

PETER PANTUČEK-EISENBACHER
MONIKA VYSLOUZIL
JOHANNES PFLEGERL (HRSG.)

SOZIALPOLITISCHE INTERVENTIONEN

EINE FESTSCHRIFT FÜR TOM SCHMID

Ilse Arlt Institut
für Soziale Inklusionsforschung
Ilse Arlt Institute on Social Inclusion Research



Medieninhaber: FH St. Pölten, Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung, 2015
Druck: Verlag des ÖGB GmbH, Wien
Covergrafik: © iStock.com/marigold_88

Bestellmöglichkeit: Dieses Buch kann am Arlt Institut bestellt werden.
inclusion@fhstp.ac.at / inclusion.fhstp.ac.at

COMMUNITY SOCIAL CARE

ANSATZPUNKTE FÜR EIN KONZEPT ZUR VERNETZUNG VON MEDIZINISCHEN UND PSYCHOSOZIALEN DIENSTLEISTUNGEN IM RAHMEN DER PRIMÄRVERSORGUNG IM GEMEINWESEN

CHRISTOPH REDELSTEINER & JOHANNES PFLEGERL

1. EINLEITUNG

Österreich steht – so wie andere Staaten Europas – angesichts demografischer und soziostruktureller Veränderungen vor großen Herausforderungen in Hinblick auf die Gestaltung der zukünftigen medizinischen und psychosozialen Grundversorgung seiner Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass in den kommenden Jahren eine zunehmende Zahl an Menschen Unterstützungsbedarf im Rahmen der Grundversorgung in Form von medizinischen, pflegerischen oder psychosozialen Dienstleistungen benötigen wird. Gleichzeitig zeichnet sich bereits jetzt ab, dass es insbesondere für den ländlichen Raum deutlich schwieriger wird, ausreichend Fachkräfte – insbesondere Ärzt_innen – zu finden, die bereit sind, in diesem Bereich zu arbeiten. Ebenso ist durch die geburtenschwachen Jahrgänge ein Wettbewerb um die besten Student_innen und Mitarbeiter_innen in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens erwartbar. Berufsbilder müssen daher attraktiv sein und Möglichkeiten der Weiterentwicklung bieten. Abgrenzungen zwischen den Berufsgruppen als Zeichen von „Eigenständigkeit“ werden zunehmend als Zeichen mangelnder Professionalität und geringer interdisziplinärer Lösungskompetenz wahrgenommen. Eine Neuorganisation der Primärversorgung scheint daher unbedingt erforderlich und wurde konzeptuell bereits begonnen. Ziel ist es, für alle Bevölkerungsgruppen einen möglichst niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Schaffung einer örtlich und zeitlich für die Bevölkerung gut erreichbaren Einrichtung (best point of service) zu gewährleisten. In dieser soll eine umfassende Versorgung der Bevölkerung in einem multiprofessionellen Team bestehend aus Ärzt_innen und anderen für eine Primärversorgung relevanten Berufsgruppen – darunter Pfleger_innen, Physiotherapeut_innen, Ergotherapeut_innen, Diätolog_innen, Psycholog_innen, Hebammen, Logopäd_innen und Sozialarbeiter_innen – ermöglicht werden. Angestrebt wird, einen Großteil der einfacheren Gesundheits- und Krankheitsanliegen von Patient_innen ohne Weiterleitung in andere Versorgungseinrichtungen zu erkennen und möglichst vor Ort zu behandeln. Diese Maßnahmen sollen den Spitalsbereich deutlich entlasten und helfen, Kosten einzusparen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Dieses Grundkonzept bietet neben der Bereitstellung eines differenzierten Grundversorgungsangebotes auch die grundsätzliche Chance, zunächst differenzierter zu erkennen, welcher konkrete Hilfebedarf tatsächlich gegeben ist und wie darauf reagiert werden könnte. Denn ein wesentliches Ziel der Gesundheitsreform, Kosten einzusparen und den Betroffenen dennoch adäquate Unterstützung zu bieten, wird

nur dann erreicht, wenn es gelingt, unterstützungsbedürftigen Personen, die für sie passende Form der Unterstützungsleistung zielgerichtet zukommen zu lassen und Fehlsteuerungen zu vermeiden.

Im Folgenden werden zunächst sehr knapp die für diese Frage relevanten demografischen und strukturellen Veränderungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung skizziert. In der Folge wird anhand eines Einzelfallbeispiels dargelegt, wie in der gegenwärtigen Struktur des Versorgungssystems Mängel in der zielgerichteten Steuerung von Unterstützungsleistungen auftreten. Auf Basis dessen wird der Vorschlag für ein Kompetenzprofil zur besseren Vernetzung psychosozialer Bedürfnisse von Patient_innen im Rahmen der Primärversorgung entwickelt.

2. STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN IN DER AMBULANTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG AM BEISPIEL DES DEMOGRAFISCHEN ALTERSSTRUKTURWANDELS

Eine zentrale Herausforderung für die zukünftige Gestaltung der medizinischen pflegerischen und psychosozialen Primärversorgung ergibt sich unter anderem aus dem in den kommenden Jahrzehnten zu erwartenden Anstieg pflegebedürftiger Personen. Ende 2013 erhielten 451.159 Personen Pflegegeld in Österreich. 136.410 Personen wurden im Jahr 2013 insgesamt von Mitarbeiter_innen mobiler Hilfsdienste betreut, 72.721 im Rahmen stationärer Dienste, 16.600 Personen im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung. (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2014:107) In den nächsten Jahrzehnten ist mit einem starken Anstieg pflegebedürftiger Personen zu rechnen. So gingen Mühlberger, Knittler und Guger (2008:33) im Jahr 2008 auf Basis von Berechnungen aus dem Jahr 2006 von einem Anstieg der Pflegegeldbezieher_innen auf 498.031 bis zum Jahr 2025 aus.¹ Jüngste Berechnungen korrigierten diese Annahmen nach oben und prognostizieren bis zum Jahr 2022 einen Anstieg auf 534.480 Personen (+18,4% im Vergleich zu 2013), die Pflegegeld beziehen werden. (vgl. Kolland/Marschitz 2015)

Wesentliche Ursache für diese Entwicklung ist die durch den demografischen Altersstrukturwandel erwartbare Zunahme der Zahl älterer und insbesondere hochbetagter älterer Menschen in den kommenden Jahrzehnten. Im Jahresdurchschnitt 2013 waren knapp 24% der in Österreich lebenden Menschen 60 Jahre und älter, knapp 5% waren 80 Jahre und älter (vgl. Statistik Austria 2015a). Bis in das Jahr 2050 wird nach Prognosen von Statistik Austria (2015b) der Anteil der Menschen über 60 Jahre auf 34% und jener der 80-jährigen und noch älteren Personen auf 11% der Gesamtbevölkerung anwachsen. Es wird zwar in vielen Prognosen davon ausgegangen, dass mehr Menschen länger in gesundem Zustand leben werden als in den vergangenen Jahrzehnten, dennoch wird für das höhere Lebensalter ein steigender Unterstüt-

¹ Diese Prognose berücksichtigte sozialmedizinische Erkenntnisse, die von einer steigenden Zahl gesunder Personen höheren Alters ausgehen und ging in der Berechnung davon aus, dass sich die Wahrscheinlichkeit, Pflegegeld zu beantragen, ab dem Jahr 2015 um jeweils ein Jahr verschieben wird (Mühlberger/Knittler/Guger 2008:32f).

zungsbedarf vorausgesagt. Dies zeigt sich bereits jetzt etwa daran, dass Ende 2013 knapp 60% aller über 81-jährigen Personen Pflegegeld bezogen (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2014:82). Ihr Anteil beträgt knapp 50% der Pflegegeldbezieher_innen aller Altersgruppen (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2014:82).

Das Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz (2011) schätzt auf Basis von Berechnungen aus dem Jahr 2011, dass bis zum Jahr 2021 25% mehr stationäre Pflegeplätze und 6.500 mehr stationäre Pflegekräfte, weiters 6.400 mehr mobile Vollzeitpflegekräfte und 60% mehr mobile Einsatzstunden benötigt werden, um dem steigenden Pflegebedarf gerecht werden zu können.

Besonders herausfordernd für die Neustrukturierung der Primärversorgung wird der Umgang mit dem zu erwartenden Rückgang an niedergelassenen Ärzt_innen. Diese Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit der derzeitigen Altersstruktur der in diesem Bereich tätigen Ärzt_innen. So sind, wie aus untenstehender Tabelle ersichtlich wird, mehr als 66% der niedergelassenen Ärzt_innen 50 Jahre und älter.

Tabelle 1: Alterstruktur der niedergelassenen Ärzt_innen (Allgemeinmediziner_innen, Fachärzt_innen, Wohnsitzärzt_innen) in Österreich 2014

Alter	Anzahl	Anteil in %
Gesamt	19.326	
bis unter 30 Jahre	16	,1
30 bis unter 35 Jahre	311	1,6
35 bis unter 40 Jahre	1.432	7,4
40 bis unter 45 Jahre	1.842	9,5
45 bis unter 50 Jahre	2.932	15,2
50 bis unter 55 Jahre	4.299	22,2
55 bis unter 60 Jahre	3.821	19,8
60 bis unter 65 Jahre	2.286	11,8
65 bis unter 70 Jahre	1.274	6,6
70 Jahre und älter	1.113	5,8

Quelle: Statistik Austria (2014): Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2014 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern

In einer 2012 veröffentlichten Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen über den Bedarf an Ärzt_innen bis zum Jahr 2030 wird davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2030 75% der im Jahr 2010 noch berufstätigen Allgemeinmediziner_innen in Pension sein werden. (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2012:65f) In dieser Studie wird weiters prognostiziert, dass im Jahr 2030 2.451 Allgemeinmediziner_innen fehlen werden² (vgl. ebd.:93).

