

# Masterarbeit

Social Work in Emergency Departments - Eine Studie zur Analyse  
des Bedarfs von Sozialer Arbeit in bayerischen Notaufnahmen



Hochschule für angewandte Wissenschaften Landshut  
Masterarbeit im Studiengang Klinische Sozialarbeit

Verfasserin: Claudia Spreitzer

Matrikelnummer: 01200138

Erstbetreuerin: Frau Prof. Dr. Katrin Liel

Zweitbetreuer: Herr Prof. Dr. Clemens Dannenbeck

Landshut, den 13.02.2023

## **Abstract**

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Themengebiet Soziale Arbeit in Notaufnahmen auseinander. Die „*Emergency Departments*“ (ED) in Ländern wie USA, Schweden und England profitieren bereits seit vielen Jahren von der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter\*innen. „*Social Work in Emergency Departments*“ achtet unter anderem auf die psychosozialen Bedürfnisse der Patient\*innen und unterstützt bei der Vermittlung adäquater Versorgungsstrukturen für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

In Deutschlands Notaufnahmen führen stetig steigende Fallzahlen, gesellschaftliche Veränderungsprozesse sowie Personalengpässe aktuell zu großen Herausforderungen. Sozialarbeiter\*innen in deutschen Kliniken arbeiten bisher jedoch nicht in den Notaufnahmen. Das Ziel dieser Arbeit ist es daher herauszufinden, ob Mitarbeiter\*innen in bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf sehen, Soziale Arbeit als eigenständige Profession in die multidisziplinären Teams zu integrieren. Des Weiteren sollen mögliche Aufgabengebiete identifiziert werden.

Die Arbeit ist in zwei Bereiche aufgeteilt. Im ersten Teil, der theoretischen Aufbereitung des Themas, findet zunächst eine Betrachtung der gesellschaftlichen Ausgangslage in Deutschland, des deutschen Krankenhaussystem sowie der bayerischen Notaufnahmen statt. Zusätzlich wird die Soziale Arbeit in deutschen Krankenhäusern sowie die Soziale Arbeit in Notaufnahmen im internationalen Kontext näher beleuchtet. In einem zweiten Schritt fand die empirische Untersuchung statt, die Studie SoANa. Hierfür wurden zunächst Expert\*inneninterviews durchgeführt, die als Grundlage für die darauffolgende Onlineumfrage dienten. Der Fragebogen wurde im Rahmen der Erhebung an mehr als 80 bayerische Notaufnahmen versandt.

Die erhobenen Daten enthielten viele neue und aufschlussreiche Ergebnisse, die als erste Grundlage zu verstehen sind und zugleich die Legitimierung der Arbeit von Sozialarbeiter\*innen in deutschen Notaufnahmen sicherstellen.

Als zentrale Erkenntnis zeigt sich, dass eine große Mehrheit der befragten Mitarbeiter\*innen der bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf an Sozialer Arbeit sehen. Des Weiteren wurde durch die Expert\*inneninterviews und die Umfrage deutlich, dass bisher wenig Kenntnisse bei den Befragten darüber besteht, welche Aufgaben Sozialarbeiter\*innen übernehmen können. Die Studie SoANa hat somit nicht nur relevante Daten generiert, sondern auch Informationen zum Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen an die Befragten weitergegeben.

## Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung .....	1
II. Theoretischer Rahmen.....	5
1    Gesellschaftliche Ausgangslage in Deutschland .....	5
1.1    Patient*innen in den Notaufnahmen .....	5
1.2    Einfluss der Patient*innen auf den Arbeitsbereich Notaufnahme.....	8
1.3    Eine sich verändernde Gesellschaft? .....	10
1.4    Gesellschaftstheoretische Perspektive .....	12
2    Notaufnahme .....	15
2.1    Deutsches Gesundheitssystem .....	15
2.2    Aufgaben und gesetzliche Regelungen in Notaufnahmen .....	17
2.2.1    Ersteinschätzung der Patient*innen .....	18
2.2.2    Die kurzstationäre Überwachungseinheit.....	21
2.3    Notaufnahmen in Bayern und Deutschland in Zahlen.....	22
2.3.1    Mitarbeitende der Notaufnahme .....	22
2.3.2    Finanzierung.....	25
2.4    Strukturen der Notfallversorgung.....	27
2.4.1    Ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte .....	27
2.4.2    Rettungsdienst.....	28
3    Soziale Arbeit in deutschen Krankenhäusern .....	29
3.1    Rechtliche Grundlage und Aufgaben.....	30
3.2    Besondere Klient*innengruppen .....	33
3.3    Die Herausforderungen des Kliniksozialdienstes.....	35
4    Social Work in Emergency Departments in anderen Ländern.....	37
4.1    Legitimationsgründe für Soziale Arbeit in Notaufnahmen .....	37
4.2    Aufgabenbereiche der Social Work in Emergency Departments .....	39
4.3    Rahmenbedingungen in Deutschland.....	44
4.3.1    Rechtliche Ausgangslage .....	44

4.3.2	Berufliche Qualifikation .....	46
4.3.3	Aktualität und Notwendigkeit aus Sicht der Sozialen Arbeit .....	47
III.	Empirische Untersuchung .....	50
5	Expert*inneninterviews .....	50
5.1	Forschungsdesign .....	51
5.2	Gütekriterien bei Expert*inneninterviews .....	51
5.3	Planung und Durchführung der Expert*inneninterviews .....	52
5.3.1	Auswahl und Kontaktierung der Interviewpartner*innen .....	52
5.3.2	Interviewleitfaden und Pretest.....	54
5.3.3	Durchführung der Expert*inneninterviews und Einwilligungserklärung .....	55
5.3.4	Sicherung der Ergebnisse .....	56
6	Auswertung der Ergebnisse der Expert*inneninterviews .....	57
6.1	Auswertungsmethode.....	57
6.2	Ergebnisse .....	58
6.3	Fazit .....	60
7	Die Studie SoANa.....	61
7.1	Studiendesign.....	62
7.2	Gütekriterien der quantitativen Forschung.....	63
7.3	Datenschutz .....	65
7.4	Pretest.....	65
7.5	Aufbau des Fragebogens .....	66
7.6	Durchführung.....	68
8	Auswertung der Ergebnisse.....	70
8.1	Themenbereich 1: Allgemeine Informationen zum Arbeitsbereich .....	70
8.1.1	Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse.....	70
8.1.2	Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug .....	71
8.2	Themenbereich 2: Krankheitsbilder Notaufnahme.....	71
8.2.1	Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse.....	71
8.2.2	Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug .....	74

8.3	Themenbereich 3: Ursachen für die steigenden Patient*innenzahlen.....	76
8.3.1	Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse.....	76
8.3.2	Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug .....	77
8.4	Themenbereich 4: Soziale Arbeit in Notaufnahmen.....	78
8.4.1	Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse.....	78
8.4.2	Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug .....	83
9	Reflexion der empirischen Untersuchung .....	89
9.1	Reflexion der methodischen Herangehensweise.....	89
9.2	Reflexion der Ergebnisse .....	91
10	Fazit.....	94
11	Literaturverzeichnis .....	97
12	Anhang .....	112

## I. Einleitung

In Ländern wie den USA, Schweden und England sind Sozialarbeiter\*innen bereits seit vielen Jahren ein fester Bestandteil in den Notaufnahmen. Allgemein begleitet die "Social Work in Emergency Departments" Verletzte oder akut erkrankte Personen sowie deren Angehörige. Diese befinden sich häufig in einem emotionalen Ausnahmezustand, wenn sie eine Notaufnahme aufsuchen. Die Sozialarbeiter\*innen agieren dabei auf unterschiedliche Weise, z.B. in der psychosozialen Beratung, als Kulturvermittler\*innen, als erste Kontaktperson bei Gewalt und Missbrauch oder auch als Ansprechpartner\*innen bei Drogenkonsum (Fusenig 2012, S. 3ff.). Eine weitere zentrale Aufgabe ist die Vermittlung von geeigneten Ressourcen, die eine adäquate Versorgung nach dem Aufenthalt in der Notaufnahme sicherstellen. Dafür ist die Netzwerkarbeit und Kooperation mit ambulanten Pflegediensten, Nachbarschaftshilfen oder Altenheimen unerlässlich.

Sozialarbeiter\*innen an deutschen Kliniken arbeiten aktuell, anders als in den USA oder England, nicht in den Notaufnahmen. Das Personal an deutschen Kliniken ist derzeit am Rande ihrer Belastungsgrenzen. Das betrifft auch die Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen, die zunehmend vor große Herausforderungen gestellt werden, denn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten verändert. Der demografische Wandel, veränderte Familienstrukturen, Gewalt im häuslichen Umfeld, psychische Belastungen, Armut und Migration sind Faktoren, die großen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen in den Notaufnahmen haben (Kramer 2020, S. 11). Auch aus diesen Gründen kam es in den letzten Jahren zu stetig steigenden Fallzahlen in den Notaufnahmen, für die es primär keine medizinische Notwendigkeit gab und auch keine anschließende stationäre Behandlung als erforderlich betrachtet wurde. Häufig standen psychosoziale Problematiken im Vordergrund, die in der Folge zu einer Überlastung der Notfallversorgung führen (Kramer 2020, S. 10). Die psychosoziale Begleitung der Patient\*innen könnte zunehmend zur Belastung werden, da dies neben der vorrangigen medizinisch-pflegerischen Versorgung zusätzlich geleistet werden muss.

Gerade zu Beginn der Corona-Pandemie rückten die Mitarbeitenden der Kliniken erstmalig in den Mittelpunkt der Betrachtung. Es wurde deutlich, welche enormen Anforderungen sie täglich ausgesetzt sind. Diese akute Belastungssituation und die maximale Beanspruchung der Kliniken, insbesondere auch der Notaufnahmen, besteht auch nach dem Rückgang der Anzahl an infizierten Personen. Die mediale Aufmerksamkeit, ist abgesehen von öffentlichem Applaus und zwei Einzelausschüttungen finanzieller Hilfen,

längst wieder abgeebbt. Aufgrund persönlicher Berührungspunkte mit diesem Arbeitsbereich und Einblicken in die aktuelle Situation erschien es notwendig, genauer auf den Bereich Notaufnahme zu blicken. Die berufliche Nebentätigkeit als Rettungssanitäterin sowie die Arbeit in einem Kinderkrankenhaus als Sozialpädagogin erlaubten direkten Kontakt mit dem höchstanspruchsvollen und zugleich sehr abwechslungsreichen Arbeitssetting der Notaufnahme. Abgesehen von den tatsächlichen medizinischen Notfallindikationen, scheint es weitreichendere Problemstellungen zu geben. Nach intensiverer Beschäftigung mit diesem Thema konnte schnell festgestellt werden, dass es derzeit in Deutschland keine Notaufnahme, gibt in der Sozialarbeiter\*innen tätig sind. Bei Betrachtung dieser vorherrschenden Problematiken und der aktuellen Notlage, stellte sich jedoch die Frage, ob Soziale Arbeit durch das Einbringen anderer Perspektiven und Arbeitsansätze in bestimmten Bereichen zielführende Lösungsansätze beisteuern könnte. Betrachtet man die Aufgabenbereiche der Social Work in Emergency Departments, im internationalen Kontext ist gut erkennbar, dass sich auch Sozialarbeiter\*innen in Deutschland in anderen Arbeitssettings mit sehr ähnlichen Aufgabengebieten auseinandersetzen. Aufgrund der soeben beschriebenen Herausforderungen erscheint es aus persönlicher Sichtweise naheliegend, dass es hilfreich und notwendig wäre, Soziale Arbeit als eigenständige Profession innerhalb der multiprofessionellen Teams auch in Deutschlands Notaufnahmen zu installieren.

Diese Überlegungen führten schlussendlich zur zentralen Fragestellung der vorliegenden Arbeit: Besteht ein Bedarf an Sozialer Arbeit in bayerischen Notaufnahmen und welche Aufgabengebiete würden auf die Sozialarbeiter\*innen zukommen?

Die Begrenzung auf bayerische Notaufnahmen war notwendig, da die jeweiligen Krankenhausgesetze nur auf Landesebene gültig sind, und es daher zu Abweichungen kommen könnte. Im Rahmen dieser Masterarbeit soll nun herausgefunden werden, ob dieser Bedarf in den Notaufnahmen tatsächlich besteht. Da es bisher in Deutschland kaum Daten über dieses mögliche Berufsfeld der Sozialen Arbeit gibt, sollen Mitarbeitende der bayerischen Notaufnahmen dazu befragt werden. Neben der Bedarfsklärung sowie dem Abstecken möglicher Aufgabenfelder ist ein weiteres Ziel der Erhebung, die möglichen Einflussfaktoren zu beleuchten, die für den Einsatz von Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen relevant sein könnten. Es soll kritisch analysiert werden, ob deutsche Sozialarbeiter\*innen die in Notaufnahmen anfallenden Aufgaben erfüllen könnten und dadurch zu Entlastung des Systems beitragen könnten

Um sich diesen Fragen thematisch anzunähern, fand in einem ersten Schritt die theoretische Auseinandersetzung mit dem Themenbereich statt. So wurde zunächst die gesellschaftliche Ausgangslage in Deutschland genauer betrachtet. Hierfür stand die Auseinandersetzung mit den Patient\*innen in Notaufnahmen und der Frage nach einer sich verändernden Gesellschaft im Fokus. Um Bezug zum sozialarbeiterischen Paradigma herzustellen, wurde in Hinblick auf Lothar Böhnischs Zwischenwelten eine gesellschaftstheoretische Sichtweise eingenommen. Das nächste Kapitel behandelt eine Analyse der Notaufnahme, mit Fokus auf dem deutschen Gesundheitssystem, den Aufgaben und gesetzlichen Regelungen in bayerischen Notaufnahmen sowie der genaueren Betrachtung der Mitarbeitenden und der Finanzierung des Krankenhaussystems. Als letzter Punkt in Kapitel 3 wurden die weiteren Strukturen der Notfallversorgung analysiert. Um mehr Informationen über die aktuelle Arbeitsweise der Sozialarbeiter\*innen in deutschen Kliniken zu erfahren, wurden die rechtliche Grundlage sowie die Aufgaben, die besonderen Klient\*innengruppen mit denen sich die Kliniksozialdienste konfrontiert sehen sowie die aktuellen Herausforderungen, die mit dem Berufsfeld einhergehen, inhaltlich behandelt. Das letzte Kapitel des theoretischen Teils setzt sich mit der Sozialen Arbeit in Notaufnahmen in anderen Ländern auseinander. Dazu wurden die Legitimationsgründe der Arbeit sowie die Aufgabenbereiche der Social Work in Emergency Departments genauer betrachtet. Zuletzt wurde auf die derzeitigen Rahmenbedingungen in Deutschland eingegangen, wobei erneut die rechtliche Ausgangslage, die berufliche Qualifikation sowie die die Aktualität und Notwendigkeit aus Sicht der Sozialen Arbeit beschrieben wurde. Beim Theorieteil ist anzumerken, dass sich wenig Literatur in Form von Fachbüchern oder ähnlichem zum Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen finden ließen. Dies bezieht sich sowohl auf Deutschland als auch auf andere Länder.

Im zweiten Teil der Arbeit wurde die empirische Untersuchung durchgeführt. Die Studie SoANa besteht aus zwei methodischen Teilen. Um das bestehende Literaturdefizit zu umgehen, wurden zunächst Expert\*inneninterviews durchgeführt. Dazu wurden sechs Mitarbeiter\*innen aus bayerischen Notaufnahmen, mithilfe eines leitfadengestützten Gesprächs befragt. Nach Durchführung der Interviews fand die Auswertung der erhobenen Daten in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz statt. Diese Ergebnisse dienten als Grundlage für die darauffolgende Onlineumfrage. Der Fragebogen wurde im Rahmen der Erhebung an mehr als 80 bayerische Notaufnahmen versendet. Die Onlineumfrage wurde mithilfe der Software SoSci Survey erstellt und umfasste Fragen zum Arbeitsbereich, zu den Krankheitsbildern in der Notaufnahme, zu den Ursachen der

steigenden Patientenzahlen und zu den möglichen Aufgaben Sozialer Arbeit. Teilnehmen konnten alle Mitarbeiter\*innen der bayerischen Notaufnahmen also sowohl Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen als auch Ärzt\*innen aller Fachbereiche. Die Auswertung des Fragebogens fand in Form einer statistischen Datenanalyse mit SPSS statt. Bei beiden empirischen Methoden wurden die entsprechenden Gütekriterien und Datenschutzrichtlinien sowie Pretests durchgeführt.

Die Tatsache, dass es Soziale Arbeit in deutschen Notaufnahmen bisher nicht gibt, ist ein Hauptgrund, weshalb sich dringend mit diesem Arbeitsfeld auseinandergesetzt werden muss. Betrachtet man die aktuelle Ausgangslage der deutschen Notaufnahmen, erscheint es erforderlich, die angespannte Situation durch verbesserte Arbeitsbedingungen sowie mehr Personal zu optimieren. Die anfallenden Aufgaben innerhalb eines multiprofessionellen Teams aufzuteilen, könnte als Entlastung und hilfreiche sowie notwendige Unterstützung empfunden werden. Dies verbessert die Lage nicht nur für Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen, sondern beeinflusst zugleich die Bedingungen für die Patient\*innen selbst.

Die vorliegende Arbeit achtet auf eine gendersensible Schreibweise. Dabei wurde die Asteriskus- Form, die Raum für alle Geschlechter geben soll, gewählt. Diese Genderform wurde zudem bewusst gewählt, da gerade im Sozial- und Gesundheitssystem Frauen überdurchschnittlich oft vertreten sind. Des Weiteren wird im Folgenden der allgemeine Begriff Notaufnahme verwendet, der alle Ausdrucksformen wie Zentrale Notaufnahme (ZNA) und Weitere einbezieht. Dies ist notwendig, um Vergleichbarkeit im internationalen Kontext zu ermöglichen, denn die Übersetzung aus dem Englischen „*Emergency Departments*“ bedeutet Notaufnahme. In der vorliegenden Arbeit werden außerdem alle behandlungspflichtigen Personen als Patient\*innen bezeichnet. Dies entspricht grundsätzlich nicht der Ansprechweise der Sozialen Arbeit, dennoch ist diese Formulierung im Klinikkontext üblich. Um Missverständnisse zu umgehen wurde daher eine einheitliche Ansprechweise gewählt.

