



University of  
Applied Sciences  
St. Pölten

E<sup>3</sup>UDRES<sup>2</sup>

# Psychosoziale Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450

Ein österreichweiter Vergleich

Masterarbeit

Angestrebter akademischer Grad  
**Master of Arts in Social Sciences (MA)**

Masterstudiengang Soziale Arbeit

Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten

Autor:

**Samuel Redelsteiner, BA**

52005881

Erstbegutachter: FH-Hon.Prof. Mag. (FH) PhDr. Christoph Holzhaecker

Zweitbegutachter: FH-Prof. DSA Mag. (FH) Alois Huber

St. Pölten, 07.01.2026



# 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 Satzungsteil 05 der Hochschule für Angewandte Wissenschaften 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 Satzungsteil 05 - Gute Wissenschaftliche Praxis der FH St. Pölten bin ich mir über die Konsequenzen einer wahrheitswidrigen Erklärung bewusst.

# Abstract

Psychosoziale Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450- Ein österreichweiter Vergleich

*Samuel Redelsteiner*

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 ist in Österreich als niedrigschwellige Erstanlaufstelle für gesundheitliche Fragestellungen gedacht und dient der telefonischen Dringlichkeitseinschätzung sowie der Steuerung von Patient\*innenströmen. Die Beratung erfolgt auf Basis des standardisierten, primär biomedizinisch ausgerichteten Abfragesystems LowCode®. Psychosoziale Anliegen werden darin bislang nur eingeschränkt systematisch erfasst und bleiben häufig strukturell unsichtbar. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Masterarbeit, welche psychosozialen Anliegen von Nutzerinnen an die telefonische Gesundheitsberatung 1450 herangetragen werden und welche Handlungs- und Verweismöglichkeiten Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anfragen zur Verfügung stehen. Ziel der Arbeit ist es, psychosoziale Anliegen im Kontext von 1450 sichtbar zu machen, deren Erscheinungsformen zu beschreiben und bestehende Handlungsoptionen aus Perspektive der Sozialen Arbeit zu analysieren. Methodisch basiert die Untersuchung auf leitfadengestützten Expert\*inneninterviews mit Verantwortlichen der telefonischen Gesundheitsberatung in mehreren österreichischen Bundesländern. Die Analyse erfolgt strukturgeleitet und vergleichend. Die Ergebnisse zeigen, dass psychosoziale Anliegen in allen untersuchten Bundesländern auftreten und ein breites Spektrum psychischer Belastungen, sozialer Problemlagen sowie Orientierungs- und Unterstützungsbedarfe umfassen. Es wird deutlich, dass die Bearbeitung dieser Anliegen stark von regionalen Strukturen abhängt und die verfügbaren Handlungs- und Verweismöglichkeiten erheblich variieren. Sie reichen von reiner Beauskunftung bis zu strukturierten, „warmen“ Weiterverweisungen. Die vorliegende Arbeit zeigt damit eine strukturelle Versorgungslücke auf und unterstreicht den Bedarf an definierten erreichbaren psychosozialen Clearing- und Verweisungsressourcen innerhalb der telefonischen Gesundheitsberatung 1450.

**Schlüsselwörter:** Telefonische Gesundheitsberatung, 1450, psychosoziale Anliegen, LowCode®, Triage, psychosoziale Versorgung; Verweisungsstrukturen, biopsychosoziale Gesundheit, low acuity calls, Daueranrufer\*innen

# Abstract

Psychosocial concerns in telephone health counseling 1450- An Austria-wide comparison

*Samuel Redelsteiner*

The 1450 telephone health advice service in Austria is a low-threshold first point of contact for health-related questions and is used to assess the urgency of cases over the phone and to manage patient flows. Advice is provided on the basis of the standardized, primarily biomedical LowCode® query system. Psychosocial concerns have so far only been systematically recorded to a limited extent and often remain structurally invisible. Against this background, this master's thesis examines which psychosocial concerns are brought to the attention of the 1450 telephone health advice service by users and what options for action and referral are available to health advice staff when dealing with psychosocial inquiries. The aim of the thesis is to make psychosocial concerns visible in the context of 1450, to describe their manifestations, and to analyze existing options for action from a social work perspective. Methodologically, the study is based on guided expert interviews with those responsible for the telephone health counseling service in several Austrian provinces. The analysis is structured and comparative. The results show that psychosocial concerns arise in all of the federal states examined and encompass a broad spectrum of psychological stress, social problems, and needs for guidance and support. It is clear that the handling of these concerns depends heavily on regional structures and that the available options for action and referral vary considerably. They range from providing information only to structured, "warm" referrals. This study thus highlights a structural gap in care and underscores the need for defined, accessible psychosocial clearing and referral resources within the 1450 telephone health counseling service.

Keywords: Telephone health counseling, 1450, psychosocial concerns, LowCode®, triage, psychosocial care; psychosocial resources, biopsychosocial health, low acuity calls, frequent callers

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Theorie</b>	<b>8</b>
2.1	Ausgangslage	9
2.1.1	Demographische Begebenheiten	9
2.1.2	Gesundheitsausgaben und Spitalszentriertheit	11
2.1.3	Fachkräftemangel und seine Folgen für die Gesundheitsversorgung	13
2.1.4	Strukturelle Nutzungs- und Überlastungsfaktoren der Akutversorgung	14
2.2	Psychosoziale Anliegen in der Akutversorgung	16
2.2.1	Unterschiedliche Denkllogiken hinsichtlich psychosozialer Anliegen	16
2.2.2	„Fehlinanspruchnahme“ als systemisches Phänomen	16
2.2.3	Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis und Rolle der Sozialen Arbeit	17
2.2.4	Psychosoziale Anliegen als Gegenstand psychosozialer Beratung	19
2.3	Die telefonische Gesundheitsberatung 1450	20
2.3.1	Implementierungslogik und Entstehung von 1450	20
2.3.2	Strukturelle Rahmenbedingungen von 1450	22
2.3.3	Ablauf einer telefonischen Gesundheitsberatung mittels „Lowcode®“	23
<b>3</b>	<b>Forschungskontext</b>	<b>24</b>
3.1	Forschungsprojekt	24
3.2	Zugang zum Feld	25
3.3	Forschungsinteresse und Forschungsfragen	26
<b>4</b>	<b>Forschungsdesign und Methodik</b>	<b>26</b>
4.1	Literaturrecherche	26
4.2	Deskriptive Strukturprüfung eines Sekundärdatensatzes	27
4.3	Leitfadengestützte Expert*inneninterviews	28
4.4	Sampling der Expert*innen	28
4.5	Strukturgeleiteten Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid	29
<b>5</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>31</b>
5.1	Ergebnisse der deskriptiven Sichtung des Datensatzes	31
5.2	Bundeslandspezifische Struktur- und Organisationsmerkmale von 1450	32
5.2.1	Salzburg	34
5.2.2	Vorarlberg	34
5.2.3	Niederösterreich	35
5.2.4	Steiermark	36
5.2.5	Tirol	37
5.2.6	Oberösterreich	38
5.2.7	Wien	39
5.2.8	Burgenland	40
5.2.9	Exkurs Kärnten	40
5.3	Psychosoziale Anliegen im Kontext von 1450	42
5.3.1	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Salzburg	42
5.3.2	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Vorarlberg	44
5.3.3	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Niederösterreich	45
5.3.4	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Steiermark	46

5.3.5	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Tirol .....	48
5.3.6	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Oberösterreich .....	49
5.3.7	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Wien .....	50
5.3.8	Psychosoziale Anliegen bei 1450 Burgenland .....	51
5.3.9	Zwischenfazit psychosoziale Anliegen .....	52
5.4	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anfragen .....	54
5.4.1	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Salzburg.....	54
5.4.2	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Vorarlberg .....	55
5.4.3	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Niederösterreich .....	56
5.4.4	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in der Steiermark .....	57
5.4.5	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Tirol.....	58
5.4.6	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Oberösterreich .....	59
5.4.7	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Wien.....	60
5.4.8	Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen im Burgenland .....	60
5.4.9	Zwischenfazit: Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen.....	61
<b>6</b>	<b>Limitationen.....</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>64</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>66</b>
	<b>Abkürzungen .....</b>	<b>69</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>69</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>71</b>

# 1 Einleitung

„Unlösbare Fälle gibt es jetzt nicht, es sei denn, der Patient möchte so eine psychosoziale Beratung haben, zu einer Randzeit am Wochenende oder in der Nacht.“

*-eine interviewte Expert\*in der Gesundheitsberatung 1450*

Diese Aussage aus einem Expert\*inneninterview im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit verweist auf ein zentrales Spannungsfeld der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Einerseits formuliert sie den Anspruch, für nahezu jedes gesundheitliche Anliegen eine Lösung oder zumindest eine angemessene Weiterverweisung anbieten zu können. Andererseits macht sie deutlich, dass gerade psychosoziale Anliegen unter bestimmten strukturellen Bedingungen an Grenzen stoßen. Das Zitat verdichtet damit exemplarisch jene Problematik, die im Zentrum dieser Arbeit steht: die Frage nach der Sichtbarkeit, Bearbeitbarkeit und Weiterleitung psychosozialer Anliegen innerhalb eines primär medizinisch ausgerichteten telefonischen Beratungssystems.

Das österreichische Gesundheitssystem sieht sich seit mehreren Jahren mit wachsenden Herausforderungen konfrontiert. Demografische Veränderungen, ein steigender Anteil chronischer Erkrankungen, zunehmende psychische Belastungen sowie soziale Problemlagen führen zu einer wachsenden Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsangebote. Parallel dazu zeigen sich Engpässe in der ambulanten Versorgung, eine hohe Auslastung von Spitalsambulanzen und eine zunehmende Belastung präklinischer Notfallstrukturen. In diesem Kontext gewinnt die Steuerung von Patient\*innenströmen und die Frage nach geeigneten Erstanlaufstellen im Gesundheitssystem an zentraler Bedeutung.

Als strukturpolitische Antwort auf diese Entwicklungen wurde in Österreich die telefonische Gesundheitsberatung unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 1450 eingeführt. Sie versteht sich als niedrighschwellige, rund um die Uhr erreichbare Erstanlaufstelle für gesundheitliche Fragestellungen und verfolgt das Ziel, mittels telefonischer Dringlichkeitseinschätzung und standardisierter Beratung geeignete Versorgungsoptionen zu empfehlen. Ein zentrales Instrument stellt dabei das algorithmusgestützte Abfragesystem LowCode® dar, das die Beratung strukturiert und eine einheitliche Einschätzung akuter Symptome ermöglichen soll. Die übergeordnete Zielsetzung von 1450 liegt insbesondere in der Entlastung von Akutversorgung und Spitalsambulanzen sowie in der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Wege.

Mit der zunehmenden Etablierung von 1450 zeigt sich jedoch, dass die Anrufanlässe nicht ausschließlich biomedizinischer Natur sind. Neben akuten körperlichen Beschwerden wenden sich Nutzer\*innen auch mit psychischen Belastungen, sozialen Problemlagen oder einem allgemeinen Orientierungs- und Unterstützungsbedarf an 1450. Diese Anliegen stehen häufig nicht im

Zusammenhang mit klar abgrenzbaren somatischen Symptomen, beeinflussen jedoch das subjektive Gesundheitserleben und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen maßgeblich. Gerade in Krisen- oder Belastungssituationen kann der telefonische Erstkontakt eine entscheidende Rolle spielen, insbesondere dann, wenn andere Unterstützungsangebote nicht erreichbar oder nicht bekannt sind.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist diese Thematik von besonderer Relevanz. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen befasst sich mit der Wechselwirkung zwischen gesundheitlichen, psychischen und sozialen Faktoren und übernimmt eine zentrale Rolle an Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungssystemen. Dennoch ist bislang wenig darüber bekannt, welche psychosozialen Anliegen tatsächlich an 1450 herangetragen werden und wie Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsberatung mit diesen Anfragen umgehen. Insbesondere fehlt es an bundesländerübergreifenden Analysen, die Unterschiede in Organisation, Selbstverständnis und verfügbaren Verweisungsressourcen systematisch vergleichen.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Masterarbeit das Ziel, psychosoziale Anliegen im Kontext der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 sichtbar zu machen und deren Bearbeitung aus einer sozialarbeiterischen Perspektive zu analysieren. Im Zentrum stehen dabei zwei Forschungsfragen: Erstens, welche psychosozialen Anliegen von Nutzer\*innen an die telefonische Gesundheitsberatung 1450 herangetragen werden, und zweitens, welche Handlungs- und Verweismöglichkeiten Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anfragen zur Verfügung stehen. Zur Beantwortung dieser Fragen werden leitfadengestützte Experteninterviews mit Verantwortlichen der telefonischen Gesundheitsberatung in allen betreibenden österreichischen Bundesländern ausgewertet und ergänzend ein Datensatz deskriptiv beschrieben.

Die Arbeit soll damit einen Beitrag zur Schließung einer empirischen Forschungslücke an der Schnittstelle von telefonischer Gesundheitsberatung, psychosozialer Versorgung und Sozialer Arbeit leisten. Sie zielt darauf ab, strukturelle Grenzen ebenso wie bestehende Handlungsspielräume sichtbar zu machen und Ansatzpunkte für eine Entwicklung psychosozialer Clearing- und Verweisungsstrukturen innerhalb von 1450 aufzuzeigen.

## **2 Theorie**

Im folgenden Kapitel wird sich mit den theoretischen und strukturellen Grundlagen befasst, die für das Verständnis psychosozialer Anliegen im österreichischen Gesundheitssystem zentral sind. Es werden zentrale Entwicklungen und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems dargestellt, die zur Überlastung von Primär- und Akutversorgung beitragen und psychosoziale Anliegen zunehmend sichtbar machen. Darauf aufbauend wird das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis als

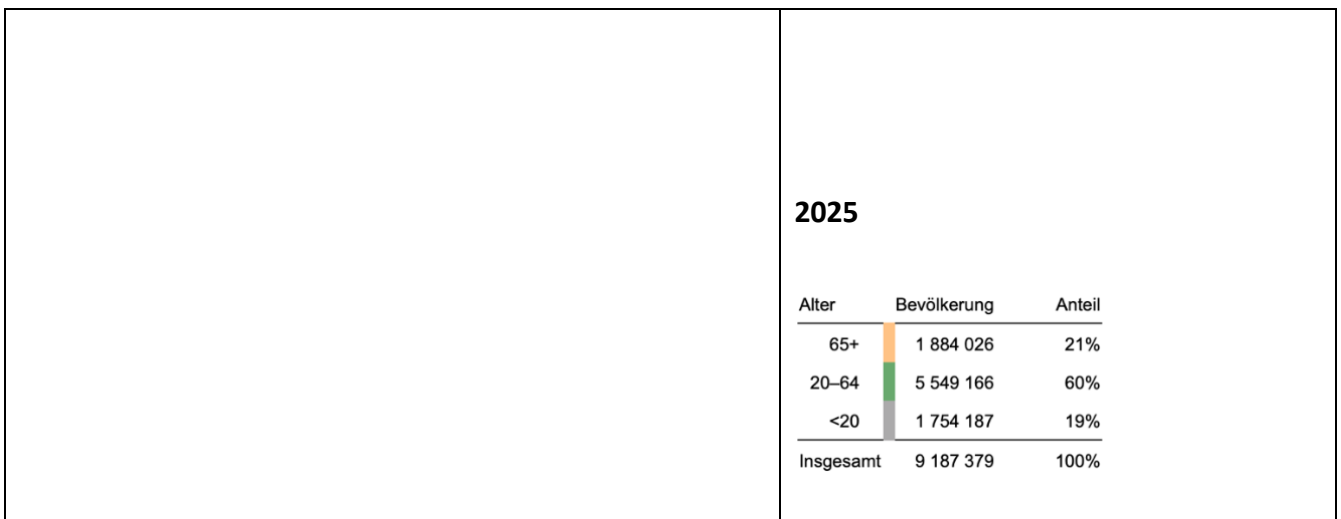
theoretische Grundlage eingeführt und der Begriff psychosozialer Anliegen geklärt. Abschließend wird aufgezeigt, welche Rolle psychosoziale Beratung und die Soziale Arbeit im Umgang mit diesen Anliegen einnehmen und wie sich daraus ein Bezugsrahmen für die Betrachtung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 ergibt.

## 2.1 Ausgangslage

Das folgende Kapitel beschreibt die Ausgangslage der vorliegenden Arbeit. Es skizziert die in der Forschungsliteratur genannten strukturellen Belastungen des Gesundheitssystems sowie die Hintergründe des Entstehens einer telefonischen Gesundheitsberatung, welche unter der Kurzzrufnummer 1450 österreichweit erreichbar ist. Es wird dargestellt, inwiefern Faktoren wie demographische Veränderungen, steigende Gesundheitsausgaben, steigende Personalbelastung und drohender Personalmangel im österreichischen Gesundheitswesen, eine zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes und der Spitalsambulanzen die Gesundheitsversorgung beeinflussen.

### 2.1.1 Demographische Begebenheiten

Der aktuelle Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit für das Jahr 2024 benennt den demografischen Wandel als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Eine alternde Gesellschaft erfordert ein höheres Maß an Gesundheitsleistungen, welchem eine sinkende Anzahl an Arbeitskräften gegenübersteht (Haindl u. a. 2025:25).



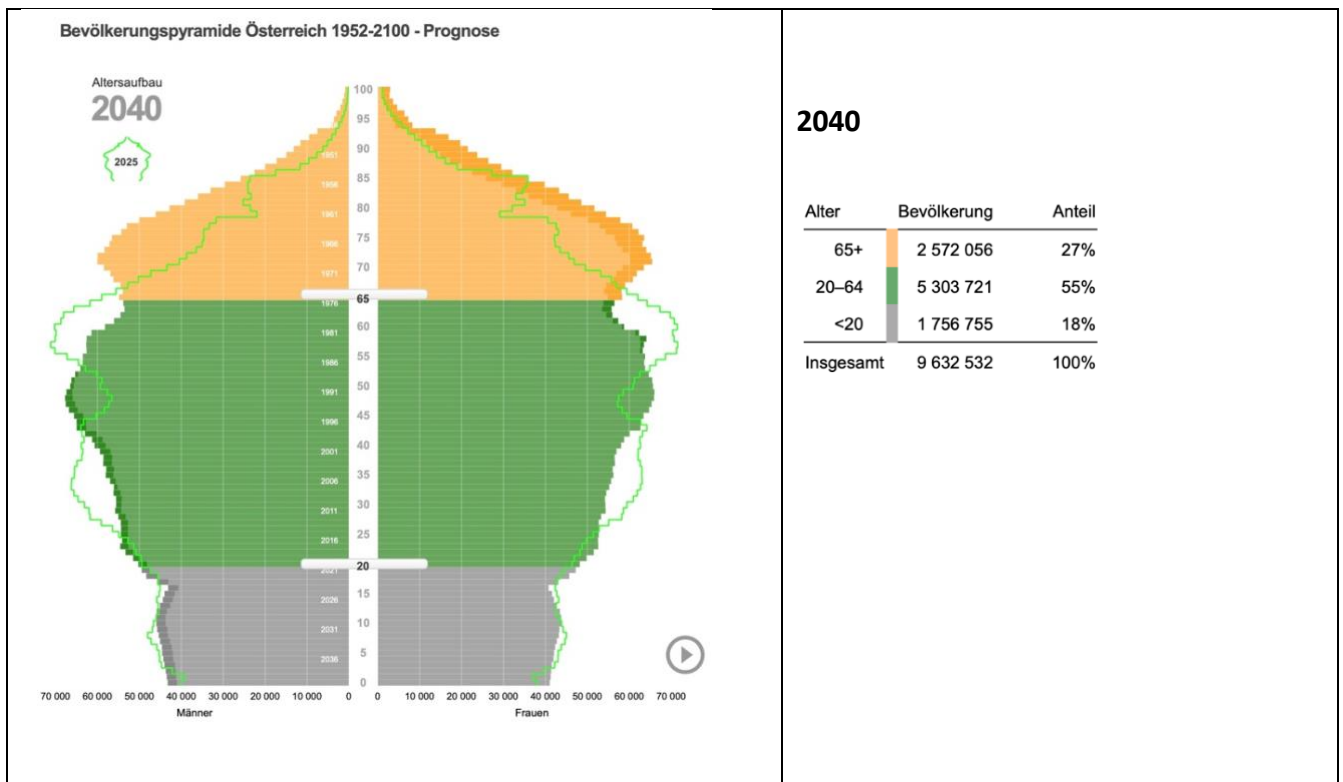


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide Österreich 2025 vs. 2040 (Statistik Austria 2025a)

Die Bevölkerungsprognose zeigt den demografischen Wandel in Österreich. Die grüne Linie stellt die Altersverteilung im Jahr 2025 dar, die farbigen Flächen die Prognose für 2040. Zu sehen ist, dass der Anteil der Menschen unter 20 Jahre relativ stabil bleibt, wohingegen der Anteil der alternden Menschen deutlich steigt und einen größeren Teil der Gesamtbevölkerung ausmacht. Zeitgleich sinkt der Anteil der erwerbstätigen Menschen (20-64 Jahre). Die Bevölkerungspyramide verliert somit in ihrer Form die breite Basis von einer starken Mehrheit an Erwerbstätigen und wenigen Leistungsempfänger\*innen. Es entwickelt sich eine pilzförmige Säule. Für das Gesundheits- und Sozialsystem bedeutet diese Prognose für 2040, dass es mehr Leistungsbezieher\*innen und weniger Leistungserbringer\*innen geben wird.

Der beschriebene Zuwachs von Menschen über 65 Jahren um fast 700.000 wirkt sich auf die Akutversorgung aus (Statistik Austria, 2025a). So ergaben Untersuchungen der Ostschweizer Fachhochschule im Auftrag der Wiener Arbeiterkammer für Tirol, dass Menschen über 65 Jahren knapp die Hälfte (49%) aller Einsätze ausmachen. Davon sind Hochaltrige (über 80 Jahre), für 27% aller Einsätze die Patient\*innengruppe. Zum Vergleich: Der Anteil der Menschen über 65 zur Wohnbevölkerung ist lediglich 19% (Zahorka und Strauss 2024:14). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine retrospektive Analyse der Einsatzzahlen der Wiener Berufsrettung aus den Jahren 2012-2019. 42,6% aller Notfalleinsätze im Rettungsdienst lösen Menschen über 65 aus. Ältere Menschen bedürfen häufiger notärztlicher Versorgung, Bewohner\*innen in Pflegeheimen benötigen sogar

doppelt so häufig wie der Rest der beforschten Gruppe Behandlung durch Notärzt\*innen (Krammel u. a. 2023:5).

Auch für die telefonische Gesundheitsberatung impliziert eine wachsende Gruppe von Menschen über 60 Jahren einen steigenden Versorgungsbedarf. Gemäß dem Ergebnisbericht 1450 aus 2023 ist die Gruppe der Menschen über 60 Jahre die größte Gruppe an Anrufer\*innen. (DVSV & GÖG, 2025, S. 16) Vor diesem Hintergrund lässt sich die Annahme treffen, dass 1450 in Zukunft ein erhöhtes Anrufer\*innenaufkommen verzeichnen wird.

### 2.1.2 Gesundheitsausgaben und Spitalszentriertheit

Österreich hat laut Statistik Austria eines der teuersten Gesundheitssysteme in Europa und liegt im europäischen Vergleich nach Deutschland auf Platz 2. Über die letzten Jahre steigen die Gesundheitsausgaben in Österreich kontinuierlich. 2024 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich 57,03 Milliarden Euro, dies entspricht 11,8% des BIP. Im Vergleich zum Vorjahr ist dies ein Anstieg von 8% (Statistik Austria 2025b:1).

