

Stärkung von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und interprofessioneller und interinstitutioneller Zusammenarbeit durch Sozialarbeit

Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen

1 Einleitung

Österreich steht – so wie andere Staaten Europas – angesichts demografischer und soziostruktureller Veränderungen vor großen Herausforderungen im 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 Ärztinnen und Ärzte – zu finden, die bereit sind, in diesem Bereich zu arbeiten. Ebenso ist wegen der geburtschwachen Jahrgänge in vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens ein Wettbewerb um die besten Studentinnen und Studenten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erwarten.

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 Versorgung scheint daher un-

bedingt erforderlich und wurde konzeptuell durch Primärversorgungseinheiten bereits begonnen. Ziel ist es, durch die Schaffung einer örtlich und zeitlich für die Bevölkerung gut erreichbaren Einrichtung (Best Point of Service) für alle Bevölkerungsgruppen einen möglichst niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. In dieser soll eine umfassende Versorgung der Bevölkerung in einem multiprofessionellen Team, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten und anderen für eine Primärversorgung relevanten Berufsgruppen – darunter Pflegerinnen/Pfleger, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Diätologinnen/Diätologen, Psychologinnen/Psychologen, Hebammen und Logopädinnen/Logopäden – ermöglicht werden. Angestrebt wird, einen Großteil der einfacheren Gesundheits- und Krankheitsanliegen von Patientinnen und Patienten 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 Grundversorgungsangebots auch die grundsätzliche Chance, zunächst differenzierter zu erkennen, welcher konkrete Hilfebedarf tatsächlich gegeben ist und wie darauf reagiert werden



FH-Prof. Dr. PhDr. Christoph Redelsteiner ist Sozialarbeiter, Gesundheitswissenschaftler sowie Notfallsanitäter und seit 1984 im Rettungswesen aktiv. Er leitet den Masterstudiengang Soziale Arbeit an der FH St. Pölten und initiierte den Studiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ mit Lehrgang für Sanitäter. Er ist Lehrgangleiter für Rettungsdienstmanagement der Donau Universität Krems.

könnte. Denn ein wesentliches Ziel der Gesundheitsreform, nämlich 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. Weiters werden anhand eines Einzelfallbeispiels in der gegenwärtigen Struktur des Versorgungssystems auftretende Mängel in der zielgerichteten Steuerung von Unterstützungsleistungen dargelegt. Auf Basis dessen wird der Vorschlag für eine gezieltere Lenkung und Betreuung von Patientinnen und Patienten durch „Community Care“ dargestellt.

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 u. a. aus dem in den kommenden Jahrzehnten zu erwartenden Anstieg pflegebedürftiger Personen. Im November 2019 erhielten in Österreich 466.818 Personen Pflegegeld (Statistik Austria 2020). Nach Angaben des aktuellsten Pflegevorsorgeberichts wurden im Jahr 2018 insgesamt 153.486 Personen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mobiler Hilfsdienste betreut, 116.644 Personen im Rahmen stationärer Dienste, inklusive teilstationärer Dienste, Kurzzeitpflege und alternativer Wohnformen (vgl. BMASGK 2019a: 217).

24.692 Personen erhielten im Jahr 2018 eine Förderung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) für eine 24-Stunden-Betreuung (vgl. BMASGK 2019a: 37). In den nächsten Jahrzehnten ist mit einem starken Anstieg pflegebedürftiger Personen zu rechnen. Nach jüngsten Berechnungen wird die Zahl der von mobilen Diensten betreuten Personen bis zum Jahr 2030 um mehr als 40.500 auf etwa 194.000 Personen, im stationären Bereich um knapp 20.000 auf etwa 136.300 Personen (inklusive teilstationärer Dienste, Kurzzeitpflege und alternativer Wohnformen) ansteigen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass ab dem Jahr 2023 – bedingt durch den stärkeren Anstieg der Bevölkerung über 85 Jahre – von einem stärkeren Anwachsen auszugehen ist (BMASGK 2019b:29)

Wesentliche Ursache für diese Entwicklung ist die aufgrund des demografischen Altersstrukturwandels zu erwartende Zunahme der Zahl älterer und insbe-

sondere hochbetagter Menschen in den kommenden Jahrzehnten. Zu Jahresbeginn 2019 waren etwas mehr als 27 Prozent der in Österreich lebenden Menschen mindestens 60 Jahre alt, knapp 5,5 Prozent waren mindestens 80 Jahre alt (vgl. Statistik Austria 2019). Bis in das Jahr 2050 wird nach Prognosen von Statistik Austria (2018) der Anteil der Menschen ab 60 Jahren auf 34 Prozent und jener der 80-jährigen und noch älteren Personen auf elf Prozent 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 Unterstützungsbedarf vorausgesagt. Dies zeigt sich bereits jetzt etwa daran, dass Ende des Jahres 2018 knapp 57 Prozent aller über 81-jährigen Personen Pflegegeld bezogen (vgl. BMASGK 2019a: 143). Ihr Anteil beträgt knapp 48 Prozent der Pflegegeldbezieher/-innen aller Altersgruppen (vgl. BMASGK 2019a: 134). Selbst ein steigender Gesundheitszustand der höchsten Alterskohorten wird daher, was den Anstieg der Zahlen pflegebedürftiger Menschen angeht, durch die deutlich höhere Besetzung künftiger Altengenerationen zumindest für die nächsten Jahrzehnte deutlich mehr als aufgehoben.

