

Florian Zahorka:

Alternative Verweisungspfade für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik

Erkenntnisse auf Basis eines Forschungsaufenthalts in Colorado Springs

1. Einleitung

Angesichts weitreichender demographischer Veränderungen steht die österreichische Gesundheitsversorgung in Hinblick auf die Gewährleistung von Versorgungssicherheit vor großen Herausforderungen (vgl. Redelsteiner/Pfleger 2015: 234). Im Fokus steht insbesondere die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgungsqualität, bei gleichzeitig stärkerer Bedeutung ökonomischer Prinzipien in der Gesundheitsversorgung.

Daraus ergibt sich ein bekanntes und vielfach diskutiertes Spannungsfeld: Wie kann trotz veränderter Altersverteilung und steigender Lebenserwartung¹, migrationsbedingter Veränderungen der gesellschaftlichen Zusammensetzung, konstant hoher Armut- oder Ausgrenzungsgefährdung² und steigendem Kostendruck ein qualitativ hochwertiges, öffentliches Gesundheitssystem aufrechterhalten werden, in dem Leistungen möglichst zielgruppengerecht und unabhängig von Einkommen und sozialer Herkunft gewährleistet bleiben?

All dies steht vor dem Hintergrund, dass eine funktionierende Gesundheitsversorgung ein wesentlicher Garant für soziale Kohäsion und die Sicherung von sozialem Frieden innerhalb einer Gesellschaft darstellt.

Insbesondere die präklinische Notfallversorgung kann als jenes äußerst niederschwellig verfügbare Angebot der Gesundheitsversorgung auch einen sensiblen Frühindikator für Entwicklungen im Gesundheits- bzw. Sozialsystem darstellen. Darunter wird die gesamte notfallmedizinische Versorgung von Kranken oder Verletzten subsummiert, die von der Notrufentgegennahme, der Anleitung zur Ersten Hilfe, der Entsendung von Rettungsmitteln, der Versorgung vor Ort bis zu Behandlung in einer klinischen Notfallaufnahme reicht. Insbesondere die Prävalenz von psychisch-sozialen Problemstellungen kann als Frühindikator für gesellschaftliche Veränderungen bzw. steigende Morbidität gesehen werden.

So konnten etwa Hanefeld et al. (2018) in ihrer Studie nachweisen, dass Notarzteinsätze zu kardiovaskulären, neurologischen und pneumologischen Erkrankungen mit Zunahme der Arbeitslosenquote signifikant steigen. Völker et al. (2015: 305) konstatieren neben dem Zusammenhang zwischen höherem Einsatzaufkommen und sozioökonomisch niedrigerem Status auch die Komponenten

niedrigeres Bildungsniveau und fehlender sozialer Rückhalt als Gründe für eine stärkere Einsatzfrequenz. Redelsteiner und Pflegerl (2015: 241-242) beschreiben Indikationen und KlientInnengruppen, die diesem Zusammenhang besonders oft vom Rettungsdienst angetroffen werden:

- Alleinstehende
- Obdachlose
- pflegende Angehörige, Betreuungslücken
- Alkoholisierte, Substanzbeeinträchtigte
- Daueranrufer
- schwierige hygienische Bedingungen
- Krisenintervention
- unverletzte, sozialpsychiatrische PatientInnen
- soziale Notlagen
- fehlende Gesundheitsförderung.

Angesichts der Prävalenz psychisch-sozialer Indikationen stellen Völker et al. (2016: 15) für den Rettungsdienst die Frage, „(...) ob im bundesdeutschen Rettungsdienst die geeignete Struktur, die geeigneten Mittel und das geeignete Personal vorgehalten werden, um solche Probleme zu bearbeiten oder gar zu lösen“. Der Versuch, mangelhaft genutzte Versorgungsstrukturen im Sozialbereich im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin kompensieren zu wollen, scheint sowohl in personeller, als auch in apparativer Hinsicht wenig zielführend (vgl. Völker et al. 2015: 304).