## Health expenditure and financing i

Frequency of observation: Annual • Measure: Expenditure • Time period: 2024

Combined unit of measure: Percentage of GDP

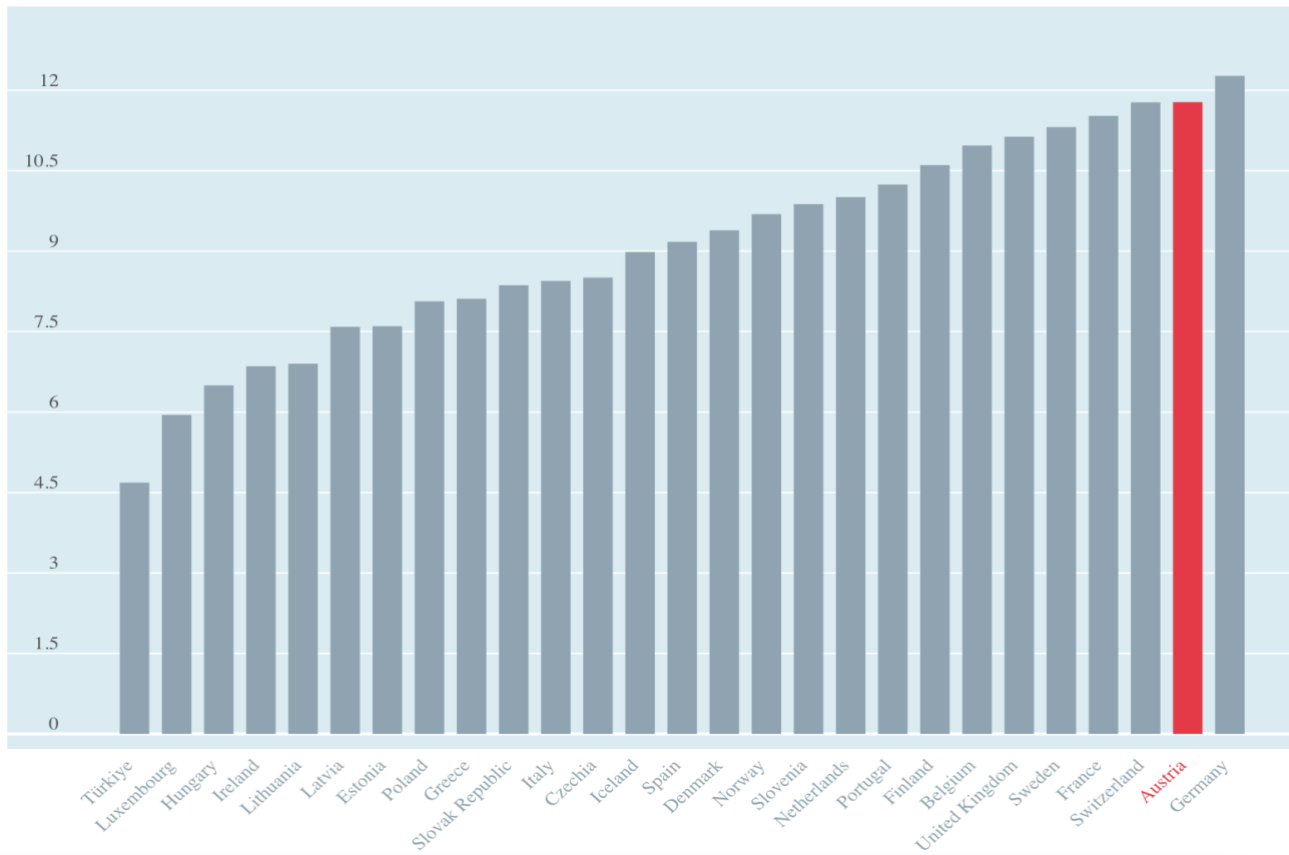


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in Europa 2024 (OECD, 2025)

Die Gründe für die verhältnismäßig hohen Kosten sind multifaktoriell, ein wesentlicher Faktor ist unter anderem eine starke Spitalszentriertheit in der Gesundheitsversorgung (Haindl u. a. 2025:22). Ebendiese stationäre Versorgung macht mit 30% den größten Teil der Gesundheitsausgaben aus (OECD, 2023, S. 10f). Auch die bereits beschriebene Alterung der österreichischen Gesellschaft wirkt sich massiv auf die Versorgungskosten aus, da eine alternde Gesellschaft aus genannten Gründen zu einer steigenden Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung führt (OECD 2023:22).

Hinzu kommen strukturelle Rahmenbedingungen in der Finanzierung. Behandlungen, welche auch ambulant oder im Rahmen der niedergelassenen Versorgung erbracht werden könnten, erfolgen im stationären Setting. Grund hierfür sind Finanzierungsregelungen für Leistungen der Krankenanstalten, da es für bestimmte Behandlungen nur eine Möglichkeit zur Abrechnung gibt, wenn Patient\*innen stationär aufgenommen sind. Dies führt zu einer höheren Bettenbelegung, ineffizienten Versorgungspfaden und höheren Kosten (Biach und Plas 2023:52).

Der Zielsteuerungsbericht 2024 betont, dass aufgrund von „angespannten Budgets und der demografischen und technischen Entwicklung“ eine Stärkung des ambulanten Bereichs notwendig ist (Haindl u. a. 2025:19). Vor dem beschriebenen demografischen Wandel ist beim Erhalt des aktuellen Versorgungsmodells mit einem weiteren Anstieg der österreichischen Gesundheitsausgaben in den kommenden Jahren zu rechnen. Dementsprechend soll die telefonische Gesundheitsberatung 1450 in diesem Zusammenhang durch telefonische Ersteinschätzung und passende Verweisung kostenintensive Strukturen entlasten und zur Senkung von Gesundheitsausgaben beitragen.

### 2.1.3 Fachkräftemangel und seine Folgen für die Gesundheitsversorgung

Der aktuelle Monitoringbericht Zielsteuerung- Gesundheit für das Jahr 2024 benennt den demografischen Wandel als eine der größten Herausforderungen des Gesundheitssystems. Eine alternde Gesellschaft erfordert ein höheres Maß an Gesundheitsleistungen, welchem eine sinkende Anzahl an Arbeitskräften gegenübersteht (Haindl u. a. 2025:25). Analysen des Instituts für Höhere Studien in Wien (Fink et al., 2015, S. 55–56, 62–64) warnen vor einem drohenden Mangel an Ärzt\*innen und Krankenpfleger\*innen in den kommenden Jahren. Grund hierfür ist, dass die Anzahl an vorhandenen Arbeitskräften nicht mit der steigenden Nachfrage mithält. Es entsteht ein wachsendes Missverhältnis zwischen Nachfrage und Angebot an Gesundheitsleistungen.

Österreich hat die zweithöchste Ärztedichte in der EU, dennoch ist die Zahl der Allgemeinmediziner\*innen eine der niedrigsten (OECD 2023:10). Der Anteil der Ärzt\*innen über 55 Jahre ist in den letzten 30 Jahren deutlich gestiegen, die Anzahl der Ärzt\*innen unter 35 stagniert. Durch die einhergehende Pensionierungswelle und fehlende Nachfolge wird voraussichtlich mit einem Rückgang der hausärztlichen Versorgung von bis zu 2.500 Allgemeinmediziner\*innen zu rechnen sein (Famira-Mühlberger, Firgo, und Streicher 2020:611). Beispielsweise nimmt in Wien in den vergangenen 5 Jahren die Anzahl der Allgemeinmediziner mit Kassenverträgen in relevantem Ausmaß ab. 2020 gibt es in Wien 717, 2025 sind es 533. Im Gegensatz dazu steigt die Anzahl der Allgemeinmediziner ohne Kassenverträge (Wahlärzte) von 711 im Jahr 2020 auf 779 im Jahr 2025 (Ungar-Klein 2025:31). Diesen Punkt unterstreicht auch die Wiener Ärztekammer in einer Presseaussendung, in der auf den Mangel an hausärztlicher Versorgung hingewiesen wird. Im Jahr 2013 kommen auf ein\*e Kassenärzt\*in 2.200 Patient\*innen- 2025 sind es 3100 (Steinhart 2025). Der Mangel an Kassenverträgen stellt somit eine Belastung für das Gesundheitssystem dar.

Parallel dazu legt auch die letzte Pflegebedarfsprognose der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) nahe, dass aufgrund der demografischen Verschiebung zu einer alternden Gesellschaft ein massiver Bedarf an weiteren Pflegepersonen aufkommen wird. Bis zum Jahr 2050 würden in etwa 70.000 Personen benötigt werden, um den Versorgungsstand des Jahres 2019 aufrechtzuhalten (GÖG, 2023, S. 3).

Der Rettungsdienst ist von ähnlichen Entwicklungen betroffen. Aufgrund sinkender Geburtenraten und vermehrter Teiltauglichkeit bei jungen Männern steht der Rettungsdienst vor einem Zivildienermangel. Da der Rettungsdienst einen erheblichen Teil seiner ehrenamtlichen und hauptamtlichen Sanitäter\*innen aus Zivildienstleistenden bezieht, stellt dies auch ein absehbares Problem für die Aufrechterhaltung des Dienstbetriebes dar (BVRD, 2024a, S. 10,21)

Derartige strukturelle Personalengpässe wirken sich auf Wartezeiten, Erreichbarkeit und die Inanspruchnahme anderer Versorgungsstrukturen aus. Längere Wartezeiten in der hausärztlichen Versorgung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Patient\*innen alternative, niederschwellige Angebote aufsuchen (BVRD 2024b:9). Ein derartiges Alternativangebot stellt 1450 dar, dies wird in Kapitel 2.3 ausführlich erklärt.

#### 2.1.4 Strukturelle Nutzungs- und Überlastungsfaktoren der Akutversorgung

Die Nutzung des österreichischen Gesundheitssystems ist in den letzten 13 Jahren im gesamten Versorgungssystem angestiegen (Kraxner u. a. 2025). In der Akutversorgung bedeutet dieser Trend jedoch nicht ein Ansteigen an akuten Notfällen. Abseits seines gesetzlichen Auftrags zur „selbständigen eigenverantwortlichen Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen“ (SanG 2002 §9) wird der Rettungsdienst und damit einhergehend auch die Notfallambulanzen vermehrt mit Problemlagen konfrontiert, welche nicht im klassischen Aufgabenbereich der Notfallmedizin liegen.

Die Inanspruchnahme der Akutversorgung ist ein Phänomen, welches nicht alleine anhand medizinischer Parameter erklärt werden kann. Sie hängt mit medizinischen, sozialen, psychologischen und strukturellen Faktoren zusammen. Der Rettungsdienst fungiert in diesem Kontext als niederschwellige, jederzeit verfügbare und kostenlose Versorgungsressource, die unabhängig von Tageszeit, Zugangsvoraussetzungen oder finanziellen Hürden erreichbar ist. Er agiert aufsuchend und kann für Patient\*innen bzw. deren Angehörige entlastend wirken, da er Patient\*innen im Falle eines Transportes aus ihrem Umfeld kurzzeitig herausholt (Luiz 2013:213). Für Patient\*innen kann es weniger stigmatisierend sein, den Rettungsdienst anstatt der Polizei oder sozialpsychiatrischer Dienste zu konsultieren (Karutz 2014:33). Dies ist ein wesentlicher Grund, weshalb der Rettungsdienst nicht ausschließlich aufgrund medizinischer Anliegen in Anspruch genommen, sondern als allgemeine niederschwellige Unterstützungsressource zum Eintritt in das Versorgungssystem genutzt wird.

Einsatzindikationen in der Akutversorgung haben sich über die letzten Jahrzehnte verändert. So sinkt z. B. die Zahl der Verkehrsunfälle, sowie der Verkehrstoten. Als Grund hierfür werden technische Verbesserungen bei Sicherheitseinrichtungen an Fahrzeugen (Bremsysteme, Abstandsmesser,...)

und im Straßenbau genannt (Zahorka 2016:66). Aufgrund einer steigenden Lebenserwartung sind Patient\*innen der Primärversorgung zunehmend älter. Dies spiegelt sich auch in einer wachsenden Anzahl an chronisch kranken multimorbiden Notfallpatient\*innen wider. Diverse Untersuchungen zeigen, dass Menschen welche älter sind, alleinlebend, arbeitslos, männlich, oder von Armut bzw. Einsamkeit betroffen sind, häufiger den Rettungsdienst in Anspruch nehmen (Booker, Shaw, und Purdy 2015:7; Luiz 2013:213). Oft werden der Rettungsdienst bzw. Notärzt\*innen konsultiert, um für diese Menschen fehlende medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Hausärzt\*innen oder mobile Pflegedienste) zu kompensieren (BVRD 2024a:21; Prause u. a. 2017:502).

Ein weiterer Faktor, der eine stärkeren Inanspruchnahme staatlich finanzierter Versorgung bewirkt ist die zunehmende Individualisierung und Liberalisierung unserer Gesellschaft. Bisherige familiäre, bzw. nachbarschaftliche Strukturen für Pflege und Betreuung greifen immer weniger.

Durch geringe Gesundheitskompetenz und fehlendes Verweisswissen wie es z. B. Case und Care Management leisten kann, wird der Rettungsdienst als „Gatekeeper<sup>1</sup>“ für diverse Anliegen herangezogen (BVRD 2024b:23; Redelsteiner 2015:4). Durch die bereits diskutierten demografischen Verschiebungen ist daher auch im Rettungsdienst mit einem Anstieg an Einsätzen und Krankentransporten in den nächsten Jahren zu rechnen (BVRD 2024a:23).

Auch der bereits beschriebene Mangel an niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen führt zu einer erhöhten Nutzung des Rettungsdienstes und der Spitalsambulanzen (Redelsteiner, 2016, S. 198; Czypionka & Achleitner, 2019). Rückgänge im hausärztlichen Bereich verstärken somit die Belastung von Rettungsdienst und Spitalsambulanzen. Im Rahmen der notärztlichen Versorgung könnten bis zu 72% der Notarzteinsätze im ländlichen Raum auch durch den Hausarzt versorgt werden (Redelsteiner, 2015, S. 89f). Auch im Spitalsbereich zeigt sich, dass bis zu 60% der Selbstzuweisenden ebenfalls im niedergelassenen Bereich besser oder gleich gut versorgt werden könnten (Biach und Plas 2023:85).

Es zeigt sich, dass die beschriebenen strukturellen Dynamiken durch die Personalengpässe im Gesundheitswesen verstärkt werden. Der demografische Wandel, steigende Gesundheitsausgaben, der Rückgang der hausärztlichen Versorgung, überlastete Spitalsambulanzen und steigende Wartezeiten führen dazu, dass Patient\*innen verstärkt niederschwellige, rund um die Uhr erreichbare Angebote aufsuchen. Diese Entwicklungen begünstigen, dass psychosoziale Anliegen zunehmend in jenen Strukturen sichtbar werden, die als niederschwellige, erreichbare Zugangspunkte fungieren: Notaufnahmen, Rettungsdienst und die telefonische Gesundheitsberatung 1450.

---

<sup>1</sup> Gatekeeper im Kontext des Versorgungssystems wird als Türöffner/ Eingangspforte zum Versorgungssystems verstanden

## 2.2 Psychosoziale Anliegen in der Akutversorgung

Das folgende Kapitel setzt sich mit psychosozialen Anliegen in der Akutversorgung auseinander. Es führt zunächst in das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis ein, das als Grundlage dient, um nicht-primärmedizinische Anliegen sichtbar zu machen. Abschließend wird aufgezeigt, welche Rolle psychosoziale Beratung sowie die Soziale Arbeit bei der Bearbeitung dieser Anliegen einnehmen.

### 2.2.1 Unterschiedliche Denklogiken hinsichtlich psychosozialer Anliegen

In der Literatur der medizinischen Gesundheitsversorgung werden psychosoziale Anliegen tendenziell als Kontextfaktoren beschrieben, die medizinische Abläufe beeinflussen, Ressourcen binden oder als nicht-medizinische Gründe für Inanspruchnahme auftreten. Psychosozial ist, was nicht in den klassischen biomedizinisch-psychiatrischen Versorgungsauftrag von Akutversorgung passt, jedoch in der Praxis der Akutversorgung vermehrt auftritt. Diese Perspektive ergibt sich aus dem Auftrag der Akutversorgung: jederzeit verfügbare rasche sanitätsdienstliche Hilfe in lebensbedrohlichen Situationen, adäquate Weiterversorgung und ggfs. Transport in eine Behandlungseinrichtung (BVRD 2024b:19).

In der Literatur der Sozialarbeitswissenschaft beschreibt der Begriff „Psychosozial“ eine konzeptionelle Tiefe (biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit) und wird als Ausgangspunkt professionellen Handelns gesehen. Diesem Auftrag kommt die Soziale Arbeit unter anderem durch psychosoziale Beratung, Soziale Diagnostik und Ressourcenarbeit nach.

Ein Bericht der Gesundheit Österreich GmbH legt nahe, dass es an psychosozialen Anlauf-/Clearing bzw. Vermittlungsstellen fehlt. Selbst erfahrenen Betroffenen fällt es schwer sich im „Dschungel“ psychosozialer Angebote zurechtzufinden. Insbesondere in Krisensituationen ist eine Überforderung durch die starke Fragmentierung des Versorgungssystems gegeben (Grabenhofer-Eggerth u. a. 2019:7). Vor allem Selbstzuweisende weisen einen hohen Bedarf an Clearing und Orientierung im Hilfesystem auf. Betroffene können nicht immer selbst erkennen ob ihr Anliegen dem medizinischen, sozialpsychiatrischen oder psychosozialen Bereich zuzuordnen ist (Grabenhofer-Eggerth u. a. 2019:16).

### 2.2.2 „Fehlinanspruchnahme“ als systemisches Phänomen

In der Literatur wird bei derartigen „ineffizienten“ Versorgungspfaden teils von „inappropriate use“ (Fehlinanspruchnahme) der Gesundheitsversorgung gesprochen. Für Menschen, die Gesundheits- oder Notfalldienste wiederholt und in hoher Frequenz in Anspruch nehmen werden Bezeichnungen wie „Heavy User“, „Heavy Utilizers“, „Daueranrufer\*innen“, „Dauerpatient\*innen“,

„Mehrfachnutzer\*innen“, „Drehtürpatient\*innen“ oder „Vielanrufer\*innen“ verwendet. Diese Begriffe werden in der Forschungsliteratur trotz ihrer Verwendung hinterfragt, da sie zu einer stigmatisierenden Verkürzung eines mehrdimensionalen Phänomens beitragen. Eine Definition dessen kann nicht eindeutig sein, da die Einschätzung der Versorgungsangemessenheit stark kontextabhängig ist. Eine Beurteilung von Patient\*innen in unangemessene Nutzung von Akutversorgung anhand Vitalparameter oder objektiver Dringlichkeit unterschätzt den komplexen psychosozialen Kontext der Bitte um Hilfe und vernachlässigt zugrundeliegende biopsychosoziale Multiproblemlagen (S. 8).

Dem Rettungsdienst ist es aufgrund geringer Ausbildungsdauer, fehlender rechtlicher Grundlagen und offenen Haftungsfragen erschwert, Patient\*innen, die offenkundig keiner akutmedizinischen Versorgung bedürfen, vor Ort zu belassen. Auch der Transport bzw. die Verweisung zu alternativen Versorgungsstrukturen des Gesundheits- und Sozialsystems (z. B. Notschlafstellen, mobilen Pflegediensten) sind selten etabliert. Ein Transport in ein Krankenhaus ist mangels Alternativen oft die einzige Möglichkeit für das Rettungsdienstpersonal. So trägt der Rettungsdienst zur Überlastung der kostenintensiven stationären Versorgung bei, ein Drehtüreffekt in der Gesundheitsversorgung ist die Folge (BVRD 2024b:24; Redelsteiner 2015:2). Ein System wird beansprucht, welches keine Ressourcen für eine nachhaltige Problemlösung bieten kann. Aus Mangel an verfügbaren Alternativen muss es stets erneut beansprucht werden (BVRD 2024a:23).

„Fehlinanspruchnahme“ der Akutversorgung ist somit nicht zwingend ein Fehlverhalten von einzelnen Patient\*innen. Sie ist Ausdruck systemischer Versorgungslücken wie z. B. mangelnder niedergelassenen Versorgung, fehlender Verfügbarkeit psychosozialer Angebote, unklarer Versorgungspfade oder schwerer Erreichbarkeit von Ressourcen.

### 2.2.3 Biopsychosoziales Gesundheitsverständnis und Rolle der Sozialen Arbeit

Bereits in der WHO-Gesundheitsdefinition von 1946 wird Gesundheit beschrieben als: „Zustand des vollständigen körperlichen, sozialen und geistigen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946). Vor diesem Hintergrund einer ganzheitlichen Perspektive auf Gesundheit entwickelt Engel (1977) das Bio-Psycho-Soziale Modell. Dies ist ein integrativ systemisch gedachtes Modell von Gesundheit und Krankheit, welches eine Erweiterung des Biomedizinischen Modells vorsieht.

Engel beschreibt das Biomedizinische Modell als das vorherrschende Krankheitsmodell in der Medizin. Es legt die Grundlage für die Erforschung von Krankheiten und geht davon aus, dass Krankheit vollständig durch das Abweichen von biologisch messbaren körperlichen Parametern verursacht wird. Der Mensch wird hierbei als komplexe Maschine gesehen, die Ärzt\*in als Techniker\*in

mit dem Auftrag zu reparieren. Ihm wohnt eine Erkennung und Linderung von Symptomen mit einer rationalen, spezifischen Behandlung inne (S.130). Es schließt soziale, psychologische und verhaltensbezogene Dimensionen von Krankheit aus. Verhaltensabweichungen werden auf der Grundlage von gestörten biochemischen oder neurophysiologischen Prozessen erklärt (S. 130). Das biomedizinische Modell wird von Engel als zu reduktionistisch kritisiert. Obwohl ein Abweichen von bestimmten körperlichen Funktionsweisen ein Hinweis für die Entstehung einer Krankheit sein kann, muss dies nicht zwingend die tatsächliche menschliche Erfahrung von Krankheit bedeuten. Ein biochemischer Defekt ist somit nur ein Faktor von vielen. Krankheit und die subjektive Wahrnehmung eines Menschen, sich als „Krank“ zu sehen, entstehen nur durch ein komplexes Zusammenspiel diverser Faktoren.

Es bedarf laut Engel eines Einbezugs aller Faktoren, die zur Krankheit beitragen: biologische als auch psychische und soziale Aspekte (S. 131 ff.). Biologische Aspekte umfassen körperliche, genetische und physiologische Begebenheiten, z. B. Viren, Bakterien und Verletzungen. Psychische Aspekte beinhalten Verhalten, Wahrnehmung, Emotionen, Stressoren und Bewältigungsstrategien (Egger, 2005, S. 10). Soziale Aspekte umfassen Gesellschaftssysteme, die politische Stabilität eines Landes, klimatische Bedingungen, Transfer und Sozialleistungen sowie die Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe (Redelsteiner, 2023, S. 11). Engel definiert das Modell als Entwurf für Forschung, Orientierung für die Lehre und als Konzept für Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung (S. 135). Politisch wird diese Perspektive in der „Ottawa Charta“ aufgegriffen. In dem Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO aus dem Jahr 1986 findet sich ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit wieder. Gefordert wird eine Entwicklung hin zu einem Versorgungssystem, welches über die "medizinisch-kurativen Behandlungsleistungen" hinausgeht und ein komplexes Zusammenspiel von Gesundheitsdeterminanten einbezieht (WHO, 1986, S. 4). Auch der Bundesverband Rettungsdienst (2024) fordert eine Entwicklung hin zu einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis im Rettungsdienst. (S. 67)

Das Biopsychosoziale Modell findet sich besonders in der Sozialen Arbeit wieder. Ein biopsychosoziales Verständnis ist seit den Anfängen der Klinischen Sozialen Arbeit ein integraler Bestandteil und prägt heute diverse gesundheitsbezogene Praxisfelder der Sozialen Arbeit. So wird z. B. im Positionspapier der AG Klinische Soziale Arbeit der OGSA das biopsychosoziale Modell als ein Teil der theoretischen und handlungsweisenden Basis eingeordnet (OGSA, 2023, S. 6). Auch der Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit in Österreich sieht in Engels biopsychosozialem Modell einen Auftrag für die Soziale Arbeit, auf die Bedeutung sozialer Determinanten für Gesundheit hinzuweisen (AG Sozialpädagogik et al., 2025, S. 14).

Dieses Modell macht deutlich, dass Gesundheit und Krankheit aus einem Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren entstehen. Es eröffnet eine Grundlage für vorhandene

Anliegen im Gesundheitswesen, welche nicht als primär medizinisch fassbare Probleme auftreten. Psychosoziale Anliegen werden durch dieses Modell als eigener Einflussfaktor auf Gesundheit bzw. Krankheit wahrgenommen.

#### 2.2.4 Psychosoziale Anliegen als Gegenstand psychosozialer Beratung

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff psychosoziale Anliegen verwendet, da der Begriff „Anliegen“ im Gegensatz zum Begriff „Problem“ oder „Krise“ offen lässt, ob ein tatsächlicher Problemcharakter vorhanden ist. Vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit bzw. Krankheit, werden psychosoziale Anliegen als Belastungen oder Unterstützungsbedarfe verstanden. Diese entstehen aus einem Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Sie treten auf, wenn Menschen aufgrund von belastenden Lebensumständen, Krisen, eingeschränkten Ressourcen oder fehlenden Bewältigungsstrategien Herausforderungen nicht mehr eigenständig bewältigen können. Sie bilden ein Kontinuum, in welchem sowohl psychosoziale Krisen als auch längerfristige Belastungen bzw. Unterstützungsbedarfe koexistieren.