² Dieser Berechnung ist die Annahme zugrunde gelegt, dass die im Jahr 2010 noch tätigen Ärztinnen mit 61 und Ärzte mit 62 Jahren in Pension gehen. Gleichzeitig wird auf Basis von zu erwartenden Absolvant_innenzahlen abzüglich der zu erwartenden Abwanderung von Ärzt_innen ins Ausland

Um den zu erwartenden Ärzt_innenmangel im niedergelassenen Bereich zu begegnen, werden derzeit alternative Versorgungsmöglichkeiten kontroversiell diskutiert. So wird beispielsweise eine stärkere Zusammenführung der Pflegeausbildung mit der Sanitäter_innenausbildung überlegt oder die Einführung eines Berufsbildes für „Paramedics“ diskutiert, die in vielen Ländern der Welt das Notarztsystem unterstützen und entlasten.

Neben einer Neustrukturierung wird jedoch auch eine Fokussierung auf eine zielgerichtete Versorgung einen wesentlichen Anteil am Gelingen der Gesundheitsreform haben. Bestehende Schwierigkeiten in diesem Bereich sollen im Folgenden anhand eines Fallbeispiels skizziert werden.

3. „ICH WEIß NICHT, WAS ICH MIT IHNEN TUN SOLL?!“ – PSYCHOSOZIALER EINSATZ IN EINEM LÄNDLICHEN BEZIRK

Nachfolgender durch einen der Verfasser im Rahmen der Feldforschung erlebter Fall aus einem ländlichen Bezirk zeigt den massiven Einsatz unterschiedlicher Hilferessourcen, ohne für die betroffene Patientin zu einer adäquaten Lösung zu kommen.

Die Patientin ist rund 45 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem Mann in einem kleinen Haus in einer Ortschaft. Gegen Mittag bekommt die Patientin eine Panikattacke, die sich primär durch ein Versteifen des Rumpfes und Zittern äußert. Ihr Mann kennt das bereits und versucht den diensthabenden Hausarzt zu erreichen. Tabelle 2 stellt die wichtigsten Prozessschritte, die Beteiligten, die Ziele und die Uhrzeiten dar. Letztlich dauert es vom Erstkontakt mit dem Hilfesystem (dem Anruf beim Hausarzt) bis zum Eintreffen im psychiatrischen Krankenhaus rund 6,5 Stunden. Die Patientin bzw. ihr Ehemann hatten dabei zu sechs Hilfesystemen Kontakt: Hausarzt, Landessicherheitszentrale, Rettungsdienst, Krankenhaus A, Krankentransport, psychiatrische Klinik B. Keine dieser Ressourcen ist eine adäquate bezogen auf das Problem dieser Patientin. Idealerweise wäre der Besuch eines psychosozialen Notdienstes oder der Transport in eine Beratungseinrichtung das Mittel der Wahl. Die Ärztin des Krankenhauses B bringt das Dilemma auf den Punkt: Nach der Anamneseerhebung erkennt sie die Fehlallokation, würde auch gerne zielgerichteter intervenieren und meint zur verängstigten Patientin: „Ich weiß nicht, was ich mit ihnen tun soll?!“ Letztlich wird mangels an Alternativen die Patientin in die Psychiatrie des Krankenhauses A verlegt. Diese „freiwillige“ Einweisung in die Psychiatrie ist als zu „hochwertige“ Reaktion zu sehen.

der potentielle Nachwuchs geschätzt. Daneben wurde auch ein Alternativszenario berechnet, in dem davon ausgegangen wird, dass niedergelassene Ärzt_innen mit 65 Jahren in Pension gehen. Nach diesen Berechnungen würden 2030 1.074 Allgemeinmediziner_innen fehlen (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2012:93)