Demgegenüber führen Redelsteiner und Pflegerl (2015: 239-240) internationale Beispiele aus Schottland und Spokane an, wie über Primärversorgungsangebote bzw. aufsuchende Clearings die Hospitalisierungsrate verringert werden konnte. Es scheint sich also um ein internationales Phänomen zu handeln, dessen Bearbeitung auch den Einbezug einer solchen Sichtweise bedarf.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der vorliegende Artikel der Fragestellung, wie eine Öffnung und Kooperation gelingen kann, und welche Aspekte einer starken Berücksichtigung bedürfen. Dazu werden im Folgenden die Strukturen der präklinischen Versorgung in Colorado Springs (USA) näher beleuchtet und wertvolle Erkenntnisse des als Best-Practice-Beispiel geltenden „Community-and-Public-Health“-Programms dargestellt.

2. Alternative Versorgungspfade im Rahmen der Präklinischen Versorgung

Im Rahmen eines einmonatigen Forschungsaufenthaltes erhielt der Autor dieses Artikels einen umfangreichen Einblick in den Aufbau, die Struktur und Vorgangsweise. Mit dem Hinweis auf die unterschiedlichen sozioökonomischen Strukturen sowie Organisationsstrukturen sei an dieser Stelle auf die Limitierung bei der Übertragbarkeit der Explorationsergebnisse verwiesen. Bei der gewählten Forschungsmethode handelt es sich um eine teilnehmende, offene, teil-strukturierte Beobachtung über den

Zeitraum von 26 Tagen in den verschiedenen Teilbereichen der präklinischen Notfallversorgung des dortigen Fire Departments (vgl. Bortz/Döring 2016: 324, 326-330).

Bereits seit 2015 existiert in Colorado Springs mit der „Community and Public Health Division“ ein Programm zur Vermeidung und Reduzierung niedrig priorisierter bzw. unnötiger Einsätze in der Präklinik und der damit einhergehenden Reduktion der Hospitalisierungsrate im präklinischen Bereich. Institutionell ist diese Einheit in der dortigen Berufsfeuerwehr zugeordnet, die einen wesentlichen Part in der medizinischen Erstversorgung von Notfällen darstellt. Durch einen privaten Rettungsdienstanbieter wird der weiterführende Transfer in ein Spital sichergestellt. Dieses integrierte Modell von Feuerwehr und Rettungsdienst bietet vor allem in Sachen Eintreffzeit deutliche Vorteile. Wird jedoch der Aspekt der fehl- bzw. nicht indizierten Einsätze betrachtet, so zeigen sich hier nachhaltige ökonomische, strukturelle sowie soziale Folgen. Diese betreffen nicht nur direkte finanzielle Aufwendung im Fall von nicht-indizierten Ausfahrten. Auch Frust, Überforderung und Überlastung von Mitarbeiter_innen werden insbesondere bei diesen Einsätzen gefördert.

Seit der Implementierung steht Polizeikräften, Feuerwehren, Rettungsdiensten, sowie Kriseneinrichtungen und weiteren psychosozialen Professionen im urbanen Gebiet beim Auftreten von nicht primär medizinischen, psychisch-sozialen Problemstellungen ein „Community Response Team“ zur Verfügung. Diese täglich von 9 bis 19 Uhr operierende, mobile Einheit setzt sich aus einem/einer Sanitäter_in, einem Polizisten³, und einer Sozialarbeiterin⁴ zusammen. Das Team kann zu bestehenden Einsätzen alarmiert werden, Einsätze selbstständig übernehmen und so gebundene Einsatzkräfte stornieren, oder von psychosozialen Einrichtungen zur Unterstützung herangezogen werden. Die Indikationsliste erstreckt sich dabei auf die Androhung von Suizid, rezidivierende psychische Ausnahmezustände, häusliche Gewalt, eskalierende Konfliktsituationen, Substanzmissbrauch, Abwesenheitsmeldungen bzw. Gefährdungsmeldungen von Angehörigen bis zu (drohender) Wohnungslosigkeit.