Dies zeigt sich auch in psychosozialer telefonischer Beratungspraxis. Plöger (2006) identifiziert vier Anliegen: Das Krisengespräch, das Problemgespräch, das Entlastungsgespräch und das Plaudergespräch. Ein Krisengespräch befasst sich mit akuten, existenziell zugespitzten Problemen. Das Problemgespräch adressiert ein wichtiges Problem, dessen Bearbeitung und Lösung forciert werden. Im Entlastungsgespräch ist das Ziel primär dem Anliegen einer emotionalen Entlastung nachzukommen, weniger einer konkreten Problemlösung. Ein Plaudergespräch kommt dem präsentierten Wunsch nach einer Unterhaltung nach (S. 116f).

Aus diesem Spektrum individueller Anliegen ergibt sich die Notwendigkeit einer professionellen psychosozialen Beratung. Psychosoziale Beratung setzt sich mit psychosozialen Klient\*innenanliegen und -problemen auseinander. Sie hat die Bearbeitung aktueller Probleme, Konflikte und Anliegen von Klient\*innen zum Ziel. Im Verlauf eines Beratungsprozesses soll es zu einem Clearing (Klärung von Anliegen bzw. Problemen), sowie zu einer Aktivierung vorhandener Ressourcen kommen (Widulle 2020:28). Im Gegensatz zu allgemeiner professioneller Beratung oder einer „Alltagsberatung“ im sozialen Nahbereich, adressiert psychosoziale Beratung Klient\*innen in psychosozialen Handlungsfeldern. Darunter versteht man jegliche Form der professionellen Unterstützung von Klient\*innen bei der Klärung und Bewältigung individueller psychosozialer Belastungen, Einschränkungen, Notlagen, Krisen oder Entwicklungswünschen. Wichtige Grundsätze für psychosoziale Beratung sind Freiwilligkeit der Nutzung, Vertraulichkeit, Wertschätzung und Respekt. (Großmaß, 2009, S. 2; Wälte & Borg-Laufs, 2018).

Stimmer (2000) beschreibt psychosoziale Beratung als professionellen Verständigungsprozess, welcher ein Spektrum zwischen rein sachlicher Auskunft und psychotherapeutischer Behandlung darstellt. Psychosoziale Beratung integriert informative Elemente, geht jedoch über informative Auskunft hinaus, ohne Psychotherapie zu ersetzen. Dies erfordert eine situationsangemessene Verknüpfung und Gewichtung der beiden Aspekte sowie eine partizipative, klient\*innen- und problemzentrierte, methodisch begründete und zieloffene Gestaltung des Beratungsprozesses (Stimmer, 2000, S. 77 ff.).

Da psychosoziale Anliegen in einen größeren sozialen und gesundheitlichen Kontext eingebettet sind, bedarf ihre Bearbeitung Zugänge, die über eine rein medizinische Perspektive hinausgehen. Psychosoziale Beratung weist daher eine hohe inhaltliche Nähe zur Sozialen Arbeit auf und stellt einen integralen Bestandteil professionellen Handelns in diversen Handlungsfeldern dar (Hoff und Rohleder 2022:16). Die Klinische Soziale Arbeit als spezialisierter Teil der Sozialen Arbeit basiert auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Sie befasst sich mit sozialen Bedarfslagen und dem gesundheitlichen Wohlbefinden von Klient\*innen und agiert an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich. Dabei hat sie zum Ziel, zur „Förderung oder zum Erhalt einer größtmöglichen Gesundheit von Klient\*innen beizutragen“ (OGSA, 2023, S. 4). Pauls (2013) sieht ihre Expertise in der psychosozialen Beratung, Behandlung und Prävention bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen. Sie hat den „Auftrag zur Hilfe in biopsychosozialen Notlagen“ (S. 16, 19). In der Praxis liegt ein Schwerpunkt auf sozialen Diagnosen bzw. sozialen Therapien (OGSA, 2023, S. 1).

## 2.3 Die telefonische Gesundheitsberatung 1450

Das folgende Kapitel befasst sich mit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 als Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems. Dargestellt werden die Implementierungslogik und die Entstehung von 1450. Zudem werden zentrale strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen beschrieben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem operativen Ablauf einer telefonischen Gesundheitsberatung. Dieser wird anhand des eingesetzten Abfragesystems LowCode® erläutert. Ziel des Kapitels ist es, die organisatorischen, institutionellen und technisch-operativen Grundlagen von 1450 darzustellen. Dadurch soll gezeigt werden, innerhalb welcher strukturellen Rahmenbedingungen die Bearbeitung von Anliegen bei 1450 erfolgt.

### 2.3.1 Implementierungslogik und Entstehung von 1450

Die in der Ausgangslage beschriebenen Herausforderungen fordern alternative Ansätze. In Österreich wird versucht, Patient\*innenströme von den Spitalsambulanzen zu niedergelassenen Ärzt\*innen zu

lenken (Biach und Plas 2023:1). Gemäß des letzten erschienenen Evaluierungsbericht, wird 1450 eingeführt, um „Patient\*innenströme in Österreich optimaler zu steuern und die Gesundheitsversorgung kostengünstiger zu erbringen“ (DVSV & GÖG 2025:3).

Des Weiteren sind die Vermeidung unnötiger Wege- und Wartezeiten und die Entlastung spezifischer Versorgungsstrukturen von sogenannten „Bagatellfällen“ (z. B. durch Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Ambulanzbesuche) Ziele der Nutzung von 1450.

Der Grundstein für die Umsetzung der telefonischen Gesundheitsberatung wird 2013 durch den Bundes-Zielsteuerungsvertrag gelegt. Im Rahmen des Ausbaus von E-Health-Projekten wird unter Punkt 7.2.3, Maßnahme 3, explizit die Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für einen telefon- und webbasierten Erstkontakt- und Beratungsservice vorgesehen. Die Umsetzung soll bis Ende 2015 erfolgen und Pilotprojekte sollen auf Landesebene etabliert werden.

Darauf folgend nimmt 2017 die telefonische Gesundheitsberatung 1450 im Rahmen eines Pilotprojekts in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg den Betrieb auf. Ziel ist es, einen freiwilligen, kostenlosen, 24/7 erreichbaren, telemedizinischen Erstkontakt- und Beratungsservice zur Verfügung zu stellen. Dadurch sollen primäre, ambulante und stationäre Versorgungsorte (z. B. der Rettungsdienst oder Krankenhäuser) entlastet werden (DVSV, 2025, S. 3). Aufgrund eines Beschlusses der Bundes-Zielsteuerungskommission wird 2019 mit der Ausweitung der Gesundheitsberatung 1450 begonnen (Grethe 2019:501). Seit November 2019 ist der Betrieb bundesweit, durchgehend und ohne Vorwahl unter der Nummer 1450 aufrecht (DVSV & GÖG 2025:4).

Durch einen Beschluss des Gesundheitsministeriums im Februar 2020 wird die telefonische Gesundheitsberatung 1450 auch als Erstkontaktstelle für COVID-19-Verdachtsfälle genutzt. Grund hierfür ist die bereits bundesweit bestehende Infrastruktur. 1450 übernimmt im Rahmen der Pandemiebewältigung die Aufgabe der Identifizierung von Verdachtsfällen bzw. zu testenden Personen. Die große unter anderem mediale Präsenz zu dieser Zeit führt zu einem Anstieg der Bekanntheit der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. 2025 wird 1450 in 8 Bundesländern betrieben und ist in 9 Bundesländern 24/7, 365 Tage erreichbar. Das Bundesland Kärnten hat den Betrieb an Notruf NÖ ausgelagert (DVSV & GÖG 2021:6; Rechnungshof Österreich 2021:201)

Der aktuelle gesundheitspolitische Diskurs zeigt, dass die telefonische Gesundheitsberatung 1450 zunehmend als strategische Schlüsselstelle im österreichischen Versorgungssystem verstanden wird. Vizekanzler Babler betont in einem Interview mit dem „Standard“, dass eine verbesserte Patient\*innenlenkung, die Vereinheitlichung der derzeit neun unterschiedlichen 1450-Strukturen sowie der Ausbau telemedizinischer Angebote zentrale Reformvorhaben der Regierung in den kommenden eineinhalb Jahren darstellen (Kroisleitner und Stuibler 2025:12). Auch bei einer Enquete: „1450 – das Heilmittel für die Spitäler?“ der Österreichischen Ärztekammer im Mai 2024 wird betont,

dass das Gesundheitssystem ohne verbindliche Patient\*innenlenkung mittelfristig nicht mehr funktionsfähig sein wird. Gefordert wird eine österreichweit einheitliche Systemarchitektur, die Integration von 1450-Daten in ELGA, flächendeckende Videokonsultationen sowie die Erweiterung der Bekanntheit und Akzeptanz bzw. Nutzung von 1450 (Österreichische Ärztekammer 2024).

Im Jänner 2025 wird im Nationalrat eine Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens getroffen. Ziel dieser Gesundheitsreform ist es: „eine nachhaltig qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung und die langfristige Finanzierbarkeit des öffentlichen solidarischen Gesundheitssystems sicherzustellen“ (Gesundheit.gv.at 2025). Im dritten Abschnitt, Artikel 9 (2), dieser Vereinbarung wird festgehalten, dass der Ausbau von 1450 Teil des Grundsatzes: „digital vor ambulant vor stationär“ sein soll. Für Patient\*innen bedeutet dies, dass vor einer Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Leistungen eine digitale Option genutzt werden sollte. (Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2025 Abschnitt 3, Art. 9)

Die Implementierungslogik von 1450 stellt sich als primär medizinisch-ökonomisch ausgerichtet dar. Psychosoziale Anliegen werden bislang nicht als Versorgungsauftrag mitgedacht.

### 2.3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen von 1450

1450 ist in der Kommunikationsparameter-, Entgelt- und Mehrwertdienstverordnung 2009 (KEM-V 2009), festgehalten als öffentliche Kurznummer für besondere Dienste: „Unter der Rufnummer 1450 dürfen ausschließlich ein Erstkontakt- und Triageservice sowie ein Beratungsdienst, beides im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen, angeboten werden“ (KEM-V 2009, §26 Abs. 6). 1450 ist demnach keine Notrufnummer. Im Außenauftritt (1450.at) grenzt sich die telefonische Gesundheitsberatung auch ausdrücklich von der Funktion einer Notrufnummer ab. Bei Notfällen wird geraten, augenblicklich den Rettungsnotruf zu wählen. Diese werden von 1450 als schwere Unfälle, akute Atemnot, Ohnmacht oder sonstige lebensbedrohliche Lagen festgelegt.

Die Durchführung, Bereitstellung von Daten, Marketing und Weiterentwicklung obliegen den Bundesländern. Der Dachverband der Sozialversicherung handhabt die Projekt-Koordination, statistische Auswertungen, die Weiterentwicklung, Evaluierung und Marketingmaßnahmen und stellt das Abfragesystem zur Verfügung. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist verantwortlich für die Bereitstellung der Rufnummer 1450, den Außenauftritt, das Marketing sowie die Koordination und den medizinischen Beirat.(DVSV & GÖG 2025:5)

Die unter 2.2.1 bereits erwähnte Fragmentierung des österreichischen Gesundheitssystems findet sich auch in den Zuständigkeiten der Stakeholder von 1450 wieder. Es zeigt sich, dass Bund, Länder

und Sozialversicherung alle für Marketingmaßnahmen zuständig sind. Leistungen von 1450 sind bislang föderal unterschiedlich vorhanden, wodurch der Bedarf einer Vereinheitlichung naheliegt. Eine Presseaussendung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) berichtet von einem Beschluss zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung für einen bundesweiten, einheitlichen Leistungskatalog der telefonischen Gesundheitsberatung bis Ende 2026 (ots.at 2025).

### 2.3.3 Ablauf einer telefonischen Gesundheitsberatung mittels „Lowcode®“

Das operative Ziel von 1450 ist es, für Anrufer\*innen den Best Point of Service (bestpassenden Versorgungsort) zu eruieren. Die durchschnittliche Gesprächsdauer ist hierbei ca. 9 Minuten pro Anruf<sup>2</sup> (DVSV & GÖG 2025:49). Der HVB (2019, S. 6) unterscheidet zwischen zwei Gesprächstypen: Informationsgespräche und Gesundheitsberatungsgespräche. Informationsgespräche beinhalten Informationen zu Öffnungszeiten, nächstgelegenen Gesundheitsdiensteanbietern, Gesundheitsangeboten sowie die Erfassung von Patient\*innenstammdaten. Gesundheitsberatungsgespräche haben zum Ziel, eine Dringlichkeitseinschätzung, eine Verhaltensempfehlung sowie eine Zuordnung zum Best Point of Service (bestpassenden Versorgungsort) zu eruieren. Diese Gespräche werden von eigens ausgebildeten Emergency Communication Nurses (ECN) durchgeführt.

Für die Durchführung der telefonischen Gesundheitsberatung in Österreich wird entschieden, kein eigenes System zu entwickeln, es wird ein bereits bestehendes angekauft. Die Entscheidung fällt auf „LowCode®“, ein Produkt des US-Herstellers Priority Dispatch Corp (PDC) (DVSV & GÖG 2019:20). Diese seit 2001 betriebene Software ist seit der bundesweiten Inbetriebnahme von 1450 im November 2019 in Verwendung. Ziel der Hersteller ist es, die Nutzung des Rettungsdienstes zu minimieren und ein „Programm zur Triage von Notrufen mit geringer Dringlichkeit“ zu bieten (Priority Solutions, 2023, S. 3).

Primäres Ziel ist es, lebensbedrohliche Zustände bei Anrufer\*innen frühzeitig auszuschließen. Sollten im Laufe des Gesprächs doch lebensbedrohliche Symptome genannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit, den Rettungsdienst zu entsenden (DVSV & GÖG 2019:6). Wird ein akuter Notfall ausgeschlossen, sammelt die ECN Informationen über weniger gravierende Gesundheitszustände, die die Symptome der Anrufer\*in verursachen könnten. (Priority Solutions 2023:6). Jedes Protokoll folgt einer algorithmischen Abfolge von jeweils definierten Einzelfragen (DVSV & GÖG 2019:20).

---

<sup>2</sup> Stand 2023

Anhand von 1.199 Fragen und Erklärungen beurteilt eine ECN, ob die genannten Symptome von Anrufer\*innen auf schwerwiegende, akute oder lebensbedrohliche Erkrankungen hindeuten. Fragen werden vom System an das Alter, das Geschlecht und die Gesprächssituation (z. B. Anruf durch Dritte für betroffene Personen) angepasst. Diese Anpassung soll es ermöglichen, nur die relevantesten Fragen zu stellen<sup>3</sup>. Um mögliche Falschinterpretationen durch die ECN zu verringern, ist es dieser nicht möglich, den Ablauf eines Protokolls zu ändern, Fragen zu überspringen oder auszulassen. Jede Frage des Protokolls soll für Anrufer\*innen geschlossen mit Ja/Nein zu beantworten sein. Das System beinhaltet einen „Fragebaum“/Algorithmus, welcher mit medizinischen Inhalten verknüpft ist. Es werden 903 Einschätzungsfragen und Anweisungen für das weitere Vorgehen nach Gesprächsende verwendet (HVB, 2019, S. 6; Priority Solutions, 2023, S. 6). Am Ende einer Beratung mit Lowcode® wird ein „Point of Service“ (ein Versorgungsort) und bei Bedarf eine Verhaltensempfehlung ausgesprochen. Als Versorgungsorte können z. B. genannt werden: Primärversorgungszentren, Selbstversorgung, Ärztekundendienst, Rettungstransport, Notfallaufnahme oder niedergelassenes ärztliches Personal (DVSV & GÖG 2025:13).

Psychosoziale Anliegen lassen sich in dieser biomedizinischen Logik nur begrenzt abbilden, da sie nicht als Symptome aufscheinen, keine spezifischen Algorithmen haben und eine strukturelle Weiterverweisung aufgrund unklarer Versorgungsorte erschwert ist (Grabenhofer-Eggerth u. a. 2019:17).

### **3 Forschungskontext**

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Forschungskontext und der Verortung der vorliegenden Arbeit innerhalb des Forschungsprojekts 1450+ Sozialarbeit. Es wird dargestellt, aus welchen fachlichen und empirischen Beobachtungen heraus das Projekt entstanden ist, wie der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte und welches spezifische Erkenntnisinteresse die vorliegende Arbeit innerhalb des Gesamtprojekts verfolgt. Abschließend werden das Forschungsinteresse sowie die leitenden Forschungsfragen aufgezeigt.

#### **3.1 Forschungsprojekt**

Basierend auf den beschriebenen Problemstellungen soll hier das Forschungsprojekt 1450+ Sozialarbeit ansetzen. Dieses Projekt der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten entstand in Kooperation mit Notruf Niederösterreich und der Leitstelle Tirol und befasst sich mit

---

<sup>3</sup> Anmerkung d. Verfassers: z. B. bei männlichen Anrufern nach der letzten Monatsblutung zu fragen

psychosozialen Anliegen im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Zentral ist hierbei die Annahme, dass „ein Teil der Anrufer\*innen Anliegen vorbringt, welche überwiegend im psychosozialen, sozialpsychiatrischen oder im Bereich von fehlenden organisatorischen Hilfefunktionen sind“ (Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten 2025).

Ausgangspunkt des Forschungsprojekts ist die wiederkehrende Beobachtung der Projektleitungen, dass bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Tirol und Niederösterreich vermehrt psychosoziale Anliegen aufscheinen und deren Bearbeitung im bestehenden biomedizinischen System die Leitstellen vor eine Herausforderung stellt.

Unter dem übergeordneten Themenschwerpunkt der telefonischen Gesundheitsberatung bildeten sich im Verlauf des Projektes drei Forschungsgruppen. Die erste Arbeit (Herneckzy et al.: 2025), bestehend aus 3 Kolleg\*innen, befasst sich mit der Entwicklung von sozialarbeiterisch fundierten Leitfäden für die Anliegen Ängstlichkeit, Einsamkeit und Sucht. Die zweite Arbeit (Helle-Van Kuren/Wagner: 2025) befasst sich mit den Grenzen der Standardisierung von telefonischer Gesundheitsberatung bei psychosozialen Anliegen. Die vorliegende Arbeit ist die dritte Arbeit des Forschungsprojekts und verfolgt das Ziel, das Auftreten sowie den Umgang mit psychosozialen Anliegen in den beteiligten Bundesländern zu untersuchen. Im Rahmen diverser Symposien und Projekttagungen wurden diese gemeinsam vorgestellt und diskutiert.

### 3.2 Zugang zum Feld

Der Feldzugang wurde über die Projektleitungen ermöglicht. Zu Beginn des Forschungsprozesses wurden Exkursionen zur Leitstelle Notruf Niederösterreich sowie zur Leitstelle Tirol durchgeführt, um ein grundlegendes Verständnis der organisatorischen Abläufe und der Arbeitsweise der Leitstellen und der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 zu erlangen. Zentrale Fachtermini des Feldes und grundlegende Prozesse der beteiligten Stakeholder wurden im Rahmen des Projekts erläutert. Zusätzlich konnte durch eine Mitstudierende ein Einblick in die Arbeitsweise des AKUTteams Niederösterreich gewonnen werden. Darüber hinaus fand ein Austausch mit der ITSU statt, in dessen Rahmen insbesondere infrastrukturelle und systemische Perspektiven auf die telefonische Gesundheitsberatung vermittelt wurden. Durch die Summe der Zugänge konnte ein Überblick über das Forschungsfeld sowie über die zugrunde liegenden organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen erlangt werden.

### 3.3 Forschungsinteresse und Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit psychosozialen Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 auseinander. Das Interesse des Verfassers liegt darin, zu erforschen, inwiefern psychosoziale Anliegen im Kontext von 1450 aufscheinen und welche Handlungsoptionen 1450 für deren Bearbeitung zur Verfügung stehen. Hierfür wurden für den Prozess die folgenden Forschungsfragen definiert:

1. Welche psychosozialen Anliegen werden von Nutzer\*innen an die Gesundheitsberatung 1450 herangetragen?
2. Welche Handlungsoptionen stehen Mitarbeiter\*innen der Gesundheitsberatung 1450 bei psychosozialen Anfragen zur Verfügung?

## 4 Forschungsdesign und Methodik

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Forschungsdesign sowie den eingesetzten Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Es wird gezeigt, welche Datenquellen herangezogen wurden, wie diese geprüft und bewertet wurden und auf welcher Grundlage die Auswahl der qualitativen Erhebungsmethode erfolgte.

### 4.1 Literaturrecherche

Zu Beginn wurde zur Orientierung im Forschungsfeld eine explorative Literaturrecherche durchgeführt. Hierfür wurden die Datenbanken PubMed, die Bibliothek der Universität Wien sowie die Bibliothek der FH St. Pölten genutzt. Ergänzend kamen internetbasierte Suchinstrumente zum Einsatz. Es folgte eine rückwärtsgerichtete Literaturrecherche. Dabei wurden die Literaturverzeichnisse thematisch einschlägiger Publikationen systematisch auf weitere, für die

Forschungsfragen relevante Quellen hin durchsucht. Für die Darstellung der Ergebnisse wurde gegenstandsbezogen nach weiterer Fachliteratur gesucht.

## 4.2 Deskriptive Strukturprüfung eines Sekundärdatensatzes

Im Rahmen des Forschungsprojekts erfolgte ein Treffen mit Mitarbeiter\*innen der ITSV. Bei diesem wurde die Lieferung eines Datensatzes mit potenziell psychosozialen Anliegen besprochen. Die Auswahl der Protokolle<sup>4</sup> erfolgte durch die Projektleitung anhand bestehender LowCode®-Protokolle. Nach Abschluss eines Vertrages über die Weitergabe von Daten zu Forschungszwecken zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Pölten und den Forschenden, kam es zu einer Übermittlung eines Datensatzes mit dem Titel „Beratungen aufgrund psychischer Beschwerden“. Dieser Datensatz ist eine Microsoft-Excel-Tabelle mit 26.963 Anrufen bei der telefonischen Gesundheitsberatung im Zeitraum 2017-2024. Der Datensatz enthält in der horizontalen Ebene verschiedene Variablen, darunter das betreibende Bundesland, das Alter und das Geschlecht der Patient\*innen, die Symptomkategorie des Anrufs, der Best Point of Service, der Wochentag, das Datum des Anrufs sowie die Gesprächsdauer. In der vertikalen Ebene sind die einzelnen Anrufe zeilenweise abgebildet und den jeweiligen Variablen zugeordnet.

Eine Auswertung des Datensatzes erfolgte nur marginal, da dieser inhaltlich und strukturell nicht geeignet war für die Beantwortung der Forschungsfragen. Es erfolgte eine Strukturprüfung von Sekundärdaten (Döring und Bortz 2016:191). Hierfür wurden die im Datensatz enthaltenen Symptomkategorien zeilenweise den verfügbaren Jahren (2017–2024) sowie den jeweiligen Bundesländern gegenübergestellt und farblich markiert, um sichtbar zu machen, in welchen Zeiträumen und Bundesländern Daten vorliegen. Die Visualisierung diente nicht der inhaltlichen Auswertung von Fallzahlen, sondern der Prüfung der zeitlichen Abdeckung, der Vollständigkeit einzelner Variablen und deren Nachvollziehbarkeit der Erfassung über Bundesländer hinweg. Auf diese Weise konnten Lücken, Abbrüche von Zeitreihen sowie fehlendes Einmelden von Kategorien identifiziert werden, die eine weiterführende quantitative Analyse im Hinblick auf psychosoziale Anliegen methodisch nicht zuließen. Eine inhaltliche Differenzierung der Anliegen über die vorgegebenen Symptom- und Erfassungskategorien ist nicht möglich. Themen wie Einsamkeit, Überforderung, Belastungen im sozialen Nahraum oder Versorgungsdefizite können im Datensatz

---

<sup>4</sup> Angst, Depression, Erschöpfung geriatrisch Erschöpfung geriatrisch 65+, Geriatrisch bedingte Erschöpfung , Geriatrisch bedingter Verwirrungszustand, Jugendlicher mit Suizidgedanke, Jugendlicher mit Suizidgedanken, Müdigkeit, Schlafstörung geriatrisch, Schlafstörung geriatrisch 65+, sonstiger Algorithmus, Suizidgedanken, Verhaltensänderung, Verwirrtheit, Verwirrungszustand geriatrisch und Verwirrungszustand geriatrisch 65+

nicht abgebildet und ausgewertet werden. Eine inhaltliche Differenzierung von psychosozialen Anliegen wäre vermutlich über die Auswertung der Freitextfelder<sup>5</sup> der ECNs möglich gewesen. Die Relevanz dieser Datenfelder wurde jedoch erst im Verlauf des Forschungsprozesses deutlich. Eine entsprechende Anforderung war im Rahmen der ursprünglichen Datenübermittlung nicht vorgesehen.