## II. Theoretischer Rahmen

### **1 Gesellschaftliche Ausgangslage in Deutschland**

Bei der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen wird zunächst die aktuelle Ausgangslage genauer betrachtet. Hierzu werden im Folgenden die Patient\*innen der Notaufnahme, gesellschaftliche Veränderungen sowie eine gesellschaftstheoretische Perspektive genauer betrachtet.

#### 1.1 Patient\*innen in den Notaufnahmen

Im Rahmen dieser Arbeit ist es notwendig, sich genauer mit den Menschen, die in den Notaufnahmen behandelt und versorgt werden, auseinanderzusetzen. Dazu müssen bestimmte Gruppen charakterisiert werden, um eine sozialarbeiterische Sichtweise zu ermöglichen. Fest steht, dass Soziale Arbeit weder eine pflegerische noch medizinische Profession ist. Eine bloße Betrachtung von medizinischen Symptomen und Krankheitsbildern erscheint daher nicht notwendig und wäre nicht sinnvoll. Im Folgenden werden daher unterschiedliche Aspekte Beachtung finden. Hinter jeder Erkrankung steht ein Mensch, eingebettet in der persönlichen Biografie, mit den individuellen Bedürfnissen und im Rahmen des Aufenthalts in einer Notaufnahme zumeist auch mit Schmerzen, Sorgen und Ängsten. Um herauszufinden, mit welchem Klientel Soziale Arbeit in Notaufnahmen konfrontiert wäre, muss festgestellt werden, welche Patient\*innen die Mitarbeitenden der bayerischen Notaufnahmen aktuell versorgen. Betrachtet man die Notaufnahme als Sozialraum, wird eine Besonderheit deutlich: grundsätzlich kann jede Person unabhängig von soziodemografischen und oder sonstigen Faktoren dort eintreffen. Dieses Bild ergibt sich unter anderem dadurch, dass Menschen nach Verletzungen und Unfällen (Scherer et al. 2017, S. 648), die sich häufig im häuslichen Umfeld zutragen (Statistisches Bundesamt Destatis 2017, S. 4), die Notaufnahme aufsuchen. Diese Verletzungssituationen entstehen beispielsweise durch Unkonzentriertheit oder Gewohnheit, also aufgrund von Faktoren die per se keiner bestimmten Bevölkerungsgruppe, sozialen Schicht oder einem Geschlecht zugesprochen werden können.

Abgesehen von akuten Beschwerden des Bewegungsapparats, zu denen auch Stürze sowie Unfälle zählen, und die in einer Studie von 2017 mit 36% in Notaufnahmen am Häufigsten vorkamen (Scherer et al. 2017, S. 648), spielen bei anderen Symptomen und Krankheitsbildern soziodemografische- sowie ökonomische Faktoren eine weitaus größere Rolle. So zeigen Forschungen, dass ein enger Zusammenhang zwischen den vier Kerndimensionen sozialer Ungleichheit Beschäftigung, Einkommen, Bildung und

Gesundheit besteht (Hannah, Brown, Gibbons 2019, S. 296). Diese vier Domänen, bedingen einander und haben große Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. Neben den sozioökonomischen Faktoren spielen auch Alter, Geschlecht, Migration oder Wohnort eine nennenswerte Rolle und beeinflussen ebenso die soziale Ungleichheit (Richter, Hurrelmann 2009, S. 16). Die beschriebenen Mortalitätsraten zeigen deutlich, inwiefern die Dimension Einkommen Einfluss auf die Gesundheit nimmt. Eine Studie der damaligen Versicherungsanstalt für Angestellte von 1985 zeigt, dass Personen mit niedrigen Einkommen häufig frühzeitig versterben. Des Weiteren wird in dieser Studie deutlich, dass mit einer stufenweisen Abnahme des Einkommens das Risiko für ein frühzeitiges Versterben kontinuierlich steigt (Richter, Hurrelmann 2009, S. 16f.). Diese Ergebnisse beziehen sich ebenso auf die anderen Kerndimensionen und treffen nicht nur auf Mortalitäts- sondern gleichermaßen auf Morbiditätsraten zu. Betrachtet man internationale Studien, kann festgestellt werden, dass es sich bei sozialer Ungleichheit um eine universelle und allgegenwärtige Problematik handelt (Richter, Hurrelmann 2009, S. 17ff.). Eine 2021 veröffentlichte Dissertation analysierte die Daten von Patient\*innen der zentralen Notaufnahme an einem bayerischen Universitätsklinikum aus dem Jahr 2017. Dies ist eine der wenigen Studien, mit dem Versuch, auf sozioökonomische Faktoren einzugehen (Reins 2021, S. 25). Da der sozioökonomische Status alleine anhand der Arbeitslosenquote gebildet wurde, können die erhobenen Daten im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter berücksichtigt werden, da der Rückschluss auf den sozioökonomischen Standard alleine durch den Faktor Arbeitslosigkeit als unzureichend eingestuft wird. Es zeigt jedoch deutlich, wie unzureichend sich bisher mit sozialen Faktoren von Patient\*innen in Notaufnahmen auseinandergesetzt wurde. Unabhängig von bisher erhobenen Daten kann davon ausgegangen werden, dass Menschen aus den unterschiedlichsten Kontexten und Lebensumständen die Notaufnahmen aufsuchen, um Hilfe zu erhalten. Die geringen Daten zu den Kerndimensionen sozialer Ungleichheit und Notaufnahmen, lassen es nicht zu mehr Informationen zu den sozialökonomischen Begebenheiten der Patient\*innen zu erfahren. Dies lässt auch den Rückschluss zu, dass gesundheitliche Ungleichheit in Notaufnahmen als soziales Phänomen bisher nicht intensiver untersucht wurde.

Mehr Informationen als zu den sozioökonomischen Bedingungen gibt es hingegen zu Symptomen und Erkrankungen, welche Patient\*innen in den Notaufnahmen aufweisen. Zu den häufigsten Diagnosen im Jahr 2019 zählten Bauch- und Beckenschmerzen, Rückenschmerzen, Kopfverletzungen, Verstauchungen des Sprunggelenks, Verletzungen des Handgelenks, akute Infektionen der oberen Atemwege sowie Gastroenteritis

(Mangiapane 2021, S. 11). Ergänzend dazu gibt es Zahlen von 2013, bei der die internistischen Fälle genauer betrachtet wurden. Am häufigsten traten hierbei *„kardiologische, gastroenterologische und pneumologische Krankheitsbilder auf. Die häufigsten Leitsymptome waren akuter Thoraxschmerz (15,4%), abdominelle Schmerzen (7,1%) sowie Synkope/Kreislaufkollaps (6,1%)“* (Honold et al. 2013, S. 1401). Auffallend ist hier, dass die akut lebensbedrohlichen Fälle, mit denen Notaufnahmen häufig assoziiert werden, nicht in den Aufzählungen auftauchen. In einer Studie von 2011 wurden Krankenhausfälle von 2009 bis 2011 analysiert. Dabei wurde festgestellt, dass ca. 20% aller Krankenhausfälle vermeidbar waren. Legt man den Fokus ausschließlich auf die Notfälle, so wären hier 8% vermeidbar gewesen (Sundmacher, Schüttig, Faisst 2015, S. 5). In Zahlen ausgedrückt wären diese 8% rund 820.000 Patient\*innen, die 2019 keine Behandlung in einer deutschen Notaufnahme benötigt hätten. Bei hoher Arbeitsbelastung stellen Fälle ohne medizinische Notfallindikation für das Personal der Notaufnahmen eine zusätzliche Belastung dar.

So liefert auch die Entwicklung der Fallzahlen, unabhängig von der Corona-Pandemie, einen sehr wichtigen Anhaltspunkt für die aktuelle Lage der Notaufnahmen. Während 2009 ca. 8.255.000 Millionen Menschen in die Notaufnahme kamen, entwickelte sich in den folgenden zehn Jahren ein Zuwachs von fast 25% (Mangiapane et al. 2021, S. 9). 2019 suchten bereits 10,3 Millionen Patient\*innen Deutschlands Notaufnahmen auf. Diese Entwicklung zeigt sich nicht nur in Deutschland. Auch andere Länder haben mit hohen Patient\*innenzahlen zu kämpfen. Wie bereits erwähnt, zeigt sich eine diese Situation verstärkende Problematik durch die Anzahl von Patient\*innen, die mit geringer oder keiner medizinischen Notfallindikation in die Notaufnahme kommen. Eine Studie aus Peking zeigt, dass im Jahr 2014 von als 1.610.000 aufgenommenen Patient\*innen sich nur 5,5% als akute Notfälle herausstellten (Wang et al. 2018, S. 665). Eine Studie aus 2012 liefert ähnliche Zahlen aus den USA. Dort besuchten insgesamt 131 Millionen Menschen die Notaufnahmen, 14,5 Millionen wurden stationär aufgenommen und lediglich 13% dieser Patient\*innen wurden als kritisch krank eingestuft und in Folge dessen auf einer Intensivstation behandelt (McKenna et al. 2018, S. 190). Laut eines Projektbericht des Rheinisch-Westfälischen Instituts (RWI) – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung aus dem Jahr 2018, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Auftrag gegeben wurde, gibt es zu viele Patient\*innen welche die Ressourcen der Notaufnahmen in Anspruch nehmen obwohl für sie nur ein niedriges Risiko besteht durch eine akut aufgetretene Krankheit schwer oder bleibend geschädigt zu werden (Augurzky et al. 2018, S. 29). Ein Grund dafür sei die Unsicherheit der Patient\*innen, die selbst nicht abschätzen

zu können, wie bedrohlich die aktuelle Gesundheitsbeeinträchtigung tatsächlich ist. Des Weiteren besteht aber anscheinend auch ein Anspruch innerhalb der deutschen Gesellschaft, *„dass Notfallerkkrankungen einer raschen und grundlegenden Abklärung bedürfen, die nur in Notaufnahmen möglich sind“* (ebd.).

## 1.2 Einfluss der Patient\*innen auf den Arbeitsbereich Notaufnahme

Neben dem enormen Arbeitsaufwand durch das tägliche Patient\*innenaufkommen, bilden Schichtdienst und hohe Wartezeiten, die häufig durch sogenanntes Crowding entstehen, weitere Herausforderungen. Dabei versteht man unter Crowding ein Missverhältnis zwischen neu eintreffenden und jenen die sich bereits in Behandlung befinden sowie den Patient\*innen, welche die Notaufnahme wieder verlassen (Skowron et al. 2019 S. 762).

*„Folgen eines Crowding sind verlängerte Patientenverweildauern, die vollständige Ausschöpfung der vorhandenen räumlichen und personellen Ressourcen sowie, damit einhergehend, die zunehmende eingeschränkte Handlungsfähigkeit im Rahmen der Akutversorgung von Notfallpatienten“* (ebd.).

Hinzu kommen Personalmangel und gleichzeitig steigende fachliche Anforderungen an die Mitarbeitenden (Ohlbrecht et al. 2008, S. 7). Ein Thema, das erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit fand, ist der Bereich Gewalt in Notaufnahmen. Studien zeigen, dass zwischen 95% und 98% der Pflegekräfte und Ärzt\*innen schon einmal beschimpft oder bedroht worden sind (Lindner et al. 2020, S. 115). Diese Ergebnisse spiegeln sich auch im internationalen Vergleich wider. Gates zeigte in einer Studie in den USA, dass 98% der Mitarbeitenden innerhalb eines sechsmonatigen Zeitraums verbale und 67% physische Gewalt erlebten (Gates et al. 2005, S. 332ff.). Eine Studie von 2017, bei der 105 Pflegekräfte in mehreren deutschen Notaufnahmen befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass sogar knapp 90% der Befragten in ihrem Berufsleben schon einmal körperliche Gewalt erfahren haben (Schuffenhauer 2018, S. 388f.). Gewalt gegen Mitarbeitende der Notaufnahme ist ein Belastungsfaktor, der sich unweigerlich auf die Arbeitszufriedenheit und auf Fluktuationsbewegungen auswirkt (Ohlbrecht et al. 2008, S. 7). Als Hauptursachen für gewalttätige Handlungen werden Intoxikationen sowie psychiatrische Erkrankungsbilder beschrieben (Lindner et al. 2020, S. 116). *„Der Substanzmissbrauch wird für bis zu 50 % der Vorfälle mitverantwortlich gemacht“* (Lindner et al. 2020, S. 116). Fremde Umgebung, Schmerzen, Ängste, Ungewissheit über den weiteren Verlauf der Behandlungen oder Unmut über die langen Wartezeiten können dann in Kombination zu unerwünschten Handlungen führen. Dies führt bei den Mitarbeitenden kurzfristig zu Krankheits- und Fehltagen. *„Mittel- und längerfristig können Gewalterfahrungen bei*

*Pflegekräften zu posttraumatischen Stressreaktionen und Burn-out führen“* (Lindner et al. 2020, S. 117). Befragte einer italienischen Studie äußerten im Rahmen von Fokusgruppeninterviews, dass sie sich teilweise alleine gelassen, verletzt, verängstigt oder auch verärgert fühlen würden (Ramacciati et al. 2015 275ff.). Dies lässt die starken sozioemotionalen Belastungsfaktoren deutlich werden.

Ein Bereich, der eine weitere Ausnahmesituation innerhalb der Notaufnahme darstellt, ist das Thema Sterben, Tod und Trauer. Es gibt aktuell keine Zahlen, wie viele Menschen jährlich in Deutschlands Notaufnahmen sterben. Fest steht jedoch, dass es vorkommt, dass schwerverletzte oder schwererkrankte Menschen die notfallmäßig in die Krankenhäuser gebracht werden, auch nach sehr kurzer Zeit versterben. Im Jahr 2020 verstarben deutschlandweit mehr als 424.600 Personen in Krankenhäusern (Statista 2022). Eine Langzeitstudie des Berner Universitätsklinikums untersuchte von Januar 2013 bis Dezember 2016 die Fallzahlen zu Todesfällen in der Notaufnahme. In diesem Zeitraum besuchten insgesamt 105,001 Patient\*innen die Notaufnahme und 277 Patient\*innen verstarben, was einer Mortalitätsrate von 2,66/1000 entspricht (Heymann 2019, S. 2). Zu den häufigsten Todesursachen in der Berner Notaufnahme gehörten mit 55,7% kardiovaskuläre bedingte Todesfälle und mit 18,1% Traumata. In einer Studie aus Glasgow wurde neben der häufigsten Ursache, wie auch in der Schweiz, als zweithäufigste Ursache drogeninduzierte Todesfälle festgestellt (Mushtaq, Ritchie 2004, S. 718). Gerade Traumata und Todesfälle aufgrund von Drogenintoxikationen können, auch wenn sie keine Seltenheit darstellen, trotzdem situationsabhängig zu belastenden Einsätzen werden (Bergner 2018, S. 193). Gerade im ärztlichen Berufsethos ist Heilung und Hilfe das oberste Ziel. Leiden und Tod gehören aber naturgemäß ebenso zum ärztlichen Berufsbild wie die anderen Komponenten.

*„Wer dennoch im Selbstverständnis agiert, dass nur Heilung ein Erfolg der eigenen Tätigkeit darstellt, findet schwer eine vernünftige Einstellung zum Tod. Der Tod eines Patienten kann dann als eigenes Versagen fehlinterpretiert werden“* (Bergner 2018, S. 193).

Diese Einstellung kann zu weitreichenden Problematiken führen, die sich in der Folge in Form von psychischen oder somatischen Erkrankungen manifestieren (Bergner 2018, S. 194f.). Hier zeigt sich bereits, dass neben der eigentlichen Arbeit, die in einer Notaufnahme anfällt, viele psychosoziale Komponenten eine Rolle spielen. Dies kann aufgrund der Patient\*innen und ihrer soziodemografischen Biografie selbst, den Krankheitsbildern oder auch Themen wie Gewalt und Tod in der Notaufnahme entstehen.

### 1.3 Eine sich verändernde Gesellschaft?

Was im Vergleich zu den bereits beschriebenen sozioökonomischen Faktoren um ein Vielfaches häufiger erhoben und untersucht wird, sind die Altersangaben der Patient\*innen. Aus der Datenanalyse einer Studie einer bayerischen Notaufnahme ging hervor, dass mit zunehmendem Alter die Patient\*innenzahlen ansteigen. Im Jahr 2017 kamen knapp 40% mehr Patient\*innen mit über 65 Jahren in die Notaufnahme als aus den anderen Altersgruppen der 20-64 Jährigen (Reins 2021, S. 33). Diese Entwicklung findet sich keineswegs nur in den Notaufnahmen wieder, sondern ist ein gesellschaftlich weit verbreitetes Thema. Die Lebenserwartung stieg in den letzten 150 Jahren stark an. „So hat sich die Lebenserwartung bei Geburt seit 1871 bei beiden Geschlechtern in etwa verdoppelt und liegt aktuell bei 78,6 Jahren (Männer) bzw. 83,4 Jahren (Frauen)“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2022). Bevölkerungsvorausberechnungen geben an, dass bis 2060 fast 30% mehr Menschen in Deutschland 67 Jahre und älter sein werden als heute (Destatis, 2019). Die Gründe weshalb sich die Lebenserwartung in den letzten Jahren erhöht hat, spiegeln die gesellschaftlichen Lebensstandards wider: Weitaus bessere hygienische Standards, die Möglichkeit, sich vielfältiger und gesünder zu ernähren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2022), und nicht zuletzt die enormen Entwicklungen in der medizinischen Versorgung haben dazu beigetragen, dass Menschen immer älter werden können. Die immer längere Lebenserwartung bringt aber nicht nur positive Faktoren mit sich. Am Erkrankungsbild Demenz lassen sich die Folgen der alternden Gesellschaft beispielhaft aufzeigen. Waren es im Jahr 2021 1,8 Millionen an Demenz erkrankte Menschen, so sollen es laut Hochrechnungen im Jahr 2050 bis zu 2,8 Millionen Menschen werden (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2022, S. 1). Beachtet man weitere Studien, bei denen Frühstadien der Demenzerkrankung mitberechnet wurden, könnten es bis 2050 sogar rund 5 Millionen Betroffene sein (Ziegler, Doblhammer 2010, S. 98). Immer älter werdende Menschen bringen unweigerlich komplexere Erkrankungsbilder, die sich erst im hohen Alter entwickeln oder im vollen Umfang zeigen, mit sich. Die „*Global Burden of Disease Study*“ von 2013 stellte fest, dass mit steigender Lebenserwartung auch die Zahl der Jahre steigt, in denen man mit Erkrankungen leben wird (Murray et al. 2015, S. 2182). Mehr Menschen im hohen Alter bedeuten schlussfolgernd auch mehr Menschen mit Erkrankungen. Dies führt unvermeidbar zu Krankenhausaufenthalten und somit auch zu Besuchen in der Notaufnahme. Hier kommt eine weitere Problematik hinzu, mit der man sich im 21. Jahrhundert mehr denn je auseinandersetzen muss: der Pflegenotstand. Nicht nur in den Krankenhäusern, sondern besonders auch in den Notaufnahmen herrscht Fachkräftemangel. Auch Alten- und Pflegeeinrichtungen sind bereits seit vielen Jahren stark davon betroffen. Im Jahr 2020

fehlten mehr als 20.000 ausgebildete Fachkräfte in der Altenpflege und fast 18.500 Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen in Deutschland (Seyda, Köppen, Hickmann 2021, S.4). Ungenügende Bezahlung, psychisch sowie physisch belastende Tätigkeiten und nicht zuletzt die steigenden Patient\*innenzahlen machen die medizinisch-pflegerischen Berufe immer unattraktiver. Die aktuelle Corona-Pandemie, verschärft die Lage in diesen Bereichen zusätzlich.