Die sozialarbeiterische Vorgangsweise lässt sich dem Konzept der lösungsorientierten Kurzzeittherapie („*solution focused brief therapy*“) zuordnen (vgl. Schweitzer/Schlippe 2007: 35-38). Nach einem gemeinsamen strukturierten Assessment, welches die Teilbereiche medizinische, psychische und soziale Situation abdeckt, stehen dem Team mehrere Vorgangsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese umfassen:

- Belassung vor Ort,
- Verbringung in eine rund um die Uhr offene Krisenberatungseinrichtung,
- Transfer in eine Notaufnahme,
- Aufnahme in einer Entzugsklinik,
- Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

Insbesondere das freiwillige und niederschwellige Angebot der Verbringung in eine Krisenberatungseinrichtung stellte im Beobachtungszeitraum eine vielfach gewählte Option dar. In sicherer Atmosphäre existiert dort ein Gesprächs- bzw. Beratungsangebot mit dem Ziel der Stabilisierung („*safety-plan*“) und dem Angebot zu weiteren Beratungen, Gruppenaktivitäten oder Ressourcen.

Laut Jahresbericht 2016 konnte in 3.281 Fällen⁵ durch die Übernahme der mobilen „Community-Response“-Einheit ein anderes Rettungs- bzw. Polizeimittel wieder freigemacht werden (vgl. Colorado Springs Fire Department 2017: 31). Es lässt sich dabei feststellen, dass alternative Verweisungspfade die Zahl der Personen, die in einer Notaufnahme vorstellig werden, deutlich reduziert.

Neben der beschriebenen mobilen Kriseneinheit existiert auch ein sogenanntes „Community Assistance Referral and Education Program“, welches sich explizit mit Drehtürpatient_innen beschäftigt. Dabei handelt es sich um jene Patient_innengruppe, die innerhalb eines definierten Zeitraums Rettungsdienste in Anspruch nimmt oder Notaufnahmen visitiert. Diese Einsätze können chronischen Krankheitszuständen, aber auch psychisch-sozialen Umständen geschuldet sein. Roick et al. (2002: 334) definieren Heavy User⁶ aus Sicht der psychiatrischen Versorgung als vergleichsweise kleine Gruppe an Patient_innen, die einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Ressourcenkonsumation trägt. Insgesamt sind 10-13% aller Patient_innen Heavy User, die 50%-80% der Ressourcen des Systems in Anspruch nehmen.

In einer qualitativen Folgestudie unterscheiden Roick et al. (2006: 436-441) zwischen folgenden Gruppen:

- Personen, die bereits aus einer institutionellen Einrichtung stammen und über ein vorhandenes Netz an Betreuungsdiensten verfügen;
- Personen, die in einer privaten Unterkunft leben und stärkeren persönlichen Belastungsfaktoren exponiert sind;
- Personen, die über keinerlei funktionelles Unterstützungsnetzwerk verfügen;
- Personen, die sämtliche informelle und formelle Unterstützungsnetzwerke kontaktieren und bei denen aufgrund einer Exazerbation eine Aufnahme als einzige Alternative gesehen wird;
- Personen, die aufgrund einer sekundären Substanzabhängigkeit trotz Ablehnung des Krankenhaussystems, beim Auftreten von Schmerzen, Suizidgedanken, psychiatrischen Zuständen keine Alternative sehen.

In Colorado Springs werden Personen als Heavy User klassifiziert, wenn sie im Zeitraum der letzten 12 Monate mindestens sechs Mal in einer Notaufnahme vorstellig wurden, oder mit dem Rettungsdienst in Kontakt kamen.

Wird ein/e Patient_in im System registriert, so wird grundsätzlich versucht, persönlichen Kontakt im Rahmen eines Hausbesuchs herzustellen. Willigt der/die Patient_in zu einer Teilnahme am CARES-Programm ein, so findet ein ausführliches computergestütztes medizinisches bzw. psychosoziales Assessment statt. Auf Basis der so erhobenen Problembereiche wird der Fall je nach identifizierbarem „underlying need“ entweder einem sogenannten „Medical Navigator“ oder einem „Behavioral Health Navigator“ zugeordnet.

