen, Arbeitsstellen und Freizeitangebote.</p> <p>Beispielhafte Formulierungshilfe:</p> <p><i>„Es gibt Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen mit ähnlichen Situationen austauschen. Wäre dies für eine Möglichkeit?“</i></p>
Abschlussphase	<p>Fragen Sie nach, ob der:die Anrufer:in alles richtig verstanden hat.</p> <p>Wiederholen Sie an dieser Stelle Vereinbarungen und Einrichtungen, an die Sie den:die Anrufer:in verwiesen habe.</p>
Individuelle Verabschiedung	<p>Betonen Sie Positives und sprechen Sie den:die Anrufer:in bei der Verabschiedung persönlich an.</p>

Mini-Version Leitfaden – Sucht

Mini-Version Leitfaden – Sucht
1. „Welche Substanz nehmen Sie – oder welches Verhalten spielt aktuell die größte Rolle für Sie? Seit wann begleitet Sie das?“
2. „Welche Strategien haben Sie bisher genutzt, um mit schwierigen Situationen umzugehen? Darf ich Ihnen ein paar weitere Möglichkeiten zeigen?“
3. „Gibt es Menschen oder Einrichtungen, die Sie aktuell unterstützen? Wenn Sie möchten, kann ich Ihnen auch Anlaufstellen oder Angebote empfehlen.“

E-Mail-Anfrage an die Leiter:innen der Gesundheitsberatung 1450

Sehr geehrte Leiter*innen der Gesundheitsberatung 1450,

als Studierende des Masterlehrgangs Soziale Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten führen wir derzeit ein Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit Notruf NÖ und der Leitstelle Tirol durch. Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme an unserem Forschungsprojekt freuen. Um Ihnen einen groben Überblick über das Forschungsvorhaben zu verschaffen, stellen wir Ihnen kurz die Themen und Ziele der beiden Projekte vor.

Thema 1:

Mittels der im Anhang angeführten ECN-Befragung (Emergency Communication Nurses) soll erhoben werden, welche psychosozialen Anliegen die Nutzer*innen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 äußern. Die am häufigsten genannten Antworten werden anschließend für eine Gruppendiskussion mit Sozialarbeiter*innen verwendet, die herauskristallisieren soll, welche Vorgehensweise je nach psychosozialen Herausforderungen in der Sozialen Arbeit Anwendung findet. Anhand von einigen Beispielen wollen wir einen Gesprächsleitfaden für konkrete psychosoziale Themen erstellen.

Thema 2:

Geplant ist, die jeweiligen Leiter*innen der 1450 Gesundheitsberatung in den 9 Bundesländern zu interviewen, welche Verweisungsmöglichkeiten jeweils bei der LowCode Kategorie "Sonstiges" vorhanden sind. Da es unterschiedliche Vorgehensweisen hierbei zu geben scheint, sollen diese pro Bundesland erhoben werden. Welchen Bedarf sehen die Leiter*innen der Gesundheitsberatung 1450 bezüglich Handlungsoptionen und Verweisungswissen im psychosozialen Bereich?

Selbstverständlich erhalten Sie nach Abschluss des Forschungsprozesses die vollendeten Masterthesen, damit Sie umfassend über die Ergebnisse der Erhebung informiert sind.

Im Sinne unseres gemeinsamen Interesses möchten wir Sie höflichst darum bitten, den Anhang an Ihre ECNs weiterzuleiten. Die anonyme Erhebung dauert ungefähr 2 Minuten und läuft von 09. bis 26. April 2024.

Dieser Link führt Sie zur Umfrage:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSclsTLp1OddtCFT9mFkPZ0aONsSlqQwV16ffU21okoPDCxeKg/viewform?usp=sf_link

Vielen Dank im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen,

Veronika Böhmer, Dario Herneczky, Viktoria Mestnik, Samuel Redelsteiner, Theresa Wagneder

E-Mail: ECN-Umfrage

Sehr geehrte ECNs,

vielen Dank, dass Sie sich für unsere Umfrage Zeit nehmen.