Aus diesem Grund kam es zu einer Anpassung der Methode und es wurde ein qualitativer Ansatz für das weitere Forschungsvorhaben gewählt, welcher eine Analyse psychosozialer Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 besser ermöglicht.

### 4.3 Leitfadengestützte Expert\*inneninterviews

Expert\*inneninterviews sind eine qualitative Erhebungsmethode, welche zum Ziel hat, professionsspezifisches Wissen durch die Befragung von Expert\*innen zu erlangen. Sie ist insbesondere für komplexe Fragestellungen, in welchen Expert\*innen ihr spezialisiertes Erfahrungs- und Hintergrundwissen, welches über allgemein zugängliche Informationen hinausgeht, situationsbezogen einzubringen.

Die Interviews wurden semi-strukturiert geführt, um den Expert\*innen Freiraum für detaillierte Antworten zu bieten, während es gleichzeitig einen Leitfaden mit vorab festgelegten Themenbereichen gab (Bogner et al., 2014). Sie sind als explorative und systematisierende Experteninterviews einzuordnen. Ziel war es, ein bislang nicht erforschtes Phänomen (das Auftreten und die Bearbeitung psychosozialer Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450) aus der Perspektive der betreibenden Stellen zu erschließen.

Die Gespräche dienten sowohl der Gewinnung informatorischen Wissens über organisatorische Abläufe und Rahmenbedingungen als auch der Erfassung von Deutungen und professionellen Einschätzungen zu schwer abbildbaren Fällen, Handlungsspielräumen und idealtypischen Versorgungsmodellen. Eine theoriegenerierende oder hypothesenprüfende Funktion stand nicht im Vordergrund.

### 4.4 Sampling der Expert\*innen

Für den Feldzugang stellte eine der Projektleitungen dem Verfasser die bundesweite Kontaktliste der sog. „1450 Usergroup“ zur Verfügung. Diese umfasst sämtliche operative Leitungen aller 1450-

---

<sup>5</sup> Anmerkungsfeld für Notizen und sonstige Informationen der ECN

Standorte und bildete die Grundlage für das Sampling der Expert\*innen. Die Kontaktaufnahme erfolgte schriftlich per E-Mail, es wurde allen potenziellen Interviewpartner\*innen das Forschungsvorhaben, der Zweck der Untersuchung sowie der Leitfaden übermittelt. Die Interviews wurden im Zeitraum von 12.12.2024 bis 14.05.2025 persönlich in der jeweiligen Leitstelle durchgeführt.

Interview	Bundesland	Funktion der IP	Datum	Dauer (min)
I1	Salzburg	Teamleitung 1450 Salzburg	12.12.2024	44:19
I2	Vorarlberg	Bereichsleitung 1450 Vorarlberg	18.12.2024	38:06
I3	Niederösterreich	Leitung Gesundheitsdienste 1450 & 141 Niederösterreich	07.01.2025	49:13
I4	Steiermark	Teamleitung 1450 Steiermark	23.01.2025	46:19
I5	Tirol	Fachlicher Leiter 1450 Tirol	29.01.2025	39:05
I6	Oberösterreich	1: Teamleitung 1450 Oberösterreich 2: ECN im operativen Betrieb <sup>6</sup>	05.03.2025	61:31
I7	Wien	Qualitätsbeauftragter 1450 Wien	26.03.2025	57:32
I8	Burgenland	Leitstellenleiter LSZ Burgenland	14.05.2025	51:53
-	Kärnten	- Betrieb an NNÖ ausgelagert-	-	-

Abbildung 3: Sampling der Expert\*innen, eigene Darstellung

## 4.5 Strukturgeleiteten Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid

Die Auswertung der geführten leitfadengestützten Expert\*inneninterviews erfolgte anhand der strukturgeleiteten Textanalyse nach Auer-Voigtländer und Schmid (2017). Dieses qualitative Auswertungsverfahren ist stark regelgeleitet und eine Möglichkeit zur systematischen Bearbeitung von umfangreichem vorstrukturiertem, qualitativem Datenmaterial. Diese Methode zielt auf die Gewinnung von manifesten Inhalten des Datenmaterials ab. Latente Inhalte sind nicht das primäre Ziel des Auswertungsverfahrens, können jedoch vereinzelt einbezogen werden.

---

<sup>6</sup> In Oberösterreich wurde das Interview mit zwei Personen geführt. Beide Interviewpersonen beantworteten die Fragen gemeinsam, wobei sich ihre Einschätzungen und Angaben inhaltlich deckten. Zur Vereinfachung des Leseflusses und aus Gründen der Konsistenz wird im Text einheitlich von „dem Experten“ gesprochen.

Die Vorstrukturierung des Datenmaterials erfolgt durch die Strukturierung des Erhebungsinstruments (Auer-Voigtländer und Schmid 2017:131). In der vorliegenden Arbeit wurde hierfür ein Interviewleitfaden erstellt, welcher die Grundlage für die Erstellung der „Auswertungsmatrix“ darstellte. Für das Tool der Auswertungsmatrix (meist eine Microsoft-Excel-Tabelle) werden in der ersten Spalte jeder Zeile Fragen bzw. Themenblöcke eingetragen. In die restlichen Spalten wird für jedes Interview eine Spalte festgelegt. Es folgen eine Spalte „Zeilenaussage“ und eine Spalte für Kommentare, Anmerkungen und Memos der auswertenden Person. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgt nicht durch eine wörtliche Transkription des gesamten Datenmaterials. Das vorhandene Material wird zusammengefasst und in das passende Feld der Auswertungsmatrix eingetragen. Es werden insbesondere längere Aussagen auf ihre Essenz reduziert und zusammengefasst. (Auer-Voigtländer und Schmid 2017:133). Die Bearbeitung der Kategorien ergibt jeweils eine Kategoriensaussage, welche den markanten Inhalt des Datenmaterials zusammenfasst. Bei der Betrachtung der „Memo-Spalte“ werden Inhalte identifiziert, welche auffällig im Vergleich zum restlichen Material erscheinen. Die Gesamtheit aus Kategorien- und Memo-Spalte bildet die Grundlage für die Darstellung der Ergebnisse. Die Leitfragen des Erkenntnisgewinns beziehen sich darauf, welche Zeilen- bzw. Kategoriensaussagen identifiziert werden können und welche Auffälligkeiten im Datenmaterial auftreten (Auer-Voigtländer und Schmid 2017:134).

Im Zuge der strukturgeleiteten Textanalyse wird das Datenmaterial anhand eines Codes referenziert, der sich aus der jeweiligen Zeilen- und Spaltennummer der Auswertungsmatrix ergibt (z. B. B5). Dies ermöglicht eine rasche Nachvollziehbarkeit in der Auswertungsmatrix und im Tonträger (Auer-Voigtländer und Schmid 2017:135).

## 5 Darstellung der Ergebnisse

### 5.1 Ergebnisse der deskriptiven Sichtung des Datensatzes

Die deskriptive Sichtung des vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (ITSV) bereitgestellten Datensatzes zeigt, dass psychosoziale Anliegen im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in relevantem Ausmaß auftreten. Im untersuchten Zeitraum lassen sich insgesamt 26.963 Kontakte identifizieren, die als potenziell psychosoziale Anliegen zu klassifizieren sind. Diese Zuordnung basiert auf jenen Protokollen und Systemausgängen, in denen keine primär somatische Symptomatik im Vordergrund steht, sondern psychische Belastungen, soziale Problemlagen oder ein allgemeiner Unterstützungs- bzw. Orientierungsbedarf dokumentiert sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte Kategorien psychosozialer Anliegen nur eingeschränkt im Datensatz abgebildet sind. Insbesondere das Protokoll „Sonstige Anliegen“ wurde im betrachteten Zeitraum ausschließlich im Rahmen einer Pilotphase erfasst und war dabei auf die Bundesländer Niederösterreich, Wien und Vorarlberg beschränkt. Eine österreichweit vergleichbare Darstellung dieser Anliegen ist daher nicht möglich. Aufgrund dieser beschriebenen methodischen Einschränkungen der Datengrundlage wurde auf eine weiterführende quantitative Auswertung der potenziell psychosozialen Anliegen verzichtet. Insbesondere erlaubt die bestehende Kategorisierungslogik keine differenzierte inhaltliche Analyse der hinter den Systemausgängen liegenden Problemlagen. Für eine vertiefende Auswertung psychosozialer Anliegen wäre insbesondere ein strukturierter Zugriff auf Freitextfelder der ECNs erforderlich, in denen psychosoziale Aspekte im Gespräch detaillierter beschrieben werden könnten. Diese stehen im vorliegenden Datensatz jedoch nicht zur Verfügung. Insgesamt verdeutlicht die deskriptive Datensichtung, dass psychosoziale Anliegen bei 1450 strukturell vorhanden und im System zumindest teilweise sichtbar sind. Gleichzeitig zeigen sich deutliche Grenzen der quantitativen Erfassbarkeit, wodurch die Fallzahl von 26.963 Kontakten als konservative Annäherung an das tatsächliche Ausmaß psychosozialer Anliegen zu verstehen ist.

## 5.2 Bundeslandspezifische Struktur- und Organisationsmerkmale von 1450

Die folgende Tabelle soll einen kompakten Überblick über zentrale Eckdaten der Betreiber der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in den einzelnen Bundesländern geben. Dargestellt werden unter anderem die Trägerorganisationen, der Umfang der eingesetzten ECNs in Vollzeitäquivalenten, der ACE- bzw. CCA-Status sowie die Möglichkeit der Weiterführung psychosozialer Anliegen. Zusätzlich werden bundeslandspezifische Best-Practice-Vorstellungen zur Bearbeitung psychosozialer Anliegen zusammengefasst. Ziel der Tabelle ist es, strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Bundesländern sichtbar zu machen und vergleichbar darzustellen. Das folgende Kapitel greift diese Übersicht auf und vertieft die dargestellten Aspekte anhand detaillierter Beschreibungen der jeweiligen Landesstrukturen, Selbstverständnisse und organisatorischen Rahmenbedingungen.

Abbildung 4: Eckdaten der 1450 Betreiber, eigene Darstellung

Bundesland	Betreiber	ECN-VZÄ	C C A	A C E	↔ / →	Best-Practice-Vorstellungen für Bearbeitung psychosozialer Anliegen
Salzburg	RK Salzburg	6,5	X	X	→	Mehr Vernetzung zw. Stakeholdern, Nachgehende Ressourcen, auch am WE, Möglichkeit für gezielteres Abbilden von psychosozialen
Vorarlberg	RK Vorarlberg	11,6	✓	X	→	Mehr Vernetzung innerhalb der 1450 User, passende Versorgungsort auch am WE
NÖ	Notruf NÖ GmbH	27	✓	✓	↔	Ausbau mobiler psychosozialer Versorgung in Österreich
Steiermark	RK Steiermark	13,1	✓	X	↔	Psychosoziales Clearing bei 1450 durch SoA, Ausgehende Anrufe von 1450 sollen einheitlich als Rufnummer 1450 angezeigt werden
Tirol	Leitstelle Tirol gGmbH	10,5	X	X	→	Mehr Protokolle die soziale Aspekte von Gesundheit berücksichtigen. Direktes CM bei 1450
OÖ	RK OÖ	19,2	✓	X	→	Vereinheitlichung von 1450 und Vernetzung
Wien	FSW	45	✓	X	↔	Mehr Protokolle die psychosoziale Themen abfragen besonders Angehörige, Palliativthema & chronische Erkrankungen
Burgenland	LSZ Burgenland	7	✓	X	~	24h konsultierbare psychosoziale Ressource
Kärnten	Notruf NÖ GmbH	-	✓	✓	-	-

Legende:

↔ = Weiterführung psychosozialer Anliegen durch direkte „warme“ Übergabe oder Rückrufticket  
 → = reine Beauskunftung potenzieller psychosozialer Verweisungsressourcen (z. B. PSD)  
 ~ = Weiterführung psychosozialer Anliegen nur Werktags zu Bürozeiten

### 5.2.1 Salzburg

Die telefonische Gesundheitsberatung im Bundesland Salzburg wird vom Österreichischen Roten Kreuz Salzburg betrieben (B21). 1450 Salzburg ist nicht ACE-zertifiziert (B16).

Den Auftrag von 1450 versteht die Expertin als Patient\*innenleitung und Lotsenfunktion im Gesundheitssystem sowie als Unterstützung für den niedergelassenen Bereich. Aufgabe von 1450 sei es unter anderem, Anrufer\*innen dabei zu helfen, gesundheitliche Beschwerden einzuordnen. Ein weiteres Ziel bestehe darin, dass Anrufer\*innen ein Gefühl dafür entwickeln, was als Notfall einzuschätzen ist und was nicht. Das größte Potenzial von 1450 sieht die Interviewperson in der Patientenstromlenkung. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass das Wissen in der Bevölkerung über das Angebot und die Tätigkeit von 1450 sehr gering sei und die Hotline nach wie vor stark mit ihrer früheren Funktion als Corona-Hotline in Verbindung gebracht werde (B4).

Das Personal umfasst zum Zeitpunkt des Interviews insgesamt zehn ECNs, entsprechend 6,5 Vollzeitäquivalenten. Nicht alle Mitarbeitenden sind hauptberuflich beschäftigt. Eine Person arbeitet auf freiwilliger Basis und übernimmt etwa einen Spätdienst pro Woche. Geplant wäre laut Interviewperson eine Aufstockung auf 7,5 VZÄ. Diese sei derzeit jedoch aufgrund geringer Bewerbungen nicht umgesetzt. Sämtliche beschäftigte ECNs verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (B5).

In Salzburg besteht derzeit kein zwischengeschaltetes Calltaker-System. Eingehende Anrufe bei 1450 werden direkt von den ECNs entgegengenommen. Die Interviewperson hält fest, dass man langfristig voraussichtlich Calltaker benötigen werde. Im Ablauf wird zwischen Informationsgespräch (Auskunft) und Gesundheitsberatung (als „umfassende LowCode® -Beratung“) unterschieden. Diese Unterscheidung erfolgt nach Angaben der Interviewperson anhand des fachlichen Hintergrundwissens der ECNs. In bestimmten Situationen werde bewusst kein LowCode® -Prozess gestartet, etwa wenn es sich um klar erkennbare Anliegen handelt oder wenn man davon ausgeht, dass Anrufer\*innen durch eine formale Datenabfrage „verloren“ gehen könnten. In solchen Fällen wird ein Informationsgespräch geführt und die erforderliche Empfehlung gegeben (B7, B17).

### 5.2.2 Vorarlberg

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 im Bundesland Vorarlberg wird vom Roten Kreuz Vorarlberg betrieben (C21). 1450 Vorarlberg ist nicht ACE-zertifiziert (C16).

Die Interviewperson beschreibt ihr Selbstverständnis der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Vorarlberg vorrangig als Aufgabe einer Triagefunktion bzw. zur Dringlichkeitseinschätzung. Die Bezeichnung „Gesundheitsberatung“ führe mitunter zu Missverständnissen. Anrufer\*innen würden

darunter teilweise etwas anderes verstehen und mitunter sehr spezifische Fragen stellen, etwa zu nicht akuten Problemen wie Impfungen oder allgemeinem Verhalten (C4).

Der Personalstand bei den ECNs umfasst zum Zeitpunkt des Interviews 11,6 VZÄ. Sämtliche beschäftigten ECNs verfügen über eine abgeschlossene Ausbildung als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (C5). In Vorarlberg sind bei der telefonischen Gesundheitsberatung 4,6 VZÄ als Calltaker\*innen eingesetzt. Diese müssen in Vorarlberg über eine medizinische Grundausbildung verfügen, mindestens Rettungssanitäter\*in oder Pflegeassistent\*in. Ein Einsatz von Personen ohne den geforderten beruflichen Hintergrund erfolgt nicht (C17).

Es wird bei Anrufen zwischen Auskunft- und Gesundheitsberatungsgesprächen unterschieden. Kommt im Gespräch ein LowCode®-Protokoll zur Anwendung, handelt es sich um ein Gesundheitsberatungsgespräch mit strukturierter Erfassung und Dringlichkeitseinschätzung. Erfolgt lediglich eine Auskunft, etwa zu Fragen wie der Erreichbarkeit von Ärzt\*innen oder Apotheken, wird kein LowCode®-Protokoll geöffnet. Das Gespräch gilt dann nicht als Gesundheitsberatung, sondern als Auskunft (C7).

### 5.2.3 Niederösterreich

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wird in Niederösterreich von der Notruf Niederösterreich GmbH betrieben. 1450 ist organisatorisch als Abteilung in Notruf Niederösterreich eingebettet und nutzt dessen bestehende Leitstellenstruktur (D21). Notruf Niederösterreich führt für das Bundesland Kärnten die telefonische Gesundheitsberatung durch (D25) und stellt für das Bundesland Tirol das Ausfallszenario in der Nacht dar (D14).

Die telefonische Gesundheitsberatung Niederösterreich ist ACE-zertifiziert. Diese Zertifizierung wird vom LowCode®-Hersteller PDC vergeben. Notruf NÖ verwendet als Abfragesystem beim Rettungsnotruf AMPDS®<sup>7</sup>, ebenfalls von PDC. Für dieses besteht bei Notruf NÖ seit 2009 eine ACE-Zertifizierung (Notruf Niederösterreich 2025). Der Experte beschreibt, dass es daher naheliegend war auch für LowCode® eine ACE-Akkreditierung anzustreben. Der Experte beschreibt, dass das Zertifikat zunächst über einen Kriterienkatalog erworben wird und anschließend in regelmäßigen Abständen rezertifiziert werden muss. Ein zentraler Bestandteil dieser Rezertifizierung ist die laufende Überprüfung der Protokolltreue („Anruf-Compliance“), bei der monatlich Stichproben von Gesprächen ausgewertet und an den Hersteller zurückgemeldet werden (D16).

---

<sup>7</sup> Advanced Medical Priority Dispatch System

Die Interviewperson beschreibt 1450 als Instrument, um Bürger\*innen mit gesundheitlichen Problemen am Telefon erstmalig einzuschätzen. Dies decke sich auch mit dem Grundgedanken und dem offiziellen Auftrag von 1450. Sie verortet 1450 stärker in einer beratenden Rolle neben der Lenkungsfunktion. Die Lenkungsfunktion wird dabei als ausbaufähig beschrieben. Ziel müsse es aus ihrer Sicht sein, die Beratungskomponente weiterzuentwickeln (D4).

Zum Zeitpunkt des Interviews werden im Bereich der ECN 27 VZÄ genannt. Ein Ausbau auf 30,5 VZÄ ist laut Interviewperson vorgesehen. Der Ausbau wird mit steigenden Anruf- und Beratungszahlen sowie mit absehbaren wachsenden inhaltlichen Anforderungen begründet.

Die Gesundheitsberatungsgespräche werden ausschließlich von DGKP durchgeführt. Die Interviewperson betont, dass für diese Tätigkeit erfahrenes Pflegepersonal gesucht wird und entsprechende lange Kündigungsfristen bei Neueinstellungen zu berücksichtigen sind (D5).

Neben den ECN sind auch Callcenter Agents (CCA) bei 1450 Niederösterreich tätig. CCA verfügen über keine medizinische Grundausbildung, sondern absolvieren eine spezifische interne Ausbildung. Diese umfasst eine etwa zweiwöchige theoretische Schulung sowie eine praktische Ausbildungsphase im Umfang von rund 80 bis 120 Stunden. Calltaker dürfen ausschließlich jene Inhalte bearbeiten, die ihnen durch definierte Abfragebäume und Zuständigkeiten zugewiesen sind (D17).

Bei 1450 in Niederösterreich wird zwischen Auskünften und Gesundheitsberatungsgesprächen unterschieden. Dies erfolgt strukturiert über den Erstkontakt. CCA klären zunächst das Anliegen. Liegt eine reine Auskunftfrage vor (z. B. Öffnungszeiten, Bereitschaftsdienste), wird diese direkt beantwortet. Sobald ein medizinisches Symptom geschildert wird, das nicht als akuter Notfall einzustufen ist, erfolgt die Weiterleitung an eine ECN zur Gesundheitsberatung. Bei klaren Notfallsymptomen wird der Anruf unmittelbar in den Rettungs- bzw. Notrufbereich übernommen (D7).

#### 5.2.4 Steiermark

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wird in der Steiermark vom Roten Kreuz Steiermark betrieben (E21). 1450 Steiermark ist nach Angaben der Interviewperson nicht ACE-zertifiziert. Die Expertin gibt an, dass in der dortigen Rettungsleitstelle ein anderes Programm zur Notrufabfrage verwendet werde und eine ACE-Zertifizierung daher nicht möglich sei (E16).

Die Interviewperson beschreibt, dass die Art und Weise, in welcher 1450 nach außen kommuniziert werde, sich nicht mit dem wahrgenommenen operativen Geschehen und dem, was 1450 tatsächlich leisten könne, decke. Insbesondere die Bezeichnung „Gesundheitsberatung“ wird von der Expertin als unzutreffend bezeichnet. Stattdessen sieht sie 1450 primär als Wegweiser bzw. Lotsenfunktion.

Die zentrale Aufgabe bestehe darin, Anrufer\*innen in geeignete Versorgungsstrukturen weiterzuleiten. Die Expertin meint: „Wir sind weit weg von Beratern und wir könnten aber viel mehr beraten“ (E4). ECN stehen ärztlich freigegebene Standard Operating Procedures (SOP) zur Verfügung, anhand derer einfache Maßnahmen wie Waden- oder Brustwickel sowie Atemübungen angeleitet werden können. Ohne diese parallel eingesetzten SOPs wäre 1450 aus Sicht der Interviewperson noch weiter von einer beratenden Tätigkeit entfernt (E4).

In der Steiermark werden Gesundheitsberatungsgespräche ausschließlich von ECN durchgeführt, diese müssen ausgebildete DGKP sein. Zum Zeitpunkt des Interviews sind bei der telefonischen Gesundheitsberatung 13,1 VZÄ als ECN angestellt (E5).

In der Steiermark sind zusätzlich Calltaker im First Level eingesetzt. Diese übernehmen die Anrufannahme, erteilen Auskünfte und leiten Anruferinnen an geeignete Versorgungsorte weiter. Nach Angaben der Interviewperson kommen Calltaker insbesondere bei Anrufen mit psychischen Problemlagen häufig zum Einsatz. Alle Calltaker müssen gemäß einer Vorgabe des Roten Kreuzes Steiermark über eine abgeschlossene Ausbildung zur Rettungssanitäter\*in verfügen (E17).

Zwischen Auskunftsgesprächen und Gesundheitsberatungsgesprächen wird strukturell unterschieden. Calltaker übernehmen reine Auskünfte, etwa zu Ordinationen oder Apotheken. Sobald im Gespräch Symptome genannt werden, wird ein Rückruf durch eine ECN angelegt. In Ausnahmefällen, etwa im Nachtdienst, können ECN auch Aufgaben des First Level übernehmen (E7).

### 5.2.5 Tirol

Der Betreiber von 1450 Tirol ist die Leitstelle Tirol gGmbH. Die telefonische Gesundheitsberatung Tirol ist nicht ACE-zertifiziert. Im Interview wird dies damit begründet, dass einerseits bis dato der Bedarf dahinter nicht gesehen wurde. Andererseits weil sich die Struktur noch in einer Aufbau- und Entwicklungsphase befinde. Nach dem Start der Gesundheitsberatung und der starken Prägung durch die COVID-19-Pandemie könne das Kerngeschäft erst seit wenigen Jahren kontinuierlich betrieben werden, weshalb eine ACE-Zertifizierung zum Zeitpunkt des Interviews kein Thema ist (F16).

Die Interviewperson beschreibt den Auftrag von 1450 Tirol primär als Wegweiser und Entlastungsinstrument für das Gesundheitssystem. Ziel sei es, Patient\*innen im System zu lenken. Gleichzeitig wird betont, dass dieser Auftrag in Tirol nur eingeschränkt umgesetzt werden könne, da abseits von Notfallambulanz, Rettungsdienst und niedergelassenem Bereich nur wenige weitere Versorgungsoptionen zur Verfügung stehen (F4). Das Personal umfasst zum Zeitpunkt des Interviews insgesamt elf ECN, entsprechend 10,5 Vollzeitäquivalenten. Alle ECN verfügen über eine

abgeschlossene Ausbildung als DGKP. Die telefonische Gesundheitsberatung wird in Tirol ausschließlich von dieser Berufsgruppe durchgeführt (F5).