Hinzu kommt eine weitere gesellschaftliche Veränderung, welche Einfluss, auf die Betreuung von Menschen im hohen Alter nimmt: Lebten 1970 knapp über 50% in Single,- oder Zwei-Personenhaushalten waren es 2019 bereits ca. 75% (Bundeszentrale für politische Bildung 2021). Betrachtet man die Zahlen genauer lässt sich feststellen, dass 41% der über 60-Jährigen in einem Singlehaushalt leben, und fast die Hälfte aller Haushalte in denen zwei Personen leben ebenfalls 60 Jahre oder älter sind (Statistisches Bundesamt Destatis 2020a, S. 20). Diese Entwicklung hat zur Folge, dass Menschen im höheren Alter losgelöst von den früher bestehenden Mehrgenerationenhaushalten leben und entsprechend öfter auf Hilfe von außen angewiesen sind. Ist die häusliche Versorgung selbstständig nicht mehr möglich, übernehmen diese zum Teil die Ehe- oder Lebenspartner\*innen, die zumeist ähnlich alt sind wie die Betroffenen. Die Beauftragung ambulanter Pflegedienste oder die Aufnahme in eine Alten- und Pflegeeinrichtungen erfolgen teilweise sehr spät. Spitzt sich die Lage zu ist eine oft gewählte Anlaufstelle dann die Notaufnahme. In der Studie eines Oldenburgers Klinikums, kamen in einem Erhebungszeitraum von drei Jahren insgesamt 3,6% der aufgenommenen Patient\*innen aus Alten- und Pflegeeinrichtungen (Habbinga 2019, S.45f.). Dies ist auch im internationalen Vergleich ein relativ hoher Wert (Habbinga 2019, S. 71). Bei den Ergebnissen wurde darauf hingewiesen, dass 60% der vorgestellten Patient\*innen eine akute Behandlungsindikation aufwiesen (Habbinga 2019, S. 78). Rund 85% der Patient\*innen wurden nach der Behandlung in der Notaufnahme stationär aufgenommen. Im stationären Verlauf verstarben 10,3% und davon mehr als ein Viertel noch am Aufnahmetag. Die Studie kam zu dem Fazit, dass in Heimen bessere interprofessionelle Kooperationen mit Hausärzt\*innen sowie eine Stärkung der Palliativstrukturen erfolgen müsste (Hofmann, Habbinga 2022, S. 1). Dies könnte es den Bewohner\*innen der Alten- und Pflegeheime ermöglichen, in ihrem gewohnten Umfeld versorgt zu werden. Unnötige Transporte, die ein Versterben des alten Menschen ohnehin nicht mehr verhindern, könnten dadurch vermieden werden.

*„Der demografische Wandel und sich verändernde Familienstrukturen führen dazu, dass immer mehr Menschen auf sich allein gestellt sind und auch im Fall einer*

*Erkrankung oder Behinderung nicht auf soziale Netzwerke zurückgreifen können“*  
(Beivers, Kramer 2019, S. 131).

Der demografische Wandel und die Auflösung der traditionellen Versorgungsstrukturen, stellt die Notaufnahmen vor weitreichende Herausforderungen. Die Notwendigkeit zum Netzwerkausbau und zur Kooperation mit stationären sowie ambulanten Hilfestrukturen außerhalb des Krankenhauskontextes wird deutlich erkennbar.

#### 1.4 Gesellschaftstheoretische Perspektive

Es zeigt sich, dass auch unabhängig vom Pandemie-Geschehen des 21. Jahrhunderts gesellschaftliche Entwicklungen besondere Einflüsse auf das Gesundheitssystem haben. Dies lässt sich gut an den oben genannten Zahlen erkennen. Dabei wird deutlich, dass soziale und medizinische Problemlagen nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext, in dem sie geschehen, betrachtet werden können. Im 21. Jahrhundert sieht sich Soziale Arbeit daher mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Die dadurch resultierenden Aufgaben sind nicht unbedingt neu, wenn man bedenkt, dass die spanische Grippe (1918-1920) zu einer Zeit grassierte, in der es den Beruf der Sozialarbeiter\*in bereits gab. So mussten sich die frühen Vertreterinnen der Sozialen Arbeit wie Alice Salomon, Jane Addams und Mary Ellen Richmond bereits vor 100 Jahren mit den sozialen Folgen einer Pandemie auseinandersetzen (Amthor 2016, S. 23). Im letzten Jahrhundert hat sich aber nicht nur der Umgang mit Gesundheit und Krankheit, pandemischen Lagen und die Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit stark verändert und weiterentwickelt. Vor allem haben sich gesellschaftstheoretische Bezüge neu geformt.

Die aktuell vorherrschende Epoche der Postmoderne ist geprägt von ambivalenten Aufgaben und Herausforderungen. Vordergründig ist dabei die Individualisierung als ein strukturelles Merkmal des Modernisierungsprozesses zu sehen. Diese impliziert zum einen die Herauslösung aus traditionellen Strukturen und setzt *zugleich „riskante Bewältigungs- und Integrationsprobleme frei“* (Böhnisch 2012, S. 14). Aufgrund des Verlusts der Sicherheiten und tragenden Bindungen kommt es zu großen Unsicherheiten, Ängsten und in dessen Folge zum Anstieg von psychischen Erkrankungen (Böhnisch 2021, S. 15f.). Nach Böhnisch entstehen sogenannte Zwischenwelten aufgrund von Abspaltungsprozessen *„die sich außerhalb der gesellschaftlichen Normalitätszonen entfalten“* (Böhnisch 2021, S. 11). Abspaltungsprozesse werden ausgelöst durch Bewältigungsproblematiken aufgrund von Entgrenzung und Entbettung der gesellschaftlichen Ordnungen und Grenzen (Böhnisch 2021, S. 31). Mit dem Begriff Entgrenzung ist unter anderem gemeint, dass Aspekte wie Zeit, Beruf, Alltag und Bildung

immer mehr miteinander diffundieren und dadurch ein Druck der Abspaltung entstehen kann, der Problematiken unterschiedlichster Ebenen in die Zwischenwelten verschiebt (Böhnisch 2021, S. 22). Entbettung kann als das Herauslösen von sozialen oder auch ökonomischen Beziehungen aus ihren gesellschaftlichen Bindungen und ortsgebundenen Interaktionszusammenhängen verstanden werden (Böhnisch 2021, S. 24f.).

Für Böhnisch stellen biografische Bewältigungsdilemmata sowie die mangelnden Fähigkeiten unserer Gesellschaft zur Integration mögliche Paradigmen dar, die zur Abspaltung führen können. Abspaltung als ein komplexer psychodynamischer Prozess soll hier nur in komprimierter Form beschrieben werden. Abspaltung in Böhnischs Theorie *„meint die Verdrängung und darin Entwertung nicht integrierbarer psychischer und/ oder sozialer Probleme“* (Böhnisch 2021, S. 32). Der Mensch strebt ständig nach psychosozialer Handlungsfähigkeit, die er auch in kritischen Lebenssituationen aufrechterhalten möchte. Das Streben nach Selbstwert, Anerkennung und Selbstwirksamkeit ist jedoch so stark, dass es unbedingt bestehen bleiben muss, auch wenn das nur durch abweichendes Verhalten gelingen kann (Böhnisch 2019, S. 20). Neben subjektiven Abspaltungen wie Schuld oder Depression gibt es nach Böhnisch auch gesellschaftliche Abspaltungen, die sich durch einen Externalisierungszwang oder der Entstehung von Prekarisierung zeigen (Böhnisch 2021, S. 32). Dabei ist unter Externalisierungszwang ein ökonomisch erzeugter Druck des Mithalten-Müssens im Spannungsfeld mit dem Risiko des Scheiterns zu verstehen (Böhnisch 2021, S. 39). Kann die Handlungsfähigkeit nicht aufrechterhalten werden, so führt das in der Folge zu Hilflosigkeit. Diese Hilflosigkeit ist fast alltäglich und geht häufig mit einer situationsbezogenen Überforderung einher. Hilflosigkeit innerhalb eines gesellschaftlichen Systems führt dazu, dass soziale Problemlagen nicht integriert werden können (Böhnisch 2021, S. 33). Abhilfe kann hier die Thematisierung der Problematik sein (ebd.). Häufig ist dies aber nicht möglich, da sich Abspaltungsprozesse nicht bewusst abspielen. In der Folge können psychische Erkrankungen entstehen und sich Stigmata sowie Soziale Problemlagen verschärfen.

Böhnischs Theorie lässt sich natürlich nicht in Gänze auf die vorherrschende Situation der Notaufnahmen anwenden, denn es handelt sich grundlegend um eine Gesellschaftstheorie für die Soziale Arbeit. Seine These ist es,

*„dass in der kapitalistischen Gesellschaft des Wachstumszwangs nichtintegrierbare psychosoziale und soziale Probleme in gesellschaftliche Zwischenwelten*

*abgedrängt, abgespalten und der Sozialen Arbeit zugemutet werden“ (Böhnisch 2021, S. 9).*

Dennoch zeigt die Gesellschaftstheorie deutlich auf, welche Prozesse derzeit dazu führen, dass viele Menschen immer häufiger alleine auf sich gestellt sind und sich bereits in Bezug auf die eigene Gesundheit immer mehr Unsicherheiten entwickeln. Die Verknüpfungspunkte zwischen der Theorie und den Menschen, die eine Notaufnahme aufsuchen können aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden. Zum einen befinden sich die Patient\*innen in Notaufnahmen im Allgemeinen meist in einem Ausnahmezustand. Hilflosigkeit und große Ängste spielen dabei eine bedeutende Rolle. Es kann zudem davon ausgegangen werden, dass auch Personen, die Notaufnahmen aufsuchen, bereits vor der Situation, die sie letztendlich dorthin geführt hat, aus prekären Lebenslagen stammen. Dies kann unter bestimmten Voraussetzungen ein Stück weit als Erfolg betrachtet werden, denn diese Person war in der Lage, Hilfe anzufordern bzw. anzunehmen. Der niedrigschwellige Zugang von Notaufnahmen könnte ein Kriterium dafür sein. Eine bundesweite Studie aus 2008 und 2009 zeigt, dass Mitarbeitende der Notaufnahme 15% ihrer Patient\*innen als psychisch auffällig und davon ca. Zwei Drittel als psychiatrisch behandlungs- und therapiebedürftig beurteilten (Puffer 2011, S. 5). So zeigt sich hier, dass Menschen die in der Folge der oben beschriebenen Abspaltungsprozesse unter Umständen eine psychische Erkrankung entwickeln und Folge dessen potenzielle Patient\*innen für Notaufnahmen darstellen. Diese Annahmen und Überlegungen basieren nicht auf Wissen aus erhobenen Daten. Ebenso wäre es möglich aus Sicht der Verhaltens- oder Systemischen Therapieform oder auch mit einem anderen Theoriekonzept der Sozialen Arbeit zu argumentieren. Jedoch wird gerade im Bereich von gesellschaftstheoretischen Ansätzen oder psychologischen Erklärungsmustern bisher keinerlei Bezug zum Bereich der Notaufnahme bzw. allgemein zum Krankenhaus genommen. Da Böhnisch in seiner Theorie so klar die Notwendigkeit Sozialer Arbeit benennt und es in dieser Arbeit die Verknüpfung von Sozialer Arbeit und Notaufnahme von Bedeutung ist, eignen sich Lothar Böhnischs beschriebene Zwischenwelten als passende Argumentationsgrundlage. Des Weiteren stellen sie eine Legitimation dar, Soziale Arbeit als neue Profession in den Notaufnahmen zu integrieren. Denn Notaufnahmen können eben diese Orte sein, an denen nichtintegrierbare psychosoziale sowie soziale Problemlagen sichtbar werden.

Dieses Kapitel macht deutlich, wie sich die gesellschaftliche Ausgangslage in den Notaufnahmen derzeit gestaltet. Die gesellschaftlichen Veränderungsprozesse haben direkte Auswirkungen auf die Zahlen und strukturellen Begebenheiten innerhalb der

Notaufnahme. Der Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, Gewalt gegen medizinisches Personal, der Themenbereich Sterben, Trauer und Tod sowie alten Menschen in Notaufnahmen beschreiben bereits Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. Es zeigt sich, dass sich die belastenden Faktoren für Mitarbeitende der Notaufnahmen mit den Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit überschneiden. Um herauszufinden, ob es weitere Überschneidungspunkte gibt, werden im Folgenden die strukturellen Begebenheiten von Deutschlands Notaufnahmen genauer betrachtet.

## **2 Notaufnahme**

Der Begriff Notaufnahme kann in der vorliegenden Arbeit als zentrale Schnittstelle zwischen dem ambulanten Notfallbereich und dem klinisch stationären Bereich verstanden werden (Bey 2007, S. 323). Als Notfall wird dabei ein Ereignis verstanden, dass unvorhergesehen eintritt, und schnelles sowie qualifiziertes Handeln erforderlich macht, um weiteren Schaden abzuwenden (ebd.).

Für ein besseres Verständnis des Arbeitsbereichs Notaufnahme, werden zunächst die äußeren Rahmenbedingungen in denen sie eingebettet ist, genauer betrachtet. Um abzuklären ob Soziale Arbeit im Berufsfeld Notaufnahme tätig werden könnte, muss auch genauer auf die derzeitigen Mitarbeiter\*innen sowie auf die Finanzierung der Notaufnahmen eingegangen werden. Einige Strukturen treffen im gleichen Maße auf Deutschland sowie auf das Bundesland Bayern zu, daher wird allgemein das deutsche Gesundheitssystem beschrieben. Bei Abweichungen wird explizit auf die Bedingungen in Bayern eingegangen.

### **2.1 Deutsches Gesundheitssystem**

Der erste Blick wird auf das Gesundheitssystem im Allgemeinen gerichtet. Das deutsche Gesundheitssystem hat sich unter Otto von Bismarck und der Sozialpolitik im deutschen Kaiserreich entscheidend weiterentwickelt. Die von ihm 1883 eingeführte gesetzliche Krankenversicherung besteht bis heute noch als eine der wichtigsten Institutionen im deutschen Gesundheitswesen (Gerlinger 2017). Während 1880 ca. 45 Millionen Menschen in Deutschland lebten (Statista 1985), sind es heute mehr als 83 Millionen denen medizinische Versorgung zusteht. Dies stellt die Bundesrepublik vor große Herausforderungen, denen sie durch verschiedene Strukturelemente entgegenwirkt. Dazu zählen unter anderem 1900 Krankenhäuser, 150.000 Ärzt\*innen sowie 19.500 Apotheken (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 8). Es kann davon ausgegangen werden, dass mehr als 65% aller Akutkrankenhäuser in Deutschland auch eine Notaufnahme

bereithalten, dies entspricht rund 1090 Notaufnahmen. Im Jahr 2020 wurden über 441 Milliarden Euro für Gesundheitsausgaben ausgegeben, was rund 13% des Bruttoinlandproduktes entspricht (Statistisches Bundesamt 2022).

Deutschlands Gesundheitsversorgung basiert auf fünf Grundprinzipien die im Folgenden kurz erläutert werden sollen. In Deutschland gilt eine Versicherungspflicht. Mehr als 88% der deutschen Bevölkerung waren 2020 gesetzlich krankenversichert. 10,5% waren in einer privaten Krankenversicherung (PKV) (Verband der Ersatzkassen 2022), die beispielsweise greift, wenn das Einkommen eine bestimmte Grenze überschreitet, bei Selbstständigkeit sowie bei einem Angestelltenverhältnis als Beamtin oder Beamter (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 8). 2019 waren rund 61.000 Menschen nicht krankenversichert, dies sind weniger als 0,1 der deutschen Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt Destatis 2020b).

Ein weiteres Prinzip bedingt sich durch die Beitragsfinanzierung. So finanzieren sich beide Formen der Krankenversicherung mithilfe der Beiträge ihrer Mitglieder. Der Beitrag der privaten Krankenversicherung ergibt sich aus verschiedenen Faktoren, wie dem Eintrittsalter und den individuellen Risikofaktoren. Die Beträge der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hingegen, orientieren sich am Einkommen der Mitglieder. Das bedeutet: Je mehr eine Person verdient, desto höher ist auch der zu zahlende Beitrag (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 9).

Unter dem Solidaritätsprinzip bei den gesetzlichen Versicherten, versteht man, dass alle Versicherten unabhängig vom Verdienst, den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgungsstrukturen haben. So wird auch bei einem Krankheitsausfall, der länger als sechs Wochen besteht ein Krankengeld, das 70% des Bruttogehalts entspricht, fortgezahlt (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 10).

Gesetzlich Versicherte erhalten aufgrund des Sachleistungsprinzips ärztliche Behandlung ohne in Vorleistung gehen zu müssen, denn Ärzt\*innen und alle weiteren Akteure im Gesundheitswesen rechnen direkt selbst mit den Krankenkassen ab (ebd.). In Deutschland regeln die Beteiligten des Gesundheitssystems die Ausgestaltung selbst. Dies ist der Inhalt des 5. Prinzip. Des Selbstverwaltungsprinzips. Dazu gehören die Vertreter\*innen der Ärzte-, und Psychotherapeuten der Krankenhäuser, Krankenkassen und die Versicherten selbst. Ihre Entscheidungen werden im Gremium des Gemeinsamen Bundesausschusses getroffen. Der Staat gibt dazu überwiegend die Rahmenbedingungen sowie die zu erfüllenden Aufgaben vor (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 10).