Tabelle 2: Übersicht – Prozess der Versorgung einer Patientin mit Panikattacke

Uhrzeit	Wer	Schritt	Ziel
11.30	Patientin	Panikattacke; psychosoziale Notlage	Beruhigung
12.00	Ehemann	Kontakt diensthabender Hausarzt „wieder Panikattacke“	Abklärung/Visite
12.00	Hausarzt	Info: Eintreffen erst ca. 13.30 Uhr möglich, da mit anderen Patienten	Eigene Entlastung Aufklärung Bedienzeit
12.30	Ehemann	Notruf 144 „wieder Panikattacke – zittert“	Abklärung/Visite
12.33	LSZ	Alarmierung RTW zu „Krankentransport“	Hospitalisierung
12.36	RTW	Einsatzbeginn	Patientenversorgung
12.50	RTW	Am Einsatzort eingetroffen	Patientenversorgung
12.50	RTW	Anamneseerhebung; Untersuchung der Patientin	Patientenversorgung
12.59	RTW	Kontakt Hausarzt Info: Eintreffen erst ca. 14.30 Uhr möglich, da mit anderen Patienten	Vermeidung Hospitalisierung
13.05	RTW	Überlegung andere Ressource; einzige Möglichkeit am Wochenende ist psychiatrisches KH A. Dieses kann nur mit ärztlicher Einweisung angefahren werden. (1 Stunde, 66 km Richtung Westen)	Vermeidung Hospitalisierung, Vermeidung zusätzlicher Wege
13.10	RTW	Einzige Möglichkeit nach Rücksprache mit LSZ ist Transport auf neurologische Station Krankenhaus B; Fahrtstrecke ca. 47 km Richtung Norden; Fahrtbeginn	Besorgen einer ärztlichen Einweisung
13.48	RTW	Im Krankenhaus B eingetroffen	Patientenversorgung
13.56	KH B.	Aufnahmeärztin spricht mit RTW Team und Patientin. Beendet Anamnese mit Satz: „Ich weiß nicht, was ich mit Ihnen tun soll?!“	Patientenversorgung (viele Patienten in der Aufnahme)
14.00	KH B.	Aufnahmeärztin ersucht RTW Patientin in psychiatrisches KH A zu bringen (ca. 88 km, 70 Minuten Fahrt in eine Richtung + Übergabe, Rückfahrt)	Patientenversorgung, Reduktion der Zahl zu betreuender Patienten
14.00	RTW	RTW verweigert höflich mit Hinweis auf unversorgten Bezirk, bittet KTW zu rufen, da sonst insgesamt ca. 3 weitere Stunden kein RTW im Bezirk	Versorgung des Bezirkes wieder herstellen
14.02	RTW	Einsatzbereit KH B	Rückfahrt Bezirk
15.02	RTW	Einsatzbereit auf Wache	-
17.16	KTW	Beginn Transfer Patientin vom KH B in psychiatrisches KH A, 18.25 Uhr eingetroffen	Hospitalisierung

Legende: KTW=Krankenwagen KH=Krankenhaus, LSZ=Landessicherheitszentrale, RTW=Rettungswagen

Quelle: eigene Darstellung

In Summe waren ca. 15-20 Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund mit der Patientin im Laufe der „Behandlung“ in Kontakt – Rettungssanitä-

ter, Notfallsanitäter, Internisten, Neurologen, Pflegehelfer, Krankenschwester, Stationssekretäre usw. Die Patientin hätte primär einer Betreuung durch eine psychosoziale Fachkraft und ggfs. eine medikamentöse Sedierung benötigt. Bezüglich des weiteren Fallverlaufs ist davon auszugehen, dass die Patientin wie bei vorangegangenen Attacken noch am selben Tag aus der Psychiatrie entlassen wurde.

Neben der langen, nicht erfolgten Lösung des Problems war der Rettungswagen des Bezirks für rund 2,5 Stunden nicht in seinem unmittelbaren Gebiet einsatzbereit, der Bezirk mithin ohne Rettungsmittel. Ein zweiter Einsatz hätte durch eine Ressource aus den Nachbarbezirk nur mit einer entsprechend langen zeitlichen Verzögerung bedient werden können. Der direkte Einsatz und die nachfolgende Transferierung ins Krankenhaus A haben in Summe rund 5,5 Stunden benötigt. Sie wurden der Rettungsorganisation von der Krankenversicherung der Patientin in Summe mit 70 EUR abgegolten. Unter anderem diese niedrigen Tarife sorgen für geringen Veränderungsdruck. Würde die Dienstleistung zu realen bzw. fairen Kosten in der Höhe von ca. EUR 1.200-1.500 abgerechnet, wäre eine sinnvollere Ressourcenallokation rascher ein Anliegen der Stakeholder_innen.

4. „DAUERPATIENT_INNEN“ – EIN PHÄNOMEN VON RETTUNGSDIENSTEN UND KLINIKAUFNAHMEN

Einzelne Patient_innen oder deren Angehörige bitten oft über lange Zeit und mehrfach in sehr kurzen Abständen um Hilfe (vgl. Redelsteiner 2006, 2011). Ursachen dafür sind:

- Einsamkeit der Patient_innen: Sie verfügen über kein soziales Netzwerk, um für einfache Anliegen eine Lösung zu haben. Das reicht von der heruntergefallenen Fernbedienung einer allein lebenden Person, die nicht mehr ausreichend mobil ist, bis zu einfachen Gesundheitsproblemen wie leichte Bauchschmerzen, wenn keine weitere Person da ist, um bei der Einschätzung mitzuhelfen, Fürsorge zu zeigen, einfache Interventionen wie Tee kochen durchzuführen und den Verlauf ein wenig zu beobachten.
- Überforderung der Angehörigen: Die Angehörigen sind mit der Betreuung oder Pflege der Patient_innen fachlich, finanziell, menschlich oder emotional überfordert.
- Psychosoziale Problemlagen: Die Betroffenen haben eine Krise wie Angstzustände oder erleben die Zuspitzung etwa von Obdachlosigkeit, eines Alkoholproblems oder Konflikte im unmittelbaren sozialen System, beispielsweise Familie oder Partnerschaft.