Ersterer versucht im Fall von stärkerer Prävalenz medizinischer Probleme, dafür vorhandene Ressourcen zur Verfügung zu stellen und sich als Advokat für die Erhaltung medizinischer und sozialer Leistungen für Klient_Innen einzusetzen. Die Tätigkeiten umfassen die Organisation eines Haus- oder Facharztes, den Transport zu Behandlungen, die Akquise von Unterstützungsleistungen, technischen

Einrichtungen, Präventionsmechanismen und die Aufrechterhaltung des Kontakts über den Zeitraum der Betreuung.

Im Fall von dominierenden psychisch-sozialen Problemstellungen, welche im Zeitraum des Forschungsaufenthaltes zumeist mit einer bzw. mehreren psychiatrischen Diagnosen assoziiert waren, übernimmt der/die Betreuer_in die Stellung eines Intermediärs, welcher zwischen den verschiedenen Therapie- und Betreuungsinstitutionen koordiniert, aber auch eine Art Übersetzungs- und Advocacy-Funktion für Klient_innen darstellt. Hierbei stehen vor allem die Vertrauensbildung und die Früherkennung von sich entwickelnden Spannungszuständen im Vordergrund mit dem Ziel, eine erneute Hospitalisierungswelle abzufedern.

Als dritte Säule des „Community and Public Health Programs“ werden sogenannte Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Diese umfassen beispielsweise Impfaktionen, Blutdruckkontrolle, Aus- und Weiterbildung zur basalen Erste Hilfe, oder die Bereitstellung von Gemeinschaftsräumen in Feuerwachen.

Die Säule der überinstitutionellen Vernetzung bildet den letzten wesentlichen Eckpfeiler. Monatlich stattfindende Stakeholdertreffen können als Helfer_innenkonferenzen abgehalten werden, wo zumeist auf Fallbasis diskutiert wird. Fälle können hierbei aus verschiedenen Blickwinkeln interdisziplinär analysiert werden und eine gemeinsame Koordination erfolgen. Neuerungen in Bezug auf Regelungen oder Gesetze, sozioökonomische Veränderungen können dabei ebenso thematisiert werden. So war im Beobachtungszeitraum die Schließung und Neustrukturierung der Entzugskliniken ein dominantes Thema.

3. Implikationen für das Versorgungssystem

Wie im einleitenden Kapitel dargelegt, stellt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für alle Bevölkerungsschichten eine wesentliche Komponente für sozialen Zusammenhalt und Frieden dar. Diese Versorgungsqualität zu gewährleisten ist zentrale Aufgabe von Gesundheits- und Sozialprofessionen, insbesondere in Hinblick auf die Implementierung neuer Standards und Richtlinien zur Gesundheitsförderung im Rahmen des Public-Health Ansatzes (vgl. FGÖ 2016). Greift man nun die seit Jahren steigende Zahl an nicht lebensbedrohlichen Einsätzen in der Präklinik auf, so scheint der Bedarf an einer geänderten Vorgangsweise⁷ evident.

Die Beobachtungen aus Colorado Springs veranschaulichen, welche Möglichkeiten eine multiprofessionelle Herangehensweise an psychosoziale Problemstellungen ergibt. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass überinstitutionelle Kooperation, organisationsübergreifende Vereinbarungen und Abläufe eine stärkere Strukturierung und Koordination ermöglichen. Gerade im Umgang mit anspruchsvollen Klient_innen ergibt sich dadurch ein klarer Nutzen, der im Sinne der Nachvollziehbarkeit auch transparent gemacht wird.