Aufgrund des dualen Krankenversicherungssystems kommt es zu unvermeidlichen Problematiken, denn die beiden Systeme der GKV und der PKV unterscheiden sich in einigen Bereichen. Da Bezieher\*innen „von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige sowie Beamte von der Versicherungspflicht in der GKV befreit sind“ (Kifmann 2018, S. 2) wechseln sie häufig in die PKV. Somit greift das Solidarprinzip nicht mehr im Umfang der GKV und Geringverdienende sowie Menschen mit Vorerkrankungen werden nicht mehr zwangsläufig mitfinanziert. Auch kürzere Wartezeiten und schnellere Terminvergaben führen zu einer Ungleichbehandlung. Dies liegt größtenteils daran, dass Ärzt\*innen weitaus mehr bei Behandlungen von Privatpatient\*innen verdienen und zudem jede Leistung einzelnen abrechnen können (ebd.). Dieser Umstand führt dazu, dass Termine bei Fachärzt\*innen oft wochenlang im Voraus ausgebucht sind. 75% der Deutschen erhalten innerhalb eines Monats einen Termin in einer Facharztpraxis (OECD 2020). Dies stellt im internationalen Vergleich der OECD-Studie mit der Schweiz und den Niederlanden die kürzesten Wartezeiten dar (OECD 2020). Dennoch kommt es immer häufiger dazu, dass Menschen diese Wartezeit bis zur Fachärzt\*in nicht mehr überbrücken können. Sie suchen stattdessen die Notaufnahme auf, obwohl sie keine Notfallpatient\*innen darstellen. Die Patient\*innenzahlen steigen deshalb auch aufgrund der ambulanten Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses.

## 2.2 Aufgaben und gesetzliche Regelungen in Notaufnahmen

Beim Begriff Notaufnahme könnte angenommen werden, dass es sich bei den Symptomen der Patient\*innen immer um akut lebensbedrohliche Zustände handelt, die mit einer Störung der Vitalparameter einhergehen (Lange, Popp, Erbguth 2016, S. 596). Notfallpatient\*innen werden jedoch weitaus größer gefasst definiert als Personen

*„die körperliche oder psychische Veränderungen im Gesundheitszustand aufweisen, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzügliche medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet“ (Dodt 2017).*

In kaum einen anderen Bereich des Krankenhauses müssen fachliche Entscheidungen aus verschiedenen Disziplinen so schnell und zugleich ohne viel Informationen über die betreffenden Patient\*innen getroffen werden (Zimmermann et al. 2016 S. 243). Der Aufgabenfokus in der Notaufnahme liegt in der Stabilisierung der Patient\*innen und der Durchführung lebensrettender Maßnahmen, einer Dringlichkeitseinschätzung und den daraus resultierenden diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen (Lange, Popp, Erbguth 2016, S. 592). Dabei wird unterschieden, welche Maßnahmen umgehend - also

noch in der Notaufnahme - durchgeführt werden müssen und welche zu einem späteren Zeitpunkt, z.B. nach der stationären Aufnahme im Krankenhaus, erfolgen können (ebd.). Die Diagnostik im Rahmen der Notfallmedizin kann häufig nicht abschließend geklärt werden, vielmehr handelt es sich um einen risikoadaptierten Prozess (Zimmermann et al. 2016, S. 242), mit dem Ziel die bestehenden Symptome zu lindern und zugleich mögliche Ursachen für die Beschwerden zu eruieren. Die Patient\*innen erreichen die Notaufnahmen auf unterschiedliche Weise. Zuweiser sind häufig der Rettungs- und Notarztdienst, sowie Haus- und Fachärzte. Die Patient\*innen suchen auch eigenständig die Notaufnahme auf. Die Studie eines deutschen Universitätsklinikums aus 2019 ergab, dass 44,7% der Patient\*innen durch den Rettungsdienst und ebenso viele selbstständig die Notaufnahme aufsuchten. 7,6% wurden durch externe Ärzt\*innen eingewiesen (Gries, Schrimpf, von Dercks 2019). Auch aufgrund der diversen Zuweisungsarten besteht keine Möglichkeit die Abläufe und Schichtdienste im Vorhinein zu planen. Dies stellt eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Krankenhausstationen dar. So sind die Anzahl der Patient\*innen, Art und Schwere der Symptome sowie die zur Versorgung notwendigen Ressourcen nicht vorhersehbar (Zimmermann et al. 2016, S. 244).

Zwei gesetzliche Regelungen sollten aufgrund ihrer möglichen Relevanz für die Soziale Arbeit in Notaufnahmen detaillierter betrachtet werden. Daher wird im Folgenden näher auf die Ersteinschätzung sowie die kurzstationären Überwachungseinheiten eingegangen.

### 2.2.1 Ersteinschätzung der Patient\*innen

Um einen reibungslosen Übergang zwischen Rettungsdienst und Notaufnahme zu ermöglichen und um zugleich qualitative Mindestanforderungen an die vorhandenen personellen sowie materiellen Ressourcen und Kompetenzen innerhalb der Notaufnahme zu gewährleisten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sich für die Einführung einer gestuften Notfallversorgung entschieden. Der G-BA stellt *„das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen“* dar und hat 2018 die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß §136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) entworfen. Hierfür entwickelte der G-BA ein mehrstufiges Modell, das aus drei Versorgungsstufen sowie einer Stufe der Nichtteilnahme besteht. Krankenhäuser erhalten *„der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung“* (G-BA 2018, S. 4). Bei einer Nichtteilnahme gibt es dementsprechend verbindliche Abschläge (ebd.). Der §136c Absatz 4 (SGB V) trat am 01.11.2020 in Kraft (Bundesministerium für Justiz 2020). Die Stufen sind wie folgt aufgegliedert:

Tabelle 1: Gestuftes Verfahren von Notfallstrukturen – Anforderungen (ohne Module), Stand 2018 (Kramer 2021, S. 902)

Vorgabe	Stufe:		
	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)
<b>Art und Anzahl der Fachabteilungen</b>	Jeweils ein Facharzt/eine Fachärztin im Bereich innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30min am Patienten bzw. der Patientin verfügbar	Zusätzlich 4 Fachabteilungen der Kategorien A <sup>a</sup> und B <sup>b</sup> ; mindestens 2 davon aus Kategorie A	Zusätzlich 7 Fachabteilungen der Kategorien A <sup>a</sup> und B <sup>b</sup> ; m
<b>Notaufnahme</b>	Zentrale Notaufnahme unter anderem mit Einschätzung der Behandlungspriorität spätestens 10 min nach Eintreffen (3 Jahre Übergangszeit)	Zusätzlich Beobachtungsstation für Kurzlieger (maximal 24 h) mit mindestens 6 Betten	
<b>Intensivkapazität</b>	Zentrale Notaufnahme unter anderem mit Einschätzung der Behandlungspriorität spätestens 10 min nach Eintreffen (3 Jahre Übergangszeit)	Intensivstation mit mindestens 10 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit	Intensivstation mit mindestens 20 Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit
<b>Medizinisch-technische Ausstattung</b>	– Schockraum – 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie (auch in Kooperation)	Wie Basisstufe plus grundsätzlich zu jeder Zeit (24 h an 7 Tagen pro Woche) Verfügbarkeit von – notfallendoskopischer Intervention des oberen Gastrointestinaltrakts, – perkutaner Koronarintervention, – Magnetresonanztomographie, – Primärdiagnostik eines Schlaganfalls und Initialtherapie	
<b>Transport bzw. Verlegung</b>	Möglichkeit der Weiterverlegung auch auf dem Luftweg	Hubschrauberlandestelle	
<b>Ambulant</b>	Soll-Vorgabe: Kooperation gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 Sozialgesetzbuch V mit Kassenärztlicher Vereinigung		
<p><sup>a</sup> <i>Kategorie A</i>: Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, innere Medizin und Kardiologie, innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p><sup>b</sup> <i>Kategorie B</i>: innere Medizin und Pneumologie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</p>			

Um schwerwiegende Fälle von leichteren schnell unterscheiden zu können wird vom G-BA, wie in Stufe 1 beschrieben, eine Einschätzung der Behandlungspriorisierung vorausgesetzt. In §12 Abs. 2 der Regelung ist beschrieben, dass ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatient\*innen zur Anwendung kommen muss (G-BA 2018, S. 8). Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) geht bei der Ausformulierung der Qualitätskriterien für alle an der Notfallversorgung teilnehmenden

Krankenhäuser noch detaillierter auf die Ersteinschätzung ein. Dabei ist ein mindestens vier-stufiges Ersteinschätzungssystem, das bei allen Patient\*innen durchgeführt werden muss, erforderlich (Dodt 2017). Ein Begriff, der in der Literatur synonym zur Ersteinschätzung Verwendung findet und auch im internationalen Kontext genutzt wird, ist das Wort „*Triage*“. Gerade durch die Corona-Pandemie hat der Triage-Begriff auch in der Zivilbevölkerung viel Aufmerksamkeit erhalten. Das Vorgehen während der Pandemie ist vergleichbar mit dem Einsatz von Triage in Katastropheneinsätzen. Relevante Faktoren zur Einschätzung der Situation sind hierbei die Dringlichkeit sowie die Aussicht auf Erfolg (Marckmann, Neitzke, Schildmann 2020, S. 172f.). Ein großer Unterschied zur herkömmlichen Triage im alltäglichen Gebrauch der Notaufnahme ist, dass während der Corona-Pandemie Engpässe in der Intensivmedizin entstanden. Diese hatten eine Priorisierung der Patient\*innen zur Folge. Triage in der Notaufnahme hat als Ziel die Priorisierung der Behandlungsdringlichkeit. Die steigenden Fallzahlen machen die Ersteinschätzung notwendig, da das Patient\*innenaufkommen zum Teil die personellen, räumlichen und technisch-apparativen Ressourcen übersteigt (Styrsky 2013, S. 10). Der zentrale Unterschied besteht darin, dass in der Notaufnahme lediglich die Wartezeit bis zur Behandlung abhängig von den Symptomen triagiert wird und nicht, ob jemand überhaupt eine Behandlung erhält oder nicht (Somasundaram, Ale Abaei, Koch 2009, S. 250). So werden letztendlich alle Personen behandelt, von Bagatell-Erkrankungen bis hin zu Schwerstverletzten (ebd.). Eines der Hauptziele ist es, schwererkrankte Menschen sicher und schnell zu identifizieren, um ihnen die schnellstmögliche Therapie zu bieten. Das bedeutet schlussfolgernd die Ersteinschätzung aller Patient\*innen in der Notaufnahme (Somasundaram, Ale Abaei, Koch 2009, S. 251). Weltweit existieren derzeit unterschiedliche Triage-Systeme (Christ et al. 2010, S. 893). Zu den Bekanntesten und am weitesten verbreiteten Systemen gehören das Australasian Triage Scale (ATS), das Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) sowie das Emergency Severity Index (ESI) (Christ et al. 2010, S. 893ff.). Ein weiteres System ist die Manchester Triage Scale (MTS) bzw. das Manchester Triage System, dieses kommt vor allem in England zum Einsatz (ebd.). Aber auch in Deutschland nutzten 2003 bereits 10% der Notaufnahmen das MTS (Styrsky 2013, S. 12). Es konnten hierfür keine aktuelleren Zahlen gefunden werden, aber es kann aber davon ausgegangen werden, dass deutlich mehr Krankenhäuser dieses Triage-System nutzen, spätestens seit der gesetzlichen Verankerung zur Notwendigkeit der Triage im Jahr 2018. Beim MTS werden bestimmte Leitsymptome anhand von charakteristischen Tabellen abgefragt und die Dringlichkeitseinschätzung anhand dessen durchgeführt (ebd.). Tabelle 2 zeigt wie lange es in der jeweiligen Kategorie maximal dauern darf, bis die Patient\*innen versorgt werden. Je schwächer und weniger

lebensbedrohlich, desto höher wird die Kategoriennummer und desto höher steigt auch die maximale Zielzeit (Somasundaram, Ale Abaei, Koch 2009, S. 253).

Tabelle 2: Zielzeiten der Manchester Triage Scale (MTS) (Somasundaram, Ale Abaei, Koch 2009, S. 253).

Kategoriennummer	Dringlichkeit	Farbe	Max. Zielzeit
1	Sofort	Rot	0 min
2	Sehr dringend	Orange	10 min
3	Dringend	Gelb	30 min
4	Normal	Grün	90 min
5	Nicht dringend	Blau	120 min

Die Triage-Systeme wurden soeben aufgrund der hohen Relevanz auch für die Soziale Arbeit spezifischer beschrieben. Durch die schnelle Sichtung aller Patient\*innen kann innerhalb kürzester Zeit festgestellt werden, welche Symptome und Problematiken eine Person aufweist. Hier könnte also auch der Bedarf an Sozialer Arbeit, beispielsweise aufgrund von sozialgelagerten Problematiken oder auch wegen Versorgungsengpässen im häuslichen Umfeld, festgestellt werden. Durch die Triage könnte die Soziale Arbeit in Notaufnahmen frühzeitig eingeschaltet werden um so wertvolle Zeit gemeinsam mit den betroffenen Patient\*innen zu gewinnen. Anders formuliert könnte Triage zukünftig auch die Abklärung potenzieller Arbeitsaufträge für die Soziale Arbeit bedeuten.

### 2.2.2 Die kurzstationäre Überwachungseinheit

Der zweite relevante Punkt aus Sicht der Sozialen Arbeit ist die Vorgabe des G-BA, dass jede Notaufnahme eine Beobachtungsstation vorhalten muss. In dieser kurzstationären Überwachungseinheit werden Notfallpatient\*innen versorgt bei denen beispielsweise die Abklärung des Erkrankungsbildes längere Zeit in Anspruch nimmt (Dodt 2017). Ein Beispiel hierfür sind Aufnahmen von alten pflegebedürftigen Personen, bei denen die häusliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist. Aufgenommen werden sie teilweise, weil pflegende Angehörige selbst akut erkrankt sind oder mit der Versorgung überlastet sind und deshalb den Rettungsdienst rufen. Die pflegebedürftigen Personen leiden zumeist an multimorbiden Erkrankungsbildern, sind bei Aufnahme in die Notaufnahme aber häufig nicht akut erkrankt. Fälle wie diese werden von den Notaufnahmen zum Teil als „soziale Indikation“ beschrieben (Beivers 2017). Hierfür bietet die kurzstationäre Überwachung die Möglichkeit, nach häuslichen Unterstützungsformen oder anderweitigen Unterbringungen zu suchen. Die Patient\*innen müssten so nicht vollstationär aufgenommen werden.

Die Standards dieser Beobachtungsstationen sollen sich an denen einer Intermediate Care Station (IMC) orientieren. Es handelt sich hierbei ebenfalls um Überwachungsstationen, bei denen eine engmaschige und ständige Kontrolle der Patient\*innen notwendig ist (Waydhas et al. 2017, S. 7). Auch hier gibt es wieder zahlreiche Leistungsangebote über die ein Krankenhaus verfügen muss. Dies soll hier aber nicht näher ausgeführt werden. Lediglich ein Aspekt erscheint sehr relevant. Die DIVI beschreibt, dass zur Ausstattung einer IMC Station als Funktionspersonal mindestens werktags der Sozialdienst zur Verfügung stehen muss (Waydhas 2017, S. 28). Halten sich die Notaufnahmen bei der Umsetzung der Überwachungsstation an die Vorgaben und Strukturen der IMC Stationen, existiert dadurch der erste gesetzlich geregelte Kontakt zwischen Sozialer Arbeit und Teilen der Notaufnahme.

Diese gesetzlich neu verankerten Regelungen würden die zukünftige Arbeit von Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen durchaus bekräftigen. Mithilfe der Triage kann in kürzester Zeit festgestellt werden bei welchen Patient\*innen die medizinisch-pflegerische Arbeit im Vordergrund steht und bei welchen möglicherweise andere Faktoren den Besuch in der Notaufnahme begünstigt haben. Gerade wenn bereits bei der Ersteinschätzung klar ist, dass psychosoziale Faktoren vordergründig sind, wäre dann eine Möglichkeit die Sozialpädagog\*innen hinzuziehen. Ebenso verhält es sich mit den Bedingungen der Überwachungsstation. Da Standards, die zur Orientierung dienen und den Einsatz der Sozialarbeiter\*innen beschreiben bereits bestehen. Gerade im Hinblick auf das Entlassmanagement und die weitere Versorgung der Patient\*innen wäre der Einsatz von Sozialer Arbeit in der Notaufnahme relevant.

### 2.3 Notaufnahmen in Bayern und Deutschland in Zahlen

Wie viele der oben bereits erwähnten ca. 1090 Notaufnahmen in Bayern sind, lässt sich aus der Literatur nicht erkennen. In Bayern gibt es aktuell mehr als 400 Akutkrankenhäuser in denen mehr als 73.000 Betten zur Verfügung stehen. In Fachkreisen wird häufig auch von der ZNA gesprochen (Bayerisches Staatsministerium des Inneren, für Sport und Integration (STMI) 2022a). In dieser Arbeit wird der allgemeine Begriff Notaufnahme verwendet, der alle Ausdrucksformen wie ZNA einbezieht.

#### 2.3.1 Mitarbeitende der Notaufnahme

Die Notaufnahme arbeitet, wie viele andere Bereiche des Krankenhauses, in einem interdisziplinären Team aus Ärzt\*innen und Pflegekräften. Für jede Notaufnahme ist vorgegeben, dass die medizinischen Fachbereiche Innere Medizin und Chirurgie jederzeit zur Verfügung stehen. Des Weiteren gehört zu den Grundvoraussetzungen, dass 24

Stunden 7 Tage die Woche mindestens eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ im Haus anwesend ist. Die ärztliche Personalausstattung wird anhand der Zeiten des Manchester-Triage-Systems bemessen. So müssen mindestens 90% der Patient\*innenkontakte innerhalb der vorgegebenen Zeit stattfinden (Dodt 2017). Je höher die Versorgungsstufe des Krankenhauses, desto mehr Fachdisziplinen müssen auch für die Notaufnahme zur Verfügung stehen (siehe Tabelle 1). Für den pflegerischen Bereich ist vorgegeben, dass es eine eigenständige Leitung der Pflegekräfte mit der Fachweiterbildung „Notfallpflege“ gibt. Diese Fachweiterbildung der DGINA sollten bis zu 50% der Mitarbeitenden haben. Es müssen mindestens zwei Pflegekräfte pro Schicht anwesend sein und zugleich darf eine Pflegekraftstärke von elf Vollkraftäquivalenten nicht unterschritten werden (Dodt 2017). Steigen die Aufgabenbereiche oder erhöht sich die Behandlungsschwere, kann ein höherer Personalbedarf kalkuliert werden. Neben Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen können aktuell auch Ausbildungsberufe wie Notfallsanitäter\*innen in den Notaufnahmen arbeiten (ebd.). Mit den Fachweiterbildungen soll eine hohe Qualität der Patient\*innenversorgung aufgrund steigender Anforderungen langfristig gesichert bleiben (Scheibel 2016). Die hohe Relevanz der Pflegekräfte in den Notaufnahmen zeigen auch Studien, bei denen ein direkter Zusammenhang zwischen der pflegerischen Besetzung und der Versorgungsqualität sowie der Patient\*innensterblichkeit erkennbar ist (Behringer et al. 2019).