Nach einer aktuellen Pflegepersonalprognose des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wird davon ausgegangen, dass sich bereits bis zum Jahr 2030 nur aufgrund der demografischen Veränderungen ein zusätzlicher Bedarf von etwa 24.700 Vollzeitäquivalenten an Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen ergeben wird. Geht man von den derzeitigen Teilzeitquoten aus, ergibt das nach den Ergebnissen dieser Studie einen Zusatzbedarf von 31.400 Pflege- und Betreuungspersonen. Zudem ist aufgrund von Pensionierungen bis zum Jahr 2030 von weiteren 41.500 zusätzlich erforderlichen Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikationsstufen auszugehen. Daraus ergibt sich insgesamt ein Zusatzbedarf von etwa 72.900 Pflegepersonen bis zum Jahr 2030. Noch nicht berücksichtigt sind dabei strukturelle Veränderungen wie etwa der Ausbau von Dienstleistungen oder neuer Dienste bzw. etwaige Veränderungen im Pflege- und Betreuungsbedarf. (vgl. BMASGK 2019b: 38)

Dazu kommt, dass in den kommenden Jahren in Österreich mit einem starken Rückgang der Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu rechnen ist. Knapp 67 Prozent von ihnen sind derzeit mindestens 50 Jahre alt (vgl. Statistik Austria 2019). Wie herausfordernd es ist, Pflegekräfte zu finden, zeigt sich daran, dass derzeit noch keine Vollausslastung der angebotenen Studienplätze im Bereich Pflege besteht. Im Bereich der Sozialarbeit hingegen gibt es bereits seit Jahren deutlich mehr Bewerberinnen und Bewerber,



FH-Prof. Mag. Dr.
Johannes Pflegerl

studierte Soziologie und ist Leiter des Ilse Arlt-Instituts für ‚Soziale Inklusionsforschung‘ sowie stellvertretender Leiter des Masterstudienganges am Department für Soziales der FH St. Pölten. Schwerpunkte sind soziale Arbeit mit älteren Menschen und deren Angehörigen, soziale Inklusion und Exklusion, Gerontologie sowie Familiensoziologie.



FH-Prof. Dr. Tom Schmid ist Sozialwissenschaftler und Professor an der FH St. Pölten mit einer Dozentur für Sozialpolitik sowie Geschäftsführer von „DAS BAND – gemeinsam vielfältig“ in Wien. Lehrtätigkeiten an der Alpe-Adria-Universität Klagenfurt/Celovec und an der IMC FH Krems, Mitgesellschafter des Zentrums für Sozialwirtschaft. Zahlreiche wissenschaftliche Publikationen.

als Studienplätze vorhanden sind – für die Bachelorstudiengänge gibt es bis zu siebenmal mehr, für die Masterstudiengänge Soziale Arbeit bis zu viermal mehr Bewerbungen als Studienplätze.

3 „Ich weiß nicht, was ich mit Ihnen tun soll?!“ – Psychosozialer Einsatz in einem ländlichen Bezirk

Der nachfolgende im Rahmen der Feldforschung dokumentierte Fall aus einem ländlichen Bezirk zeigt den massiven Einsatz unterschiedlicher Hilferessourcen, ohne dass für die betroffene Patientin eine adäquate Lösung gefunden wird – obwohl sich alle im Hilfesystem korrekt verhalten und auch entsprechend kooperieren. Kein untypischer Fall in der medizinischen Versorgung. Die Patientin ist rund 45 Jahre alt und lebt zusammen mit ihrem Mann in einem kleinen Haus in einer kleinen Ortschaft. Samstag zu Mittag bekommt die Patientin eine Panikattacke, die sich primär durch ein Versteifen des Rumpfes und Zittern äußert. Ihr Mann



© Thaut Images – stock.adobe.com

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, Ret-

Trotz Kooperation und korrekten Verhaltens der vielen Akteure – keine passende Hilfe für eine Patientin.

Tabelle 1: 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 beschäftigt	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 beschäftigt	Vermeidung Hospitalisierung
13.05	RTW	Überlegung einer Alternative: einzige Möglichkeit am Wochenende ist psychiatrisches KH B, 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 der Rettungsleitstelle 144 ist Transport auf neurologische Station KH A; Fahrtstrecke ca. 47 km Richtung Norden; Fahrtbeginn	Besorgen einer ärztlichen Einweisung
13.48	RTW	Im KH A 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 B 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 wiederherstellen
14.02	RTW	Einsatzbereit KH A	Rückfahrt Bezirk
15.02	RTW	Einsatzbereit auf Wache	Einsatztaktisch günstigste Positionierung zur Notfallversorgung im Bezirk
17.16	KTW	Beginn Transfer Patientin vom KH A in psychiatrisches KH B, 18.25 Uhr eingetroffen	Hospitalisierung

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

Quelle: DISS REDELSTEINER, eigene Darstellung

tungsleitstelle, 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 A 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?!“ Ein Sozialarbeiter ist in der Einrichtung nicht vorhanden, eine klinische Psychologin nur zu bestimmten Zeiten im Dienst. Letztlich wird mangels Alternativen die Patientin in die Psychiatrie des Krankenhauses B verlegt. Diese „freiwillige“ Einweisung in die Psychiatrie ist als überbordende Reaktion zu sehen, löst auch das Problem der Patientin nicht und kann zu Prozesse der Stigmatisierung führen.

In Summe waren ca. 15 bis 20 Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund im Laufe der „Behandlung“ mit der Patientin in Kontakt – Rettungssanitäter, Notfallsanitäter, Internisten, Neurologen, Pflegehelfer, Krankenpflegerin, Stationssekretäre usw. Die Patientin hätte primär eine Betreuung durch eine psychosoziale Fachkraft wie eine Krankenhaussozialarbeiterin und gegebenenfalls 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.

Das Problem der Patientin wurde letztlich nicht adäquat gelöst, ebenso war der Rettungswagen des Bezirks für rund 2,5 Stunden nicht in seinem unmittelbaren Gebiet einsatzbereit, der Bezirk mithin ohne Rettungsmittel. Ein zweiter Einsatz wäre nur mit einer entsprechend langen zeitlichen Verzögerung mit einer Ressource aus dem Nachbarbezirk möglich gewesen. Der direkte Einsatz und die nachfolgende Transferierung ins Krankenhaus B haben in Summe rund 5,5 Stunden gedauert. Sie wurden der Rettungsorganisation von der Krankenversicherung der Patientin in Summe mit 70 Euro abgegolten. Unter anderem sorgen diese niedrigen Tarife für geringen Veränderungsdruck. Würde die Dienstleistung zu realen bzw. fairen Kosten in der Höhe von ca. 1.200 bis 1.500 Euro abgerechnet, wäre eine sinnvollere Ressourcenallokation rascher ein Anliegen der Stakeholder.