Wir sind Masterstudent:innen der Sozialen Arbeit an der FH St. Pölten und führen im Rahmen unseres Master Forschungsprojekts, in Zusammenarbeit mit Notruf NÖ und der Leitstelle Tirol, führen wir eine Untersuchung durch, um die psychosozialen Anliegen, mit denen Sie in ihrer beruflichen Rolle bei 1450 täglich konfrontiert sind, zu erheben. Besonders interessieren uns jene Fälle, für die keine standardisierten Abfrageschemata vorhanden sind und wo es zu besonderen Herausforderungen rund um das Verweisungswissen und weitere Schritte geht.

Die Umfrage hat es zum Ziel, die Dienstleistungen im Bereich 1450 kontinuierlich zu verbessern, zu vereinfachen und um den Bedürfnissen der AnruferInnen bestmöglich gerecht zu werden.

Bitte nehmen Sie sich einen kurzen Moment Zeit, um unseren Fragebogen auszufüllen. Ihre Rückmeldungen sind besonders wertvoll, da Sie die Expert:innen am Gebiet sind.

Um an der Umfrage teilzunehmen, klicken Sie bitte auf folgenden Link

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScsITLp1OddtCFT9mFkPZ0aONsSlqQwV16ffU21okoPDcxekg/viewform?usp=sf_link

Dauer	der	Umfrage	~	2min
Zeitraum: 09.04.-29.04.2024				

Wir bedanken uns im Vorhinein für Ihre Teilnahme und das Teilen Ihrer Expertise. Sollten bei Ihnen Rückfragen auftreten, können Sie sich gerne bei Viktoria Mestnik unter folgender Mailadresse melden:
mestnik.viktoria@gmail.com

Mit freundlichen Grüßen,

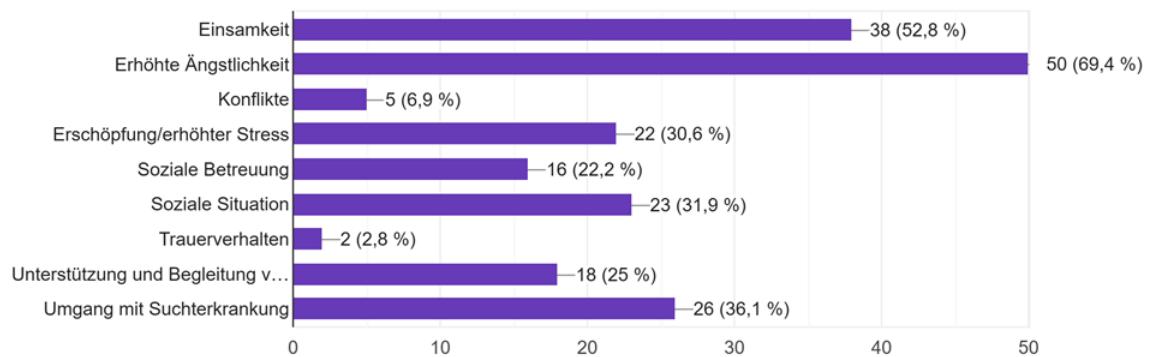
Dario Herneczky, Viktoria Mestnik, Theresa Wagneder

FH St. Pölten / Department Soziales

Ergebnisse der ECN-Umfrage

Mit welchen psychosozialen Anliegen sind Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit bei 1450 konfrontiert?