Betrachtet man die Tätigkeitsbereiche beider Berufsgruppen kann im Allgemeinen zwischen direkten patientenbezogenen und indirekt patientenbezogenen Tätigkeiten unterschieden werden. Mit direktem Kontakt mit Patient\*innen sind Diagnostik sowie therapeutische und behandlungsrelevante Aktivitäten gemeint. Zu den indirekten Tätigkeiten zählen kollegialer Austausch und Beratung, Dokumentation und Befundung, Telefon, Organisation und Ablauf, Meetings, Lehre und Supervision (Weigl et al. 2020 S. 230). Die ärztlichen Aufgaben, wie die Gabe von Medikamenten, wird durch Delegationen von den Pflegekräften ausgeführt. Bestimmte Untersuchungen, die Aufschluss auf eine mögliche Diagnose geben, chirurgische Eingriffe sowie die Befundung der Ergebnisse, fällt unter den ärztlichen Zuständigkeitsbereich. Pflegerische Tätigkeiten hingegen übernehmen überwiegend die Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen. Eine Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2019 zeigt welchen Zeitanteil die Tätigkeiten im direkten und indirekten Patient\*innenkontakt für Ärzt\*innen sowie Pflegekräfte einnehmen (Weigl et al. 2020, S. 229). Bei den Ärzt\*innen stellt mit 29,3% der größte Bereich die Dokumentation, die Befundung und Schriftarbeit dar. Bei den Pflegekräften ist dieser

Bereich mit 13,4% der zweitgrößte Aufgabenbereich. Bei ihnen ist mit 17,9% die zeitintensivste Tätigkeit die Kommunikation mit dem Notaufnahmepersonal, also der Austausch mit Kolleg\*innen, der bei den Ärzt\*innen die zweitgrößte Aktivität innerhalb der Notaufnahme darstellt (ebd.). Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass die Mitarbeitenden im Durchschnitt alle 1,5 Minuten einen Tätigkeitswechsel vornahmen, was auf häufige Unterbrechungen des Arbeitsflusses schließen lässt (Weigl et al. 2020, S. 233). Eine Studie von 2020 zeigt, dass die häufigsten Ursachen für Unterbrechungen Notaufnahmekolleg\*innen der anderen Berufsgruppe (28%), Notaufnahmekolleg\*innen der gleichen Berufsgruppe (25,8%) und das Telefon (22,3%) sind (Beck 2020, S. 30). Es ist jedoch nicht belegt, dass Unterbrechungen mehr Stress oder weitere negative Folgen für die Mitarbeitenden implizieren. In mehr als 80% der Fälle wurden durch die Unterbrechungen wichtige Informationen ausgetauscht (Beck 2020, S. 54f.). Wichtiger ist es, einen bewussten Umgang mit den Unterbrechungen zu entwickeln (ebd.). Die direkte Kommunikation mit den Patient\*innen nimmt einen weitaus geringeren Teil in Anspruch. Insgesamt für beide Berufsgruppen 8,8%, wobei die Pflegekräfte lediglich 5,9% und Ärzt\*innen 13,6% ihrer Arbeitszeit mit den Patient\*innen kommunizieren (Weigl et al. 2020, S. 232).

Die Herausforderungen, vor denen die Mitarbeitenden der Notaufnahmen täglich stehen, sind enorm. Wie bereits beschrieben bestehen zahlreiche massive Problematiken im Gesundheitssektor, die sich in der Notaufnahme, teilweise sogar gravierender als in anderen Bereichen der Krankenhäuser, zeigen. Personalmangel, steigende Patient\*innenzahlen und fremdaggressives Verhalten gegenüber den Mitarbeiter\*innen sind nur einige Faktoren die das Berufsfeld zur großen Herausforderung machen. Die Bundesweite Petition „*Notaufnahmen retten*“ berichtet über die zum Teil dramatischen Bedingungen unter denen die Mitarbeitenden in Notaufnahmen derzeit arbeiten müssen. Ihre Forderungen stellen sie dabei direkt an den derzeitigen Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Die Zielsetzung der Petition lautet:

*„Sicherstellung von Patient\*innen- und Mitarbeiter\*innensicherheit durch Qualitätserhalt und -verbesserung in der Betreuung von Patient\*innen, sowie deren Angehörigen im Bereich der Kliniken für Akut- und Notfallmedizin“ (Labes 2022).*

Betrachtet man die Zahlen genauer, fällt auf ,wie wenig Zeit die Berufsgruppen im direkten Kontakt mit den Patient\*innen verbringen. Dies liegt sicherlich nicht am mangelnden Interesse, an den betroffenen Menschen sondern vielmehr an zahlreichen knappen Ressourcen. Soziale Arbeit agiert bereits seit vielen Jahren in einigen Bereichen mit

Pflegekräften und Ärzt\*innen zusammen, von daher wäre die Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen keine Neuheit. Gerade im Bereich der medizinischen Arbeitsfelder muss sich Soziale Arbeit jedoch gelegentlich immer noch behaupten und ihren professionellen Standpunkt sowie die fachspezifischen Arbeitsaufgaben klar abstecken. Im Bereich der Notaufnahme, in der besonders die Kommunikation mit den Patient\*innen zeitlich zu Engpässen, führt ist es gut vorstellbar, dass die beiden Berufsgruppen die Unterstützung durch Sozialarbeiter\*innen als hilfreich wahrnehmen könnten.

### 2.3.2 Finanzierung

Mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2003 kam die Einführung der Abrechnung über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) (GKV-Spitzenverband 2021). Ziel war es, ein *„durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“* (§17b Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) einzuführen (Bundesministerium für Justiz 2022). Vor der Einführung des DRG-Systems wurden allgemeine Pflegesätze zwischen den jeweiligen Krankenhäusern und den Krankenkassen verhandelt.

*„Folge dieser Finanzierung war, dass unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser keinen Anreiz hatten, effizienter zu arbeiten, und bereits effizient arbeitende Krankenhäuser für ihre Effizienz nicht belohnt wurden. Die Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen führte außerdem zu im internationalen Vergleich bedeutend längeren Liegezeiten in deutschen Krankenhäusern“* (GKV-Spitzenverband 2021).

Ziele des DRG-Systems sind aus Sicht des Gesetzgebers sind kürzere stationäre Aufenthalte der Patient\*innen, die Stabilisierung der Kosten für die gesetzlichen Krankenversicherungen und eine leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser. Des Weiteren sollte mehr Transparenz über die Finanzen, mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern sowie die Förderung des Strukturwandels ermöglicht werden (GKV-Spitzenverband 2021). Mit Hilfe des DRG-Systems erhalten die Krankenhäuser nur für behandelte Krankheitsfälle finanzielle Leistungen. Alle Krankenhäuser erhalten für die gleiche Behandlung das gleiche Budget. Dies soll für faire Wettbewerbsbedingungen sorgen. Die leistungsfähigsten Krankenhäuser sollen sich durchsetzen und zugleich eine hohe Versorgungsqualität beibehalten werden. Kritiker\*innen, wie das Bündnis *„Krankenhaus statt Fabrik“*, sehen seit der Einführung des DRG-Systems jedoch vielmehr eine Bewegung hin zu mehr Ökonomisierung und Kommerzialisierung, die einer

konsequenter Orientierung am Patient\*innenwohl entgegenstehen (Rakowitz 2019, S. 14f.).

Die DRG-Leistungen werden jährlich angepasst, indem deutschlandweit die Daten der Krankenhäuser ausgewertet werden. Problematisch ist jedoch, dass solange eine Erkrankung etc. nicht im DRG-System aufgenommen ist, kann darüber auch keine Abrechnung stattfinden (Simon 2019, S. 17ff.). Als einer der wohl schwerwiegendsten Kritikpunkte am DRG-System ist der wirtschaftliche Druck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Kostensenkungen finden häufig im Bereich des Personals statt und werden durch schlechtere Tarifverträge, Streichen von Zuschlägen oder Stellenabbau umgesetzt werden (Simon 2019, S. 23). Der Fokus des DRG-Systems orientiert sich an bundesweiten Durchschnittswerten und nicht an der Qualität der geleisteten Arbeit. Dies hat zur Folge, dass Krankenhäuser, mit guten Personalschlüssel schlechter gestellt werden, weil sie höhere Personalkosten aufweisen (Simon 2019, S. 24f.).

Im Durchschnitt erhält die Notaufnahme 32 Euro für die Untersuchung von Patient\*innen. Eine Studie aus 2015 zeigt, dass sich die mittleren Kosten der 55 Krankenhäuser, die an der Umfrage teilgenommen haben, auf 120 Euro pro Patient\*in belaufen. Schlussfolgernd entsteht pro Behandlung ein Fehlbetrag von 88 Euro (Haas 2015, S. 5). Solange die Patient\*innen im Anschluss nicht stationär aufgenommen werden, schreibt die Notaufnahme als wirtschaftlicher Sektor eines Krankenhauses rote Zahlen (Ärzteblatt 2016). Diese unzureichende Fallpauschale entsteht, weil Notaufnahmen nach den ambulanten Notfallleistungen abgerechnet werden und demnach die gleichen Vergütungen wie Hausärzt\*innen erhalten (Haas 2015, S. 11ff.). Diese Annahme ist jedoch unzureichend, denn Notaufnahmen in Krankenhäusern weisen weitaus mehr diagnostische Instrumente, medizinische Geräte und mehr Personal auf. In Summe entsteht dadurch ein geschätztes Gesamtdefizit aller deutschen Krankenhäuser in Höhe von einer Milliarde Euro (Haas 2015, S. 5).

Die Abrechnung über das DRG-System stellt das deutsche Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Wichtig ist, auch aus Sicht der Sozialen Arbeit, kritisch zu hinterfragen, inwieweit es sinnvoll ist, dass Krankenhäuser als wirtschaftliche und gewinnbringende Unternehmen agieren müssen. Der Fokus sollte immer auf einer qualitativ hochwertigen und am Patient\*innenwohl orientierten Arbeit ausgelegt sein. Es ist fraglich, ob ein System, das Krankenhäuser dazu anhält, personalsparend zu wirtschaften, die richtigen Anreize im Gesundheitssystem schafft. Gespräche, Aufmerksamkeit und zwischenmenschliche Erfahrungen, die sowohl den Patient\*innen als

auch den Mitarbeitenden in den Notaufnahmen gut tun und sich als hilfreich für die Behandlung und Genesung erweisen könnten, werden immer seltener, da sie nicht abgerechnet werden können.

Ganz aktuell veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit am 06.12.2022 im Zuge der Krankenhausreform der Bundesregierung ein Vorschlag zum Krankenhauskonzept. Dabei soll laut Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach der Fokus mehr auf Medizin statt Ökonomie gelegt werden. Der wirtschaftliche Druck soll gesenkt werden, indem Fixkosten, wie Krankenhauspersonal, nicht mehr über die Fallpauschalen erwirtschaftet werden muss. Stattdessen sollen sogenannte Vorhalteleistungen als festgelegte Beträge veranschlagt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2022). Neben diesen Vorschlag existieren weitere Ideen auf politischer Ebene um den Problematiken die das DRG-System mit sich bringt entgegenzuwirken.

## 2.4 Strukturen der Notfallversorgung

Zu den Strukturen der Notfallversorgung zählen neben den Notaufnahmen selbst auch die ärztlichen Bereitschaftsdienste der niedergelassenen Ärzt\*innen sowie die präklinische Notfallversorgung in Form des Rettungsdienstes. Auf die Rahmenbedingungen der beiden weiteren Bereiche soll im Folgenden eingegangen werden. Der Blick darauf ist notwendig, um die enge Verzahnung der Notaufnahme mit anderen Strukturen der Notfallversorgung zu verdeutlichen

### 2.4.1 Ärztlicher Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Vertragsärzte

Um die medizinische Versorgung der Patient\*innen von niedergelassenen Vertragsärzt\*innen auch außerhalb der Sprechzeiten sicherstellen zu können, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bereitschaftsdienste zur Verfügung stellen. Dies basiert auf Grundlage des § 75 Abs. 1 SGB V. Der Bund hat hierbei auch die Einführung der Rufnummer 116 117, bei der eine 24 Stunden an sieben Tagen die Woche Erreichbarkeit besteht, festgelegt (Bundesministerium für Justiz 2020). Diese Rufnummer gilt deutschlandweit und kann gewählt werden, wenn die zuständige Arztpraxis geschlossen hat. In regionalen Leitstellen werden die Anrufe aufgenommen und die entsprechende Hilfe vermittelt. Optionen sind beispielsweise die Vermittlung zur nächstgelegenen Bereitschaftspraxis oder die Zusendung eines Bereitschaftsdienstes nach Hause. In Bayern übernimmt die Regelung dieser Aufgaben die Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB). Durch die gemeinsame Selbstverwaltung haben die Krankenkassen sowie die KVB dafür Sorge zu tragen, dass alle im SGB V geregelten Vorgaben umgesetzt werden. Daher besteht neben der „ambulanten haus- und fachärztlichen auch die psychotherapeutische

Versorgung“ (Krombholz 2022). In Bayern gibt es aktuell bereits mehr als 100 Bereitschaftspraxen (ebd.). Menschen sollten sich insbesondere an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden, wenn es sich um nicht lebensbedrohliche Erkrankungen handelt, sie jedoch nicht mehr bis zur Behandlung durch den Haus- oder Facharzt warten können (Gassen 2022). Beispiele für solche Erkrankungen sind Erkältungen mit Fieber, akute Rücken- und Bauchschmerzen oder Harnwegsinfekte sowie starke Hals und Ohrenschmerzen, oder anhaltendes Erbrechen und Durchfall bei mangelnder Flüssigkeitsaufnahme (ebd.).

Problematisch ist aktuell der Bekanntheitsgrad des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Laut einer deutschlandweiten Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kannten im Jahr 2021 nur 32% der befragten Personen die richtige Nummer (KBV 2021, S. 15). Die Nichterreichbarkeit der eigenen Hausärzt\*innen sowie die Unbekanntheit des Bereitschaftsdienstes führen teilweise dazu, dass die Notaufnahmen als eine Art „Hausarzt-Ersatz“ fungieren. Das Ergebnis einer Studie zeigt, dass mehr als 55% der Befragten, die selbstständig die Notaufnahme aufsuchten, vorher versucht hatten, während der regulären Öffnungszeiten ihre niedergelassenen Hausärzt\*innen zu erreichen. Fast 60% würden alternative Notfallstrukturen zu Notaufnahme nutzen, wenn sie vorhanden bzw. bekannt wären. In der Umfrage kannten mehr als die Hälfte der Befragten den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung nicht (Somasundaram et al. 2018, S. 621).

#### 2.4.2 Rettungsdienst

Der Rettungsdienst in Deutschland ist ein zentrales Glied der Rettungskette. Hier greifen die Inhalte der Ersten Hilfe, also das Absetzen des Notrufs an die zuständige Leitstelle, die Übernahme und Versorgung der Patient\*innen durch das Rettungsdienstpersonal sowie die Einlieferung in eine Notaufnahme, ineinander (Deutscher Bundestag 2016, S. 5). Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Bereich Rettungsdienst werden überwiegend auf Landesebene geregelt. Bayern hat hierfür 26 sogenannte Rettungsdienstzweckverbände installiert. In jedem dieser Bereiche ist eine integrierte Leitstelle zuständig, Notrufe aufzunehmen und die entsprechenden Hilfen zu koordinieren. Mit der europaweiten Notrufnummer 112 werden auch in Bayern Feuerwehr und Rettungsdienst kontaktiert. Der Rettungsdienst Bayern umfasst neben der Notfallrettung durch Rettungstransportwagen (RTW), Notarztwagen (NAW) und Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) auch Krankentransporte, Berg- und Höhenrettung, Wasserrettung und Patient\*innenrückholungen (STMI Bayern 2022b). Auf Grundlage des Notarzt-Indikationskatalogs, der vom STMI Bayern entwickelt wurde, entscheiden die

Leitstellen zu welchen Notfällen zusätzlich zum RTW eine Notärztin oder ein Notarzt eingesetzt wird (STMI Bayern 2022b). Die ärztlichen Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) sind zuständig für das Qualitätsmanagement innerhalb des Rettungsdiensts (ebd.). Sie sprechen Delegationen an die Besatzungen der Rettungsmittel, die aus Notfallsanitäter\*innen sowie Rettungssanitäter\*innen bestehen, aus (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Bayern 2016). Betrachtet man die Einsatzzahlen in Bayern so kann festgestellt werden, dass diese von 2011 auf 2020 um knapp 30% gestiegen sind. Im Jahr 2020 kam es in Bayern zu 1.050.900 Rettungsdiensteinsätzen ohne Notarztbeteiligung (Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) 2021, S. 59). Das Durchschnittsalter der Patient\*innen lag 2020 im Rettungsdienst im höheren Bereich, mit einer signifikanten Häufigkeit im Alter zwischen 76 und 90 Jahren (INM 2021, S. 145). Fast Dreiviertel aller Patient\*innen, die durch den Rettungsdienst versorgt wurden, kamen anschließend in eine Notaufnahme (INM 2021, S. 150).

Um die steigenden Fallzahlen auf alle Bereiche zu verteilen ist *„eine möglichst gute transsektorale Vernetzung der Notaufnahmen mit dem Rettungs- und Notarzteinsatz, den niedergelassenen Kollegen und auch anderen Krankenhäusern der Region“* (Zimmermann et al. 2016 S. 244) zwingend notwendig.