4 „Dauerpatienten“ – ein Phänomen von Rettungsdiensten und Klinikaufnahmen

Einzelne Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige bitten oft über lange Zeit und mehrfach in sehr kurzen Abständen um Hilfe (vgl. Redelsteiner

2006, 2011, vgl. Bastecky, Leier-Kriz, Mötzl, Wernitznig 2017; vgl. Novosad, Wallner 2017, vgl. Böhrner 2018). Ursachen dafür sind z. B.:

- **Einsamkeit der Patientinnen/Patienten:** Die Patientinnen und Patienten verfügen über kein ausreichendes oder aktivierbares soziales Netzwerk, um einfache Probleme zu lösen – von der heruntergefallenen Fernbedienung einer allein lebenden Person, die nicht mehr ausreichend mobil ist, bis zu einfachen Gesundheitsproblemen wie leichten Bauchschmerzen. Wenn niemand da ist, um bei der Einschätzung mitzuhelfen, Fürsorge zu zeigen, einfache Interventionen wie Teekochen durchzuführen und den Verlauf ein wenig zu beobachten, kann das zu einem Notruf bei 144 führen.
- **Überforderung der Angehörigen:** Die Angehörigen sind mit der Betreuung oder Pflege der Patientinnen und Patienten fachlich, finanziell, menschlich oder emotional überfordert. Insbesondere mobile, schwer demente Menschen sind für die Angehörigen eine Herausforderung.
- **Psychosoziale Problemlagen:** Die Betroffenen haben eine Krise, Angstzustände oder erleben die Zuspitzung etwa von Obdachlosigkeit, eines Alkoholproblems oder Konflikte im unmittelbaren sozialen System, z. B. in der 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. Dieser kann aber die oben genannten Ursachen nicht lindern oder lösen. Patientinnen/Patienten 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 wiederholten Interventionen innerhalb von 36 Stunden 1,85 Prozent der Gesamteinsätze“ in Wien. „Spitzenreiter“ in einer Erhebung war ein Patient, bei dem innerhalb eines Jahres 82-mal eine wiederholte Intervention durchgeführt wurde, bei einem weiteren waren 75 Re-Interventionen erforderlich, „Platz drei“ belegt ein Patient mit 57 Interventionen im Jahr 2007 (vgl. Ander 2009: 16, 37 f.). Aktuell erforschen wir Fälle von Patienten mit psychiatrischem Hintergrund bzw. Suchtproblemen, die im Schnitt bis zu fünfmal pro Woche „144“ wählen und Einsätze auslösen. Eine Einbeziehung der Krankenhaussozialarbeit zur Entwicklung alternativer Versorgungswege erfolgt meist nicht – entweder mangels entsprechender Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Spitäler oder weil diese nur bei längeren Aufenthalten von Patientinnen und Patienten beigezogen werden und entsprechende Verknüpfungen mit Akutaufnahmestationen noch nicht vorhanden sind.

Der Einsatz von Rettungswägen für die Versorgung, z. B. psychosozialer Probleme, führt zu keiner Lösung dieser Anliegen und gefährdet den Sicherstellungsauftrag für medizinische Notfälle.

5 Community Care als integrierter Lösungsansatz

Regelmäßige Fehllenkungen von Patientinnen und Patienten in für die konkrete Problemlage wenig passende Einrichtungen führen bei Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern zu Frustrationen. Patientinnen und Patienten chronifizieren ihre Verhaltensweisen, erleben sie als ausweglos und werden durch zahlreiche Behandlungsversuche auch medizinischen und psychosozialen Gefahren und Stigmatisierungen ausgesetzt. Zudem brauchen hochwertige und teure klinische Ressourcen in Anbetracht der demografischen Entwicklung, die zu einem wachsenden Patientenaufkommen und zu Personalmangel führt, eine Entlastung von allgemeinen formellen oder informellen „fürsorglichen“ Einweisungen. Deshalb ist die Anleitung von Patientinnen und Patienten bzw. ihre Lenkung zu für sie passenden und ausreichenden Unterstützungsformen erforderlich. Community Care – ein integraler Lösungsansatz, der Patientinnen/Patienten, Angehörige, helfende Berufsgruppen und Hilfeinrichtungen mit einbezieht, um Menschen an die „richtige Adresse zu bringen“ – setzt vor diesem Hintergrund auf vielen Ebenen an:



Quelle: Christoph Redelsteiner 2019

Eine wichtige Rolle spielen semiformelle bzw. informelle Ebenen der Unterstützung. Das beginnt mit der persönlichen Vor- und Fürsorge, z. B. damit, was wir als einzelne Person an eigenen Kräften und Ressourcen präventiv, vor Eintritt einer besonderen Herausforderung, im Sinne einer Selbstachtsamkeit für unser Wohlbefinden aufwenden. Die nächste Stufe wäre die Selbsthilfe, wo wir auch mit unseren Kenntnissen im Sinne einer Eigenbewältigung von Herausforderungen aktiv werden. Eine weitere Versorgungsstufe ist die Familie (oder familienähnliche Systeme), die in bestimmten sozialen Situationen und auch in Krankheitssituationen ausgleichend wirkt. Zuhören, Gespräche, Zuwendung und scheinbar banale Dinge wie Tee kochen oder die Sicherung der Mobilität wären Beispiele für eine solche Unterstützung.



© Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel

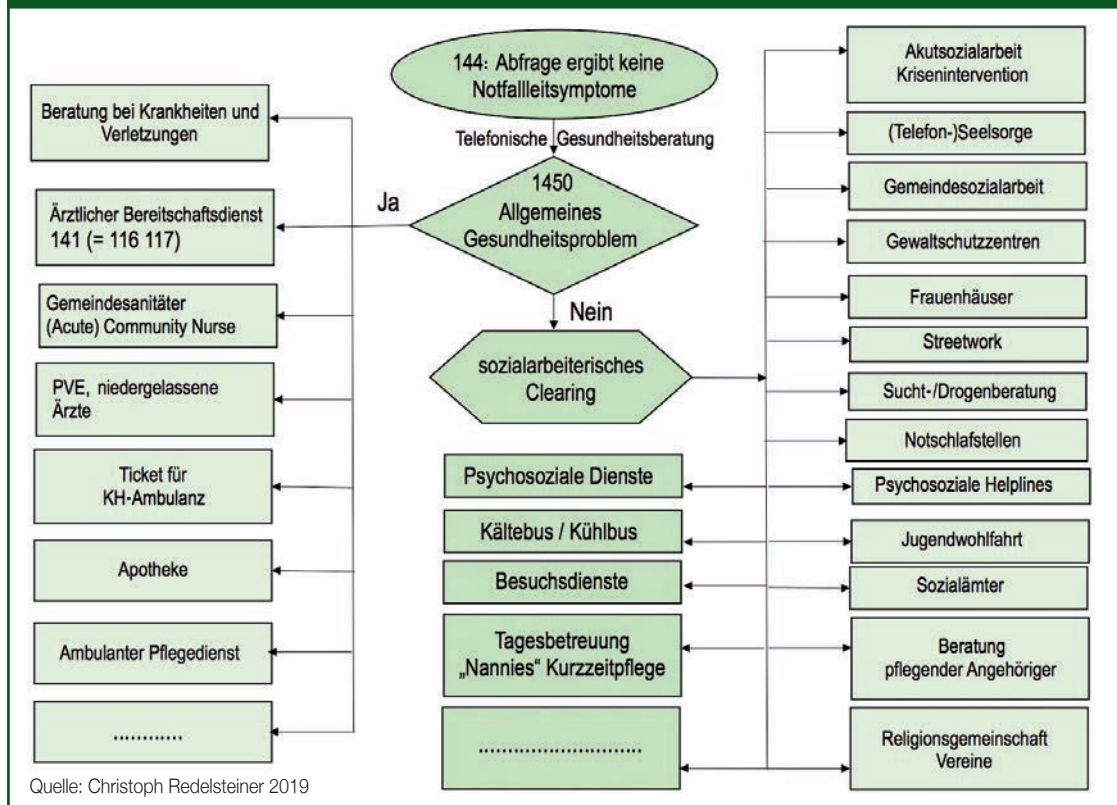
Nachbarschaftliche Strukturen der Hilfe ersetzen und ergänzen gegebenenfalls diese familiären Hilfeleistungen als nächste Ebene und sind ebenfalls meist unentgeltliche Formen der gegenseitigen Unterstützung. Darüber ist das Gemeinwesen die erste formellere Form der Hilfe, z. B. durch Kommunen, Religionsgemeinschaften und lokale Vereine. Das Aktivieren dieser Hilfemöglichkeiten durch Beratung, soziale Diagnostik, Netzwerkanalyse oder Akutsozialarbeit ist eine klassische Aufgabe von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern. Werden diese grundlegenden Formen der Hilfe nicht mitbedacht, einbezogen und aktiviert, so sind weitere Fehllenkungen von Menschen in rein klinisch-medizinische Systeme die Folge. Die Patientin/der Patient mit Unwohlsein weist sich dann selbst oder via Rettungsdienst ins Krankenhaus oder in hochspezialisierte klinische Einrichtungen ein. Mit Sozial- und Gesundheitseinrichtungen sind in diesem Zusammenhang alle nichtklinischen stationären Versorgungseinrichtungen gemeint, so z. B. Hausarztpraxen, Beratungsstellen, ambulante soziale und medizinische Dienste. Diese stellen die „Primary Care“-Ebene dar, wo auch formelle Primärversorgungseinheiten angesiedelt sind. Sie brauchen in der Konzeption und alltäglichen Arbeit einen Bezug zu und eine Zusammenarbeit mit den sozialen Ebenen darunter und Berufsgruppen, die aufsuchend und nachgehend die Menschen in diesen Lebenswelten unterstützen und stärken, z. B. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter.

Der Zugang zu Krankenhäusern sollte eigentlich gelenkt und nur auf Basis von echten Indikationen möglich sein, ist aber sehr niederschwellig. Jeder kann aktuell selbst entscheiden, in welche Gesundheitseinrichtung auf welcher Versorgungsebene er geht – entsprechende Mobilität vorausgesetzt, die gegebenenfalls durch den Rettungsdienst oder Krankentransport sichergestellt wird.

Hier setzt die telefonische Gesundheitsberatung 1450 an, die verstärkt insbesondere dort, wo auch

Sozialarbeiterin des Neurologischen Rehabilitationszentrums Rosenhügel bei der Patienten- und Angehörigenberatung.

Abbildung 2: Soll-Zustand der idealtypischen Vernetzung der vorhandenen Ressourcen – Kontaktaufnahme über die Telefonnummern 144 oder 1450



Analyse von sozialen Problemlagen per Telefon, Beratung und aufsuchende Akutsozialarbeit zur Anbindung an passende Hilferessourcen in der Region.

organisatorisch und institutionell mit dem Rettungsnotruf 144 und dem ärztlichen Vertretungsdienst 141 verknüpft, durch niedrigschwellige telefonische Beratung bei der Auswahl passender medizinischer Ressourcen berät. Die „sonstigen“ – meist unklaren, oft psychosozialen – Anliegen brauchen eine weitere sozialarbeiterische Einschätzung.