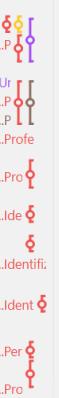
72 Antworten



Erstellt mit Google Docs

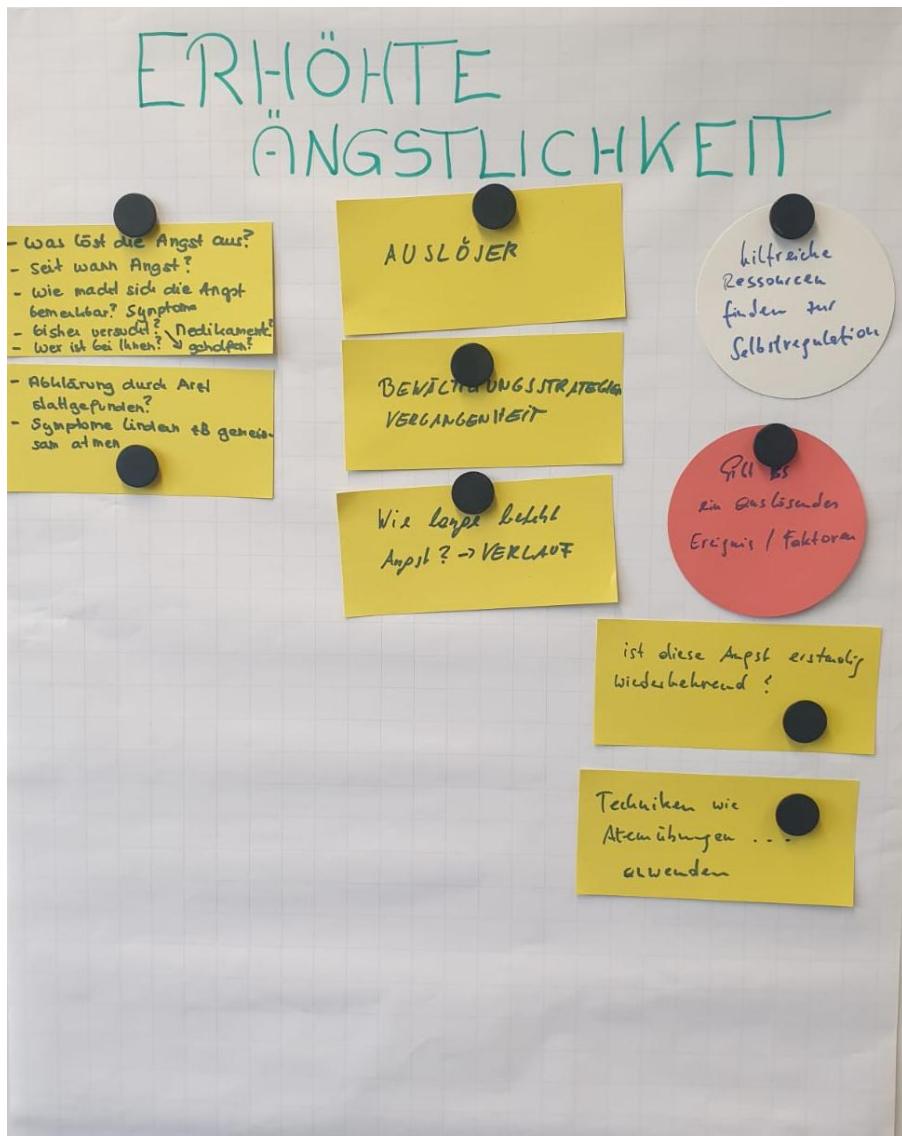
Ausschnitte aus der Fokusgruppendiskussion mit Analyseschritten