Als einzige rasch und rund um die Uhr verfügbare Ressource, die auch aufsuchend bzw. mobil tätig ist, wird deshalb häufig auf den Rettungsdienst zurückgegriffen. Diese kann aber die oben genannten Ursachen nicht lindern oder lösen. Patient_innen werden dann entweder unnötig hospitalisiert, verursachen eine noch höhere „Falllast“ in den Kliniken und hohe Kosten oder sie werden vor Ort belassen und rufen dann manchmal in kurzen Abständen erneut den Rettungsdienst um Hilfe. „Bezogen auf die Gesamteinsatzzahl ergeben die wieder-

holten Interventionen innerhalb von 36 Stunden 1,85% der Gesamteinsätze“ (Ander 2009:16) in Wien.

„Spitzenreiter“ in einer Erhebung war ein Patient bei dem 82 Mal eine wiederholte Intervention innerhalb eines Jahres durchgeführt wurde, bei einem weiteren waren 75 Reinterventionen erforderlich, „Platz drei“ belegt ein Patient mit 57 Interventionen im Jahr 2007 (vgl. Ander 2009:37f).

Nachfolgender Fall einer etwa 40-jährigen Patientin zeigt aus rettungsdienstlicher Sicht ein typisches Einsatzverlaufsmuster einer Patientin mit psychosozialer Problemstellung.

Tabelle 3: Einsatzhäufung zu psychosozialer Patientin

Hospitalisierung	Datum	Uhrzeit	Berufungsursache
ja	06.04.	23:00 bis 23:59	Panik
ja	09.04.	23:00 bis 23:59	Suizidversuch
ja	19.04.	12:00 bis 12:59	Psychose
ja	09.06.	06:00 bis 06:59	Erkrankt
ja	26.06.	18:00 bis 18:59	Psychose
ja	20.10.	15:00 bis 15:59	Panik
ja	21.10.	06:00 bis 06:59	Erkrankt
belassen	22.10.	00:00 bis 00:59	Panik
belassen	22.10.	07:00 bis 07:59	Panik
ja	27.10.	20:00 bis 20:59	Atembeschwerden
ja	06.12.	15:00 bis 15:59	Panik

Quelle: eigene Darstellung adaptiert auf Basis von Ander (2009:42)

Es erfolgen mehrfache Hospitalisierungen innerhalb von zweimonatigen Abständen und vom 20.-22.10. ein für ein Wochenende typischer Verlauf mit Drehtüreffekt: Der Transport ins Krankenhaus führt jeweils zu einer raschen Entlassung mit neuerlicher rettungsdienstlicher Intervention, nach zwei Belassungen gibt es am 22.10. Montag morgens keine Anforderung mehr. In dem beschriebenen Fall blieb die Patientin nach 8 Uhr entweder sich selbst überlassen oder konnte auf die Ressource einer psychosozialen Ansprechpartner_in in ihrem Umfeld zurückgreifen.

5. PSYCHOSOZIALER NOTFALL UND DAUERPATIENT_INNEN IN SCHOTTLAND

Im Nationalen Gesundheitsdienst Schottlands wäre diese Form der Versorgung in einigen Regionen bereits anders abgelaufen. Ein wesentliches Pilotprojekt des National Health Services (NHS) ist das „Pitlochry Community Hospital“ in den schottischen Highlands. In diesem gemeinsamen Primärversorgungszentrum wird der Kulturwandel des Rettungsdienstes, der Hauskrankenpflege, der mobilen Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich und der Notfallambulanzen des National Health Services deutlich. Ursprünglich isoliert nebeneinander tätig, wird hier ein integraler Ansatz versucht. Die Ambulance Service Association bringt es in Bezug auf den Rettungsdienst in „The future of Ambulance Services in the UK“ auf den Punkt: „Der Rettungsdienst sollte sich weiterentwickeln, weg davon Patienten zu Serviceeinrichtungen zu bringen, hin dazu Services zu Patien-

ten zu bringen.” (Nicholl et al. 1999). Der Satz „Ich weiß nicht, was ich mit ihnen tun soll?!“ würde in Schottland nicht fallen: Der Hilferuf des Gatten im zuvor dargelegten Fall wäre in der regionalen Rettungsleitstelle nach medizinischen Notfallleitsymptomen abgefragt worden. Die Abfrage hätte eine medizinische Abklärung innerhalb von 20 Minuten ergeben. Ein_e sogenannte_r „Community Care Paramedic“, ein_e Sanitäter_in mit erweiterter Ausbildung in allgemeinmedizinischen und psychosozialen Kompetenzen für die Ersteinschätzung von Patient_innen, wäre in einem PKW zur Patientin gefahren. Nach einem medizinischen Assessment hätte er/sie eine psychosoziale Anamnese durchgeführt und dann mit der Patientin entschieden, ob sie zur weiteren Begutachtung in das Primärversorgungszentrum Pitlochry kommt und/oder er/sie hätte einen Termin für einen der nächsten Tage mit einer/einem Gemeinwesensozialarbeiter_in oder klinischen Psycholog_in vermittelt. Die Gemeinwesensozialarbeiter_in hätte mit der Patientin einen Betreuungsplan entwickelt und in Abstimmung mit dem Hausarzt/der Hausärztin festgelegt, welche Ressourcen die Patientin bei Wiederauftreten einer Panikattacke direkt in Anspruch nehmen soll.