Das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2) zeigt den Soll-Zustand der idealtypischen Vernetzung der vorhandenen Ressourcen, wenn die initiale Kontaktaufnahme über die Telefonnummern 144 oder 1450 erfolgt.

Der Fall müsste nach einer Analyse durch 1450 einem „sozialarbeiterischen Helpdesk“ zum Clearing übergeben werden. Dieses Clearing ist ein kommunikativer, interaktiver dialogischer Prozess, der nicht trivialisierbar und schwer standardisierbar ist. Es beinhaltet auf Basis einer Vertrauensbildung rasche und fachliche Klärungen, welche soziale Institution oder andere Ressource sich für die präsentierte Problemstellung der Klienten als adäquat erweist (vgl. Fürst 2008: 59). Ist diese Vertrauensbildung telefonisch nicht möglich oder die Situation chronifiziert, diffus oder bedarf es einer persönlichen Klärung, ist der Hausbesuch durch Akutsozialarbeit eine niederschwellige und rasche Reaktionsform. Akutsozialarbeit ist eine rund um die Uhr erreichbare und bei Bedarf rasch mobilisierbare Interventionsstrategie, um Situationen durch persönlichen Kontakt mit den

Betroffenen zu klären, deren Selbsthilferessourcen und familiäre Ressourcen zu stärken und gegebenenfalls Anbindungen an formelle Hilfeformen im Sozialsystem durchzuführen. Das kann auch eine persönliche Begleitung in Einrichtungen sein und auch eine punktuelle Unterstützung über mehrere Wochen bedeuten. Dabei kommen Techniken der sozialarbeiterischen Diagnostik, der motivierenden Gesprächsführung, der Krisenintervention und des Empowerments zum Einsatz. Wesentliches Ziel ist der Versuch, durch Interventionstechniken chronifizierte Verläufe zu pausieren oder zu durchbrechen. Dabei sind die Wahrung der Autonomie der Betroffenen und deren Aktivierung zur Stärkung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit zu beachten. Wunder und Hoffnungslosigkeit sind dabei keine sozialarbeiterischen Kategorien, sondern es geht um die gemeinsame Suche nach alltagsnahen und verwirklichtbaren Lösungen, oft in kleinen Schritten unter Akzeptanz von Rückfällen und scheinbar unlogischen Entscheidungen der Betroffenen.

Community-Care-Teams für Akutsozialarbeit sind in den USA und in skandinavischen Ländern zumeist an den Rettungsdienst als direkte taktische Ressource angebunden und meist nur durch diesen bzw. die Polizei oder einen behördlichen Sozialdienst alarmierbar. Sie sind je nach Aufgabenschwerpunkt meist interprofessionell mit Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern und psychiatrischen Krankenpflegerinnen/

Krankenpflegern oder mancherorts auch mit Polizistinnen/Polizisten besetzt. Typische Indikationen sind dabei z. B.:

- Allgemeine Sorgebekundung durch Sanitäterinnen/Sanitäter, Hausärztinnen/Hausärzte, Hauskrankenpflegerinnen/-pfleger vor Ort
- Einsamkeit
- Psychiatrische Problemstellung, auch Selbst- oder Fremdgefährdung
- Wiederholte Notrufe
- Unsichere Wohn- und Lebensumstände (z. B. infrastrukturell bzw. baulich)
- Verständnisprobleme in Bezug auf Medikamenteneinnahme
- Klientinnen/Klienten mit Alkohol- bzw. Drogenproblemen
- Unerfüllte basale Bedürfnisse (Essen, Pflege, Obdach etc.)
- Keine designierte Betreuungsperson vorhanden
- Anzeichen für Überforderung der Betreuungsperson
- Unkoordiniertes Vorgehen mehrerer betreuender Personen bzw. Professionen
- Unspezifizierte oder nicht eingehaltene Betreuungspläne
- Verdacht auf Vernachlässigung oder Missbrauch
- Erste Betreuungsebene nach Tod einer Patientin/eines Patienten vor Ort

Bei Bedarf erfolgen Hausbesuche gemeinsam mit Hausärztin/Hausarzt, „Community Nurses“ oder Gemeindefallsanitäterinnen/-sanitätern. In der Stadt Seattle (653.000 Einwohner) führt das über den Rettungsdienst gesteuerte Sozialarbeitsteam mittler-