	27	B2: Aber darf ich dazu noch [00:08:33]	<p>Ressourcen und Unterstützung, wie eine Trauerbegleitung, zu finden. Beispiele für solche Aussagen sind: „Ich habe niemanden, mit dem ich reden kann“ oder „Ich fühle mich allein.“</p> <p>Jemand könnte sagen: „Ich bin so traurig.“ Bei Nachfragen könnte sich herausstellen, dass die Traurigkeit mit dem Tod einer Person zusammenhängt und dass sich die Person deshalb zurückgezogen hat.</p> <p>Wenn jemand eine Ablehnung erlebt hat</p>
	28	I2: Bitte ja? [00:08:34]	
	29	B3: Es kann auch sein, zum Beispiel, ich bin so traurig. Und dann fragt man nach und dann ist es aufgrund des Todes von irgendjemanden, habe ich mich zurückgezogen. Und das könnte ja zum Beispiel auch etwas sein. [00:08:44]	
	30	B1: Und wenn ein Ereignis war, oder irgendeine Erfahrung, wo eine Ablehnung erfahren worden ist und das aufgrund dessen führt mich jetzt einsam oderso, ja. [00:08:54]	
	31	B3: Oder Mobbing kann auch zu Einsamkeit führen. Also die Fälle sind dann auch sehr unterschiedlich eigentlich [00:08:58]	
	32	B1: Ja, das stimmt das ist jetzt egal ob _____ oder Privat. Jeder hat einen anderen, also es gibt meistens irgendeinen Auslöser für das Gefühl ja, und das zu ergründen, da muss man in eine Beziehung gehen, damit sich der öffnen kann, dass man da also herausfindet, warum führt er sich jetzt so. [00:09:18]	
	33	I1: Ja das wäre jetzt genau das, wie ihr es vorher gesagt habt. Darum wäre es der Horror, wenn es eigentlich standardisiert werden würde? Weil ihr eigentlich mit einem standardisierten Abfrageschema genau das wieder nicht herausfinden könntet.	
	34	B2: Ja und vor allem du bräuchte, also so Standardisierungen, ja da brauche ich selber nicht mehr so viel denken und wenn ich, wenn ich mich außenvor lasse, dann geht viel verloren, weil dann dann kann ich, dann gehen nicht in Beziehung. Ja, und dort erfahre ich das nicht, was mir der sagen möchte oder könnte, wenn ich nach irgendeinem Schema frage. [00:09:56]	
	35	B3: Ja, dann werden die Leute in irgendeine Schablone reingepresst. [00:10:00]	
	36	B2: Genau. [00:10:01]	
	37	B3: Und dann kommt aber vielleicht nicht raus, dass Wut das Gefühl dazu ist, aber eigentlich ist der ganz allein, ne? [00:10:09]	
	57	I2: Also was mir da jetzt gleich mal auffällt, ist dass ihr mehrmals auf Bewältigungsstrategien eigentlich eingeht. Zum Beispiel wird da eben die Atmung genannt und auf die Auslöser. Das finde ich auch voll spannend. [00:16:56]	<p>Das zweite Thema beschäftigt sich mit erhöhter Ängstlichkeit. Die Aufgabe ist es, einen passenden Gesprächseinsteig bzw. eine geeignete Fragestellung für den Umgang mit ängstlichen Klient:innen zu finden.</p> <p>Bewältigungsstrategien wie die Atmung werden mehrmals genannt. Zudem wird auf die Auslöser von Ängsten eingegangen.</p>
	58	B3: Weil, wenn ich sozusagen nur die Info habe Angst, das kann ja auch eine ganz reale Angst sein. Es ist, ich werde von meinem Exmann bedroht oder sonst irgendwas. Also das ist ja eine völlig reale Angst oder ist es mehr Richtung Panikattacke. Also da mal zu erfragen was ist denn das für eine Angst? [00:17:12]	
	59	B2: Ja genau, wie lange die schon besteht. Ob das jetzt wirklich akut aufgetreten ist oder ob das eh schon jahrelang ist. [00:17:20]	
	60	I1: Und Bewältigungsstrategien, die ihr ihnen da raten würdet, das wären dann einfach welche, die ihr in eurer beruflichen Praxis erlernt habt, oder im Bachelor oder im [00:17:28]	
	61	B1: Na, da fragen wir sie, welche Bewältigungsstrategien sie haben. [00:17:32]	
	62	I1: Ahh [00:17:32]	
	63	B2: Was ihnen guttut, das kann ja bei jedem was anderes sein, was wieder reguliert. [00:17:38]	
	64	I1: Ich habe jetzt gedacht, weil da ja das mit Atmen oben steht, dass man dann sagt [00:17:40]	
	65	(unv.)	
	66	B2: Das ist einfach ein Vorschlag, aber im Grunde fragt man, geht man schon auf das ein, was selber anschauen, was, was selber vielleicht herausfinden oder was selber schon angewendet haben, was ihnen hilft. [00:17:54]	
	67	I1: Ja [00:17:54]	<p>Es muss erfragt werden, ob die Angst akut aufgetreten ist oder ob sie schon jahrelang besteht.</p> <p>Woraus ergeben sich die Bewältigungsstrategien</p> <p>Die Klient:innen werden nach ihren Bewältigungsstrategien gefragt.</p> <p>Was den Klient:innen gut tut, ist individuell.</p> <p>Atmung als Vorschlag</p> <p>Grundsätzlich werden die Klient:innen befragt, was ihnen hilft</p>
	68	B3: Das Atmen kann manchmal da einfach total sinnvoll sein, wenn die Leute so ins Hyperventilieren kommen und ganz aufgeregt	
	74	B2: Wenn sie in so einen Ausnahmestand sind, dann kommen sie oft gar nicht auf die Idee, auf die einfachsten Sachen dass sie einfach zum Hausarzt gehen, ja. Und das kann oft, So etwas Einfaches kann Ihnen dann einfach helfen „Ah ja, ich könnte ja zum Doktor gehen.“ [00:18:52]	
	75	B3: Ja [00:18:53]	
	76	B2: Das, das kann schon mal helfen. [00:18:56]	
	77	I1: Ja [00:18:57]	
	78	B1: Ja und die, die es schon länger haben und ja. [00:19:00]	
	79	B2: Aber oft ist es halt wirklich dass, das Gespräch oder einfach das zu äußern, „ He ich habe Angst “ oder ich ja, das einfach schon mal hilfreich ist und mit dem kann man sie schon mal runterholen. [00:19:12]	
	80	I1,2: Ja ja [00:19:13]	
	81	B2: Und, und auch mit ihnen atmen, ja. Das man sagt, da einmal eine viertel Stunde nur atmen mit ihm am Telefon, dann beruhigt sich der auch. Also das habe ich auch noch nie erlebt, wenn man gemeinsam atmet, dass der nicht ruhiger geworden ist. [00:19:24]	
	82	I2: Mhm, okay. [00:19:25]	
	83	B1: Und das ist, manchmal dauert es ja wirklich bis zu uns kommen und da ist die Panikattacke dann meistens eh schon vorbei. [00:19:32]	
	84	B2: Das stimmt allerdings. [00:19:34]	
	85	I1,2: Mhm [00:19:34]	