Mit Blick auf die präklinische Notfallmedizin in Österreich zeichnet Reisinger (2012: 131) einen deutlichen Professionalisierungsbedarf des in Österreich regional sehr unterschiedlichen Rettungswesens. Wesentliche Aspekte sind die Stärkung der Ausbildung von Sanitäter_innen und Ärzt_innen, eine einheitlichere Struktur des Rettungswesens und die Schaffung alternativer Verweisungspfade auf Leitstellenebene. Erkennung, Filterung und Lenkung psychosozialer Aspekte sollten

in Ausbildungskonzepte und „Standard-Operating-Procedures“ integriert werden. Darauf aufbauend existiert die Notwendigkeit der Implementierung von multiprofessionellen Teams aus Gesundheits- und Sozialberufen, welche dann jene psychosozialen Einsätze übernehmen (vgl. Wallner/Novosad 2017, Völker et al. 2015: 312, Redelsteiner 2013, Vock 2016, Luiz 2013, 2008). Gerade im Diskurs um die nicht-indizierte Verwendung von Einsatzmitteln, vielfach auch „missbräuchliche“ Inanspruchnahme genannt, werden mit den alternativen Behandlungspfaden neue Lösungsmöglichkeiten eröffnet werden (vgl. Völker et al. 2015: 305).

Projekte wie die Anfang 2017 gestartete Gesundheitsberatung unter der Nummer 1450 (in den Pilotregionen NÖ, Wien, VBG) zeigen, dass die medizinische Versorgung der Zukunft wieder stärkeren Fokus auf einen interdisziplinären, vorklinischen Bereich legen wird. Auch deshalb wird für die Primärversorgung eine enge Kooperation in Netzwerken sowie unter den Gesundheits- und Sozialberufen die Attraktivierung der Inanspruchnahme von Primärversorgungsangeboten und eine Stärkung der Leistungsfähigkeit forciert (vgl. Bundesgesundheitsagentur 2014: 5-7).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass anhand der Erkenntnisse internationaler Modellbeispiele wie in Colorado Springs relevante Aspekte für eine nationale Implementierung gewonnen werden können. Die Prävalenz von psychosozialen Problemstellungen stellt durchaus ein weltweites Phänomen dar, wo internationale Kooperation und Austausch wesentlich zum Erfolg bei der Lösung beiträgt. Es bedarf also der Entwicklung von alternativen Versorgungskonzepten, durch die sich insbesondere aus Sicht der professionellen Sozialen Arbeit die Chance ergibt, das Betätigungsfeld der „Emergency Social Work“ zu etablieren.

„Wenn wir wollen, daß alles bleibt wie es ist, dann ist nötig, daß alles sich verändert“ lautet ein bekanntes Zitat des italienischen Schriftstellers Giuseppe Tomasi di Lampedusa.

Wie dieser Artikel zeigt, ist die Notwendigkeit einer Systemänderung in der Präklinischen Notfallmedizin schon seit längerem gegeben. Es liegt nun auch an der Profession der Sozialen Arbeit, hier einen professionellen Beitrag zu leisten.

Dieser Beitrag besteht darin, innovative sowie interdisziplinäre Herangehensweisen für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik zu etablieren. So ist es durchaus eine Kompetenz Sozialer Arbeit, direkt in die Lebenswelt der Klient_innen einzutreten, um somit die Komplexität einer Situation im System zu erfassen. Insbesondere die konsequente Lösungsfokussierung bei akut auftretenden Problemlagen, bei der therapeutische Interventionen vorerst zurückgestuft werden, erscheint vielfach gewinnbringend. Besonders die starke lokale Vernetzung bzw. Verankerung der Professionist_innen und dazugehörige Kenntnis der verfügbaren sozialen Dienste gilt als ein Alleinstellungsmerkmal. Kooperation und demokratische Entscheidungsstrukturen kennzeichnen die Arbeitsmethoden, insbesondere aber ist der starke Einbezug der Klient_innenperspektive gewinnbringend.

Verweise

¹ Laut Hochrechnung von Statistik Austria wächst die Anzahl der über 65-Jährigen von derzeit 18,5% im Jahr 2030 auf 23%, 2050 auf 27,2% der Gesamtbevölkerung, während gleichzeitig auch die Lebenserwartung mit Ausnahme von 2015 jährlich wächst und für das Jahr 2016 bei Männern bei 79,1 und Frau bei 84,0 Jahren liegt.

² Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung, derzeit bei 18% in Österreich, setzt sich aus den Bereichen Armutsgefährdung, Haushalte mit keiner oder sehr niedriger Erwerbsintensität und Erhebliche materielle Deprivation zusammen, wobei mindestens eine Kategorie erfüllt sein muss.

³ Derzeit lediglich männliches Personal.

⁴ Derzeit lediglich weibliches Personal; lizenzierte Sozialarbeiter_innen (siehe dazu Social Work Guide o. J.).

⁵ Entspricht einer Steigerung von 38,4% zum Vorjahr und 211,67% im Vergleich zum Startjahr 2014.

⁶ An dieser Stelle wird nicht näher auf die vorhandene Begriffsvielfalt eingegangen. Es sei daher auf die exemplarische Listung in der Studie von Böhm et al. (2011: 12) verwiesen.

⁷ Siehe dazu Leitstelle Tirol (o. J.).

Literatur

Böhm, Martin / Gruber, Dominik / Koren, Gernot / Schöny, Werner / Endel, Florian (2011): „Wenn sich die Türe dreht ...“. Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von PsychiatriepatientInnen mit hoher Wiederaufnahmerate in ausgewählten Bundesländern in Österreich. Linz, <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564551&version=1391184570> (16.02.2018).

Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Human- und Sozialwissenschaften. Berlin/Heidelberg: Springer.

Bundesgesundheitsagentur (2014): Das Team rund um den Hausarzt: Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (16.02.2018).

Colorado Springs Fire Department (2017): Annual Report. Colorado Springs: Colorado Springs Fire Department. https://csfd.coloradosprings.gov/sites/csfd.coloradosprings.gov/files/csfd_stat_abstract_2016.pdf (16.02.2018).

FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (2016): Rahmenarbeitsprogramm 2017-2020. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. https://projektguide.fgoe.org/downloads/Rahmenarbeitsprogramm_Fonds_Gesundes_Osterreich.pdf (16.02.2018).

Hanefeld, Christoph / Haschemi, Alexander / Lampert, Thomas / Trampisch, Hans J. / Mügge, Andreas / Miebach, Janine / Kloppe, Cordula / Klaaßen-Mielke, Renate (2018): Social gradients in myocardial infarction and stroke diagnoses in emergency medicine. An analysis of socioeconomic regional disparities in a German city. In: Deutsches Ärzteblatt International, 115 (4), S. 41-48.

Leitstelle Tirol (o. J.): Einsatzstatistik. <https://www.leitstelle-tirol.at/unternehmen/einsatzstatistik/> (16.02.2018).

Luiz, Thomas (2013): Psychosoziale Notfälle – Einsatz für den Notarzt? In: Notfallmedizin up2date, 8 (3), S. 205-216.

Luiz, Thomas (2008): Der psychosoziale Notfall. In: Notfall + Rettungsmedizin, 11 (8), S. 547-551.

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: soziales_kapital, 9 (2013), <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256> (16.02.2018).

Redelsteiner, Christoph / Pflegerl, Johannes (2015): Community Social Care. Ansatzpunkte für ein Konzept zur Vernetzung von medizinischen und psychosozialen Dienstleistungen im Rahmen der Primärversorgung im Gemeinwesen. In Pantuček-Eisenbacher, Peter / Vyslouzil, Monika / Pflegerl, Johannes (Hg.) (2015): Sozialpolitische Interventionen. Eine Festschrift für Tom Schmid. St. Pölten: Fachhochschule St. Pölten, S. 233-244.

Reisinger, Armin (2012): Rettungsdienst in Österreich. Herausforderungen an Ausbildung und strukturelle Entwicklung. Masterthese, Oberösterreich/Wien/München/Graz: Body & Health Academy.

Roick, Christiane / Gartner, Anke / Heider, Dirk / Dietrich, Sandra / Angermeyer, Matthias C. (2006): Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. In: International Journal of Social Psychiatry, 52 (5), S. 432-446.