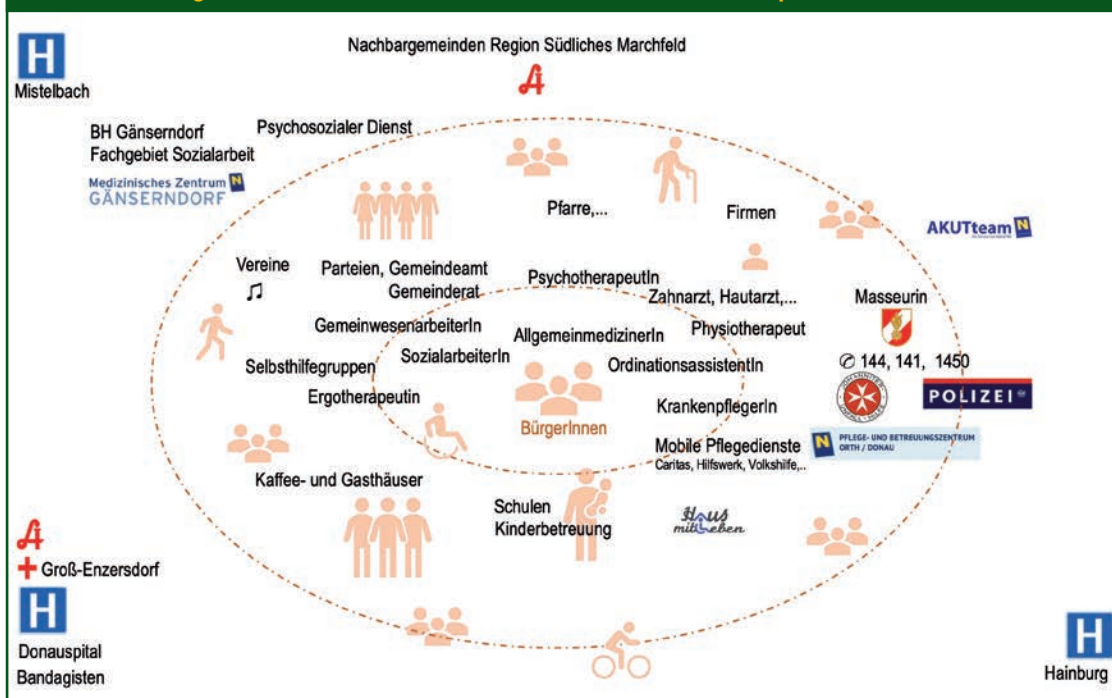
© drubig-photo - stock.adobe.com

weile jährlich etwa 24.000 Einsätze durch, das sind ca. 5.000 mehr als die mobilen notfallmedizinischen Teams, und entlastet diese und die Krankenhäuser damit signifikant. Einsparungen bei sozialen Institutionen wie Gewaltschutzzentren, Frauenhäusern oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe führen nicht nur zu mehr Armut und Leid bei den Betroffenen, sondern werden kompensatorisch von den teureren klinischen Einrichtungen aufgefangen – die wiederum dadurch überlastet werden und nicht passend auf die primär vorliegende Problemstellung reagieren können.

In Österreich gibt es erste Ansätze für professionelle Akutsozialarbeit – der Notruf Niederösterreich kann aktuell bei Anruf über „1450“ telefonisch mit Akutsozialarbeiterinnen/-sozialarbeitern verbinden und erprobt aktuell in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule St. Pölten deren Einsatz vor Ort.

Mobile aufsuchende Sozialarbeit zur Intervention bei akuten oder chronifizierten psychosozialen Problemstellungen und zur Reduktion von Krankenhausaufenthalten.

Abbildung 3: Umwelten eines Gemeinwesenzzentrums am Beispiel Orth an der Donau



Quelle: Christoph Redelsteiner 2019

6 Community Care als Grundlage für Social Prescribing

Als nachfolgender und nachhaltiger Schritt nach der Akutsozialarbeit wäre „Social Prescribing“ systematisch anzuwenden. Unter Social Prescribing versteht man die entsprechenden Verweisungen von ärztlichen, pflegerischen Kolleginnen/Kollegen, aber auch anderen „klinischen“ Professionen wie Physio- oder Ergotherapeutinnen/-therapeuten zu Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern. Diese Fachkräfte werden im angloamerikanischen Raum auch „Link Worker“ oder „Well-Being Coordinator“ genannt und fungieren nach einem entsprechenden Clearing als Navigator zu weiteren – insbesondere nichtmedizinischen – Ressourcen. Diese umfassen das gesamte Feld der Sozialarbeit wie Bewährungshilfe, Drogenberatung, Schuldenberatung, soziale Grundsicherung, Institutionen, die bei Arbeitslosigkeit unterstützen, Anti-Gewalt-Interventionsstellen, betreute Wohngruppen oder Notschlafstellen. Ein wesentlich umfangreicher und schwer zu erfassender Teil sind informelle bzw. halbformelle Ressourcen im jeweiligen unmittelbaren Sozialraum: Nachbarschaftsnetzwerke, Frauengruppen, Feuerwehren, Vereine aller Art, Sportinitiativen, Seniorenverbände, Jugendgruppen, religiöse und kulturelle Institutionen, wo Menschen sozialen Anschluss finden können.

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Bereich Community Care brauchen daher ein umfangreiches spezifisches Verweisungswissen und müssen auch die lokalen Strukturen und Ansprechpartner kennen und deren Stärken, Leistungsvermögen und -grenzen einschätzen können. Abbildung 3 zeigt in einer verallgemeinerten und verdichteten Form die erste Ebene von Verweisungen am Beispiel der Gemeinde Orth an der Donau, das zumindest wochentags ein dichtes Netzwerk bildet.

Nachts und am Wochenende bzw. an Feiertagen würde diese Grafik sehr ausgedünnt aussehen. Nur wenige lokale Ressourcen wie Feuerwehr, Polizei und „First Responder“, die die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungswagens überbrücken, wären rasch verfügbar. Regionale Akutsozialarbeit könnte vor allem in diesen Zeiten überbrückend aktiv sein.

7 Sozialarbeiter sind Community-Care-Experten

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter haben das fachliche Potential, einen wichtigen Beitrag in der psychosozialen Betreuung, insbesondere auch älterer Menschen und ihrer An- und Zugehörigen zu leisten. Bereits jetzt bieten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter durch gezielte professionelle Sozialberatung auch diagnosebezogene Beratung wie im Bereich Demenz, angemessene und niederschwellig angebotene Infor-

mation über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten und Pflegeangebote für alte Menschen und deren An- und Zugehörige sowie über sozialrechtliche Ansprüche für Förderungen an. Vernetzungsarbeit auf lokaler, wohnortnaher Ebene zu und zwischen Hilfsdiensten und zu ehrenamtlichen Ressourcen sowie Entlastungsgespräche für die Betroffenen sind auch Entlastungspotentiale für die Pflegenden und das medizinische und pflegerische System.

Beratung, Beziehungs- und Biografiearbeit, aufsuchende Soziale Arbeit mit Menschen, Angehörigenarbeit, psychosoziale Unterstützung und Krisenintervention sowie soziale Netzwerkarbeit sind zentrale Kompetenzen im sozialarbeiterischen Qualifikationsprofil. Basierend auf einer menschenrechtsorientierten Grundhaltung übernehmen Sozialarbeiter/-innen auch eine anwaltschaftliche Funktion, um die Interessen und Bedürfnisse ihrer Klientinnen und Klienten durchsetzen zu helfen und den Zugang zu sozialrechtlichen Leistungen sicherzustellen.