6. PSYCHOSOZIALER NOTFALL UND DAUERPATIENT_INNEN IN SPOKANE, USA

Durch den für die USA typischen Mangel an kostenfreier medizinischer und sozialer Grundversorgung ist für viele Bürger_innen der Rettungsdienst die scheinbar einzige Alternative zur Erfüllung basaler medizinischer und sozialer Bedürfnisse. Der Rettungsdienst der Stadt Spokane im US-Bundesstaat Washington ist für rund 210.000 Einwohner_innen verantwortlich und war mit Schnittstellenproblemen zwischen sozialen Einrichtungen und Gesundheitsdienstleistern und sinkenden finanziellen Ressourcen verbunden mit steigenden Einsatzzahlen konfrontiert. Anrufer_innen werden mithilfe eines medizinischen Abfrageschemas interviewt und bei Bedarf zu einfacheren Ressourcen verwiesen. Ein Teil der Hilfeersuchen, vor allem jene aus dem psychosozialen Bereich, konnten damit nicht abgedeckt werden. Die Feuerwehr hat nun in Kooperation mit dem Department Soziale Arbeit der Eastern Washington University (EWU) ein Pilotprojekt gestartet, bei dem Bachelor- und Master-Student_innen der Sozialen Arbeit im Rahmen des CARES³-Teams Patient_innen über Vermittlung der Rettungsleitstelle aufsuchen. Diese Einsätze werden entweder direkt als erste Versorgungsebene im Sinne eines Clearings geleistet oder erfolgen auf Anforderung eines Rettungsdienstes, der eine/einen Patient_in nach Untersuchung vor Ort belassen hat. Eine Anforderung über Privatpersonen oder anderen Einrichtungen als den Rettungsdienst ist nicht Teil des Konzeptes. Aufgabenstellung des CARES-Teams ist, eine möglichst hohe Verfügbarkeit der limitierten Einsatzressourcen des Rettungsdienstes für akute medizinische Notfälle sicherzustellen und im Sinne einer aufsuchenden sozialen Krisenintervention vor Ort ein Clearing durchzuführen. Die mittel- und langfristigen Bedürfnisse der Klient_innen werden identifiziert, es wird versucht, individuelle, familiäre und nachbar-

³ Community Assistance Response

schaftshilfliche Ressourcen zu finden und Klient_innen werden bei Bedarf mit einer geeigneten sozialen, medizinischen oder pflegerischen Einrichtung verknüpft oder dorthin verwiesen (vgl. Gregory 2012).

Indikationsliste:

- Allgemeine Sorgebekundung durch eine/einen Sanitäter_in vor Ort
- Psychiatrische Problemstellung
- Wiederholte Notrufe
- Unsichere Wohn- und Lebensumstände (z. B. infrastrukturell/baulich)
- Verständnisprobleme in Bezug auf Medikamenteneinnahme
- Klient_innen mit Alkohol-/Drogenproblemen
- Unerfüllte basale Bedürfnisse (Essen, Pflege, Obdach etc.)
- Keine designierte Betreuungsperson vorhanden
- Anzeichen für Überforderung der Betreuungsperson
- Unkoordiniertes Vorgehen mehrerer betreuender Personen/Professionen
- Unspezifizierte oder nicht eingehaltene Betreuungspläne
- Verdacht auf Vernachlässigung oder Missbrauch
- Erste Betreuungsebene nach Tod eines Patienten vor Ort

Das Team bietet keine sozialpsychiatrische oder psychotherapeutische Krisenintervention an, sondern verweist für diesen Fall an klinische Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen oder Psychiater_innen. Als Teamleitung und Rückfallebene steht ein_e ausgebildete_r Sozialarbeiter_in (Licensed Clinical Social Worker) zur Verfügung. Seit dem Einsatz der Sozialarbeiter_innen konnte in dem Bereich der immer wieder anrufenden Patient_innen in den letzten Jahren eine Reduktion der rettungsdienstlichen Einsätze von 75-77% erzielt werden. 2011 wurden pro 1.000 Einwohner 87 Einsätze des Rettungsdienstes verzeichnet, im selben Jahr wurden in Wien 147 Einsätze pro 1.000 Einwohner durchgeführt (vgl. Redelsteiner 2013).