Roick, Christiane / Gartner, Anke / Heider, Dirk / Dietrich, Sandra / Angermeyer, Matthias C. (2002): Heavy user psychiatrischer versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. In: Psychiatrische Praxis, 29 (7), S. 334-342.

Schweitzer, Jochen / Schlippe, Arist von (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. 10. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Social Work Guide (o. J.): Social Work Licensing Guide. <https://www.socialworkguide.org/licensure/> (16.02.2018).

Vock, Petra (2016): Entlastung durch Sozialarbeit. In: medONLINE.at, <https://medonline.at/2016/entlastung-durch-sozialarbeit/> (16.02.2018).

Völker, Maria Theresa / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2016): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. In: Pro Care, 01/2016 (1), S. 14-23.

Völker, Maria Theresa / Jahn, Nora / Kaisers, Udo / Laudi, Sven / Knebel, Lars / Bercker, Sven (2015): Soziale Aspekte von Einsätzen im Rettungsdienst. In: Anaesthesist, 64 (4), S. 304-314.

Wallner, Stefan / Novosad, Heinz (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Masterthese. St. Pölten: Fachhochschule St. Pölten.

Über den Autor



Florian Zahorka, BA MA

florian.zahorka@fhstp.ac.at

ist Sozialarbeiter und Notfallsanitäter. In seiner Forschungstätigkeit als Junior Researcher am Ilse-Arlt-Institut für Soziale Inklusionsforschung beschäftigt er sich mit den Themen Digitalisierung in der Sozialen Arbeit, Präklinische Notfallmedizin und Soziale Arbeit, Primärversorgung und Soziale Arbeit.

Zusammenfassung

Weitreichende demographische Veränderungen erfordern auch hinsichtlich der Gesundheitsversorgung neue Konzepte und Lösungswege. Gerade mit Blick auf kontinuierlich steigende Zahl an Einsätzen in der präklinischen Notfallmedizin bietet sich durch eine interdisziplinäre Herangehensweise die Chance, Patient_innen mit psychosozialen Problemstellungen in adäquatere Versorgungspfade zu lenken. Der vorliegende Artikel greift – ausgehend von der Darlegung notwendiger Veränderungen im Bereich der Akutversorgung von Patient_innen – Aspekte eines teilnehmenden Forschungsaufenthaltes in Colorado Springs (USA) auf. Dort sind im Rahmen der Präklinik auch Sozialarbeiter_innen, Therapeut_innen und Polizeikräfte in mobilen Einheiten integriert. Durch eine enge Kooperation mit niedergelassenen psychosozialen Versorgungsdiensten werden Einsatzmittel schneller verfügbar bzw. seltener belegt. Neben der kurzfristigen Akutintervention stehen bei sogenannten Drehtürpatient_innen Case Manager_innen mit Expertise im medizinischen oder therapeutischen Bereich zur Verfügung. Mit Blick auf österreichische Spezifika können

daraus wertvolle Erkenntnisse im Umgang mit psychosozialen Problemstellungen in der Präklinischen Notfallmedizin gesammelt werden.

Schlagworte: psychosoziale Problemstellungen, Präklinische Notfallmedizin, Patientennavigation, interdisziplinäre Lösungswege, mobile soziale Arbeit

Abstract

Demographic and social change demand the development of new and innovative concepts. Effective patient navigation plays a vital role especially in the field of prehospital emergency medicine. Especially patients with psychosocial issues can be re-navigated when multiple professions participate in the process of immediate care. Based on the exploration of the necessity of change in the field of prehospital medicine, this article presents field research results. Colorado Springs (USA) has launched an innovative approach that includes social workers, police officers and paramedics into the emergency medical system. Strong integration and cooperation with crisis stabilization and further psycho social services allow a reduction of low acuity calls for medical first responders. Furthermore, the issue of high utilization of EMS and emergency hospital usage is encountered through medical and behavioral health intervention teams. Considering the results of this field study, valuable insights for dealing with psycho social issues in Austria were gained.

Keywords: psychosocial issues, prehospital emergency medicine, patient navigation, interdisciplinary solutions, outreach social work intervention