„Diplomsozialarbeiter“ studierten an Sozialakademien – seit fast 20 Jahren wird an Fachhochschulen studiert. Mit dem Umstieg auf Bachelor und Master ging die Berufsbezeichnung verloren, ein entsprechendes Berufsgesetz müsste hier wieder Klarheit schaffen. Auch eine Aufstockung der Studienplätze wäre dringend erforderlich, um Medizin und Pflege entlasten zu können. Die Bachelorausbildung beinhaltet neben Methoden der sozialen Diagnostik z. B. sozialmedizinische, juristische, politische, soziologische und sozialarbeitswissenschaftliche, menschenrechtliche, psychosoziale und gesundheitswissenschaftliche Aspekte. Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter arbeiten grundsätzlich immer interprofessionell, da Linderungen oder Lösungen für Betroffene immer im Dialog mit diesen, dem Umfeld und involvierten Berufsgruppen erarbeitet werden müssen. Das Masterstudium „Soziale Arbeit“ ist daher auch bewusst für Absolventinnen/Absolventen anderer Studien wie Ergotherapie, Soziologie, Kultur- und Sozialanthropologie, Polizeiliche Führung, Pflege, Rechtskunde, Medizin usw. zugänglich und bietet Vertiefungen in den Bereichen Case-Management, klinische Sozialarbeit, „General Social Work“ oder Gemeinwesen-Sozialarbeit.

Aufgaben der Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter im Bereich Gemeinwesensozialarbeit bzw. Community Care wären rasche aufsuchende Intervention und Betreuung, Beziehungs- und Vertrauensaufbau und Erstnannesen bzw. Clearings. Nach der Erstintervention wäre eine Referenzierung, auch durch unmittelbare Terminvereinbarung, zu spezielleren Ressourcen aus dem medizinischen, pflegerischen, psychologischen, sozialarbeiterischen Bereich erforderlich. Hausärztinnen/Hausärzte, Hauskrankenpflegerinnen/-pfleger und „Acute Community Nurses“ wären wesentliche

Schnittstellenpartner in der gemeindenahen Versorgung.

Gemeindenaher Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter sind das professionelle Verbindungsglied, das zwischen Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen, Rettungsdienst, Hausärztinnen/Hausärzten, Pflegediensten, Polizei und zahlreichen psychosozialen Einrichtungen arbeitet. Sie benötigen daher eine entsprechende fachliche und rechtliche Verweisungskompetenz.

Wesentlich ist auch eine Kenntnis des konkreten Sozialraumes als Grundlage für Social Prescribing: Die Sozialarbeiter sollten das Gemeinwesen und seine Interessenspartner sowie seine 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.

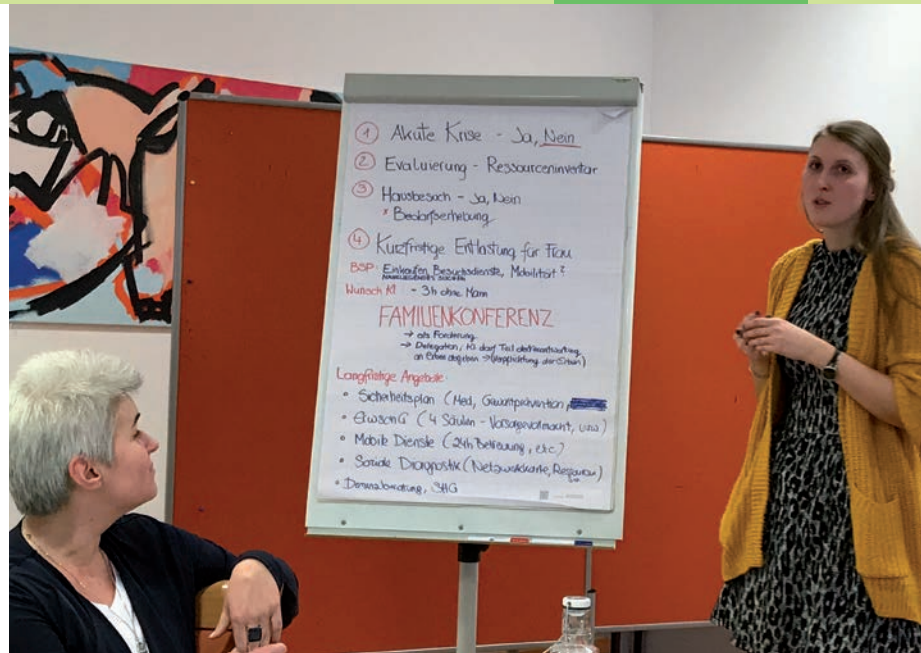
Insbesondere für Menschen, die einsam sind, viele davon ältere Bürgerinnen und Bürger, wäre die systematische Unterstützung bei der Anknüpfung an formelle und informelle soziale Netzwerke, die persönlich in unmittelbarer Umgebung oder mit neuen sozialen Medien auch global vorhanden sind, eine Kernaufgabe.

8 Fazit

Angesichts der gegenwärtigen demografischen und soziostrukturellen Veränderungen steht Österreich vor großen Herausforderungen im Hinblick auf die Gestaltung der zukünftig integrierten medizinischen und psychosozialen Grundversorgung seiner Bevölkerung. 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. Akutsozialarbeiterinnen/-sozialarbeiter könnten zentrale Aufgaben in diesem Bereich übernehmen. Grundsätze für soziale Arbeit im Gesundheitsbereich sind:

- **Open Door Policy:** Soziale Arbeit verfolgt einen „Offene Tür“-Zugang für Menschen auf der Suche nach Hilfe.
- **Aufsuchend:** Soziale Arbeit sucht Menschen auch im Sozialraum und in ihren konkreten Lebenswelten und -wirklichkeiten auf.
- **Nachgehend:** Im Sozialraum und auch im ‚Straßenleben‘ wird den Menschen, die besonders von Exklusion betroffen sind, proaktiv nachgegangen.