...	129	(...) (unv.) [00:28:00]	
	130	I1: Da ist jetzt der Unterschied, der mir da jetzt gleich auffällt ist, dass da viel mehr auch, das, das professionelle Umfeld angeführt ist, als wie da. Da, bei den beiden Themen, da wird ganz viel auf das Persönliche geschaut oder auf die persönlichen Ressourcen und da psychotherapeutische Anbindung, Anbindung und die Beratungsstellen und so weiter, das ist da offensichtlich ein größeres Thema bei der Suchthematik. Sehe ich das richtig? [00:28:25]	Professionelle Anbindungen, wie Plaudernetz, Seniorentreff oder bei psychischen Erkrankungen PSD Club Aktiv.
	131	B3: Naja, das kann einfach auch sein, wenn jemand an, einen körperlichen, also eine körperliche Abhängigkeit entwickelt hat. Es ist lebensbedrohlich , wenn man dann selbst einen kalten Entzug daheim macht und da muss man die Leute darauf aufmerksam machen und da braucht es eine Anbindung. Wenn sich die Leute dann dagegen entscheiden, dann ist es AUCH natürlich ihre Entscheidung, aber dann haben sie zumindest die, die die Info dazu, dass es wirklich mit Delir und Entzugsepileptischen Anfällen und so weiter, ausgehen kann. Wenn man jetzt zum Beispiel Alkohol oder Benzodiazepinabhängigkeit körperlich entwickelt hat, da ist es nicht ratsam , einfach aufzuhören. Das gehört gut abgeklärt und da gehört auch besprochen, was sind die Möglichkeiten mit Hausarzt und stationär und Suchtherapiestellen , wo man das alles auch vorbereitet. Und gerade eine Sucht entwickelt sich ja nicht von heute auf morgen, sondern das ist ja ein Prozess, oft ein schleichender. Und wo auch viele Themen dahinterstecken und das sind meistens , also nicht immer, aber meistens einfach wirklich Multi-Problem-Sachen. [00:29:35]	Bei Todesfällen ist die Trauerbegleitung empfehlenswert.
	132	B2: Also ja, ich würde auch sagen, die Ursache für Suchterkrankung liegt tief verborgen und [00:29:40]	Empfehlenswert sind Nachbarschaftshilfen.
	133	I1: Ja [00:29:41]	Verweisungen dieser Art wurden bereits öfters gemacht.
	134	B2: und es muss langsam herangegangen werden und aufgearbeitet werden. [00:29:46]	Zeitpolster als sinnvolle Verweisungsmöglichkeit
	135	B1: Da haben wir auch mal einen Fall gehabt, da war ein Mann, der was pflegebedürftig war und der hat halt getrunken und den seine Frau hat ihn rausgeschmissen und dann ist er zu seinem Sohn gekommen, der hat ihm einfach keinen Alkohol mehr gegeben. Und der, und ja, dem wird nicht bewusst gewesen sein, was das für Auswirkungen haben kann. Und dann haben wir sofort geschaut, dass ein Arzt vorbeikommt. [00:30:13]	