7. MASTER COMMUNITY SOCIAL CARE SPECIALIST – EIN INTEGRIERTER (INTEGRALER) GESUNDHEITSFACHBERUF

Die Initiativen in Schottland und Spokane füllen einen „Missing Link“ in der Primärversorgung. Insbesondere in ländlichen Gebieten sind psychosoziale Einrichtungen wie Frauenhäuser, Gewaltschutzzentren, Beratungsstellen und Not-schlafstellen nicht in adäquater räumlicher Nähe für Patient_innen erreichbar und oft auch nicht ausreichend spezialisiert. In urbanen Regionen gibt es meist eine Vielzahl von Ressourcen, die jedoch nicht ausreichend mit dem notfallmedizinischen oder hausärztlichen Versorgungssystem verknüpft sind. Mit Ausnahme von Streetwork-Einrichtungen und einzelnen psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Kriseninterventionseinrichtungen sind diese Institutionen auch nicht aufsuchend tätig und in vielen Fällen auch nicht tatsächlich rund um die Uhr erreichbar (vgl. Redelsteiner 2014).

Als erste psychosoziale Betreuungsebene wäre daher eine generalistische Berufsgruppe, die auf bestehende Quellprofessionen wie Sanitäter_innen, Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen, Ergotherapeut_innen, (psychiatrischen) Ge-

sundheits- und Krankenpfleger_innen mit einem Masterstudium aufsetzt, sinnvoll. Der institutionelle Platz wäre in den Primärversorgungszentren, wo psychosoziale Screenings und Beratung angeboten werden könnten. In jedem Fall müssten diese Fachkräfte aber auch niederschwellig im Gemeinwesen aufsuchend tätig sein. Insbesondere zu den Zeiten außerhalb der klassischen Verfügbarkeit sozialer Institutionen mit den jeweiligen Spezialist_innen wären Indikationen für die Arbeit vor Ort beispielsweise:

- Alleinstehende Patient_innen nach Notrufen, die mangels medizinischer Indikation von Rettungsdiensten vor Ort belassen wurden
- Obdachlose mit weiterer Verschlechterung der psychosozialen oder medizinischen Grundbedürfnisse, z. B. auch durch klimatische Widrigkeiten
- Überlastung pflegender Angehöriger
- Akute Betreuungslücken bei Minderjährigen, z. B. bei Erkrankung der Erziehungsberechtigten
- Alkoholisierte oder sonstige intoxikierte Patient_innen nach medizinischer Abklärung
- Daueranrufer bei Hausärzt_innen und/oder bei Rettungsdiensten, bei denen diese Ressourcen bisher keine Lösungen vermitteln konnten
- Patient_innen in schwierigen hygienischen Bedingungen (Messies, exzessive Halter_innen von Haustieren etc.)
- Psychosoziale Krisenintervention (Betreuung von Hinterbliebenen, Gewaltopfern etc.)
- Unverletzte Betroffene nach Unfällen
- Sozialpsychiatrische Patient_innen
- Sonstige psychosoziale und soziale Notlagen, die einer Analyse und Betreuung innerhalb weniger Stunden bedürfen
- Gesundheitsförderung im Gemeinwesen, in Familiensystemen, Nachbarschaften, bei den lokalen Vereinen

Aufgaben der Community Social Care Specialists wären rasche aufsuchende Intervention und Betreuung, Beziehungs- und Vertrauensaufbau und Erstanamnesen bzw. Clearings. Nach der Erstintervention wäre eine Referenzierung auch durch unmittelbare Terminvereinbarung zu spezielleren Ressourcen aus dem medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialarbeiterischen Bereich erforderlich. Wesentliche Kompetenzen, die dafür erforderlich sind, wären gute Kenntnisse der medizinischen Ersten Hilfe und psychosozialen Krisenintervention, Erfahrung im Umgang mit sozialarbeiterischen Diagnostikinstrumenten (etwa Netzwerkkarte, Inklusionschart etc.) sowie exzellente Kenntnisse der lokalen und regionalen medizinischen und sozialen Versorgungslandschaft und deren Schwerpunkte und Aufgabenstellungen. Diese wären Grundlage für eine professionelle Information und Beratung pflegender Angehöriger, insbesondere auch in der Anfangsphase, um die Schnittstellen in der Betreuung zu Nahtstellen werden zu lassen.

Anzustreben wäre, dass die Berufsgruppe als professionelles Verbindungsglied zwischen Patient_innen und deren Angehörigen, Rettungsdienst, Hausärzt_innen,

Pflegediensten, Polizei und zahlreichen psychosozialen Einrichtungen arbeitet. Sie benötigt daher eine entsprechende fachliche und rechtliche Verweisungskompetenz.

Wesentlich ist auch ein Kenntnis des Sozialraumes an sich: Die Fachkraft sollte das Gemeinwesen und seine Interessenspartner_innen und soziale Struktur kennen und verstehen und so in der Lage sein, an deren Ressourcen anzuknüpfen. Das beginnt bei Jugendzentren, Jugendgruppen politischer und konfessioneller Natur, Kulturvereinen, Sportvereinen, Parteien, Religionsgemeinschaften und erstreckt sich bis zu Kenntnissen von informelleren Systemen wie nachbarschaftlichen Netzwerken. Insbesondere für Menschen, die einsam sind, viele davon ältere Bürger_innen, wäre die systematische Unterstützung bei der Anknüpfung an formelle und informelle soziale Netzwerke, die persönlich in unmittelbarer Umgebung oder mit neuen sozialen Medien auch global vorhanden sind, eine Kernaufgabe.