In Tirol gibt es keine vorgelagerten Calltaker (F17). Jeder Anruf, der über die Nummer 1450 eingeht, wird direkt von einer ECN entgegengenommen. Obwohl es keinen First und Second Level bei 1450 in Tirol gibt, wird unterschieden zwischen Auskunfts- und Gesundheitsberatungsgesprächen. Ein Gesundheitsberatungsgespräch liegt dann vor, wenn Anrufer\*innen ein Symptom schildern oder wenn im Gespräch ein gesundheitlicher Hintergrund abgeklärt werden muss. Dazu zählen auch Anfragen zu Medikamenten oder Apotheken, da hierbei geprüft wird, ob ein gesundheitliches Problem zugrunde liegt. Als Auskünfte gelten hingegen allgemeine Informationsanfragen, etwa zu Krankmeldungen oder Öffnungszeiten. Nicht jede Auskunft wird dokumentiert. Sobald jedoch ein Gesundheitsbezug erkennbar ist, erfolgt eine Bearbeitung und Dokumentation in LowCode® (F7).

### 5.2.6 Oberösterreich

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 Oberösterreich wird vom Roten Kreuz Oberösterreich betrieben. Eine ACE-Zertifizierung liegt in Oberösterreich nicht vor. Laut Interviewperson habe eine entsprechende Zertifizierung im Bundesland nie eine Rolle gespielt, da sie für den laufenden Betrieb nicht als notwendig erachtet werde. Zudem wird darauf verwiesen, dass eine ACE-Zertifizierung die Nutzung von AMPDS voraussetzen würde. Für den Leitstellenbereich in Oberösterreich wird beschrieben, dass kein standardisiertes Abfragesystem verwendet werde. Notrufe werden von Rettungssanitäter\*innen entgegengenommen, die den Notfallausschluss beherrschen müssen.

Den Auftrag und das Selbstverständnis von 1450 beschreibt die Interviewperson als Patient\*innenlenkung. 1450 wird in Oberösterreich intern auch „PALES“ genannt, eine Abkürzung für Patientenauskunft und Lenksystem. Ziel sei es, Anrufer\*innen je nach Situation und Dringlichkeit an den jeweils passenden Versorgungsort zu lenken. Dies könne bedeuten, dass Personen zu Hause bleiben, den niedergelassenen Bereich aufsuchen, eine Krankenhausambulanz aufsuchen oder im Notfall eine Rettungskette ausgelöst wird. Die Interviewperson betont, dass diese Lenkungsfunktion zunehmend an Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass ein großer Teil der Tätigkeit aus reinen Auskünften besteht und nicht aus Gesundheitsberatung im engeren Sinn.

In Oberösterreich sind ECNs im Ausmaß von 19,2 Vollzeitäquivalenten beschäftigt. Zusätzlich sind Medizinstudierende im Umfang von 1,75 VZÄ tätig. Voraussetzung für ihre Tätigkeit ist ein abgeschlossener Bachelorabschluss. Medizinstudierende dürfen LowCode® nicht eigenständig anwenden, sondern nur in Anwesenheit einer ECN. Als Begründung wird angeführt, dass zwar fachliches Wissen vorhanden sei, jedoch die in Oberösterreich für ECN geforderte dreijährige

Berufserfahrung fehle. Es wären bis zu 21,5 VZÄ bei ECN genehmigt. Diese sind zum Interviewzeitpunkt noch nicht vollständig besetzt (G5).

Es wird zwischen Auskünften und Gesundheitsberatungsgesprächen unterschieden. Ein großer Teil der Anrufe wird als reine Auskunft bearbeitet. Die Interviewperson schätzt diesen Anteil auf etwa zwei Drittel der Kontakte. In Oberösterreich sind neben ECN auch Calltaker im Einsatz. Laut dem Experten handelt es sich dabei um Rettungssanitäter. Ihre Aufgabe besteht in der Bearbeitung von Auskunftsgesprächen sowie im Notfallausschluss. Gesundheitsberatungsgespräche werden hingegen von ECN oder Medizinstudent\*innen geführt (G7).

### 5.2.7 Wien

Die telefonische Gesundheitsberatung Wien wird operativ vom Fonds Soziales Wien (FSW) betrieben (H21). 1450 Wien ist zum Zeitpunkt des Interviews nicht ACE-zertifiziert. Die Interviewperson benennt die Zertifizierung jedoch als Ziel für die Zukunft (H16).

Die Interviewperson beschreibt den Auftrag von 1450 Wien als Durchführung von Dringlichkeitseinschätzungen, Abgabe von Handlungsempfehlungen und möglichst umfassende Serviceerbringung „im Haus“. Ziel sei es, Anrufer\*innen nicht nur weiterzuverweisen, sondern konkrete Leistungen direkt zu veranlassen. Genannt werden unter anderem die Organisation telemedizinischer Videokonsultationen, Terminbuchungen in Primärversorgungseinheiten sowie die direkte Veranlassung von Krankentransporten (H4).

Die Interviewperson gibt an, dass in Wien ECN im Umfang von 45 VZÄ tätig sind. Alle ECN müssen DGKP sein und mindestens 4 Jahre Berufserfahrung haben. Die ECN sind beim FSW angestellt (H5).

In Wien gibt es Calltaker im First Level. Diese verfügen über keine medizinische Ausbildung. Es handelt sich um Telefonisten in einem Callcenter, die Anrufe entgegennehmen, Daten erfassen und an 1450 bzw. 144 weiterleiten. Für Technik, Telefonanlage und Callcenter-Infrastruktur wird ein externer Dienstleister eingesetzt. Vienna Communications ist für die technische Abwicklung im First Level zuständig (H17). Bei diesem Dienstleister sind auch die Calltaker angestellt (H21).

In Wien ist die telefonische Gesundheitsberatung in ein First- und Second-Level-System gegliedert. Im First Level bearbeiten Calltaker Auskünfte und Anliegen, etwa zu Öffnungszeiten, Kontaktdaten oder allgemeinen Informationen. Sobald eine medizinische Symptomatik vorliegt oder eine Dringlichkeitseinschätzung erforderlich ist, wird der Anruf an das Second Level weitergeleitet. Dort führen ECNs die Gesundheitsberatung mittels LowCode® durch und veranlassen gegebenenfalls weitere Schritte (H7).

## 5.2.8 Burgenland

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 im Burgenland wird von der Landessicherheitszentrale Burgenland (LSZ Burgenland) betrieben. Die LSZ ist eine landeseigene Leitstelle und vereint neben 1450 auch Rettungsleitstelle, Feuerwehrleitstelle, Ärztenotdienst sowie die Landeswarnzentrale. Die Gesundheitsberatung mit ECN wird im Burgenland seit 2023 eigenständig durchgeführt. Zuvor bestand eine Kooperation mit Notruf Niederösterreich (I21).

Der Experte versteht 1450 als Erstanlaufstelle für gesundheitliche Fragestellungen bei akuten Symptomen. Ziel ist es, eine telefonische Dringlichkeitseinschätzung vorzunehmen und den nächsten geeigneten Versorgungsschritt zu empfehlen. Anrufer\*innen sollen nach Möglichkeit nicht „im Kreis geschickt“ werden. Mehrfache Weiterverweisungen sollen vermieden werden. Zu diesem Zweck werden innerhalb von 1450 zusätzliche Services angeboten, z.B. die direkte Organisation eines Visitenarztes. So soll die telefonische Gesundheitsberatung damit auch zur Entlastung der Krankenhausambulanzen beitragen (I4).

Zum Zeitpunkt des Interviews sind im Burgenland 7 von 8 zur Verfügung stehenden Vollzeitstellen für ECN besetzt. Nachts ist mindestens eine ECN im Dienst, tagsüber in der Regel zwei. Die Gesundheitsberatung wird ausschließlich durch DGKP durchgeführt. Alle ECNs verfügen über eine entsprechende pflegerische Ausbildung und sind für die Anwendung von LowCode® geschult (I5).

Neben den ECN gibt es Calltaker und Disponent\*innen innerhalb der LSZ. Diese sind im Landesdienst angestellt. Calltaker müssen eine Ausbildung als Rettungsanitäter\*in absolviert haben. Die Voraussetzung, um intern zur Disponent\*in ausgebildet zu werden, ist mit Berufserfahrung als Calltaker verbunden (I17).

Die Unterscheidung zwischen Auskünften und Gesundheitsberatung erfolgt über den Gesprächsinhalt und die Anwendung von LowCode®. Wenn ECNs verfügbar sind, nehmen sie Anrufe direkt an und führen sowohl Datenerhebung als auch Beratung durch. Ist dies nicht der Fall nehmen Calltaker bzw. Disponenten Anrufe entgegen, nehmen Daten auf verweisen gegebenenfalls weiter oder entsenden den Rettungsdienst. Gesundheitsberatungsgespräche mit LowCode® umfassen etwa 7.000 Fälle pro Jahr und betreffen vor allem Anrufe mit akuter Symptomatik. Daneben gibt es eine Vielzahl von Auskunftsgesprächen, etwa zu Medikamenten, Ordinationszeiten oder Versorgungsorten, sowie Gespräche, die über das „Sonstige“-Protokoll oder am LowCode® vorbei bearbeitet werden (I7).

## 5.2.9 Exkurs Kärnten

Kärnten stellt innerhalb der bundesweiten Analyse der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 einen Sonderfall dar, da der operative Betrieb von 1450 nicht durch einen eigenständigen Kärntner Betreiber

erfolgt, sondern von der Notruf Niederösterreich GmbH durchgeführt wird. Entsprechend liegen zu Kärnten keine Interviewaussagen eines eigenen Betreibers vor. Die folgenden Ausführungen basieren daher ausschließlich auf Aussagen jener Interviewpartner\*innen, die Kärnten im Rahmen ihrer Mitbetreuung bzw. in vergleichender Perspektive thematisieren (D25).

Die Interviewperson aus Niederösterreich beschreibt, dass Kärnten im Zuge des bundesweiten Rollouts von 1450 kurz vor der COVID-19-Pandemie keinen eigenen Betreiber etablierte. Stattdessen wurde die Leistung ausgelagert, nachdem innerhalb des Bundeslandes offenbar keine Organisation gefunden worden war, welche die Durchführung übernehmen konnte. Nach Angaben der Interviewperson wurden zunächst die in Kärnten bestehenden Rettungsorganisationen hinsichtlich eines möglichen Eigenbetriebs von 1450 angefragt. Diese hätten sich jedoch nicht in der Lage gesehen, die telefonische Gesundheitsberatung selbst umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wurde auf bestehende Betreiberstrukturen zurückgegriffen. Zum damaligen Zeitpunkt war der Betrieb von 1450 im Burgenland bereits an Notruf NÖ ausgelagert. Dadurch war auf landespolitischer Ebene bekannt, dass Notruf NÖ auch den Betrieb für andere Bundesländer übernehmen könne (D25).

Diese Form der Auslagerung wird als relevanter Kontextfaktor für die Nutzung von 1450 in Kärnten beschrieben. Die Anruhzahlen werden für das Jahr 2024 mit rund 6.500 Anrufen angegeben und damit als vergleichsweise niedrig eingeordnet. Die geringe Nutzung von 1450 im Bundesland Kärnten scheint auch in einem Bericht des Rechnungshofs auf (Rechnungshof Österreich 2023:78). Im Vergleich zu anderen Bundesländern, insbesondere zu Niederösterreich oder Wien, wird Kärnten als Bundesland mit geringer Nutzung von 1450 benannt. Diese geringe Inanspruchnahme wird nicht primär auf einen fehlenden Bedarf zurückgeführt. Vielmehr werden strukturelle Faktoren genannt. Als Faktoren werden genannt, dass 1450 in Kärnten gering beworben werde und die Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen nur eingeschränkt erfolgt sei. Zudem beschreibt die interviewte Person, dass in Kärnten die Rufnummern 1450 und 141<sup>8</sup> getrennt geführt werden. Anrufe über 1450 gelangen zu 1450 bei Notruf Niederösterreich, während Anrufe über 141 zu 141 Kärnten führen. Anders als in Niederösterreich würden diese Zugangswege nicht zusammengeführt, sondern parallel bestehen. Dadurch verbleiben Anfragen weiterhin im ärztlichen Bereitschaftsdienst, ohne die Gesundheitsberatung 1450 zu erreichen. Der Experte Niederösterreich meint in diesem Zusammenhang, dass eine rein technische Bereitstellung der Gesundheitsberatung nicht ausreicht, um eine nachhaltige Nutzung sicherzustellen (D25).

Aussagen zu psychosozialen Anliegen im engeren Sinne liegen für Kärnten nicht eigenständig vor. Da kein eigenes Kärnten-Interview geführt wurde, finden sich weder landesspezifische

---

<sup>8</sup> Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Einschätzungen zum Anteil psychosozialer Anfragen noch Aussagen zur Kategorisierung oder Bearbeitung solcher Anliegen. 1450 Kärnten zeigt auf, wie stark Nutzung, Sichtbarkeit und Einbettung von 1450 von landespolitischen Entscheidungen und organisatorischen Rahmenbedingungen abhängen. Für die Beantwortung der Forschungsfrage nach psychosozialen Anliegen bei 1450 kann Kärnten daher nicht berücksichtigt werden.

### 5.3 Psychosoziale Anliegen im Kontext von 1450

Das folgende Kapitel widmet sich psychosozialen Anliegen, wie sie im Rahmen der Expert\*inneninterviews bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in den einzelnen österreichischen Bundesländern beschrieben wurden.

Es soll aufgezeigt werden, welche psychosozialen Anliegen im operativen Betrieb von 1450 auftreten, wie diese von den interviewten Expert\*innen verstanden werden und in welcher Weise sie im bestehenden System wahrgenommen, erfasst werden.

Die Darstellung erfolgt bundeslandspezifisch und orientiert sich an Ergebnissen aus den Interviews. Dazu zählen das jeweilige Verständnis psychosozialer Anliegen, Einschätzungen zur Häufigkeit, inhaltliche Ausprägungen sowie der Umgang mit Daueranrufer\*innen. Darüber hinaus wird gezeigt, inwiefern psychosoziale Anliegen in LowCode® abgebildet, kategorisiert oder dokumentiert werden können und welche Anfragetypen von den Expert\*innen als schwer systemisch erfassbar beschrieben werden. Ein zusammenfassender Vergleich erfolgt im abschließenden Zwischenfazit.

#### 5.3.1 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Salzburg

Die Expertin beschreibt psychosoziale Anliegen als Anliegen, die sich auf Depressionen oder ähnliche psychische Belastungen beziehen und nicht in das Spektrum somatischer Problemlagen fallen. Gemeint sind insbesondere Erkrankungen oder Belastungen, die nicht mit akuten Schmerzen oder körperlichen Beschwerden einhergehen und bei denen psychische Belastungen im Vordergrund stehen (B18).

Psychosoziale Anliegen werden von 1450 Salzburg als relativ gering eingeschätzt und werden im Bereich von etwa fünf bis zehn Prozent der Anrufe verortet. Es wird von der Expertin vermutet, dass 1450 Salzburg aufgrund niedriger Anrufrufen im Verhältnis zur Einwohnerzahl auch einen geringen Anteil psychosozialer Anliegen aufweist (B8). Im Zusammenhang mit dieser Schätzung wird darauf verwiesen, dass es einzelne Daueranrufer\*innen gibt. Diese würden aufgrund einer kurzen Gesprächsdauer geringe personelle Ressourcen binden.

Als Gründe für wiederholte Anrufe nennt die Interviewperson Angst, Einsamkeit, das Fehlen alternativer Bezugspersonen sowie Unsicherheit bei geringfügig auffälligen körperlichen Wahrnehmungen<sup>9</sup> und einem Bedürfnis nach Rückversicherung. In Einzelfällen wurde versucht, die Hintergründe dieser wiederholten Anrufe zu eruieren. Eine klare Ursache konnte allerdings nicht identifiziert werden (B20).

Als häufige psychosoziale Themen werden Angst und Unsicherheit beschrieben. Diese äußern sich etwa in Sorgen über körperliche Symptome, die medizinisch nicht als akut eingeschätzt werden, bei den Anrufer\*innen jedoch Verunsicherung auslösen. Einsamkeit scheint als Anliegen bei 1450 insbesondere im zeitlichen Zusammenhang mit den Weihnachtsfeiertagen auf (B9).

Anliegen bzgl. Sucht, Gewalt oder finanzielle Nöte werden als selten beschrieben. Vereinzelt werden Anfragen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum genannt, etwa in Form von Unsicherheit darüber, wie und wo Hilfe in Anspruch genommen werden kann. Finanzielle Nöte werden eher indirekt thematisiert, wenn Anrufer\*innen äußern, dass sie sich bestimmte Unterstützungsangebote oder Fahrten nicht leisten können. Finanzielle Probleme sind meist nicht der primäre Grund des Anrufs, sondern zeigen sich im Verlauf des Gesprächs. Gewalt wird nicht als häufiges bzw. eigenständiges Anliegen beschrieben, sondern tritt indirekt in Form von Sorgebekundungen von Angehörigen im Zusammenhang mit dem Verhalten von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder demenziellen Veränderungen auf. Dabei handelt es sich überwiegend nicht um akute Gewaltsituationen, sondern um Ängste vor möglicher Eskalation. Konkrete Fälle von akuter Gewalt oder unmittelbarer Gefährdung werden nicht als typisches Anliegen benannt (B9).

Psychosoziale Anliegen werden in Salzburg nicht eigenständig kategorisiert. Es existiert weder eine ausgewiesene Kategorie für psychosoziale Anfragen in LowCode® noch erfolgt eine Untergliederung oder Auswertung der Kategorie „Sonstige“. Psychosoziale Anliegen werden nicht unter „Sonstige“ subsumiert, sondern verbleiben häufig innerhalb bestehender somatischer Protokolle. Wenn psychosoziale Aspekte im Gespräch von der ECN als relevant erachtet werden, werden sie ergänzend im Anmerkungs- bzw. Freitextfeld dokumentiert. Die Interviewperson beschreibt dies wie folgt: „Es hat bis jetzt auch noch niemand irgendwie für nötig befunden, diese psychosozialen Anfragen einfach irgendwie genauer darzustellen“ (B10).

Mehrere Aspekte psychosozialer Anliegen werden als schwer in LowCode® abbildbar beschrieben. Insbesondere diffuse und unspezifische Belastungen, vor allem Angst, stellen eine Herausforderung dar. Angst wird als subjektives Erleben dargestellt, das sich nicht eindeutig einem konkreten Auslöser

---

<sup>9</sup> z. B. Zucken über dem Auge, ohne Schmerzen oder sonstige Symptome

oder einem klaren Symptom zuordnen lässt und daher nur begrenzt algorithmisch erfassbar ist. Aus Sicht der Interviewperson wäre es nötig, in LowCode® unterscheiden zu können, ob sich Angst auf körperliche Schmerzen bezieht oder auf die Sorge vor einer möglichen negativen Entwicklung einer Situation, etwa im Zusammenhang mit finanziellen Nöten. Eine solche Differenzierung ist im LowCode® momentan nicht möglich (B13).

Auch Anliegen von Angehörigen werden als schwer abbildbar beschrieben. Insbesondere wenn die betroffene Person selbst kein akutes Problem äußert oder nicht unmittelbar in das Beratungsgespräch eingebunden ist. In diesen Fällen fehlt ein klar definierbares „Problem“, das über ein bestehendes Protokoll abgebildet werden könnte, obwohl bei den Angehörigen ein Beratungsbedarf besteht. In der Praxis wird LowCode® daher häufig formal durchlaufen, um einen Abschluss im System zu ermöglichen, während die eigentliche psychosoziale Problemlage im Anmerkungsfeld dokumentiert wird. Eine weitere Verarbeitung dieser Informationen ist nicht vorgesehen (B13).

### 5.3.2 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Vorarlberg

Psychosoziale Anliegen werden von dem Experten, als Anliegen beschrieben, die sich nicht eindeutig bestehenden LowCode®-Protokollen zuordnen lassen. Insgesamt scheinen psychosoziale Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Vorarlberg nur in geringem Ausmaß aufzutreten.

Diese Einschätzung bezieht sich jedoch ausschließlich auf jene Fälle, in denen psychosoziale Aspekte im Gespräch explizit erkannt werden. In welchem Ausmaß psychosoziale Belastungen in weiteren Gesprächen mitschwingen, kann nach Angaben der Interviewperson nicht erhoben werden (C8)

Psychosoziale Anliegen treten in der Regel nicht als primärer Anrufgrund auf, sondern werden erst im Verlauf einer Gesundheitsberatung sichtbar. Die Interviewperson beschreibt, dass Anrufer\*innen „primär mit einem Symptom anrufen“ und sich „im Zuge der Beratung kristallisiert, dass auch in diese Richtung etwas vorhanden ist“ (C18).

Die häufigsten psychosoziale Anliegen werden soziale Isolation bzw. Einsamkeit, problematische Beziehungsverhältnisse sowie Unterstützungsbedarf von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen genannt. Vereinzelt scheinen Fragen rund um Sexualität auf. Diese Anfragen werden nicht im Kontext von Gewalt oder akuten Krisen verortet, sondern eher als Aufklärungs- oder Orientierungsfragen beschrieben, insbesondere von jüngeren Anrufer\*innen. In solchen Fällen erfolgt eine Verweisung an externe Stellen. Inwieweit eine eigenständige Kontaktaufnahme der Anrufer\*innen zu diesen Stellen erfolgt, liegt außerhalb des Wissensbereichs von 1450 (C9).

Der Umgang mit psychosozialen Anliegen von Daueranrufer\*innen wird als herausfordernd beschrieben. Gemäß dem Experten äußern diese Anrufer\*innen häufig keine konkreten Anliegen im

Sinne einer Auskunft oder Beratung, sondern primär Redebedarf. Für 1450 ist es allerdings erforderlich, bei jedem Kontakt ein Mindestmaß an Notfallabklärung durchzuführen, auch wenn auf Seiten der Anrufer\*innen nicht immer die Bereitschaft zu einer inhaltlichen Klärung besteht. Aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen könne 1450 reinen Gesprächsbedarf ohne weitere Anliegen oder Symptome nicht abdecken. In solchen Fällen werden Gespräche bei Bedarf auch beendet. Es wird beschrieben, dass für den Umgang mit wiederkehrenden Anrufen dieser Art nur wenige Handlungsmöglichkeiten bestehen (C20).

Eine systematische Erfassung psychosozialer Anliegen erfolgt in Vorarlberg nicht. Können Anliegen nicht eindeutig einem bestehenden LowCode®-Protokoll zugeordnet werden, wird die Kategorie „Sonstige“ genutzt. „Sonstige“ ermöglicht in diesen Fällen eine flexible Dokumentation. Protokolle bieten ein Freitextfeld, in welchem Gesprächsinhalte, Einschätzungen und Empfehlungen festgehalten werden können. Der Fokus liegt weniger auf einer Kategorisierung als auf der nachvollziehbaren Dokumentation dessen, was im Gespräch thematisiert wurde, und der Handlungsempfehlungen, die ausgesprochen wurden. Die Nutzung dieses Protokolls hängt stark von der jeweiligen Entscheidung einer ECN ab. Laut Interviewperson ist die Protokollwahl je nach Themenstellung nicht immer eindeutig. Für bestimmte Anliegen fehlen in den standardisierten Protokollen relevante Differenzierungen oder Nuancen. Die Expert\*in meint hierzu: „Aktuell gibt es einfach Sachen wo im Prinzip nur „Sonstige“ übrig bleibt“ (C19).

### 5.3.3 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Niederösterreich

Der Experte beschreibt, dass sich das Verständnis psychosozialer Anliegen in Niederösterreich maßgeblich daran orientiert, welche Themen von LowCode® als psychosozial gesehen werden. Zeitgleich wird betont: „Lowcode® ist sehr rudimentär in der Abbildung von psychosozialen Problemen“ (D10). Es wird ein Spektrum an psychosozialen Anliegen beschrieben, die in Niederösterreich an die telefonische Gesundheitsberatung 1450 herangetragen werden. Diese betreffen sowohl soziale als auch psychische Belastungssituationen. Auf der sozialen Ebene nennt die Expert\*in unter anderem Situationen, in denen plötzlich eine Pflegeleistung wegfällt oder Anrufer\*innen angeben, nicht zu wissen, wie sie ihre Versorgung am nächsten Tag sicherstellen sollen bzw. ihr Leben nicht mehr finanzieren zu können. Auf der psychischen Ebene werden von der interviewten Person Anliegen genannt, die sie unter dem Begriff „Depressionen-Geschichten“ zusammenfasst (D9).