Hier zeigt sich, wie sehr die ambulanten Versorgungsstrukturen einander bedingen und gerade die Notaufnahme als allzeit erreichbare Anlaufstelle häufig die Defizite anderer Bereiche auffangen muss. Wesentlich für die Soziale Arbeit ist hier, die Wichtigkeit ambulanter Anlaufstellen zu erkennen und diese zu stärken. Bei einem möglichen Einsatz der Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen sollte ein Schwerpunkt daher auch auf dem Netzwerkausbau sowie an der Aufklärung zu Komplementärstrukturen liegen. So könnte der sogenannte „Drehtüreffekt“, also das immer wiederkehrende Erscheinen der gleichen Patient\*innen, möglicherweise auch reduziert werden.

Das Kapitel 3 zeigt die Komplexität der Strukturen und, dass Notaufnahmen immer als Teil des großen Krankenhaus- und Gesundheitssystems gedacht werden müssen. Im folgenden Kapitel geht der Blick auf das aktuelle Tätigkeitsprofil Sozialer Arbeit in Krankenhäusern.

### **3 Soziale Arbeit in deutschen Krankenhäusern**

Im bisherigen Verlauf der Arbeit wurde bereits auf mögliche Schnittstellen zwischen der Notaufnahme und der Sozialen Arbeit einzugehen. In Kapitel 4 wird genauer betrachtet, wie Soziale Arbeit derzeit in Krankenhäusern agiert, welche rechtlichen Grundlagen

bestehen und mit welchen Herausforderungen sich die Sozialarbeiter\*innen konfrontiert sehen.

Soziale Arbeit kann bereits auf eine lange Tradition im Bereich der Krankenhausfürsorge zurückblicken. Die Verankerung auch in gesundheitsbezogenen Aspekten entwickelte sich von Beginn an mit. Ende des 19. Jahrhunderts kam es durch die Armenpfleger\*innen zum ersten Mal zur systematischen Fürsorge für arme und erkrankte Menschen (Hammerschmidt, Tennstedt 2012, S. 73f.). Gerade Themen wie Hygiene, Aufklärung und Vorbeugung galten damals als relevant, da das staatliche Ziel der Gesundheitsförderung das Bevölkerungswachstum darstellte (Homfeldt 2012, S. 491.). Auf Grundlage von Alice Salomons sozialen Frauenschulen kam es 1919 zur Gründung des Vereins für Soziale Krankenhausfürsorge, welcher als Vorbild für heutige Sozialdienste in Deutschland fungiert (Seiferth 2022). Die stetige Fortentwicklung führte dazu, dass Soziale Arbeit heute ein fester Bestandteil in vielen Bereichen des Gesundheitswesens ist.

Ein Blick auf die Webseiten unterschiedlicher Krankenhäuser zeigt, dass sich Soziale Arbeit mittlerweile fast überall als eigenständige Abteilung etablieren konnte. In den Krankenhäusern sind Sozialarbeiter\*innen zumeist im Kliniksozialdienst wiederzufinden. Inwieweit eine rechtliche Grundlage für die Tätigkeit der Sozialarbeiter\*innen in Kliniken besteht und welche Aufgaben sie dort übernehmen, soll im Folgenden genauer betrachtet werden. Hieraus sind mögliche Handlungsfelder abzuleiten, die im Rahmen des Tätigkeitsprofil Sozialer Arbeit in Notaufnahmen relevant werden könnten.

### 3.1 Rechtliche Grundlage und Aufgaben

Soziale Arbeit in Krankenhäusern benötigt eine gesetzliche Grundlagen, nicht zuletzt aus Gründen der Refinanzierung. Gerade seit Einführung des DRG-Systems müssen sämtliche Kontakte mit den Patient\*innen genauestens dokumentiert werden, um die Abrechnungsfähigkeit zu gewährleisten. Die rechtliche Verankerung der Sozialarbeiter\*innen im Krankenhaus wird im SGB V nicht explizit erwähnt (Igl 2017, S. 72). Es finden sich jedoch einige Regelungen auf Bundes- und Landesebene. Eines der zentralen Gesetze entstand im Oktober 2017 durch den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement §39 SGB V (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) 2021, S. 1). Im §39 SGB V Abs. 1a ist geregelt, dass jede Person, die eine Krankenhausbehandlung erhält, einen Anspruch auf Entlassmanagement hat (Bundesministerium für Justiz 2020). Wie im Gesetz beschrieben, werden die Details des Rahmenvertrags durch den GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) geregelt. In dieser ausführlichen Stellungnahme steht

unter §3 Entlassmanagement, dass für ein standardisiertes Entlassmanagement eine multidisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich ist. Als für die Zusammenarbeit relevante Berufsgruppen werden Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen, Pflegepersonal, Sozialdienst und Weitere aufgeführt (GKV-Spitzenverband, KBV; DKG 2022, S. 3). Ein Ziel des Entlassmanagements ist die individuelle, ressourcen- und teilhabeorientierte Ausrichtung der Hilfen, die in enger Abstimmung mit den Patient\*innen erfolgen soll (GKV-Spitzenverband, KBV; DKG 2022, S. 2). Der reibungslose Übergang vom Krankenhaus in danach folgende Versorgungsstrukturen ist gerade bei Patient\*innen mit komplexen Versorgungsbedarf frühzeitig einzuleiten. Neben Rehabilitation und einigen Therapieformen nennt der Gesetzgeber auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V sowie die Möglichkeit zur Implementierung einer Haushaltshilfe nach § 38 SGB V (GKV-Spitzenverband, KBV; DKG 2022, S. 3). Der Sozialen Arbeit wird im Prozess des Entlassmanagements laut der DVSG eine besondere Perspektive zuteil. Das bio-psycho-soziale Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit gilt dabei als Basis.

*„In die Bewertung der gesundheitlichen Situation werden biologische, soziale und psychischen Faktoren gleichermaßen einbezogen. Die vielfältigen Einflussfaktoren umfassen neben der Person mit genetischer Disposition, Geschlecht und Alter auch den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten, die soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke (z. B. Freundeskreis, Familie), die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, Bildung ebenso wie die Wohnsituation und das Gesundheitssystem sowie die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen“ (DVSG 2022, S. 9).*

Die eben skizzierten Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgreen und Whitehead machen die ganzheitliche Betrachtungsweise deutlich (ebd.), mit der sich Soziale Arbeit im Berufsalltag auseinandersetzt. Gerade der daran ansetzende Person-in-Environment Ansatz ermöglicht es, stabile und hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten individuell an die Bedürfnisse der Person anzupassen (DVSG 2022, S. 9f.).

Das Selbstverständnis des Tätigkeitsbereichs Sozialer Arbeit in Bezug auf das Entlassmanagement umfasst weitaus mehr als die gesetzlich vorgegebenen Interventionen. Soziale Arbeit setzt sich im Krankenhaussozialdienst mit den Themenbereichen Rehabilitation, wirtschaftlichen und sozialrechtlichen Fragestellungen, persönlichen und beruflichen Problematiken sowie mit den psychosozialen Aspekten der

Patient\*innen auseinander (Müller-Baron, Kurlemann 2019, S. 171). Der Fokus liegt zum einen auf den fallbezogenen Maßnahmen, dazu gehören unter anderem (DVSG 2022, S. 12):

- Re-/Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Einbeziehung von Bezugspersonen in die Beratung
- Soziale Absicherung und finanzielle Hilfen
- Initiieren notwendiger Wohnraumanpassungen
- Erschließen wohnortnaher Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangebote

Des Weiteren ist, um ein „*weitergehendes, transsektorales Versorgungs- und Case Management*“ zu ermöglichen, die Kooperation und Vernetzung mit diversen Leistungserbringern bzw. Leistungsträgern notwendig (DVSG 2022, S. 12). Zu diesen zählen beispielsweise Rehabilitationskliniken, Berufsbildungswerke, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Palliativdienste sowie Hilfs- und Heilmittelerbringer. Als Leistungsträger werden gesetzliche sowie private Krankenkassen, Pflege-, Renten- und Unfallversicherungsträger, die Bundesagenturen für Arbeit, Sozialhilfeträger oder auch Stiftungen verstanden (ebd.).

Neben dem bundesweit gültigen §39 SGB V, bestehen weitere Regelungen die auf Landesebene vorzufinden sind (DVSG 2021 S. 1). Um zu verdeutlichen, wie unterschiedlich die Bundesländer die gesetzlichen Regelungen zu Sozialer Arbeit in Krankenhäusern ausgestalten, nützt folgende Darstellung:

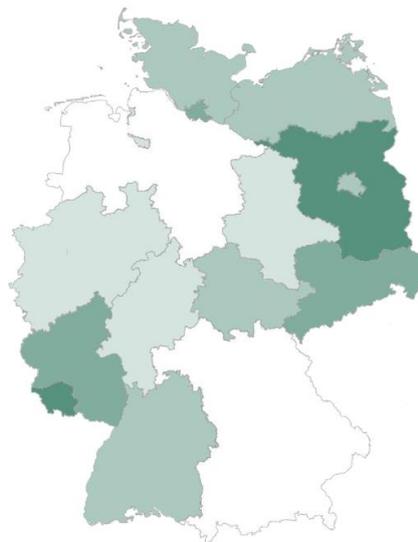


Abb. 1: Gesetzliche Verankerung der Sozialen Arbeit  
in den Landeskrankenhausgesetzen, Stand August 2021 (DVSG 2021, S. 1)

Je dunkler der Ton innerhalb der Farbskala desto weitreichendere Regelungen hat das jeweilige Bundesland vorgenommen. In Bayern und Niedersachsen gibt es derzeit keinerlei gesetzliche Verankerungen für die Tätigkeit des Sozialdienstes in Krankenhäusern. In den meisten deutschen Bundesländern sind jedoch verpflichtende Regelungen in den Krankenhausgesetzen festgehalten. Es wird beschrieben, dass zum einen Sozialdienste in den Krankenhäusern bestehen müssen, und des Weiteren für welche Aufgaben die Sozialarbeiter\*innen zuständig sind (DVSG 2021, S. 1). Die Bundesländer Brandenburg und Saarland formulieren detaillierte Informationen darüber, wer im Sozialdienst tätig ist. Das Saarländische Krankenhausgesetz (SKHG) schreibt dazu: *„Fachkräfte des Sozialdienstes im Krankenhaus sind in der Regel staatlich anerkannte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen“* §6 SKHG Abs. 1 (Kluwer 2018). Im 4. Absatz des §6 SKHG wird zunächst eine vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst und den ärztlichen sowie pflegerischen Mitarbeitenden eingegangen. Des Weiteren ist auch die psychosoziale Betreuung und Beratung gesetzlich verankert. Eine weitere Besonderheit findet sich in Absatz 5 §6 SKHG. Es wird explizit auf sterbende Patient\*innen eingegangen, bei denen in besonderem Maße auf die Würde und die persönlichen Bedürfnisse zu achten sei. In §6 SKHG Abs. 7 wird zudem beschrieben, dass die Krankenhäuser Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen unterstützen und die Zusammenarbeit fördern sollen (Kluwer 2018). In diesem Gesetz zeigt sich bereits das hohe Potenzial und die diversen Aufgabenbereiche, welche die Sozialarbeiter\*innen im Krankenhaussozialdienst begegnen können. An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass es auch für Bayern empfehlenswert wäre, wenn konkrete Regelungen zum Sozialdienst an bayerischen Kliniken auf den Weg gebracht würden. Neben der Notwendigkeit zur Entlastung des Klinikpersonal sowie der Patient\*innen würde eine gesetzliche Verankerung dem Berufsfeld zusätzlich Anerkennung verleihen und die Notwendigkeit von Sozialarbeiter\*innen in Krankenhäusern verdeutlichen.

### 3.2 Besondere Klient\*innengruppen

Neben dem allgemeinen Entlass- und Casemanagement, das gerade bei Patient\*innen mit anschließenden Rehabilitationsbedarf relevant ist, sind einige besondere Patient\*innengruppen hervorzuheben: So stellen gerade Kinder und Jugendliche, Tumorpatient\*innen, Menschen mit Suchtproblematiken, sowie die bereits erwähnten Palliativpatient\*innen besondere Zielgruppen innen so zeigt sich, dass beispielsweise in den USA Menschen mit Tumorerkrankungen von sogenannten *„Oncology Social Worker“* (Association of Oncology Social Work 2022) begleitet werden. Durch diese Art der Fort-

und Weiterbildungen von Sozialarbeiter\*innen gelingt es durch hohe fachliche Kompetenzen einen erheblichen Mehrwert in der Behandlung von speziellen Patient\*innen zu generieren. In Deutschland gibt es derzeit keine Voraussetzungen an zusätzlichen Qualifikationen, um im Kliniksozialdienst zu arbeiten. Es wird weder ein Masterabschluss noch eine spezifische Fort- oder Weiterbildung vorausgesetzt. Dies kann im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung, auch in Hinblick auf ein berufliches Standing innerhalb der anderen Berufsgruppen eines Klinikums, durchaus differenziert betrachtet werden. Gerade bei der Begleitung von Menschen mit Tumorerkrankungen, also den onkologischen Patient\*innen, steht eine professionelle psychosoziale sowie sozialrechtliche Beratung im Mittelpunkt. Die grundlegenden beraterischen Fähigkeiten und das rechtliche Fachwissen wird im Bachelorstudiengang weitestgehend vermittelt (Bayerische Staatskanzlei 2013). Trauerbegleitung, psychosoziale Krisenintervention, systemische Ansätze zur Begleitung von Familien und Angehörigen und weitere spezialisierte Kompetenzen variieren jedoch stark von den Angeboten der Hochschulen und stellen keine Basisfertigkeiten dar. Konkreter geht es bei der Begleitung von onkologischen Patient\*innen darum, die individuellen, sozialen, wirtschaftlichen und psychischen Problemlagen zu identifizieren und dabei zu unterstützen, geeignete Angebote für die Zeit nach der Klinik zu finden (Walther 2012, S. 268). Die Unterstützung und Beratung bei Anträgen sowie einer möglichen Reintegration in die Arbeitswelt sind weitere wichtige Aspekte (ebd.). Jemanden zu haben, der aushält, selbst nicht mitleidet und auch in Krisen da ist, kann für einige Patient\*innen sehr hilfreich sein. Die professionelle Beziehungsgestaltung ermöglicht es, zudem Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung sowie bei der Neuorientierung zu geben und bindet zugleich das meist hochbelastete familiäre Bezugssystem in die Beratung mit ein (DVSG 2010, S. 1ff.). Eine Studie aus 2013 konnte aufzeigen, dass psychosoziale Beratung bei Patient\*innen während der Strahlentherapie zu einem *„signifikant höheren Maß an empfundener Selbstwirksamkeit“* führte (Schiel 2013, S. 583).

Einen weiteren Aufgabenbereich im Krankenhaus stellen interkulturelle Herausforderungen dar.

*„Aufgrund von globaler Migration und Flucht ist unsere Gesellschaft von einer wachsenden soziokulturellen, ethnischen und religiösen Vielfalt geprägt, die sich auch bei den Patienten und deren An- und Zugehörigen im Gesundheitswesen spiegelt. Dies stellt das Klinikpersonal vor immer neue Herausforderungen [...]“* (Siebert et al. 2020, S. 20).

Aufgrund von diversen Herausforderungen wie Sprachbarrieren, fehlendem Wissen über deutsche Gesundheitsstrukturen oder soziokulturellen Unterschieden, kommt es bei Menschen mit Migrationshintergrund signifikant häufiger zu Fehldiagnosen, Fehlversorgungen oder unzureichender Aufklärung (Siebert et al. 2020, S. 20). Aus diesen Ergebnissen, und dem Wunsch nach besseren Kompetenzen im interkulturellen Verständnis entstand 2016 eine Kooperation der Charité und der Alice Salomon Hochschule (ASH). Aus der Zusammenarbeit entstand das Projekt „*IPIKA – Interprofessionelle und Interkulturelle Kompetenzen in Medizin, Pflege und Sozialdienst*“ (Siebert et al. 2020, S. 21). Das seither als regelmäßige Fortbildung angebotene Programm beinhaltet unter anderem Themen wie soziokulturelle Aspekte von Gesundheit und Flucht, Umgang mit sprachlichen Barrieren, Auseinandersetzung mit Vorurteilen und Fremdbildern sowie den Umgang mit ethischen Fragestellungen (ebd.). Berlin stellt mit diesem Projekt eine besondere Verknüpfung der Berufsgruppen und des Themenbereichs her. In vielen deutschen Kliniken sind bisher jedoch häufig nur Sozialarbeiter\*innen mit diesen Themen vertraut, da sie sich im Rahmen ihrer Ausbildung oftmals bereits intensiver mit diesem Themenkomplex beschäftigt haben.

Die Komplexität, in der sich Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Kliniksozialdienst befindet, wird anhand der genannten Beispiele deutlich. Wie sich die aktuelle Umsetzung in den Krankenhäusern derzeit gestaltet und mit welchen Herausforderungen die Kliniksozialdienste konfrontiert sind, soll unter „4.3 Die Herausforderungen des Kliniksozialdienstes“ genauer analysiert werden.

### 3.3 Die Herausforderungen des Kliniksozialdienstes

Aus den bisherigen Informationen lässt sich zusammenfassen, dass die Fallzahlen in Deutschlands Krankenhäusern und somit auch in Notaufnahmen permanent ansteigen. Die Patient\*innen weisen zugleich kürzere stationäre Aufenthalte auf. Als eine Ursache dafür gilt sicherlich die Einführung des DRG-Systems. Hinzu kommt der bereits beschriebene Anspruch aller Patient\*innen auf Entlassmanagement (Kramer 2020, S. 898f.). Das bedeutet: höhere Fallzahl in kürzerer Bearbeitungszeit. Die im Rahmenvertrag geregelten Aufgaben des Entlassmanagements stellen sich als komplex und umfangreich dar, was ein zusätzlicher Anspruch an diese Berufsgruppe ist (ebd.). Die Anforderungen an die Sozialarbeiter\*innen sind somit hoch und können zu Problematiken führen.

Einen Aspekt stellt Staub-Bernasconis Tripelmandat dar, das sich gut auf die Arbeit des Kliniksozialdienstes übertragen lässt. Soziale Arbeit gerät durch Arbeitsaufträge verschiedenster Akteure immer wieder in ein komplexes Spannungsfeld. Der Auftrag der

gesellschaftlichen Instanz, in diesem Fall vertreten durch die Krankenhäuser, zeigt momentan eine klare wirtschaftliche Ausrichtung. Möglichst kurze Bettenbelegzeiten, schnelle Entlassung und die dadurch entstehende optimale Kapazitätsauslastung stehen hier im Vordergrund (Walther 2012, S. 266).