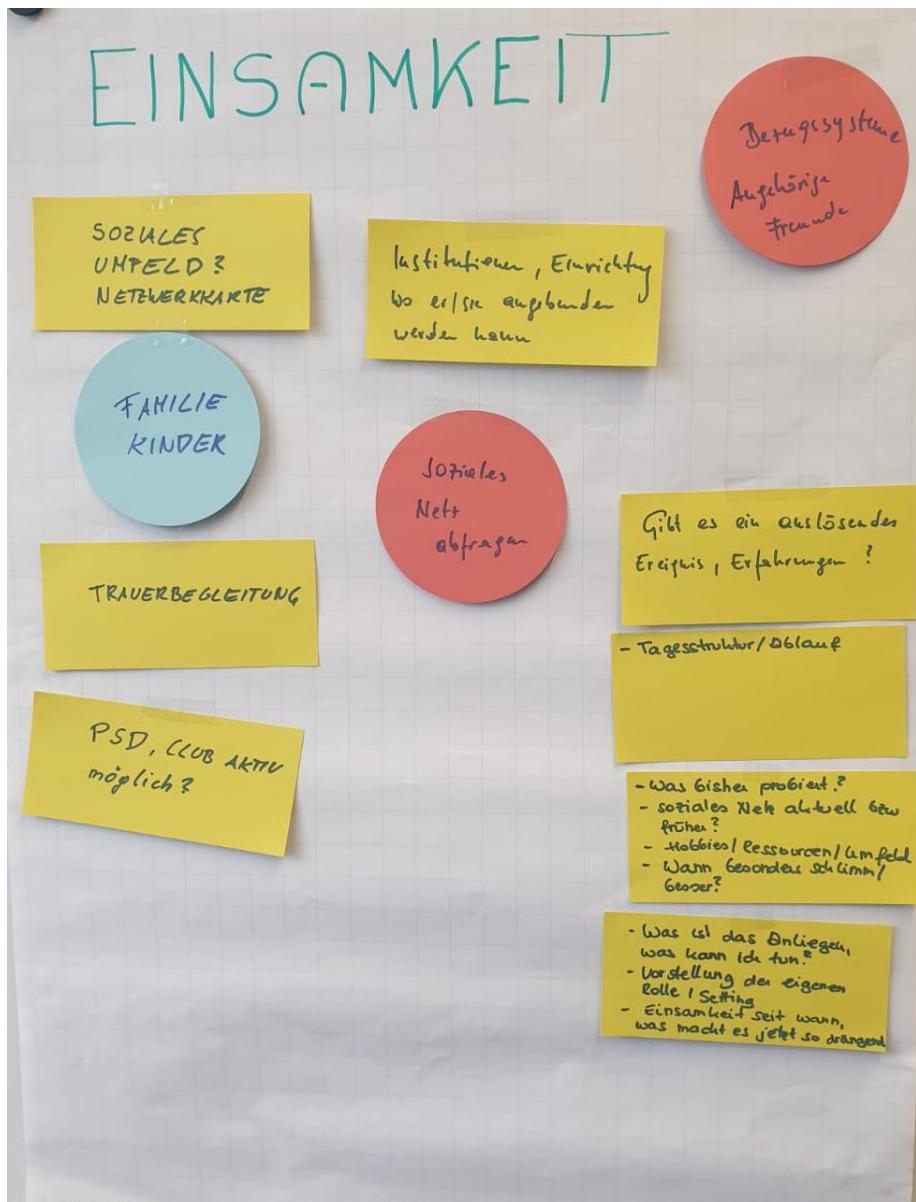
Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion

zum Thema „erhöhte Ängstlichkeit“



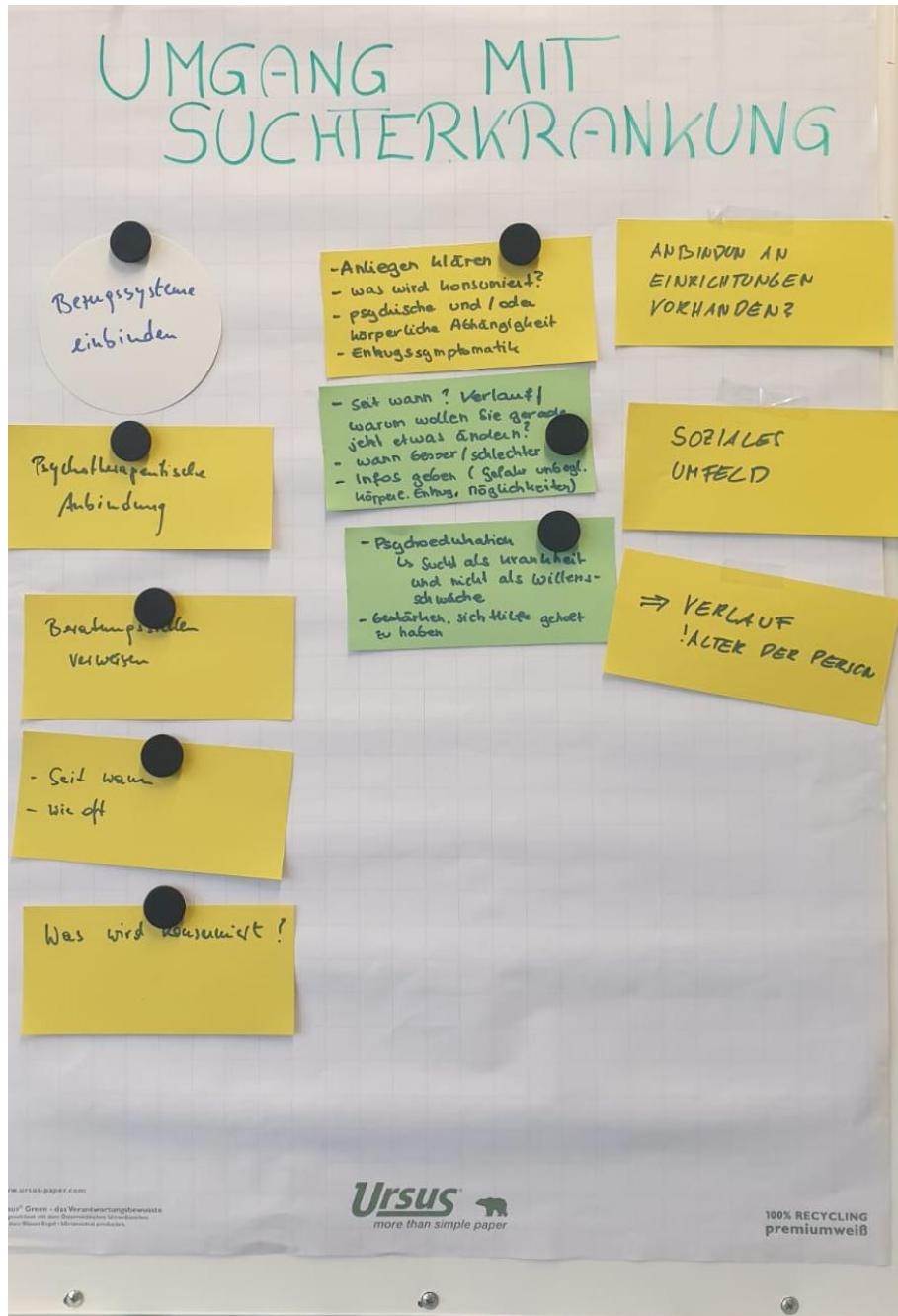
Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion

zum Thema „Einsamkeit“



Brainstorming innerhalb der Fokusgruppendiskussion

zum Thema „Umgang mit Suchterkrankung“



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.