Die Häufigkeit psychosozialer Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Niederösterreich gestaltet sich nach Angaben der Interviewperson als gering. Interne Auswertungen ergeben, dass psychosoziale Anliegen im Jahr 2024 bei rund 1% der Anrufe im System als solche identifiziert worden sind. Dieser Anteil bezieht sich ausdrücklich nur auf jene Anrufe, bei denen

psychosoziale Anliegen im System eindeutig anhand des Versorgungsausgangs identifizierbar sind. Es wird darauf hingewiesen, dass dieser Wert nicht alle psychosozialen Anliegen abbildet, da insbesondere Anrufe mit sowohl psychosozialen als auch medizinisch-pflegerischen Komponenten in dieser Zahl nicht enthalten sind. Auf Nachfrage, nach einer Einschätzung der tatsächlichen Häufigkeit psychosozialer Anliegen, verortet die interviewte Person diesen Anteil bei unter zehn Prozent (D8).

Die Erfassung psychosozialer Anliegen erfolgt anhand von zwei möglichen Punkten. Einerseits kann ausgewertet werden, wie häufig im System ein psychosozialer Ausgang gewählt wird. Andererseits kann auch ausgewertet werden, wie oft ein Protokoll verwendet wird, das einen psychosozialen Themenbezug aufweist (D11).

Aufgrund der Accredited Center of Excellence (ACE)-Zertifizierung werde strikt nach den im System vorgesehenen Abläufen gearbeitet, wodurch die Bearbeitung psychosozialer Anliegen eng an die vorhandenen Protokolle gebunden sei. Abweichungen vom vorgesehenen Protokollablauf sollen grundsätzlich vermieden werden (D16).

Die interviewte Person beschreibt den „Sonstigen Algorithmus“ als eine ursprünglich eng begrenzte Kategorie innerhalb von LowCode®. Dieser sei zunächst dafür vorgesehen gewesen, Symptome abzubilden, für die kein eigenes Protokoll existiert. In der aktuellen Version von LowCode® habe sich der Umfang des „Sonstigen Algorithmus“ jedoch merklich erweitert. Innerhalb dieser Kategorie seien mittlerweile zahlreiche unterschiedliche Anliegen enthalten, bei denen aus Sicht der interviewten Person zu prüfen wäre, ob sie nicht jeweils ein eigenes Protokoll erfordern würden. Dies könnte spezifischere Ausgänge und eigene Dringlichkeiten erzeugen (D13).

Die Nutzung des „Sonstigen Algorithmus“ wird nicht grundsätzlich als problematisch bewertet. Es wird betont, dass es sowohl korrekte als auch fehlerhafte Anwendungen gebe und dass dieser Algorithmus, wie jedes andere der über zweihundert Protokolle, auch falsch angewendet werden könne. Entscheidend sei daher nicht die Existenz der Kategorie selbst, sondern die korrekte Anwendung der Protokolle insgesamt. Der Hersteller von LowCode® sehe vor, dass ein Anteil von bis zu 10 % der Anrufe im „Sonstige“-Algorithmus als unauffällig gilt. Überschreiten einzelne ECNs in Niederösterreich diesen Anteil im Verhältnis zu den übrigen Protokollen, erfolgt eine interne Prüfung der Zulässigkeit der Verwendung des „Sonstige“-Protokolls (D19)

#### 5.3.4 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Steiermark

Bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in der Steiermark werden psychosoziale Anliegen als Anliegen verstanden, die das soziale Umfeld betreffen oder mit psychischen bzw. psychiatrischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen. Darunter fallen auch Fälle, in denen soziale Faktoren wie

Einsamkeit eine zentrale oder alleinige Ursache des Anliegens darstellen (E18). Die Interviewperson beschreibt psychosoziale Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in der Steiermark als regelmäßig, jedoch selten auftretend. Hinsichtlich der Häufigkeit wird eine grobe Schätzung vorgenommen, wonach es sich um etwa „drei bis fünf Anrufe pro Tag“ handelt, „die man irgendwie in diese Schiene einpacken kann“. Rein rechnerisch bedeutet dies für das Jahr 2024 einen angenäherten Anteil von etwa 1,17 % bis 1,94 % der Gesamtanrufe (E8). Zugleich wird betont, dass diese Einschätzung nur eingeschränkt belastbar ist. Psychosoziale Anliegen zeigen sich häufig erst im Verlauf eines Gesprächs, auch die wahrgenommene Häufigkeit ist über das Jahr zeitlich schwankend (E10).

Im operativen Dienst von 1450 in der Steiermark werden psychosoziale Anliegen vor allem in Form von Einsamkeit, familiären und partnerschaftlichen Konflikten, Alkoholmissbrauch sowie suizidalen Krisen wahrgenommen. Selten werden finanzielle Problemlagen als Anlässe für Gespräche im Kontext psychosozialer Anfragen beschrieben. Diese äußern sich im Laufe des Gesprächs geringfügig im Rahmen von eingeschränkter Mobilität, wenn sich Menschen z. B. ein Taxi zum Hausarzt nicht leisten können. Generell treten psychosoziale Anliegen häufig in Kombination mit körperlichen Symptomen auf. Anrufer\*innen wenden sich dabei oft wegen vermeintlicher somatischer Beschwerden an die Gesundheitsberatung, wobei sich im Verlauf des Gesprächs zeigt, dass psychosoziale Belastungen, etwa Angst infolge belastender Erlebnisse im sozialen Umfeld, maßgeblich zum Anruf beitragen (E9). Die Interviewperson stellt einen Zusammenhang zwischen psychosozialen Anliegen wie Einsamkeit, Sucht oder Angst und wiederholten Anrufen bekannter Personen her: „Das sind häufig sogenannte Daueranrufer“ (E20).

Die Interviewperson beschreibt, dass psychosoziale Anliegen in der Praxis nur begrenzt kategorisiert bzw. abgebildet und ausgewertet werden können: „Es ist jetzt nicht so, weil es [psychosoziale Anliegen] nicht da ist, schwer abbildbar ist, es ist einfach, weil das Lowcode® so komplex und schwierig und sperrig ist“ (E12). Es existieren zwar Protokolle zu psychischen Themen wie Angstzuständen oder Panikattacken, jedoch werden als sehr komplex und schwer handhabbar beschrieben. Anrufer\*innen in solchen Situationen sind oftmals bereits belastet und erleben die Vielzahl teils abstrakter Fragen als zusätzliche Anstrengung. Teilweise seien die Fragen in den Protokollen so komplex formuliert, dass auch ECN selbst sie mehrfach lesen müssten, um sie für die Anrufer\*innen verständlich erklären zu können (E12).

Die Kategorie „Sonstige“ nimmt im Umgang mit psychosozialen Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in der Steiermark eine ambivalente Rolle ein. Aus Sicht der Interviewperson ist deren Nutzung formal klar begrenzt, in der praktischen Anwendung jedoch regelmäßig erforderlich. Grundsätzlich wird „Sonstige“ als Ausnahmeinstrument beschrieben, das laut Schulungsvorgaben nur dann eingesetzt werden soll, „wenn wirklich nichts mehr anders geht“. Diese

Forderung wird ECN auch so kommuniziert. An dieser Stelle vermerkt die Interviewperson, dass es in der alltäglichen Beratungspraxis zahlreiche Situationen gibt, in denen bestehende Protokolle keine adäquate Abbildung erlauben. Entsprechend wird festgehalten: „Es gibt wirklich viele andere Fälle, wo nichts mehr wirklich geht“ (E19). In solchen Fällen wird die Nutzung der Kategorie „Sonstige“ als pragmatische Lösung beschrieben, um handlungsfähig zu bleiben. Die Entscheidung für „Sonstige“ erfolgt nicht willkürlich, sondern vor dem Hintergrund konkreter Schwierigkeiten in der Anwendung bestehender Protokolle: „Man entscheidet sich bei uns zumindest teilweise für Sonstige“, da dies „die leichteste Möglichkeit“ darstelle, mit komplexen Gesprächssituationen umzugehen (E19).

### 5.3.5 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Tirol

Die Expertin der telefonischen Gesundheitsberatung Tirol schätzt, dass bei etwa 30 % der Gespräche psychosoziale Einflussfaktoren eine Rolle spielen und betont, dass es sich dabei häufig nicht um „rein gesundheitliche“ Anliegen in einem biomedizinischen Sinne handelt, sondern um Situationen, in denen „einfach auch noch viel mehr dahintersteckt“ (F18).

Vorhandene psychosoziale Anliegen werden bei 1450 Tirol als zweigeteilt beschrieben: Als psychische und soziale Anliegen. Psychische Anliegen sind unter anderem Suizidalität, Angstzustände, Depressionen, Panikattacken, psychische Ausnahmezustände und Abhängigkeitserkrankungen. Einsamkeit sei ein sehr häufiges Anliegen, welches beiden Kategorien zuzuordnen sei. Im Bereich der sozialen Anliegen werden Versorgungsdefizite thematisiert. Dazu zählen alleinlebende Personen mit Unterstützungsbedarf, Verwahrlosung, Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Lebensmitteln, finanzielle Probleme, eingeschränkte Mobilität sowie Probleme im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung. Auch Überforderung von pflegenden Angehörigen wird oftmals von ECN im Verlauf von Beratungen bemerkt (F9).

Psychosoziale Anliegen werden bei 1450 Tirol nicht eigenständig erfasst. Die Interviewperson meint: „Grundsätzlich ist bei uns auch der Grundsatz, sobald ein greifbares Symptom da ist, was ich mit Lowcode® abbilden kann, wo es ein spezifisches Protokoll gibt, verwende ich natürlich das Protokoll“ (F10). Psychische Ausnahmezustände, Einsamkeit, Verwahrlosung und Versorgungsdefizite lassen sich in Lowcode® nur unzureichend abbilden, vor allem wenn keine eindeutigen medizinischen Symptome vorliegen (F12). Für psychosoziale Fragestellungen ohne in Lowcode® abbildbare Symptome wird häufig die Kategorie „Sonstige“ verwendet. Insgesamt wird hervorgehoben, dass soziale Aspekte in LowCode® kaum berücksichtigt werden (F19).

Bei älteren, alleinstehenden Menschen gibt es bei 1450 Tirol eine interne Standard Operating Procedure (SOP). Diese gibt vor, welche ergänzenden Fragen im Beratungsgespräch zu stellen sind. Diese SOP ist nicht in LowCode® hinterlegt. Sie wird ECN im Rahmen der Ausbildung vermittelt. Ziel

ist es, mögliche Versorgungsdefizite bei Anrufer\*innen auf standardisierte Weise zu identifizieren (F14).

In Tirol wird zwischen zwei Formen von Daueranrufer\*innen unterschieden. Einerseits gibt es Personen, die aufgrund wiederkehrender medizinischer Probleme mehrfach Kontakt mit der Gesundheitsberatung 1450 aufnehmen. In diesen Fällen erfolgt eine reguläre Bearbeitung der jeweiligen Beratungsanliegen. Andererseits werden viele Daueranrufer\*innen beschrieben, bei denen die wiederholte Nutzung von 1450 aus Einsamkeit oder psychischen Grunderkrankungen resultiert. Für diese Fälle wurde ein einheitliches Vorgehen für ECN festgelegt. Die Daueranrufer\*innen werden darüber informiert, dass 1450 für ihr Anliegen (z. B. Einsamkeit) nicht zuständig ist und dieses nicht lösen kann. Anschließend werden sie gebeten, sich an einen geeigneten Versorgungsort zu wenden. Je nach Anrufer\*in ist dieser mit dem psychosozialen Krisendienst oder dem CareManagement Tirol abgestimmt (F20).

### 5.3.6 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Oberösterreich

Psychosoziale Anliegen werden von der Interviewperson insgesamt als zahlenmäßig selten beschrieben. Ihr Anteil am gesamten Anrufaufkommen wird auf etwa drei bis fünf Prozent geschätzt. Zeigen würden sich diese aus Sicht der Interviewperson insbesondere dann, wenn im Gespräch ein psychischer Druck bei Anrufer\*innen erkennbar wird (G18). In solchen Fällen erfolgt in der Regel ein unmittelbarer Verweis an externe Stellen (G11). Wenn psychosoziale Anliegen auftreten, sind diese meistens den Themen Einsamkeit, Ängsten und Schlafstörungen zuzuordnen (G9).

Anliegen, die finanzielle Nöte, drohenden Wohnungsverlust oder Beziehungsprobleme betreffen, werden nach Angaben der Interviewperson nur sehr selten an die telefonische Gesundheitsberatung 1450 herangetragen. Im Zusammenhang mit diesen Themen äußert die Interviewperson zudem Unsicherheit hinsichtlich der Zuständigkeit von 1450 für Problemlagen, die nicht als gesundheitliche Probleme verstanden werden.

Daueranrufer\*innen werden von dem Experten als vorhandenes Phänomen beschrieben. Es wird berichtet, dass einzelne Personen mehrmals täglich bei der telefonischen Gesundheitsberatung anrufen, in einzelnen Extremfällen bis zu zehnmal pro Tag. Aus Sicht der Gesundheitsberatung ist bei diesen Kontakten nicht eindeutig erkennbar, welcher konkrete Beratungsbedarf besteht.

Teilweise äußern Anrufer\*innen lediglich, dass es ihnen schlecht gehe und beenden das Gespräch unmittelbar wieder. In anderen Fällen sind lediglich Hintergrundgeräusche (etwa ein laufendes Radio) wahrnehmbar, ohne dass eine verbale Kontaktaufnahme erfolgt. Binden einzelne Daueranrufer\*innen über einen längeren Zeitraum hinweg erhebliche Ressourcen und bestehen alternative

Versorgungsstrukturen (z. B. eine 24-h-Betreuung), ist es möglich, Rufnummern zu sperren. Nach Angaben der Interviewperson wurde dies bislang nur in einem Fall vorgenommen.

Im Umgang mit der Kategorie „Sonstige“ wird darauf geachtet, deren Nutzung gering zu halten. Die Interviewperson berichtet, dass es immer wieder ECN gebe, die diese Kategorie wählen, da sie als der bequemste Weg wahrgenommen werde. Die Nutzung dieser Kategorie wird daher intern überprüft, ob ihre Verwendung im jeweiligen Fall gerechtfertigt ist.

Liegt einem Anruf kein konkretes Symptom zugrunde, kann die Bearbeitung über „Sonstige“ erfolgen. Als zulässige Gründe werden unter anderem Auskünfte zu Medikamenten, zur Handhabung medizinischer Hilfsmittel, zu Gesundheitsdienstleistern sowie zu Sozialberatungsstellen genannt. Psychosoziale Anliegen werden in Oberösterreich bei 1450, sofern sie überhaupt in Lowcode® abgebildet werden, ebenfalls über die Kategorie „Sonstige“ erfasst.

### 5.3.7 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Wien

Die Interviewperson nähert sich einer Einschätzung des Ausmaßes psychosozialer Anliegen in Wien über die in LowCode® hinterlegten psychiatrischen Protokolle sowie das „Sonstige“-Protokoll an. Es wird beschrieben, dass „sechs bzw. sieben psychiatrische Protokolle“ in diesen Themenbereich fallen. Dazu zählen Angst, Depression, Schlafstörungen, Suizidgedanken sowie

Verhaltensänderung bzw. Verwirrtheit. Das Protokoll „Müdigkeit“ wird nur eingeschränkt berücksichtigt, da in diesem auch somatische Fragestellungen bearbeitet werden und eine eindeutige Zuordnung daher nicht möglich sei. Für das Jahr 2024 ergibt sich eine Anzahl von rund 1.658 Gesundheitsberatungen, die unter Verwendung eines dieser psychiatrischen Protokolle durchgeführt wurden. Dies stelle eine angenäherte Einschätzung dar, weil psychosoziale Anliegen nicht klar über die bestehenden Protokolle erfasst werden könnten. Das „Sonstige“-Protokoll kann in LowCode® nicht inhaltlich ausgewertet werden. Darin finden sich unterschiedliche Inhalte, die auch viele nicht-psychosoziale Anrufgründe umfassen können.

Um Einblick in die Anrufe der Kategorie „Sonstige“ zu erhalten, wurde in Wien ein zusätzliches Gesprächsclustering eingeführt. Dabei ordnen ECN Anrufer\*innen Anliegen aus dem „Sonstigen Protokoll“ den Kategorien: allgemeine Frage, Auskünfte zu medizinischen Geräten, Corona-Anfragen, Anfragen zu Gesundheitsdiensteanbietern, reine Medikamenteninformationen sowie Fragen zu Messwerten ohne begleitende Symptomatik zu. Für psychosoziale Anliegen ist vor allem die Kategorie „soziale Situation“ relevant. In dieser werden alle psychosozialen Anliegen ohne medizinische Symptomatik erfasst. Auch Daueranrufer\*innen werden in „Sonstige“ in „soziale Situation“ erfasst. In diesem Cluster sind ausschließlich Anrufer\*innen ohne Symptomatik enthalten. Sobald Symptome

vorliegen, erfolgt unabhängig von der Häufigkeit der Anrufe eine erneute Triage. Somit werden psychosoziale Anliegen bei 1450 Wien vor allem dort sichtbar, wo keine medizinische Symptomatik vorliegt und eine Weitervermittlung an psychosoziale Ressourcen erfolgt. Für das Jahr 2024 nennt die Interviewperson rund 183 Personen, die dem „Sonstige“-Protokoll und der Kategorie „soziale Situation“ zugeordnet wurden. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Zahl nur eingeschränkt aussagekräftig ist, da potenzielle Anrufer\*innen mit psychosozialen Anliegen bereits von „Calltakern“ im „first Level“ an die Erstberatung weiterverwiesen werden können (H19).

Der Umgang mit Dauer- bzw. Vielanrufer\*innen erfolgt laut Interviewperson in enger Abstimmung mit dem Psychosozialen Dienst. Für ECN bestehen klare Anweisungen, wie mit wiederholten Anrufen ohne neue Symptomatik umzugehen ist. Wenn Anrufer\*innen wiederholt anrufen, keine neue gesundheitliche Problemlage vorliegt und eine Triage abgelehnt wird, können Gespräche vorzeitig beendet werden. Dies wird mit der begrenzten Verfügbarkeit von Gesprächsressourcen begründet (H20).

Grundsätzlich beschreibt die Interviewperson LowCode® nicht als geeignetes Instrument zur Abbildung psychosozialer Anliegen: „Lowcode ist nicht darauf ausgelegt, um psychosoziale Anliegen abzubilden. Man kann sie kategorisieren aber nicht in die Tiefe gehend“. Die eigentliche Beratung, die Menschen mit psychosozialen Anliegen benötigen, muss laut der Expert\*in bei spezialisierten Diensten stattfinden (H12).

### 5.3.8 Psychosoziale Anliegen bei 1450 Burgenland

Psychosoziale Anliegen werden von der Interviewperson als jene Beratungssituationen beschrieben, in denen sich im Rahmen der LowCode®-Abfrage kein akutes medizinisches Geschehen zeigt, sondern soziale Problemlagen im Vordergrund stehen. Psychosoziale Anliegen werden von dem Experten implizit von somatischen Anliegen abgegrenzt, die sich über konkrete Symptome und eine medizinische Dringlichkeitseinschätzung erfassen lassen. Genannt werden insbesondere Fälle, in denen Personen unzureichend versorgt sind, niemand aus dem sozialen Umfeld unterstützend präsent ist oder Anzeichen von Verwahrlosung bestehen. Auf Basis einer internen Befragung der ECN im Rahmen der Interviewvorbereitung wird der Anteil psychosozialer Anliegen im Burgenland auf etwa 10% der Anrufe geschätzt (I8).

Als auftretende psychosoziale Anliegen werden von dem Experten Verwahrlosung und Situationen mit „Sozialindikation“ bzw. fehlenden Unterstützungsstrukturen genannt. In den letzten Jahren wird ein Anstieg der Anliegen im Zusammenhang mit Sucht als zunehmendes Thema benannt, insbesondere im Zusammenhang mit Substitutionsmedikation oder Alkoholproblematik. Auch Daueranrufer\*innen werden von der Interviewperson im psychosozialen Themenkreis verortet. Bei

diesen bestehe zumeist Redebedarf. Wohnungslosigkeit und finanzielle Nöte werden demgegenüber als weniger häufig vorkommend beschrieben. Suizidalität oder akute psychische Krisen treten primär im Rettungsdienst auf und nicht als typischer Anrufgrund bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Es komme nicht vor, dass Menschen mit Suizidgedanken das gesamte Prozedere der telefonischen Gesundheitsberatung, inklusive Datenschutz-Disclaimer und Aufnahme von Personendaten, durchlaufen (I9).

Die Interviewperson betont, dass psychosoziale Anliegen nicht über die LowCode®-Protokolle bearbeitet werden können, da bei diesen Anfragen keine akuten Symptome geschildert werden. LowCode® sei primär auf die Erfassung von Symptomatik und die Einschätzung medizinischer Dringlichkeit ausgerichtet. Es existieren Protokolle wie Angst oder Depression, die insbesondere bei Erstanrufer\*innen als Möglichkeit zur Bearbeitung psychosozialer Anliegen genutzt werden können. Viele psychosoziale Anliegen lassen sich jedoch nicht eindeutig in diese Protokolle einordnen. Der Experte nennt als Beispiele Daueranrufer\*innen, akute Psychosen und Themen mit Substitution. Psychosoziale Anliegen müssten folglich „auf einem anderen Weg abgewickelt werden“ müssten, da keine akuten Symptome geschildert werden und diese daher an LowCode® vorbei bearbeitet werden (I12)

In diesem Zusammenhang kommt der Kategorie „Sonstige“ eine zentrale Rolle zu. Unter „Sonstige“ werden unterschiedliche Meldebilder zusammengefasst, für die keine spezifischen LowCode®-Protokolle vorgesehen sind. Dazu zählen unter anderem Blutdruckwerte ohne begleitende Symptome, Auskünfte zu Medikamenten sowie Fragen zu medizinischen Versorgungsorten. In dieser Kategorie sind zudem verschiedene Standard Operating Procedures (SOP) hinterlegt, die unabhängig von der LowCode®-Logik angewendet werden. Als Beispiel nennt die Interviewperson die Gabe eines schmerzstillenden und fiebersenkenden Saftes bei Kleinkindern inklusive Dosierungsanleitung. Die Kategorie „Sonstige“ bildet somit kein klar umrissenes psychosoziales Feld ab, sondern fungiert als Sammelkategorie für unterschiedliche Anliegen ohne akute medizinische Symptomatik (19).

### 5.3.9 Zwischenfazit psychosoziale Anliegen

Ein Bundesländervergleich der Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen zeigt, dass die telefonische Gesundheitsberatung 1450 in Österreich kein einheitliches Vorgehen im Umgang mit psychosozialen Anliegen aufweist. Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche strukturelle Unterschiede hinsichtlich Art, Verbindlichkeit und Erreichbarkeit psychosozialer Versorgungsressourcen. Diese Unterschiede betreffen sowohl die organisatorische Einbettung von 1450 als auch die Verweisungslogiken und haben direkte Auswirkungen auf die Bearbeitung psychosozialer Anliegen im operativen Alltag von 1450. An bundesweit permanent erreichbaren „Basisressourcen“ ergeben sich daher telefonische Angebote wie Rat auf Draht, die Telefonseelsorge

sowie Frauenhelpline und Männernotruf. Darüber hinaus sind der Rettungsdienst und Krankenhäuser bundesweit verfügbar.

In den Interviews wird flächendeckend beschrieben, dass in LowCode® keine konkreten psychosozialen Verweisungsressourcen hinterlegt sind, sondern überwiegend übergeordnete „Point of Care“ wie „Selbstversorgung“, „Soziale Dienste“ oder „Krisenhotline“. Die Nennung konkreter Versorgungsangebote erfolgt daher meist ergänzend über bundeslandspezifische Wissensdatenbanken, Intranetlösungen, digitale Telefonbüchern oder andere interne Nachschlagewerke, die außerhalb von LowCode® angesiedelt sind. Derartige ergänzende Strukturen werden von den Expert\*innen in nahezu allen Bundesländern erwähnt, unterscheiden sich jedoch im Grad der Wartung und der Nutzung. Die Angaben reichen dabei von Datenbanken, die aktuell nicht mehr regelmäßig gewartet werden und im Arbeitsalltag nur eingeschränkt genutzt werden, bis hin zu Systemen, für deren laufende Aktualisierung mehrere Personen beauftragt sind.

In Salzburg, Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich erfolgt eine Bearbeitung psychosozialer Anliegen bei 1450 primär über reines Beauskunften über externe Versorgungsangebote. Im Burgenland besteht (werktags, während der Bürozeiten) die Möglichkeit, mit Einverständnis der Anrufer\*innen eine aktive Kontaktaufnahme zur Pflege- und Sozialberatung herzustellen, sonst erfolgt eine Weitergabe der Kontaktdaten des Angebots. In diesen Fällen werden Anrufer\*innen über potenzielle Unterstützungsangebote informiert, die Verantwortung für die Kontaktaufnahme verbleibt jedoch vollständig bei ihnen. Eine direkte telefonische Weiterleitung, eine begleitete Übergabe oder eine Rückrufstruktur durch 1450 ist hierbei nicht vorhanden.