Dem gegenüber stehen die Patient\*innen mit ihren Erkrankungen, offenen Fragestellungen, Problemlagen und dem Wunsch auf adäquate Versorgung während und nach dem Krankenhausaufenthalt. Der Kliniksozialdienst bewegt sich nicht nur zwischen den Anforderungen des Arbeitgebers sowie den Versorgungsansprüchen und Bedarfen der Patient\*innen (ebd.), sondern auch dem Mandat der Sozialen Arbeit selbst. Hierbei stehen die Anforderungen der Profession, die auf Wissenschaftlichkeit und ethischer Professionalisierung beruhen, im Vordergrund. Die Achtung der Menschenrechte, der Würde und Integrität und die damit verbundene Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen sind ebenso von Bedeutung wie die Grundsätze der International Association of Schools of Social Work (IASSW) sowie der International Federation of Social Work (IFSW) (Staub-Bernasconi 2019, S. 87).

Relevant erscheint für das Berufsfeld Krankenhaus die kritische Reflexion von gesundheitlichen Aspekten der Patient\*innen in Hinblick auf Faktoren wie Ökonomisierung und medizinische Versorgungsmöglichkeiten (Schütte-Bäumer 2019, S. 70). Soziale Arbeit hat innerhalb dieses Bereichs den großen Vorteil einen niedrigschwelligen und leichten Zugang zu Menschen zu haben, die sich aktuell in kritischen Lebensumständen befinden und bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie zuhause möglicherweise keine ambulanten Beratungsstellen aufsuchen würden (Müller-Baron, Kurlemann 2019, S. 169). Einige dieser Herausforderungen finden sich in den Forderungen der Fachkräftekampagne „*#dauerhaftsystemrelevant*“ wieder. Die Kampagne des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) hat in Kooperation mit dem DVSG einige Forderungen an die Politik gestellt. Sie fordern die Festlegung der Qualifikation Sozialer Arbeit als Voraussetzung für den Kliniksozialdienst und die Aufnahme dieser Qualifikationskriterien in allen Landeskrankengesetzen. Das Ziel: Soziale Arbeit soll in Krankenhäusern gesetzlich verpflichtend sein. Darüber hinaus fordern sie bundeseinheitliche und geregelte Finanzierungswege. Diese Finanzierunggrundlage soll dabei nicht nur im stationären Krankenhaussetting greifen, sondern auch in den Ambulanzen sowie in Notaufnahmen (DBSH 2020, S. 5). Hieraus ergibt sich eine weitere Problematik, die gerade in Hinblick auf die vorliegende Arbeit relevant ist. Sektoren, die Soziale Arbeit bisher kaum abdeckt, sind ambulante oder teilstationäre Bereiche, zu denen auch die Notaufnahmen zählen (Walther 2012, S. 270).

Im Folgenden Kapitel soll daher betrachtet werden, wie Soziale Arbeit außerhalb Deutschlands in Notaufnahmen agiert und welche Aufgabenspektren in ihren Zuständigkeitsbereich fallen.

#### **4 Social Work in Emergency Departments in anderen Ländern**

Wie bereits beschrieben, gibt es Soziale Arbeit in deutschen Krankenhäusern schon seit langer Zeit, ebenso wie in vielen anderen Ländern (Müller-Baron Kurlmann 2019, S. 169). Während in Deutschland bisher, mit wenigen Ausnahmen, keine Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen beschäftigt sind (Kramer 2020, S. 10), ist es in anderen Ländern bereits seit Jahrzehnten Normalität. In den USA und Schweden gab es bereits in den 1980ern die Social Work in Emergency Departments (McLeod, Olsson 2006, S. 140). In Schweden sind sie flächendeckend vorhanden. Das bedeutet, dass in jeder Notaufnahme Sozialarbeiter\*innen tätig sind. England begann in den 2000ern Sozialarbeiter\*innen in den ED's zu etablieren und hatte 2006 ca. 30% der Notaufnahmen abgedeckt (ebd.). Neben den bereits erwähnten Ländern ist es auch in Spanien, Frankreich und Kanada gängige Praxis Social Workers in den ED's zu integrieren (Bywaters, McLeod 2003, S. 134). Auffällig bei der Literaturrecherche ist jedoch, dass die meisten Veröffentlichungen zum Thema Social Work in Emergency Departments 15 Jahre oder älter sind und gerade in den 1990er publiziert wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass gerade in diesem Zeitraum viele Sozialarbeiter\*innen in den Notaufnahmen tätig wurden und erste Artikel zum Arbeitsumfeld verfasst wurden. Gesellschaftliche Veränderungen und andere Parameter können nur retrospektiv mitbedacht werden, zeigen sich aber nicht in den Studien und können teilweise nur noch bedingt auf die aktuelle Situation bezogen werden.

##### 4.1 Legitimationsgründe für Soziale Arbeit in Notaufnahmen

Beachtet man, dass in einigen Ländern Soziale Arbeit in Notaufnahmen bereits seit mehr als 40 Jahren etabliert ist, sollte genauer auf die Gründe eingegangen werden, weshalb sich Soziale Arbeit aus Sicht anderer Länder gerade in diesem Bereich des Krankenhauses als so wichtig erweist. Aus Sicht der Krankenhäuser ist es zum einen sehr attraktiv, mithilfe der Sozialen Arbeit eine höhere ökonomische Effizienz zu schaffen, die sich meist in Form von finanziellen Einsparungen zeigen. So werden bestimmte Einweisungen sowie das häufige Auftreten von wiederkehrenden Patient\*innen vermieden. Die Weitervermittlung von Patient\*innen kann frühzeitig erfolgen, was zugleich zu geringeren Verzögerungen bei der Entlassung führt (Bywaters, McLeod 2003, S. 134). Kosten-Nutzen-Analysen, die auf Grundlage von bereits durchgeführter Studien untersucht wurden, kamen zu dem Schluss: Je größer die Notaufnahme ist, desto größer

sind auch die wirtschaftlichen Vorteile, die durch Soziale Arbeit innerhalb der Notaufnahmen entstehen. Es konnte aber zugleich festgestellt werden, dass selbst bei kleinen Notaufnahmen, mögliche Kosten an anderer Stelle wieder ausgeglichen werden. Die soeben erwähnte geringere Inanspruchnahme von Krankenhaus- sowie Notaufnahmeleistungen und die effizientere Nutzung von den zeitlichen Ressourcen des medizinischen Personals führen zu eben diesem Ausgleich (Gordon 2001, 54f.).

Neben den überwiegend ökonomischen Auswirkungen aus Sicht des Krankenhauses, haben Sozialarbeiter\*innen laut mehrerer kleinen Studien auch positive Effekte auf die Arbeit innerhalb der Notaufnahme selbst (Bywaters, McLeod 2003, S. 135). So zeigten sich Unterschiede in der Qualität der Kommunikation. Sozialarbeiter\*innen konnten mehr Zeit und Verständnis für die jeweiligen Situationen der Patient\*innen aufbringen als die anderen Berufsgruppen. Gerade bei Themen wie häuslicher Gewalt, Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Angehörigen oder bei Todesfällen, fehlte dem Notaufnahmepersonal oft die Zeit, teilweise ebenso wie die kommunikativen Kompetenzen der anderen Mitarbeiter\*innen (ebd.). Soziale Arbeit hat hier einen großen Vorteil, denn kommunikative Fähigkeiten werden anhand verschiedenster Theorien und zugleich in praktischen Sequenzen durch Rollenspiele bereits während des Studiums erlernt. Die Zufriedenheit der Patient\*innen wurde, laut einer Studie, durch die Anwesenheit von Sozialarbeiter\*innen ebenfalls positiv beeinflusst. So wurde dabei nicht nur die psychosoziale Begleitung, sondern auch die medizinische Beratung besser bewertet, gerade wenn Sozialarbeiter\*innen die Patient\*innen advokatorisch begleiteten (ebd.). Ein weiterer Faktor ist die Identifizierung und adäquate Ermittlung der Bedarfe vor allem bei Themen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Kinderschutzfälle oder selbstverletzendem Verhalten. Gerade solche beinhalten eine starke soziale Komponente bei der die Präsenz von Sozialarbeiter\*innen hilfreich sein kann. Bisher gibt es hierfür allerdings wenig offizielle Belege (Bywaters, McLeod 2003, S. 135). Soziale Arbeit kann sich hier möglicherweise in einem Interessenkonflikt oder, wie oben bereits beschrieben, im Tripelmandat wiederfinden. Die Interessen des Krankenhauses als wirtschaftliches Unternehmen könnten den Bedarfen der Patient\*innen möglicherweise gegenüberstehen. Eine bereits erwähnte rechtliche Verankerung im SGB wäre bei der Lösung des Konflikts hilfreich. So könnte aus professionstheoretischer Sicht argumentiert werden und sich auf das Wohl der Patient\*innen, das gesetzlich geregelt ist, berufen werden. Die beschriebenen Studien sowie die langjährige Etablierung Sozialer Arbeit in Notaufnahmen in anderen Ländern zeigen, dass der Einsatz dort sinnvoll und wichtig ist.

#### 4.2 Aufgabenbereiche der Social Work in Emergency Departments

Studien aus mehreren Ländern, in denen es Social Work in ED gibt, berichten, dass zwischen 5 und 10% aller Patient\*innen der Notaufnahme in Kontakt mit den Sozialarbeiter\*innen kommen (Selby et al. 2018; Wrenn, Rice 2008, S. 247). Eine Studie in der drei Jahre lang die Daten einer Notaufnahme in Calgary ausgewertet wurden kam zu dem Ergebnis, dass im Tagesdurchschnitt 42,9 Patient\*innen zu den Sozialarbeiter\*innen der Notaufnahme überwiesen wurden. Die Kernarbeitszeit der Sozialarbeiter\*innen lag zwischen 8.00 und 22.00 Uhr (Selby et al. 2018). Als häufigste Gründe für die Inanspruchnahme der Sozialen Arbeit bei Patient\*innen über 75 Jahren wurde mit 31% die Entlassplanung, mit 23% die Aufklärung, Unterstützung und Begleitung beim Treffen von rechtlichen Entscheidungen sowie das Thema der Auseinandersetzung und Anpassung mit der Krankheit (15%). Mehr als 90% dieser Patient\*innen wurde nach einer Konsultation mit der Sozialen Arbeit stationär aufgenommen (ebd.). Bei Patient\*innen unter 30 Jahren zeigten sich die eben aufgeführten Gründe als weniger relevant (Krankheitsanpassungen 12%, Entlassungsplanung 16%, und rechtliche Entscheidungen 1%). Die häufigsten Gründe stellten in dieser Altersgruppe Sucht/ Drogenkonsum mit 24% und Obdachlosigkeit mit 15% dar. Bei den über 75-Jährigen machten diese Bereiche hingegen nur 2% bzw. 0,4% aus. 57% der Patient\*innen unter 30 wurde nach sozialarbeiterischer Beratung stationär aufgenommen. (ebd.). Geschlechterspezifische Unterschiede zeigten sich in hoher Signifikanz nur beim Thema häuslicher Gewalt. Frauen waren mit 6% aller Konsultationen dreimal so häufig von Gewalt im eigenen Zuhause betroffen wie Männer. Betrachtet man die häufigsten Gründe für die Konsultation einer Sozialarbeiter\*innen unabhängig vom Alter waren es finanzielle Probleme (17%), Entlassungsplanung (17%), Krankheitsbewältigung (16%) und Sucht (11%), Ressourcenberatung (9%), Pflegeplanung (5%), Missbrauch (4%) und psychologische Beurteilung (2%) die zur Vermittlung an die Sozialarbeiter\*innen führten (ebd.). Die Studie konnte außerdem feststellen, dass die Kurzatmigkeit, das häufigste Erkrankungssymptom der Notaufnahme in Calgary, mit 8% auch gleichzeitig ein häufiger Grund für Überweisungen an die Soziale Arbeit war. Weitere symptombedingte Hauptgründe für die Überweisung waren Bauchschmerzen (7%), Depressionen oder Selbstmordgedanken (6%) und schwere Traumata (4%) (Selby et al. 2018). Diese ausführliche Auflistung der Gründe soll aufzeigen, mit welchen Themen sich Soziale Arbeit im internationalen Kontext tatsächlich konfrontiert sieht und ermöglicht somit den notwendigen Praxisbezug.

Eine praxisorientierten Übersichtsarbeit, bei der über 250 Artikel analysiert wurden, konnte relevante Praxisbereiche sowie Schwerpunkte innerhalb der Arbeitsbereiche identifizieren. So beschreiben Bell et al. die Rolle von Sozialarbeiter\*innen innerhalb der Notaufnahme als wichtig. Besonders bei komplexen Fällen und gerade, wenn die Patient\*innen alkoholisiert, unter dem Einfluss von Drogen oder unfreiwillig in die Notaufnahme kommen. Das Management von Krisensituationen und die Vorbereitung sowie die Einleitung von Übergängen in interne oder externe Hilfesysteme ist eine der Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit. Aufgrund ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse in den Bereichen Zielsetzung, Einbindung von Familienmitgliedern, dem Kennen notwendiger Netzwerkpartner\*innen, dem Verständnis der klinischen Rolle und des Pflegeprozesses in der Notaufnahme übernehmen Sozialarbeiter\*innen die Leitung der Koordination von Sofortmaßnahmen für komplexe psychosoziale Bedürfnisse und die Planung der Nachsorge nach der Entlassung (Bell et al. 2018, S. 84). Eine besondere Schlüsselrolle wird den Sozialarbeiter\*innen zuteil, wenn sich soziale und umweltbedingte Problematiken auf die Gesundheit der Patient\*innen auswirken. Die Funktion als Fürsprecher\*innen zur Erlangung der notwendigen Unterstützung, auch bei rechtlichen Aspekten, steht im Vordergrund. Vor allem aber soll die Selbstbefähigung der Patient\*innen und des direkten Umfelds gestärkt werden (ebd.). Die Verknüpfung in die Welt außerhalb der Notaufnahme, also ein adäquates Entlassmanagement wurde als Zentrale Eigenschaft der Sozialen Arbeit benannt. Tragfähige Beziehungen und die Angliederung an gemeindenahere Angebote können zur Verbesserung der Gesundheit führen, indem auch psychosoziale Belange besser in Blick bleiben (Bell et al. 2018, S. 84f.). Durch die Anwendung von Standardstrategien der Sozialen Arbeit wie Case Management, Psychoedukation, Nachsorge und motivierenden Interventionen können nachweislich Behandlungsergebnisse verbessert und die Raten der Überbeanspruchung und Kosten in Notaufnahmen verringert werden (Bell et al. 2018, S. 85). Anhand der Literaturrecherche kristallisierten sich drei zentrale Praxisbereiche heraus Psychische Gesundheit, Suizidrisiko und Krisenintervention, sowie chronische Krankheiten. Rund 15% aller Patient\*innen kommt laut Bell et al. mit einer psychischen Problematik in die Notaufnahme. Sie ist Anlaufstelle für viele Menschen in gefährdeten Situationen und benötigt daher gezielte psychosoziale Aufmerksamkeit (ebd.). In den überprüften Studien wurde auch der wachsende Bedarf an Krisenintervention festgestellt, da die Polizei oftmals psychisch erkrankte Menschen in Krisensituationen aus dem Strafrechtssystem in das Notfallsystem von Krankenhäusern überführt (Bell et al. 2018, S. 85f.). Auch hier kommt der Sozialen Arbeit wieder eine besondere Rolle zu, die aufgrund ihrer speziellen Fähigkeiten entsteht. Problemlösestrategien und die Fähigkeit zuzuhören, Mitgefühl zu zeigen und Ratschläge

zu geben, sind in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen äußerst hilfreich und relevant (Bell et al. 2018 S. 86). Die notwendigen Kompetenzen bei psychischen Erkrankungen, Suizidgedanken sowie weiterer Krisen werden durch die bei der Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen notwendigen Fähigkeiten erweitert. Für die Patient\*innen sind hier vor allem psychoedukative Ansätze und Hilfestellung beim Erlernen von emotionalen, funktionalen und physischen Bewältigungsmechanismen von großer Bedeutung. Sozialarbeiter\*innen können einen erheblichen Einfluss auf das Wohlergehen von Menschen mit chronischen Krankheiten ausüben, indem sie Gesundheitsförderung und präventive Unterstützung bei der Entlassung anbieten (Hill, Joubert, Epstein 2013, S. 208). Um die Patient\*innen bestmöglich versorgen zu können, ist eine optimierte Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Sozialarbeiterisches Screening und Beurteilung innerhalb der Sozialen Arbeit wichtig. Aus der Literatur geht hervor, dass alle Instrumente und Methoden für das Screening in der Sozialarbeit evidenzbasiert und validiert sein müssen um sozialarbeiterische Interventionen im Kontext des multidisziplinären Teams (Auerbach, Mason 2010, S. 314f.) sinnvoll anzuleiten und rechtfertigen zu können.