Damit könnte ein interdisziplinärer „Master Community Social Care“, ausgehend von unterschiedlichen Quellberufen im Rahmen einer gemeinsamen Ausbildung auf Masterniveau, auch eine gemeinsame Sprache und Methodik der Sozial- und Gesundheitsberufe herstellen und als die vernetzende Profession im Gemeinwesen Bürger_innennahe und ergänzend zu vorhandenen Ressourcentätig werden.

8. FAZIT

Angesichts der gegenwärtigen demografischen und soziostrukturellen Veränderungen steht Österreich vor großen Herausforderungen in Hinblick auf die Gestaltung der zukünftigen integrierten medizinischen und psychosozialen Grundversorgung seiner Bevölkerung. Eine Neuorganisation der Primärversorgung scheint unbedingt erforderlich und wurde auf konzeptueller Ebene bereits mit dem Ziel begonnen, für alle Bevölkerungsgruppen einen möglichst niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung durch Schaffung einer örtlich und zeitlich für die Bevölkerung gut erreichbaren Einrichtung zu gewährleisten. Neben einer Neustrukturierung wird jedoch auch eine Fokussierung auf eine zielgerichtete Versorgung angestrebt. Dies eröffnet Möglichkeiten, in diesem Zusammenhang u. a. auch ein stärkeres Augenmerk auf den Ausbau der psychosozialen Grundversorgung zu legen. Community Care Specialists als neue Berufsgruppe könnten zentrale Aufgaben in diesem Bereich übernehmen.

Diese Berufsgruppe könnte wesentlich dazu beitragen, einige der zentralen in der Gesundheitsförderungsstrategie formulierten Ziele nachhaltig zu erreichen. So wurde etwa in Ziel 2 festgelegt, für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft und für alle Altersgruppen zu sorgen. In Ziel 9 wurde festgelegt, die psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen zu fördern. Ziel 10 sieht vor, qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherzustellen (Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:5). Durch die angedachte aufsuchende Intervention und Betreuung sowie die anschließende Vermittlung an andere Einrichtungen würde mehr Menschen als bisher eine zielgerichtete Versorgung ermöglicht und somit wesentlich zur Erreichung dieser Ziele beigetragen (vgl. Christ et al. 2015).

LITERATUR

- Ander, G. (2009): Schon wieder die gleiche Adresse – Problem der Mehrfachinterventionen. Masterthesis, Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement, Donau Universität Krems. [unveröffentlicht]
- Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): Gesundheitsförderungsstrategie. Wien: Bundes-Zielsteuerungskommission.
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2014): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, <http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> (24.5.2015).
- Christ, R. / Spitzbart, S. / Rohrauer-Näf, G. / Ropin, K. (2015): Die österreichische Gesundheitsförderungsstrategie. In: *Journal Gesundheitsförderung*, 1/2015, S. 38-44.
- Gregory, P. (2012): E-Mail an C. Redelsteiner. 01.08.2012, im Archiv von C Redelsteiner.
- Kolland, F. / Marschitz, W. (2015): Pflege: Die demographische Atempause ist vorbei. Jetzt kommt der große Sturm! Präsentationsunterlagen zur Pressekonferenz des Österreichischen Hilfswerkes vom 20.4.2015, http://www.hilfswerk.at/cms/download/5mmq2/0420_PK_Jahresinitiative.pdf (24.5.2015).
- Mühlberger, U. / Knittler, K. / Guger, A. (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Nicholl, J. / Coleman, P. / Parry, G. / Turner, J. / Dixon, S. (1999): Emergency priority dispatch systems. In: *Prehosp and Immediate Care*, 3, S. 71-75.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Redelsteiner, C. (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischer Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen und Strategiewechsel? In: *ÖZPR, Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht*, 6/2014, S 164-166.
- Redelsteiner, C. (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate Patient_innenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz. Ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: *soziales kapital*, 9(2013), <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256> (17.11.2013).
- Redelsteiner, C. (2011): Der Notfalleinsatz – Das System Rettungsdienst. In: Redelsteiner, C. / Kuderna, H. et al. (Hg.): *Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter*. Wien: Braumüller, S. 2-9.
- Redelsteiner, C. (2006): Die präklinische Akut- und Notfallversorgung pädiatrischer Patienten in Wien. Eine Bestandsaufnahme, Analyse der Schnittstellen und Möglichkeiten der Versorgungsoptimierung. Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Statistik Austria (2015a): Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt 2013. STATcube — Statistische Datenbank von Statistik Austria. Datenbankabfrage vom 28.5.2015
- Statistik Austria (2015b): Bevölkerung zum Jahresdurchschnitt 1952 bis 2075 STATcube — Statistische Datenbank von Statistik Austria. Datenbankabfrage vom 28.5.2015
- Statistik Austria (2014): Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2014 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern. Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html (25.5.2015).