In Wien, der Steiermark und Niederösterreich werden psychosoziale Anliegen über strukturell verankerte Weiterverweisungsmodelle bearbeitet. Verweisung erfolgt in diesen Bundesländern nicht rein beauskunftend, sondern mit einer gesicherten Kontaktaufnahme durch psychosoziale Versorgungsstrukturen. In Niederösterreich ermöglicht die Einbindung des AKUTteams eine aktive Weiterführung psychosozialer Anliegen durch Rückrufe und bedarfsweise auch aufsuchende Interventionen. In Wien geschieht die Bearbeitung durch die institutionelle Einbettung von 1450 in den Fonds Soziales Wien. Psychosoziale Anliegen werden überwiegend intern an die Erstberatung des Trägers weitergeleitet, entweder über eine direkte telefonische Übergabe oder über Rückruftickets. Bei akuten Krisen besteht die Möglichkeit einer Weiterleitung an den Sozialpsychiatrischen Notdienst. In der Steiermark stellt PsyNot als permanent erreichbare Krisenhotline eine zentrale, direkt weiterleitbare Verweisungsressource bei psychosozialen Krisen dar. Andere psychosoziale Angebote werden beauskunftet.

Bei der Bearbeitung psychosozialer Anliegen durch 1450 ist eine Zwei-Säulen-Logik zu erkennen, welche zwischen akuten psychosozialen Krisen und nicht akuten psychosozialen Anliegen

unterscheidet. Während akute Krisensituationen vorrangig über psychosoziale Dienste oder rund um die Uhr erreichbare Krisenhotlines bearbeitet werden, existiert oftmals parallel ein zweiter Versorgungspfad über Pflege- und Sozialberatungen oder Care-Management-Strukturen. In der Praxis greifen beide Säulen häufig ineinander. Anrufer\*innen mit psychosozialen Anliegen weisen oftmals Belastungssymptome und auch strukturelle Unterstützungsbedarfe auf.

## 5.4 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anfragen

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, welche Verweismöglichkeiten ECN bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in den einzelnen Bundesländern bei psychosozialen Anfragen zur Verfügung stehen. Auf Grundlage der Expert\*inneninterviews werden die bundeslandspezifischen Verweisungslogiken systematisch aufgearbeitet und miteinander verglichen. Es wird beleuchtet, inwiefern Verweisungen rein beauskunftend erfolgen oder ob strukturierte Formen der Verweisung mit gesicherter Kontaktaufnahme bestehen. Abschließend wird dargestellt, wie sich dies auf die Bearbeitung von psychosozialen Anliegen im operativen Betrieb auswirkt.

### 5.4.1 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Salzburg

In Salzburg hat die telefonische Gesundheitsberatung 1450 keine in Lowcode oder im ELSSA<sup>10</sup> hinterlegten Ressourcen, auf die gesichert bei psychosozialen Anfragen hin verwiesen werden könnte. Innerhalb des Roten Kreuzes Salzburg besteht eine Plattform, auf welcher Dokumente, Telefonnummern, Links und Öffnungszeiten gesammelt werden. Diese Plattform wird jedoch nicht mehr regelmäßig gewartet. Die dort hinterlegten Daten, Informationen und Öffnungszeiten sind meist veraltet oder unvollständig. Die Ursache hierfür liegt im Ausscheiden der zuständigen Person sowie in der fehlenden Nachbesetzung dieser Zuständigkeit. Die Plattform wird von der Expertin als unsortierte Dokumentensammlung ohne roten Faden beschrieben. Sie findet daher im Arbeitsalltag der ECNs wenig Anwendung. Verweisung erfolgt im operativen Dienst primär basierend auf persönlichem Wissen und Erfahrung der ECN, sowie ad-hoc-Recherchen im Internet während des laufenden Gesprächs. Als Grund für die Nutzung von Suchmaschinen wie z. B. Google wird die Erwartung aktuellerer und verlässlicherer Öffnungs- und Erreichbarkeitszeiten genannt. Aus den genannten Gründen findet die Plattform im Arbeitsalltag wenig Anwendung (B11). Einzeln genutzte Anlaufstellen wie z. B. Rat auf Draht werden genutzt, beruhen jedoch auf individuellem Wissen und situativer Recherche und sind nicht strukturell verankert. Als Beispiel nennt die interviewte Person

---

<sup>10</sup> Einsatzleitsystem Salzburg

analoge Listen auf den Pinnwänden der ECN-Büros, welche anlässlich der Weihnachtsfeiertage zu sozialen Treffpunkten (z. B. „Dienstagscafés“ in Pflegeheimen) für den Fall von Einsamkeit informieren (B11).

Ein strukturelles Problem bei der Verweisung von Patient\*innen bei psychosozialen Anliegen stellt die fehlende Erreichbarkeit entsprechender Anlaufstellen dar. Viele der potenziellen Versorgungsorte sind an reguläre Bürozeiten gebunden, wodurch insbesondere an Wochenenden und Feiertagen Versorgungslücken entstehen (B11). Die interviewte Expertin meint hierzu: „... Wenn man niemanden hat [um weiter zu verweisen], ist von Freitag 12:00 mittags bis Montag 08:00 früh, eine irrsinnig lange Zeit“ (B13).

#### 5.4.2 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Vorarlberg

In Vorarlberg betreibt die telefonische Gesundheitsberatung 1450 eine Wissensdatenbank.

Diese umfasst Verweismöglichkeiten und auch Informationen über Daueranrufer\*innen.

Letztere werden dort erfasst, da sich im Verlauf mehrerer Kontakte schrittweise zusätzliche anrufer\*innenbezogene Informationen ergeben, die zu einem besseren Verständnis der jeweiligen Situation beitragen können. Dadurch soll eine informierte Gesprächsführung der ECNs ermöglicht werden, die auf bereits vorhandene Informationen zurückgreifen können.

Die Aufnahme von Verweismöglichkeiten in die Wissensdatenbank erfolgt nach Rücksprache mit den jeweiligen Organisationen. In der Regel werden Einrichtungen telefonisch kontaktiert und abgeklärt, ob eine Aufnahme als beauskunftbarer Verweisungsort sinnvoll und erwünscht ist. Formale Kooperationsvereinbarungen bestehen hierbei nicht.

An gesicherten Verweismöglichkeiten stehen 1450 in Vorarlberg einzelne Angebote zur Verfügung. Diese decken diverse potenzielle psychosoziale Problemlagen ab und reichen von Telefonseelsorge (142), Rat auf Draht (147) über Unterstützung im Gewalt- und Kinderschutzkontext bis hin zu familien-, sozialpsychiatrischen und suchtbefugten Unterstützungsstrukturen wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Suchtberatung oder einem Selbsthilfe-Verein zur Unterstützung von Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen. Ergänzend besteht die Möglichkeit zur Verweisung zu krankheitsspezifischen Beratungsstellen (Krebshilfe und AIDS-Hilfe) oder zu Angeboten im Bereich Pflege oder Wohnungslosigkeit (C11). Trotz dieser Angebote fehlt es an 24/7-erreichbaren Verweismöglichkeiten. Zeitweise muss 1450 Personen an das Krankenhaus verweisen, wohlwissend dass es nicht der geeignete Versorgungsort ist (C13).

Versorgungsorte sind nicht in LowCode® hinterlegt. Im operativen Geschehen werden diese im Freitextfeld der ECNs als Vermerk hinterlegt. Weiters erfolgt keine direkte Weiterleitung an entsprechende Angebote. ECNs beauskunften die Versorgungsorte und Patient\*innen müssen eigenständig Kontakt zum empfohlenen Hilfsangebot aufnehmen. Eine „Erfolgsprüfung“ bzgl. der Nutzung des empfohlenen Angebots ist somit nicht möglich (C11).

#### 5.4.3 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Niederösterreich

Wenn Anrufer\*innen bei 1450 Niederösterreich vorrangig einen Unterstützungsbedarf im psychosozialen und nicht im biomedizinischen Bereich äußern und keine akute Gefährdungslage vorliegt, erfolgt eine Weiterverweisung überwiegend an das „AKUTteam“ Niederösterreich. Dieses ist als recommended Care Level „Krisenhotline“ hinterlegt bei den Protokollen Depression, Suizidgedanke, Verhaltensänderung und Sonstiger Algorithmus (D11).

Das AKUTteam ist ein Service der Notruf Niederösterreich GmbH und richtet sich an Menschen in Niederösterreich, in akuten psychosozialen Belastungssituationen etwa nach plötzlichen Todesfällen, schweren Unfällen, Suiziden oder Suizidandrohungen, Gewalttaten, akuten familiären Krisen oder Elementarereignissen. Ziel ist es, rasche psychosoziale Unterstützung in den ersten Tagen und Wochen nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis zu leisten. Die Betreuung erfolgt telefonisch und/oder vor Ort durch ein multiprofessionelles Team aus Sozialarbeiter\*innen, Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen. Der Umfang der Betreuung umfasst dabei bis zu sechs Stunden und ist für Betroffene kostenlos. Zentrale Tätigkeiten sind Krisenintervention, psychosoziales Clearing und Beratung sowie Organisation weiterführender Hilfen. Das AKUTteam kann sowohl von Betroffenen als auch von Einsatzorganisationen, Spitälern, Ärztinnen, Behörden und von 1450 angefordert werden (AKUTteam NÖ 2022:3).

Im Jahr 2023 stammen rund 27,5% der Alarmierungen des AKUTteams aus Weiterleitungen von 1450 Niederösterreich. Die psychosozialen Anliegen von Anrufer\*innen „umfassten eine Vielzahl von Indikationen wie Suizidalitätseinschätzungen, Depression, Panikattacken, Überforderung bei häuslicher Pflege, Gesprächsbedarf bei Einsamkeit sowie die Suche nach ambulanten Psychotherapieangeboten oder Beratung hinsichtlich finanzieller Hilfen“ (AKUTteam NÖ 2023:4)

Neben einer Verweisung an das AKUTteam besteht für ECNs die Möglichkeit, durch Recherche auf der Plattform „Sozialinfo Niederösterreich“<sup>11</sup> dort hinterlegte Angebote zu beauskunften. Das Angebot der Sozialen Dienste wird jedoch als undurchsichtig beschrieben und es gebe wenige konkrete

---

<sup>11</sup> <https://www.noe.gv.at/noe/SozialeDienste-Beratung/Sozialinfo-Online.html>

Ansprechpartner\*innen. Die daher vorrangige Verweisung an das AKUTteam liegt in der Verbindlichkeit der Weiterbetreuung, da sichergestellt ist, dass Anrufer\*innen aktiv zurückgerufen werden und eine Kontaktaufnahme erfolgt. Werden Anrufer\*innen lediglich auf eine Beratungsstelle oder einen sozialen Dienst hingewiesen, bleibt unklar, ob dieser Kontakt tatsächlich aufgenommen wird. Nach Einschätzung der interviewten Person werden empfohlene weitere Schritte von psychosozial belasteten Personen häufig nicht eigenständig umgesetzt. Das AKUTteam bietet hier aus Sicht von 1450 mehr Sicherheit einer aktiven Fallübernahme, der Durchführung von Rückrufen und ggfs. auch ein Aufsuchen der Anrufer\*in vor Ort. Die Gewissheit, dass „sich jemand kümmert“, wird als großer Vorteil gegenüber reiner Beauskunftung von potenziellen Versorgungsorten genannt (D11).

Seit das AKUTteam systematisch als möglicher Ausgang hinterlegt ist, werden psychosoziale Anliegen häufiger dorthin verwiesen. Dies sei weniger auf einen tatsächlichen Anstieg psychosozialer Problemlagen zurückzuführen, sondern darauf, dass nun überhaupt eine passende Verweisungsmöglichkeit zur Verfügung steht. Vor Implementierung des AKUTteams bei 1450 Niederösterreich mussten ECNs alternative Verweisungsmöglichkeiten finden, häufig waren dies niedergelassene Allgemeinmediziner\*innen oder Spitalsambulanzen (D11).

#### 5.4.4 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in der Steiermark

In der Steiermark wird bei psychosozialen Anliegen primär an „PsyNot“, eine 24/7 erreichbare Krisenhotline, verwiesen. Zielgruppe von PsyNot sind Menschen aller Altersgruppen, die sich in einer akuten psychischen, psychosozialen oder psychiatrischen Krise befinden, insbesondere bei Selbstgefährdung oder suizidalen Gedanken. Das Angebot richtet sich auch an Angehörige von Betroffenen und an Fachkräfte aus dem medizinischen, sozialen oder behördlichen Bereich, die im Rahmen ihrer Arbeit mit akuten Krisensituationen von Klient\*innen konfrontiert sind. PsyNot wird von einem multiprofessionellen Team bestehend aus Psycholog\*innen, Psychotherapeut\*innen, psychiatrischen Krankenpfleger\*innen und Sozialarbeiter\*innen betreut. Es ist ein Angebot der Psychosozialen Dienste Steiermark, finanziert durch den Gesundheitsfonds Steiermark. Es soll Krankenhäuser entlasten und eine Ergänzung zum bestehenden Versorgungssystem darstellen, insbesondere in den „out of hours“-Zeiten (Gesundheitsfonds Steiermark 2022).

Neben PsyNot werden auch andere Verweissressourcen bei psychosozialen Anliegen beauskunftet, etwa Hotlines wie Rat auf Draht, Frauen- bzw. Männerhotline oder die Ö3 Kummernummer. Ein direktes Durchstellen von Anrufer\*innen ist nur bei PsyNot möglich. Bei anderen Ressourcen kann 1450 nicht nachvollziehen, ob eine eigenständige Kontaktaufnahme mit dem empfohlenen Versorgungsort erfolgt. Des Weiteren wird bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 versucht, bei bekannten Anrufer\*innen bestehende Behandlungs- oder

Unterstützungsnetzwerke zu aktivieren, etwa Notfallnummern von psychiatrischen oder psychosomatischen Ambulanzen, sofern dort bereits Kontakte bestehen (E11).

Als aufsuchende Akutressourcen stehen 1450 in der Steiermark Polizei und Rettungsdienst zur Verfügung. ECN können auf ein Intranet des Roten Kreuzes zugreifen. Über dieses können psychosoziale Verweisungsressourcen direkt angewählt werden. Die wichtigsten Anlaufstellen sind zusätzlich in der Telefonanlage hinterlegt und können per Knopfdruck kontaktiert werden. Für die Zukunft ist der Aufbau einer eigenen Wissensdatenbank vorgesehen, die nicht nur den Zugriff auf Verweisungsressourcen erleichtern, sondern auch eine differenziertere Auswertung psychosozialer Anliegen ermöglichen soll (E11).

Potenzielle Verweisungsangebote größerer Träger sind in der Regel darüber informiert, dass sie von 1450 beauskunftet werden, während dies bei einzelnen, kleineren Initiativen, wie z. B. Frauencafés, Migrationscafés oder Demenzinitiativen, nicht zwingend vorausgesetzt werden kann (E11).

#### 5.4.5 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Tirol

In Tirol haben ECNs bei der Bearbeitung von psychosozialen Anliegen zwei nutzbare Verweisungsressourcen zur Verfügung: Den psychosozialen Krisendienst und das „CareManagement Tirol“. Diese Struktur erfordert im operativen Ablauf eine formale Zuordnung zu psychischen bzw. sozialen Anliegen, wobei in der Praxis häufig kombinierte Problemlagen vorliegen und auch beide Versorgungsressourcen parallel aktiviert werden (F11).

Der psychosoziale Krisendienst wird als Versorgungsressource für psychische Anfragen beschrieben und verfügt auch über die Möglichkeit aufsuchender Interventionen. Besetzt ist er täglich von 08:00 bis 20:00. In den Nacht- und Randzeiten müssen ECN Alternativlösungen finden.

Bei akuten Krisen haben ECNs daher in den „out of hours“-Zeiten nur den Rettungsdienst oder die Notfallambulanzen als möglichen Verweisungsort zur Verfügung. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgt eine Alarmierung des Rettungsdienstes bzw. der Polizei, bei nicht-akuten, aber belastenden Krisensituationen wird eine Überbrückung durch telefonische Stabilisierung versucht und auf die Erreichbarkeit des Krisendienstes am Folgetag verwiesen. Zusätzlich wird in Einzelfällen eine telefonische Vermittlung an psychiatrische Ambulanzen genannt (F11).

Für soziale Anliegen wird das Care Management Tirol als zentrale Ressource beschrieben. 1450 verweist dorthin bei finanziellen Schwierigkeiten, Behördenwegen und Mobilitätsproblemen über Pflege- und Unterstützungsarrangements bis hin zu Verwahrlosung, Suchterkrankung, fehlender Versorgung im Alltag oder der Organisation praktischer Hilfen (z. B. Essen auf Rädern, Hilfsmittel, Nachbarschaftshilfe). Wesentlich ist dabei, dass 1450 Tirol nicht mehr selbst mit detaillierten,

bezirksspezifischen Ressourcenlisten operiert. Begründet wird dies mit der hohen regionalen Heterogenität und Komplexität der Versorgungslandschaft (unterschiedliche Strukturen je nach Bezirk, Stadt/Land, abgelegene Regionen). Die Detaillklärung, welche Stelle im jeweiligen Bezirk für einen konkreten Fall geeignet ist, wird bewusst an die Bezirkskoordinator\*innen des Care Managements ausgelagert, die lokale Stakeholder kennen und fallbezogene Analysen vornehmen können. Hierfür liegt bei 1450 eine Liste auf mit den jeweiligen Bezirkskoordinator\*innen des CareManagements auf (F11).

Eine direkte Weiterleitung von Anrufer\*innen mit psychosozialen Anliegen an psychosoziale Versorgungsressourcen erfolgt nicht. Kontaktdaten werden Anrufer\*innen genannt und ihnen wird empfohlen, sich dort zu melden (F11).

#### 5.4.6 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Oberösterreich

In Oberösterreich erfolgt die Bearbeitung psychosozialer Anliegen durch eine Auskunft über externe Versorgungsangebote. Bei keiner Verweisooption erfolgt eine begleitete Weiterführung des Kontakts oder eine direkte telefonische Weiterleitung durch 1450. Betroffene sind angehalten, das beauskunftete Angebot selbstständig zu kontaktieren (G11).

Angebote sind nicht in LowCode® hinterlegt, sondern werden über „PALES-Wiki“, eine RK-interne Wissensdatenbank, für ECNs als Nachschlagewerk bereitgestellt. Diese umfasst unter anderem Sozialberatungsstellen, Schuldnerberatung, Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige, Demenznetzwerke, Selbsthilfegruppen sowie niederschwellige Gesprächsangebote gegen Einsamkeit. Nicht alle in PALES-Wiki erfassten Angebote sind darüber informiert, dass sie von 1450 Oberösterreich als Verweisungsressource beauskunftet werden. Die Interviewperson äußert die Einschätzung, dass psychosoziale Themen im Kontext, der bei 1450 verfügbaren Verweisungsressourcen insgesamt nur nachrangig berücksichtigt werden (G11).

Die hauptsächliche Verweisungsressource der oberösterreichischen ECNs bei psychosozialen Anliegen ist die Krisenhilfe Oberösterreich (G11). Dabei handelt es sich um einen Trägerverbund bestehend aus pro mente OÖ, EXIT-sozial, dem Roten Kreuz OÖ, der Telefonseelsorge OÖ sowie der Notfallseelsorge. Das Angebot wird durch das Sozialressort des Landes Oberösterreich finanziert und richtet sich an Menschen in Krisensituationen. Die Krisenhilfe OÖ bietet eine rund um die Uhr erreichbare telefonische Krisenintervention sowie eine Chatberatung an. Darüber hinaus können Betroffene an Wochentagen persönliche Krisenberatungsgespräche in Anspruch nehmen. Bei Bedarf werden tagsüber auch einmalige Hausbesuche durchgeführt. Die Krisenhilfe OÖ ist multiprofessionell besetzt durch Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen und Psycholog\*innen (Krisenhilfe OÖ 2025)

#### 5.4.7 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen in Wien

In Wien stellt die Einbettung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in einen sozialen Träger (den Fonds Soziales Wien) eine Besonderheit dar. Die Bearbeitung psychosozialer Anliegen erfolgt überwiegend durch eine interne Verweisung an die intern genannte „Erstberatung“. Damit ist die Hotline des Trägers (Fonds Soziales Wien) gemeint, welche täglich von 08:00 bis 20:00 erreichbar ist. Die Erstberatung ist zentrale Anlaufstelle für u. a. Pflege- und Unterstützungsleistungen, sozialarbeiterische Beratung, organisatorische Hilfen und wird durch 1450 entweder per „warmer Übergabe“ (direkte telefonische Weiterverbindung) oder (v.a. in den Nachtstunden) über Rückruftickets eingebunden. Letzteres ermöglicht eine Kontaktaufnahme durch die Erstberatung zu einem späteren Zeitpunkt, wenn keine unmittelbare Intervention erforderlich ist. Die Erstberatung ist nach Angaben des Experten durch Sozialarbeiter\*innen und Krankenpfleger\*innen besetzt (H11).

Bei akuten Krisen (insbesondere in Rand- und Nachtzeiten) stellt der psychosoziale Dienst (PSD) bzw. dessen sozialpsychiatrischer Notdienst (SND) eine zentrale Verweissressource dar. Diese in Wien 24/7 erreichbar. In solchen Fällen kann eine direkte telefonische Weiterleitung erfolgen.

Längere Entlastungs- oder Gesprächsangebote bei Einsamkeit oder psychosozialen Belastungen werden in Wien nicht als Auftrag der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 verstanden. Diese Anliegen werden an den PSD oder an niedrigschwellige Gesprächs- und Sorgenhotlines (z. B. Sorgenhotline des PSD, Rat auf Draht) verwiesen. 1450 übernimmt eine primär triagierende und vermittelnde Funktion und vermeidet eine Ausweitung des eigenen Auftrags auf längerfristige psychosoziale Beratung. Weitere potenzielle Verweismöglichkeiten sind in einer Wissensdatenbank hinterlegt, welche lokale Versorgungsausgänge der Wiener Gesundheits- und Sozillandschaft auflistet. Sie enthält außerdem verbindliche Prozessbeschreibungen für den Umgang mit zeitkritischen Situationen (z. B. suizidalen Äußerungen) und regelt Übergabeformen wie warme Weiterleitungen oder Rückruftickets. Dadurch soll verhindert werden, dass ECNs bei der Suche nach Versorgungsangeboten auf informelle Recherchen zurückgreifen müssen (H11).

#### 5.4.8 Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen im Burgenland

Eine permanent erreichbare psychosoziale Verweissressource gibt es im Burgenland nicht. Die interviewte Expert\*in beschreibt, dass 1450 in Nacht- und Randzeiten eine auffangende Funktion für psychosoziale Anliegen übernimmt: „Unlösbar Fälle gibt es jetzt nicht, es sei denn, der Patient möchte so eine psychosoziale Beratung haben, zu einer Randzeit am Wochenende oder in der Nacht [...] Die 24/7-Stelle sind wir für die [Anrufer\*innen]“ (Interview 8). Im Burgenland erfolgt die Bearbeitung psychosozialer Anliegen am häufigsten durch einen Verweis an den Psychosozialen Dienst (PSD) bzw. die Pflege- und Sozialberatung. Sämtliche Dienste sind unter dem Träger „Soziale

Dienste Burgenland GmbH“ subsumiert. Verweisungen erfolgen deshalb nicht an einzelne spezialisierte Angebote (z. B. Frauenberatungs- oder Suchtberatungsstellen), sondern an diese zentrale Struktur, innerhalb derer eine interne Weitervermittlung an jeweilige Fachbereiche vorgenommen wird (I11).

PSD und Pflege- und Sozialberatung sind werktags während ihrer Öffnungszeiten verfügbar. Insbesondere in Nacht- und Randzeiten sowie am Wochenende entsteht dadurch eine Versorgungslücke. Wenn Anliegen als dringlich eingeschätzt werden und nicht bis zum nächsten Werktag warten können, bleibt den ECNs häufig nur der Verweis an psychiatrische Ambulanzen bzw. eine Alarmierung des Rettungsdienstes als Möglichkeit. Während der Bürozeiten haben ECNs eine eigene Anlaufstelle bei der Pflege- und Sozialberatung, welche Anrufer\*innen zur zuständigen Mitarbeiter\*in verweist. Wenn Anrufer\*innen ihr Einverständnis geben, erfolgt eine Datenweitergabe an die Pflege- und Sozialberatung (I11).

Beim PSD erhalten Anrufer\*innen die entsprechenden Kontaktdaten und werden gebeten, nach Gesprächsende und im Rahmen der Bürozeiten eigenständig Kontakt aufzunehmen. Nach Angaben der Interviewperson werden Gespräche, mit dem Ziel, dass künftig Daten von 1450 an den PSD weitergegeben werden sollen, geführt (I11).