Diese Berufsgruppe könnte wesentlich dazu beitragen, einige der zentralen in der Gesundheitsförderungsstrategie formulierten Ziele nachhaltig zu erreichen: für gesundheitliche Chancengerechtigkeit



Fallplanung im Gemeinwesen unter Einbezug verschiedener Professionen. In diesem Fall Sozialarbeit-Medizin-Pflege-Seelsorge.



zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von der Herkunft und für alle Altersgruppen zu (Ziel 2), psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen zu fördern (Ziel 9). Ziel 10 der Bundes-Zielsteuerungskommission 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).

Ein flächendeckendes System von Community Care würde zur Stärkung von Selbsthilfe, Nachbarschaftshilfe und interprofessioneller und interinstitutioneller Zusammenarbeit führen und klinische, medizinische und pflegerische Strukturen entlasten. Dazu bräuchte es die verstärkte Einbindung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen im klinischen und extramuralen Bereich, auch bei Primärversorgern. Insbesondere im ländlichen Raum würden sie wesentliche Hilfen regional und wohnortnahe erbringen, z. B. im Casemanagement vieler komplexer Einzelkonfigurationen und Menschen und deren soziale Räume stärken und zu einer Verbesserung des sozialen Netzes und der Lebensqualität beitragen. Auch durch konkrete systematische Hilfe mit digitalen (Chat, E-mail, Videogespräch), telefonischen und persönlichen Methoden – dort, wo niemand anderer da ist, der helfen kann und so besonders vulnerable, kontaktarme und isolierten Mitmenschen unterstützen.

LITERATUR

- Ander, G. (2009): Schon wieder die gleiche Adresse – Problem der Mehrfachinterventionen. Masterthesis, Universitätslehrgang für Rettungsdienstmanagement, Donau-Universität Krems [unveröffentlicht].
- Bastecky, S., Leier-Kriz, B., Mötzl, I., Wernitznig, B. (2017): Ansätze alternativer Vermittlungs- und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf. Masterarbeit Studiengang Soziale Arbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Böhmer, V., Novosad, H. (2018): Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen, <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit>.
- Booker, M. J., Shaw, A. R. G., Purdy, S. (2015): Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. In: *BMJ Open*, 5 (5): e007726. 19, doi: 10.1136/bmjopen-2015-007726.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019a): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019b): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien.
- Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): Gesundheitsförderungsstrategie. Wien: Bundes-Zielsteuerungskommission.
- Christ, R., Spitzbart, S., Rohrauer-Näf, G., Ropin, K. (2015): Die österreichische Gesundheitsförderungsstrategie. In: *Journal Gesundheitsförderung*, 1, S. 38–44.
- Fürst, R. (2008): Case Management und Clearing. In: Bakic, J., Diebäcker, M., Hammer, E.: Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Wien: Löcker, S. 59.
- 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.
- Novosad, H., Wallner, S. (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen. Masterarbeit Studiengang Soziale Arbeit, Fachhochschule St. Pölten.
- Novosad, H., Weber-Schigutt, E., Wallner, S. (2017): Digitales Verweisungstool zu Institutionen der sozialen Arbeit und weiteren psychosozialen Ressourcen, <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/digitales-verweisungstool-zur-sozialen-arbeit>.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2012): Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Redelsteiner, C. (2019): Experten für die „most vulnerable humans“. Die Rolle der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: *Procure*, 24: 6.
- Redelsteiner, C., Moser, M., Zahorka, F. (2019): Gemeinwesenzentrum Orth an der Donau. gemeinsam.gesundheit.gestalten. Ilse Art Institut für Soziale Inklusionsforschung, Fachhochschule St. Pölten.
- 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.
- Redelsteiner, C. (2011): Der Notfalleinsatz – Das System Rettungsdienst. In: Redelsteiner, C., Kuderna, H., et al. (Hrsg.): *Handbuch für Notfall- und Rettungsanitäter*. Wien: Braumüller, S. 2–9.
- Redelsteiner, C. (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz. Ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: *Soziales Kapital*, 9, <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256> (17.11.2013).
- Redelsteiner, C. (2014): Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst. Der Rettungsdienst auf dem Weg zu einem Paradigmen- und Strategiewechsel? In: *ÖZPR – Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht*, S. 164–166.
- Redelsteiner, C. (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Dissertation Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Edewecht: Verlag Stumpf & Kossendey.
- Redelsteiner, C. (2019): Primärversorgung: Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit? In: *ÖGERN* (Hrsg.): *Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst*.
- Schmid, T. (2018): Die Arzt-Patientenbeziehung. In: Flemmich, G., Hais, A., Schmid, T. (Hrsg.): *Gesundheitsberufe im Wandel*. Wien. S. 264–273.
- Schmid, T. (2018): Primärversorgung. In: Flemmich, G., Hais, A., Schmid, T. (Hrsg.): *Gesundheitsberufe im Wandel*. Wien, S. 274–283.
- Statistik Austria (2018): Bevölkerungsprognosen. Ausführliche Tabellen der Hauptvariante (Österreich). Schnellbericht. Wien, Statistik Austria.
- Statistik Austria (2019): Berufsausübende niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2018 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern. Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/022353.html (9.2. 2020).
- Statistik Austria (2020): Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld 2019. Wien, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/034778.html (9.2. 2020).
- Zahorka, F. (2016): Psychosoziale Helplines. Analyse zur Entwicklung von Empfehlungen einer integrierten und effizienten Adressierung von psychosozialen Problemen an Helplines unter Einbezug der präklinischen Notfallmedizin. Masterarbeit Studiengang Soziale Arbeit, Management Center Innsbruck.
- Zahorka, F. (2018): Alternative Verweisungspfade für psychosoziale Problemstellungen in der Präklinik. Erkenntnisse auf Basis eines Forschungsaufenthalts in Colorado Springs. *soziales_kapital – Wissenschaftliches Journal Österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit*, 19, S. 114–122.