Bei akut belastenden Ereignissen, etwa plötzlichen Todesfällen oder schweren Unfällen, kann durch die Landessicherheitszentrale das Kriseninterventionsteam des Roten Kreuzes Burgenland alarmiert werden. Das Team ist ehrenamtlich organisiert und besteht aus Personen, die eine theoretische Ausbildung im Umfang von rund 72 Stunden absolviert haben (Rotes Kreuz Burgenland 2025).

#### 5.4.9 Zwischenfazit: Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen

Ein Bundesländervergleich der Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anliegen zeigt, dass die telefonische Gesundheitsberatung 1450 in Österreich kein einheitliches Vorgehen im Umgang mit psychosozialen Anliegen aufweist. Zwischen den Bundesländern bestehen erhebliche strukturelle Unterschiede hinsichtlich Art, Verbindlichkeit und Erreichbarkeit psychosozialer Versorgungsressourcen. Diese Unterschiede betreffen sowohl die organisatorische Einbettung von 1450 als auch die Verweisungslogiken und haben direkte Auswirkungen auf die Bearbeitung psychosozialer Anliegen im operativen Alltag von 1450. Bundesweit permanent erreichbaren „Basisressourcen“ sind telefonische Angebote wie Rat auf Draht, die Telefonseelsorge sowie Frauenhelpline und Männernotruf. Darüber hinaus sind der Rettungsdienst und Krankenhäuser bundesweit verfügbar.

In den Interviews wird flächendeckend beschrieben, dass in LowCode® keine konkreten psychosozialen Verweisungsressourcen hinterlegt sind, sondern überwiegend übergeordnete „Point of Care“ wie „Selbstversorgung“, „Soziale Dienste“ oder „Krisenhotline“. Die Nennung konkreter Versorgungsangebote erfolgt daher meist ergänzend über bundeslandspezifische Wissensdatenbanken, Intranetlösungen, digitale Telefonbücher oder andere interne Nachschlagewerke, die außerhalb von LowCode® angesiedelt sind. Derartige ergänzende Strukturen werden von den Expert\*innen in nahezu allen Bundesländern erwähnt, unterscheiden sich jedoch im Grad der Wartung und der Nutzung. Die Angaben reichen dabei von Datenbanken, die aktuell nicht mehr regelmäßig gewartet werden und im Arbeitsalltag nur eingeschränkt genutzt werden, bis hin zu Systemen, für deren laufende Aktualisierung mehrere Personen beauftragt sind.

In Salzburg, Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich erfolgt eine Bearbeitung psychosozialer Anliegen bei 1450 primär durch reine Beauskunftung über externer Versorgungsangebote. Im Burgenland besteht (werktags, während der Bürozeiten) die Möglichkeit, mit Einverständnis der Anrufer\*innen, eine aktive Kontaktaufnahme zur Pflege- und Sozialberatung herzustellen, sonst erfolgt eine Weitergabe der Kontaktdaten des Angebots. In diesen Fällen werden Anrufer\*innen über potenzielle Unterstützungsangebote informiert, die Verantwortung für die Kontaktaufnahme verbleibt jedoch vollständig bei ihnen. Eine direkte telefonische Weiterleitung, eine begleitete Übergabe oder eine Rückrufstruktur durch 1450 ist hierbei nicht vorhanden.

In Wien, der Steiermark und Niederösterreich werden psychosoziale Anliegen über strukturell verankerte Weiterverweisungsmodelle bearbeitet. Verweisung erfolgt in diesen Bundesländern nicht rein beauskunftend, sondern mit einer gesicherten Kontaktaufnahme durch psychosoziale Versorgungsstrukturen. In Niederösterreich ermöglicht die Einbindung des AKUTteams eine aktive Weiterführung psychosozialer Anliegen durch Rückrufe und bedarfsweise auch aufsuchende Interventionen. In Wien geschieht die Bearbeitung durch die institutionelle Einbettung von 1450 in den Fonds Soziales Wien. Psychosoziale Anliegen werden überwiegend intern an die Erstberatung des Trägers weitergeleitet, entweder über eine direkte telefonische Übergabe oder über Rückruftickets. Bei akuten Krisen besteht die Möglichkeit einer Weiterleitung an den Sozialpsychiatrischen Notdienst. In der Steiermark stellt PsyNot als permanent erreichbare Krisenhotline eine zentrale, direkt weiterleitbare Verweisungsressource bei psychosozialen Krisen dar. Andere psychosoziale Angebote werden beauskunftet.

Bei der Bearbeitung psychosozialer Anliegen durch 1450 ist eine Zwei-Säulen-Logik zu erkennen, welche zwischen akuten psychosozialen Krisen und nicht akuten psychosozialen Anliegen unterscheidet. Während akute Krisensituationen vorrangig über psychosoziale Dienste oder rund um die Uhr erreichbare Krisenhotlines bearbeitet werden, existiert oftmals parallel ein zweiter Versorgungspfad über Pflege- und Sozialberatungen oder Care-Management-Strukturen. In der

Praxis greifen beide Säulen häufig ineinander. Anrufer\*innen mit psychosozialen Anliegen weisen oftmals Belastungssymptome und auch strukturelle Unterstützungsbedarfe auf.

## 6 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist methodische, datenbezogene und inhaltliche Begrenzungen auf. Diese müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Diese Limitationen schmälern nicht den Erkenntniswert der Arbeit, markieren jedoch den Geltungsbereich der getroffenen Aussagen.

Die qualitative Analyse basiert auf Expert\*inneninterviews mit leitenden bzw. verantwortlichen Personen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in den österreichischen Bundesländern. Diese Perspektive ermöglicht vertiefte Einblicke in organisatorische Rahmenbedingungen, Selbstverständnisse und Verweisungslogiken, bildet jedoch den operativen Alltag einzelner ECN nur begrenzt ab. Einschätzungen zu Häufigkeiten, Relevanzen oder typischen Verläufen psychosozialer Anliegen beruhen überwiegend auf Erfahrungswissen der Interviewpersonen und stellen keine standardisierten Erhebungen dar. Antworten von Interviewpersonen sind individuell und hängen ab vom beruflichen Hintergrund und den Haltungen. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die bundeslandspezifische Gestaltung und Durchführung von 1450 erheblich variiert. Unterschiede in Organisation, Personalstruktur, Kooperationspartner\*innen und regionaler Versorgungslandschaft schränken die direkte Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern massiv ein.

Ein weiterer methodischer Limitationsaspekt betrifft die gewählte Auswertungsmethode. Die strukturgeleitete Textanalyse ist konzeptionell auf eine Durchführung im Forschungsteam ausgelegt. So soll durch gemeinsame Kategorisierungsentscheidungen eine breite Erfassung wichtiger Inhalte erreicht werden. Ursprünglich war auch im Rahmen dieser Arbeit eine gemeinsame Analyse vorgesehen. Aufgrund eines vorzeitigen Ausscheidens einer Kollegin konnte die Analyse jedoch nicht im geplanten Teamsetting umgesetzt werden. Zu diesem Zeitpunkt befand sich der Forschungsprozess bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, sodass eine grundlegende Änderung der Auswertungsmethode nur eingeschränkt möglich gewesen wäre. Die Analyse wurde daher als Einzelarbeit fortgeführt. Dieser Umstand stellt eine klare methodische Einschränkung dar, der durch eine transparente Dokumentation der Analyseschritte, eine systematische Memoschreibung sowie eine stringente Kategoriensystematik begegnet wurde, den fehlenden Abgleich mit anderen Forscher\*innen jedoch nicht ersetzen kann.

Die deskriptive Auswertung des ITSV-Datensatzes ermöglicht erstmals eine zahlenmäßige Annäherung an potenziell psychosoziale Anliegen innerhalb der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Gleichzeitig weist dieser Datensatz erhebliche strukturelle Begrenzungen auf. Psychosoziale

Anliegen werden im bestehenden Dokumentationssystem nicht als eigenständige Kategorie erfasst, sondern sind lediglich indirekt über psychiatrische Protokolle oder die Kategorie „Sonstige“ rekonstruierbar. Hervorzuheben ist, dass die Kategorie „Sonstige“ nur in ausgewählten Bundesländern und lediglich im Rahmen einer Pilotphase systematisch erhoben wurde. Eine österreichweite, vergleichbare Auswertung psychosozialer Anliegen ist daher auf Basis dieses Datenmaterials nicht möglich. Aufgrund dieser methodischen Problematik wurde bewusst auf weiterführende quantitative Auswertungen verzichtet, um keine scheinbare Präzision zu erzeugen.

## 7 Fazit

Die vorliegende Masterarbeit widmete sich der Frage, wie psychosoziale Anliegen im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in Österreich sichtbar werden und wie mit ihnen umgegangen wird. Ausgangspunkt war die Annahme, dass 1450 als niederschwellige, rund um die Uhr erreichbare Erstanlaufstelle zunehmend auch mit Anliegen konfrontiert ist, die sich nicht primär biomedizinisch fassen lassen. Vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses und struktureller Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem wurden zwei Forschungsfragen untersucht: Erstens, welche psychosozialen Anliegen von Nutzerinnen an 1450 herangetragen werden, und zweitens, welche Handlungs- und Verweismöglichkeiten den Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberatung bei solchen Anfragen zur Verfügung stehen.

Die erste Forschungsfrage lässt sich nur marginal beantworten. Die deskriptive Sichtung des ITSV-Datensatzes mit 26.963 potenziell psychosozialen Kontakten zeigt, dass psychosoziale Anliegen im System strukturell vorhanden sind und ihre quantitative Erfassung komplex gestaltet. Aufgrund der biomedizinisch ausgerichteten Protokoll-Logik von LowCode®, der fehlenden eigenständigen Kategorie für psychosoziales und der nur punktuellen Auswertung des „Sonstige“-Protokolls bleibt ein erheblicher Teil psychosozialer Anliegen systematisch unsichtbar. Die Ergebnisse legen nahe, dass psychosoziale Anliegen bei 1450 weniger ein Randphänomen darstellen, sondern vielmehr als Bestandteil der Nutzung niedrigschwelliger Akut- und Erstkontaktstrukturen zu verstehen sind.

Die Interviews mit Expert\*innen der telefonsichen Gesundheitsberatung ergaben, dass psychosoziale Anliegen bei 1450 in allen untersuchten Bundesländern auftreten, ihr tatsächliches Ausmaß jedoch nur eingeschränkt sichtbar ist. Psychosoziale Anliegen umfassen ein breites Spektrum und reichen von psychischen Belastungen wie Angst, Schlafstörungen, Abhängigkeitserkrankungen über soziale Problemlagen wie Einsamkeit, Überforderung pflegender Angehöriger, Versorgungsdefizite, Verwahrlosung oder finanzielle Notlagen bis hin zu einem allgemeinen Orientierungs- und Gesprächsbedarf. Charakteristisch ist, dass diese Anliegen häufig nicht als primärer Anrufgrund auftreten, sondern sich erst im Verlauf eines Gesprächs zeigen oder mit somatischen Beschwerden

verschränkt sind. Deutlich wird dies bei sogenannten Daueranrufer\*innen, deren wiederholte Kontakte oftmals Ausdruck von psychosozialen Belastungen bzw. fehlender Unterstützungsnetzwerke sind.

Hinsichtlich der zweiten Forschungsfrage zeigt sich ein stark heterogenes Bild der Handlungs- und Verweismöglichkeiten bei psychosozialen Anfragen. Bundesweit ist 1450 primär auf medizinische Triage und Dringlichkeitseinschätzung ausgerichtet. LowCode® bietet nur begrenzte Möglichkeiten zur Abbildung psychosozialer Anliegen, wodurch deren Bearbeitung häufig außerhalb der Systemlogik erfolgt. In mehreren Bundesländern beschränkt sich der Umgang mit psychosozialen Anliegen auf reine Beauskunftung externer Angebote. In diesen Fällen verbleibt die Verantwortung für die Kontaktaufnahme vollständig bei den Anrufer\*innen, was insbesondere bei belasteten Personen das Risiko birgt, dass empfohlene Unterstützungsangebote nicht in Anspruch genommen werden.

Demgegenüber zeigen einzelne Bundesländer, dass strukturierte und verbindliche Weiterverweisungsmodelle einen zentralen Unterschied machen. Dort bestehen Möglichkeiten zur „warmen“ Weiterleitung, zu Rückruftickets oder zur aktiven Fallübernahme durch psychosoziale- bzw. Krisendienste. Diese Modelle erhöhen die Nachhaltigkeit der Beratungen und machen psychosoziale Anliegen im System greifbarer und möglicherweise handhabbarer. Mehrfach lässt sich eine Zwei-Säulen-Logik erkennen: Akute psychosoziale Krisen werden (wenn vorhanden) über rund um die Uhr erreichbare Krisendienste bearbeitet, während nicht akute psychosoziale Anliegen an Pflege-, Sozial- oder Care-Management-Strukturen verwiesen werden (wenn vorhanden). Wo derartige Strukturen fehlen oder nur eingeschränkt erreichbar sind, stößt 1450 rasch an seine Grenzen. Aus Mangel an Alternativen muss dann auf die Ressourcen zurückgegriffen werden, die 1450 eigentlich entlasten soll: den Rettungsdienst und die Krankenhäuser.

Zusammenfassend zeigt die Arbeit, dass psychosoziale Anliegen bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 zwar vorhanden sind, jedoch in einem System mit biomedizinischer Denklogik nur unzureichend erfasst und bearbeitet werden können. Die Ergebnisse verdeutlichen eine strukturelle Diskrepanz zwischen dem Anspruch, eine umfassende Erstanlaufstelle im Gesundheitssystem zu sein, und den tatsächlich verfügbaren Instrumenten und Ressourcen im Umgang mit psychosozialen Problemlagen. 1450 erweist sich damit nicht als Allheilmittel, sondern als ein wichtiger, jedoch begrenzter Baustein in einem fragmentierten Versorgungssystem. Vor dem Hintergrund demografischer Entwicklungen, steigender Versorgungsbedarfe und zunehmender psychosozialer Anliegen wird deutlich, dass eine Weiterentwicklung von 1450 ohne den systematischen Einbezug psychosozialer Clearing- und Verweisungsstrukturen nur eingeschränkt sinnvoll erscheint. Die vorliegende Arbeit unterstreicht damit die Bedeutung biopsychosozialer Perspektiven und, um psychosoziale Anliegen im Rahmen der telefonischen Gesundheitsberatung künftig nicht nur zu erkennen, sondern auch nachhaltiger bearbeiten zu können.

## Literaturverzeichnis

AKUTteam NÖ. 2022. „Taetigkeitsbericht\_AKUTteam2022“.

AKUTteam NÖ. 2023. „Jahresbericht AKUTteam NOE 2023“.

Auer-Voigtländer, Katharina, und Tom Schmid. 2017. „Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial“. *soziales\_kapital*(18). <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/527/946>.

Biach, Alexander, und Regina Plas. 2023. „Patientenströme“. <https://www.wko.at/wien/news/zgp-03-2023-biach-plas-patientenstroeme.pdf>.

Booker, Matthew J., Ali R. G. Shaw, und Sarah Purdy. 2015. „Why Do Patients with ‘Primary Care Sensitive’ Problems Access Ambulance Services? A Systematic Mapping Review of the Literature“. *BMJ Open* 5(5):e007726. doi:10.1136/bmjopen-2015-007726.

BVRD. 2024a. „Positionspapier\_Zukunft\_Rettungsdienst\_2024\_V2.2“.

BVRD. 2024b. „Positionspapier\_Zukunft\_Rettungsdienst\_2024\_V2.2“.

Döring, Nicola, und Jürgen Bortz. 2016. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

DVSV & GÖG. 2019. „1450\_Evaluierungsbericht“. [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1174/1/1450\\_Evaluierungsbericht.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1174/1/1450_Evaluierungsbericht.pdf).

DVSV & GÖG. 2021. „EVALUIERUNG GESUNDHEITSBERATUNG 1450“.

DVSV & GÖG. 2025. „1450\_Evaluierungsbericht\_2023\_bf“.

Famira-Mühlberger, Ulrike, Matthias Firgo, und Gerhard Streicher. 2020. „WIFO MONATSBERICHTE 8/2020“. in *WIFO MONATSBERICHTE 8/2020*.

Gesundheit.gv.at. 2025. „Gesundheitsreform – Zielsteuerung Gesundheit“. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsreform.html>.

Gesundheitsfonds Steiermark. 2022. „„PsyNot‘: Neues psychiatrisches Krisentelefon in der Steiermark“. <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/news/psynot-neues-psychiatrisches-krisentelefon-in-der-steiermark/>.

GöG. 2023. „Pflegepersonalbedarfsprognose%20Update%20bis%202050\_bf.pdf“. [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3378/1/Pflegepersonalbedarfsprognose%20Update%20bis%202050\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3378/1/Pflegepersonalbedarfsprognose%20Update%20bis%202050_bf.pdf).

Grabenhofer-Eggerth, Alexander, Aida Tanios, Sophie Sagerschnig, Daniela Kern, und Sonja Valady. 2019. „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“.

- Grethe, Carsten. 2019. „Gesundheitsberatung 1450“. *Soziale Sicherheit*.
- Haindl, Anita, Florian Bachner, Zuzanna Brzozowska, Giorgio Carrato, Evelyn Ellmerer, und Gerald Gredinger. 2025. „Zielsteuerung-Gesundheit - Monitoringberichte“. [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerung-Gesundheit---Monitoringberichte.html).
- Hoff, Walburga, und Christiane Rohleder, Hrsg. 2022. *Psychosoziale Beratung und Soziale Arbeit*. Verlag Barbara Budrich.
- Karutz, Harald. 2014. „Karutz\_Artikel\_Psychosozialer\_Notfall“.
- Krammel, Mario, Valentin Drahoš, Thomas Hamp, Sabine Lemoyne, Daniel Grassmann, Wolfgang Schreiber, Patrick Sulzgruber, und Sebastian Schnaubelt. 2023. „The Epidemiology of Pre-Hospital EMS Treatment of Geriatric Patients in the City of Vienna—An Overview“. *Journal of Clinical Medicine* 12(2):643. doi:10.3390/jcm12020643.
- Kraxner, Roland, Thomas E. Dorner, Dominik Roth, und Kathryn Hoffmann. 2025. „Access Points to Different Levels of Health Care over 13 Years. Utilization Behaviour in a Changing Health Care System. Results of a Three-Wave Cross-Sectional Series in Austria“. *European Journal of Public Health* 35(1):11–18. doi:10.1093/eurpub/ckae180.
- Krisenhilfe OÖ. 2025. „<https://www.krisenhilfeooe.at/>“.
- Kroisleitner, Oona, und Petra Stuibler. 2025. „Vizekanzler im Gespräch“. 20/21.12.2025.
- Luiz, Thomas. 2013. „Psychosoziale Notfälle - Einsatz für den Notarzt?“ *Notfallmedizin up2date* 8(03):205–16. doi:10.1055/s-0032-1325100.
- Notruf Niederösterreich. 2025. „Accredited Center of Excellence (ACE)“. <https://notrufnoe.com/ace/>.
- OECD. 2023. *Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023*. OECD.
- Österreichische Ärztekammer. 2024. „RÜCKBLICK BKAÄ-Enquete: 1450 - Das Heilmittel für die Spitäler? - aerztekammer - OAK“. [https://www.aerztekammer.at/veranstaltungen/-/asset\\_publisher/oJk6M1JjU9lh/content/enquete-1450](https://www.aerztekammer.at/veranstaltungen/-/asset_publisher/oJk6M1JjU9lh/content/enquete-1450).
- ots.at. 2025. „Bund, Länder und Sozialversicherung einigen sich auf Basisangebot für Gesundheitsnavi 1450“. [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20251221\\_OTS0004/bund-laender-und-sozialversicherung-einigen-sich-auf-basisangebot-fuer-gesundheitsnavi-1450](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20251221_OTS0004/bund-laender-und-sozialversicherung-einigen-sich-auf-basisangebot-fuer-gesundheitsnavi-1450).
- Pauls, Helmut. 2013. *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Auflage. Grundlagentexte Soziale Berufe. Weinheim: Beltz.
- Plöger, Stefan. 2006. „Themen der Gespräche und Anliegen der Anrufenden“. S. 115–36 in *Handbuch Telefonseelsorge*, herausgegeben von T. Weber. Göttingen, Niedersachs: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Prause, G., G. Wildner, G. Gemes, Ph. Zoidl, P. Zajic, J. Kainz, M. Pock, und H. Trimmel. 2017. „Abgestufte präklinische Notfallversorgung – Modell Graz“. *Notfall + Rettungsmedizin* 20(6):501–8. doi:10.1007/s10049-017-0276-8.
- Priority Solutions. 2023. „ECNS\_Program“.
- Rechnungshof Österreich. 2021. „Bericht des Rechnungshofes: Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“.
- Rechnungshof Österreich. 2023. „Bund\_2023\_35\_Ambulante\_Versorgung\_in\_Kaernten.pdf“. [https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund\\_2023\\_35\\_Ambulante\\_Versorgung\\_in\\_Kaernten.pdf](https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund_2023_35_Ambulante_Versorgung_in_Kaernten.pdf)
- Redelsteiner, Christoph. 2015. „Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland“. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Rotes Kreuz Burgenland. 2025. „Krisenintervention – Rotes Kreuz“. <http://www.rotekreuz.at/burgenland/ich-brauche-hilfe/krisenintervention>.
- Sanitätergesetz: SanG. 2002. Republik Österreich
- Statistik Austria. 2025a. „Bevölkerungspyramide 1952 - 2100 Österreich“. [https://www.statistik.at/atlas/bev\\_prognose/](https://www.statistik.at/atlas/bev_prognose/).
- Statistik Austria. 2025b. „Gesundheitsausgaben 2024 auf 57 Mrd. gestiegen“.
- Steinhart, Johannes. 2025. „Wiener Gesundheitsinfrastrukturreport 2025 stellt das Wiener Gesundheitssystem auf den Prüfstand: Bestandsaufnahme, Herausforderungen, Lösungsansätze - wien - OAK“. [https://www.aekwien.at/pressekonferenzen/-/asset\\_publisher/dwFaXtW3lYQX/content/wiener-gesundheitsinfrastrukturreport-2025-stellt-das-wiener-gesundheitssystem-auf-den-pr%C3%BCfstand-bestandsaufnahme-herausforderungen-l%C3%B6sungsans%C3%A4tze](https://www.aekwien.at/pressekonferenzen/-/asset_publisher/dwFaXtW3lYQX/content/wiener-gesundheitsinfrastrukturreport-2025-stellt-das-wiener-gesundheitssystem-auf-den-pr%C3%BCfstand-bestandsaufnahme-herausforderungen-l%C3%B6sungsans%C3%A4tze).
- Ungar-Klein, David. 2025. „Wiener Gesundheitsinfrastrukturreport-2025“. <https://www.aekwien.at/documents/d/wien/gesundheitsinfrastrukturreport-2025>.
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. 2025.
- Widulle, Wolfgang. 2020. *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen*. Bd. 9. Basiswissen Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Zahorka, Florian. 2016. „Psychosoziale Helplines in Österreich – Florian Zahorka“.
- Zahorka, Florian, und Christoph Strauss. 2024. „Personalbedarfsberechnung Diplomierte:r Notfallsanitäter:in Status Quo und Prognose der Einsatzentwicklung im Rettungsdienst anhand der Versorgungsregion Nordost Tirol“. [https://www.bvrd.at/wp-content/uploads/2024/06/Kurzbericht\\_Dipl\\_NFS.pdf](https://www.bvrd.at/wp-content/uploads/2024/06/Kurzbericht_Dipl_NFS.pdf).

## **Abkürzungen**

ECN – Emergency Communications Nurse

CCA – Call Center Agent

ACE – Accredited Center of Excellence

DGKP – Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*in

PSD – Psychosozialer Dienst

SND – Sozialpsychiatrischer Notdienst

SOP – Standard Operating Procedure

PDC – Priority Dispatch Corps

ELSSA – Elektronisches Leitstellen- und Servicesystem Austria

RK – Rotes Kreuz

NNÖ – Notruf Niederösterreich

CM – Case Management

GVG – Gesundheitsversorgungs-GmbH

AMPDS – Advanced Medical Priority Dispatch System

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide Österreich 2025 vs. 2040 (Statistik Austria 2025a) ....10

Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in Europa 2024 (OECD, 2025) .....12

Abbildung 3: Sampling der Expert\*innen, eigene Darstellung .....29

Abbildung 4: Eckdaten der 1450 Betreiber, eigene Darstellung.....33

## **Anhang**

Überschrift Formatvorlage „Überschrift Verzeichnis“

Fließtext Formatvorlage „Kapiteltext“