Neben den Aufgaben die Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Notaufnahme hat, entstehen auch Erwartungen an die Rolle der Sozialarbeiter\*innen durch Ärzt\*innen und Pflegekräfte. Gerade diese Rollenerwartungen erweisen sich in Deutschland als relevant. Dies führt unweigerlich dazu, dass Soziale Arbeit notwendigerweise ein Kompetenzprofil für die Arbeit in Notaufnahmen braucht, um eine klare Aufgabenverteilung zu definieren. Diese kann, von Einsatzort zu Einsatzort variieren, dennoch ist es sinnvoll, gerade um Macht- und Kompetenzkonflikte zu umgehen, das Profil Sozialer Arbeit bereits im Vorhinein festzulegen. Daher fordern beispielsweise die Autor\*innen Bell et al., dass Soziale Arbeit auf der Grundlage eines sozialarbeiterischen Modells agiert. Ein solches Modell würde den Fokus auf das Outcome der Patient\*innen legen (Moore et al. 2012, S. 141), indem es einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt (Petrakis, Joubert 2013, S. 240) und die Auswirkungen der Komplexität (Joubert et al. 2013, S. 223) auf alle Aspekte der Patientenrealität und Dienstleistungskontexte anerkennt. Ein zukünftiges Modell für Soziale Arbeit in Notaufnahmen sollte einen individuellen, patientenzentrierten und psychosozialen Ansatz (Petrakis, Joubert 2013 S. 240f.) verfolgen und sich mit familiären und sozialen Kontexten sowie mit systemischen Gegebenheiten und strukturellen Kontextbedingungen auseinandersetzen und diese in die Interventionsplanung miteinbeziehen (Messinger 2011, S. 185). Eine Studie aus 2012, die sich mit den Rollen Sozialer Arbeit auseinandersetzte, kam unter anderem zum Ergebnis, dass

Sozialarbeiter\*innen als Kulturvermittler\*innen innerhalb der Notaufnahme fungieren. Die Zusammenarbeit mit Dolmetscher\*innen, das Kennenlernen des kulturellen Hintergrunds der Patient\*innen, das Einsetzen für die individuellen, kulturell bedingten Belange der Patient\*innen und die Aufklärung anderer Fachkräfte über kulturelle Unterschiede, wird hierbei als eine zentrale Rolle beschrieben (Fusenig 2012, S. 17f.). Sozialarbeiter\*innen seien außerdem für die Meldung und Begleitung von Missbrauchsfällen zuständig. Missbrauch bezieht sich hierbei nicht nur auf Substanzen wie Drogen und Alkohol, sondern gerade auch auf Aspekte wie häusliche Gewalt und den Bereich der Misshandlung von Kindern und Jugendlichen (Fusenig 2012, S. 18.). Hierbei stehen Aufgaben wie Krisenintervention, die Bereithaltung unterschiedlicher Ressourcen, die rechtliche Beratung sowie die Planung einer sicheren Unterbringung im Mittelpunkt (ebd.).

Ein weiterer Aufgabenbereich der sich in der Literatur wiederfindet ist der Umgang mit älteren Menschen. Ziel der Sozialen Arbeit in Notaufnahmen ist es dabei ältere Menschen von einem erneuten Besuch der Notaufnahme oder einer Einweisung aus sozialen Gründen zu vermeiden (McLeod, Olsson 2006, S. 140). Dies soll durch eine adäquate Versorgung im häuslichen Umfeld ermöglicht werden. Neben der bedürfnisorientierten Patient\*innenversorgung ist auch die Sicherstellung der kosteneffizienten Nutzung der Akutkrankenhäuser ein Grund dafür, dass sich diese Arbeitsweise auch im internationalen Vergleich vielfach wiederfindet (McLeod, Olsson 2006, S. 141). In der Studie von McLeod und Olsson wurden ältere Menschen, die mehrmals in Notaufnahmen vorstellig wurden, in schwedischen und englischen Notaufnahmen befragt. Sie nannten als wichtigste Faktoren die Fürsprache in ihrem Namen, die Übermittlung wichtiger Informationen und die Unterstützung bei der Trauerarbeit (McLeod, Olsson 2006, S. 145). Gerade beim Thema Trauerarbeit sind schwedische Sozialarbeiter\*innen besonders involviert. Sie stellen für die hinterbliebenen Angehörigen zum Teil den einzigen Zugang zu Informationen dar, wie es weitergeht und welche nächsten Schritte auf sie zukommen werden (McLeod, Olsson 2006, S. 146).

Ein kurzer Blick sollte dem bereits erwähnten Thema der Obdachlosigkeit gewidmet werden. Obdachlosigkeit spielt in den USA eine größere Rolle als in Deutschland. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Eine mögliche Theorie ist, dass München weniger Menschen ohne Obdach aufweist als beispielsweise in Portland USA. Dort lebten 2018 648.000 Einwohner\*innen, im Vergleich dazu 1,45 Millionen Menschen in München. Bei der regelmäßig stattfindenden *"Point-in-Time"*-Zählung, werden an einem bestimmten Stichtag anhand einer bundesweit einheitlichen Methode obdachlose Menschen in den USA gezählt. So wurden 2018 4.015 Personen in Portland ohne Obdach gezählt

(Heidbrink, 2020, S. 87f.). In München hingegen gab es die letzte Zählung 2012 bei der laut Stadt München 550 Personen als obdachlos erfasst wurden. Expert\*innen sowie die Stadt selbst gehen nicht davon aus, dass diese Werte tatsächlich der Realität entsprechen. Für München können die Zahlen der Teestube des evangelischen Hilfswerks zurande gezogen werden. Hier wurden 2018 1847 Klient\*innen gezählt (Evangelisches Hilfswerk München GmbH, 2020, S. 5). Ob das zugleich bedeutet, dass auch Notaufnahmen und Krankenhäuser in Bayern seltener mit dem Themenbereich Obdachlosigkeit in Berührung kommen, ist unklar. Im späteren Fragebogen des empirischen Teils wird daher auch der Bereich der Obdachlosigkeit genauer betrachtet.

Folglich ist der letzte Bereich, der detaillierter betrachtet werden sollte, die palliative Versorgung von schwersterkrankten und sterbenden Patient\*innen. Eine Studie aus Frankreich zeigt, dass sich mehr als die Hälfte aller Todesfälle, die in Krankenhäusern stattfanden, sich in Notaufnahmen ereigneten (Couilliot, Leboul, Douget 2012, S. 405). Hierbei steht nicht nur die Begleitung beim Sterben im Mittelpunkt, sondern auch die Einleitung palliativer Maßnahmen im stationären, im ambulanten und häuslichen Umfeld. Die Früherkennung palliativer Situationen ist dabei ein Ziel, das nicht immer erreicht wird. Häufig ist es nicht offensichtlich, dass eine Person den Wunsch nach einer palliativen Versorgung anstrebt. Gerade im hektischen Alltag einer Notaufnahme kommt es vor, dass nur die offensichtlichen Palliativsituationen erkannt werden, denn Zeit für ausführliche Gespräche, bei denen mögliche Wünsche nach Veränderung oder Abbruch laufender Therapien angesprochen werden können, ist häufig nicht vorhanden (Lawson 2012, S. 121ff.). In den USA werden in diesen Fällen die Sozialarbeiter\*innen der Notaufnahmen hinzugezogen. Die Sozialarbeiter\*innen besitzen dort oft eine Zusatzausbildung in „*Palliative Social Work*“. Die große Herausforderung ist im Vergleich zu den stationären oder ambulanten Palliativteams der bereits erwähnte Zeitfaktor. Die Sozialarbeiter\*innen müssen in kürzester Zeit wichtige Informationen erhalten und im besten Fall kommt es bereits während der Anamnese zu einem ersten Beziehungsaufbau (Lawson 2012, S. 129). Ziel der Anamnese ist vor allem herauszufinden, welches Krankheitsverständnis die Betroffenen und auch die zugehörigen Familienmitglieder haben und welche Behandlungsziele sie verfolgen (ebd.). Gerade wenn in der Notaufnahme neue Diagnosen oder akute Verschlechterungen mitgeteilt werden, begleiten Sozialarbeiter\*innen häufig die Gespräche. Dadurch sollen gemeinsame Entscheidungen getroffen werden, auch um Misskommunikation oder kulturell bedingten Missverständnissen zu vermeiden (ebd.). Ähnlich verhält es sich, wenn Patient\*innen in der Notaufnahme verstorben sind. Auch hier haben Sozialarbeiter\*innen eine besondere Rolle, die ihnen aufgrund ihrer Fähigkeiten

zukommt. Kriseninterventionstechniken, kultursensible Ansätze, die Strategien zum schnellen Beziehungsaufbau und vor allem die notwendige Zeit zur Begleitung zeichnet Sozialarbeiter\*innen aus (Kaul 2001, S. 113). Durch die Zusammenarbeit von Sozialarbeiter\*innen gemeinsam mit dem medizinischen und pflegerischen Personal bei der Übermittlung der Todesnachricht kann es gelingen, Ängste und Stresssituationen erheblich zu reduzieren (ebd.).

Es zeigt sich, dass Soziale Arbeit in Notaufnahmen weltweit bereits seit Jahrzehnten effiziente und hilfreiche Arbeit leistet. Im Folgenden soll nun betrachtet werden, ob die Rahmenbedingungen für Soziale Arbeit in Notaufnahmen auch in Deutschland gewährleistet wären.

#### 4.3 Rahmenbedingungen in Deutschland

Da es bisher keine offiziellen Daten oder Informationen zu Sozialer Arbeit in deutschen Notaufnahmen gibt bzw. auch keine Informationen darüber, ob in Deutschland derzeit überhaupt Sozialarbeiter\*innen in einer Notaufnahme arbeiten kann hier nur auf die grundlegenden Bedingungen und Voraussetzungen die aktuell vorherrschen eingegangen werden. Kramer (2020) geht davon aus, dass die Sozialdienste in Deutschlands Krankenhäusern derzeit nicht in den Notaufnahmen integriert sind. Es ließen sich nur geringe Anzahl an Artikel finden, die von wenigen Autor\*innen verfasst wurden. Diese sprechen sich unisono für die Einführung Sozialer Arbeit in Notaufnahmen aus, sind innerhalb ihrer verfassten Beiträge aber kritisch und beleuchten mögliche Defizite und Hürden.

##### 4.3.1 Rechtliche Ausgangslage

Die gesetzlichen Regelungen für Soziale Arbeit in Krankenhäusern wurde bereits ausführlich unter „4.1 rechtliche Grundlagen und Aufgaben“ beschrieben. Zwei Aspekte sollen im Folgenden noch einmal genauer betrachtet werden, wenn es um die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Soziale Arbeit innerhalb der Notaufnahme geht. Nach §39 SGB V besteht für alle Patient\*innen der Anspruch auf Entlassmanagement. Entlassen im Sinne des Gesetzes kann nur eine Person die teilstationär bzw. vollstationär aufgenommen wurde (Kramer 2021, S. 901). Dies bedeutet einerseits, dass für Patient\*innen die nach wenigen Stunden direkt aus der Notaufnahme wieder nach Hause gehen, kein Anspruch auf Entlassmanagement besteht. Andererseits besteht dadurch zugleich die Möglichkeit, dass Patient\*innen die nachfolgend stationär aufgenommen werden, bereits in der Notaufnahme von Sozialarbeiter\*innen versorgt werden können. Alle medizinischen Tätigkeiten in der Notaufnahme werden mit den gesetzlichen Krankenkassen als

ambulante Leistungen abgerechnet. Mit dieser Gebührenordnung können derzeit ausschließlich Leistungen die von Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen durchgeführt werden, abgerechnet werden (Kramer 2020, S. 12). Das bedeutet folglich, dass Leistungen die von Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen geleistet werden, aktuell nicht abgerechnet werden können. Die Leistungen der Sozialen Arbeit sind durch das DRG-System somit aktuell nur im stationären Setting abrechnungsfähig. Gerade in Hinblick auf die derzeitigen Engpässe bei ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, ist ein frühzeitiger Beginn der Einleitung von Maßnahmen, die im Anschluss an die Krankenhausbehandlung stattfinden sollen, notwendig. Der Satz „*Die Entlassung beginnt mit der Aufnahme*“ wird in diesem Bezug häufig erwähnt und sollte nicht außer Acht gelassen werden. Der Faktor Zeit erweist sich als eine wichtige Ressource im Krankenhausumfeld und kann Einfluss auf die weitere Entwicklung Gesundheits- bzw. Krankheitsverlaufs der Patient\*innen haben.

Hinzu kommt eine weitere Möglichkeit, die aus Sicht der Sozialen Arbeit besonders relevant werden kann. Durch die gesetzlichen Anforderungen für Notaufnahmen die unter „*3.2 Aufgaben und gesetzliche Regelungen in bayerischen Notaufnahmen*“ bereits beschrieben wurden, ist festgelegt, dass Notaufnahmen ab Versorgungsstufe 2 eine 24-Stunden-Beobachtungsstation vorhalten müssen. „*Von daher liegt die Aufgabe beim Leistungserbringer, also der Notaufnahme selbst, eine sachgerechte Anschlussversorgung zu gewährleisten*“ (Kramer 2021, S. 901). Gerade hier sollte der Fokus auf Patient\*innen liegen, die neben einen geringeren medizinischen Handlungsbedarf vor allem sozialgelagerte Belastungsfaktoren ausweisen. Die schnelle Lösung sozialer Problematiken ist von hoher Bedeutung, da somit Wiedervorstellungen in der Notaufnahme innerhalb kurzer Zeit, und die Gefahr eines Drehtüreffekts, verringert werden kann (ebd.). Das frühzeitige Erkennen der vorhandenen Bedarfe sollte bereits in der Notaufnahme etabliert sein, um im Sinne des Patient\*innenwohls eine passgenaue Versorgung ermöglichen zu können (Kramer 2021, S. 902). Die aktuell stattfindende Reformierung der Notfallversorgung, bei der die bisher getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System, der integrierten Notfallversorgung (INZ), weiterentwickelt werden sollen, ist eine Möglichkeit Soziale Arbeit fest zu integrieren (Kramer 2021, S. 903). Ein Ziel der Reform ist die ganzheitliche und patient\*innenorientierte Versorgung noch spezifischer zu verfolgen. Es ist anzustreben diese Neustrukturierung nachhaltig zu nützen, um Soziale Arbeit in der Notaufnahme zu

verankern und die Finanzierung für geleistete Arbeit auch zu sichern (Kramer 2021, S. 904).

*„Eine Studie in klinischen Notfallambulanzen in Berlin ergab bereits 2003, dass die Notaufnahmen als niederschwellige Versorgungseinrichtung auch bei psychosozial bedingten Problemlagen eine wichtige Anlaufstelle sind, wobei sie weder personell noch strukturell darauf ausgerichtet sind“* (Kramer 2021, S. 904).

Dies lässt deutlich werden, dass Notaufnahmen, die sich am Patient\*innenwohl orientieren und einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen möchten, zugleich psychosoziale Aspekte mitdenken müssen. Hier könnten beispielsweise andere Modelle von Notaufnahmestrukturen mit ins Spiel kommen, die einen anderen Fokus setzen. Eine denkbare Form ist die sogenannte patient\*innenorientierte Notaufnahme (Kramer 2020, S. 12). Diese besteht aus einem multidisziplinären Team und soll als Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung fungieren. Neben der notfallmedizinischen, sollte zudem eine psychosoziale Beratungsstelle angeboten werden (Borde, Braun, David, S. 153). Es zeigt sich, dass eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema bereits in Teilen stattgefunden hat. Derzeit arbeiten trotz der gesetzlichen Möglichkeiten keine Sozialarbeiter\*innen in Deutschlands Notaufnahmen, da vor allem die Problematik einer nicht vorhandenen Refinanzierung besteht.

#### 4.3.2 Berufliche Qualifikation

Ein Aspekt, der bereits angeschnitten wurde ist die fehlende Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit auf bestimmte Arbeitsfelder. In den Kliniksozialdiensten arbeiten derzeit Sozialpädagog\*innen mit Bachelorabschlüssen und in den meisten Fällen sind keine speziellen Fort- und Weiterbildungen Voraussetzung. Gerade in Hinblick auf die weiter oben bereits begonnene Auseinandersetzung zum Thema Qualifikationen von Sozialarbeiter\*innen in Krankenhäusern, sollte kritisch hinterfragt werden, ob eine weitere Ausbildung oder eine speziell an die Notaufnahme angepasste Fortbildung als Grundvoraussetzung sinnvoll wäre. In den USA findet beispielsweise in den Masterstudiengängen eine erneute Spezialisierung statt, die konkreter auf das spätere Berufsfeld zugeschnitten ist (Dentler 2006, S. 5). Die jeweiligen Spezialisierungen wie *„child welfare or family services, mental health, clinical social work, school social work, substance abuse, criminal justice, gerontology“* werden in den USA als eigenständige Berufe anerkannt. Auch die Einhaltung der Qualitätsstandards von Sozialarbeiter\*innen wird an einer zentralen Stelle, dem *„National Council of Social Work Education“* überwacht (ebd.). Da sich bereits das Schul- und Universitätssystem zwischen Deutschland und den

USA stark unterscheidet, können die beiden Länder nicht im Detail miteinander verglichen werden. Dentler schreibt hierzu aber: *„Die deutsche Sozialarbeit sollte hier nicht den Fehler begehen, die internationale Entwicklung zu übersehen“* (Dentler 2006, S. 5f.). Eine Orientierung an Standards und Qualifikationen anderer Länder wäre in bestimmten Bereichen daher sicherlich hilfreich. Gezielte und fachspezifische Weiterbildungen sollen dabei keineswegs zur Spaltung oder Abwertung der Bachelorstudiengänge in Sozialer Arbeit führen, sondern zu einer Weiterentwicklung und der Möglichkeit einer Höherqualifizierung (Dentler 2006, S. 6). Der Masterabschluss in Klinischer Sozialarbeit erscheint in diesem Kontext als eine von mehreren passenden Qualifikationen. Die Auseinandersetzung mit Gesundheit, diagnostischen Verfahren, Erkrankungsformen des psychiatrischen Bereichs sowie die intensive Auseinandersetzung mit einem bestimmten Hard-to-reach-Klientel ist, im Kontext der Notaufnahme, als sehr relevant einzustufen. Je mehr Wissen eine Fachkraft generiert, desto höher ist zum einen die Qualität der Arbeit, gleichzeitig führt es zudem zu mehr Selbstbewusstsein und einer förderlichen Haltung dem eigenen Berufsstand gegenüber. Dies erscheint gerade in einem Arbeitsumfeld in dem andere, seit je her etablierte, Professionen agieren, besonders relevant. Selbstbewusstsein am Arbeitsplatz führt zugleich zu einem gesteigertem Selbstwirksamkeitsempfinden. Das Gefühl selbst etwas bewirken zu können und eine sinnhafte Tätigkeit zu erledigen, erweist sich als maßgeblicher Schutzindikator vor Burnout (Blossfeld et al. 2014, S. 123). Denn es zählt nicht nur die Gesundheit der Patient\*innen, sondern auch die der Mitarbeitenden innerhalb eines sehr anspruchsvollen Berufsbildes. Ein Anspruch an die Soziale Arbeit sollte aus den genannten Gründen sein, die fachlichen Standards stetig weiterzuentwickeln und Bezugswissenschaften auch aus dem betriebswirtschaftlichen Sektor an die Anforderungen der Sozialen Arbeit anzupassen (Müller-Baron, Kurlemann 2019, S. 175).

#### 4.3.3 Aktualität und Notwendigkeit aus Sicht der Sozialen Arbeit

Die psychosozialen Bedarfe der Patient\*innen werden aufgrund diverser gesellschaftlicher Einflüsse immer komplexer. Bisher werden sie aber gerade in der Notaufnahme weitestgehend ausgeklammert und wenig beachtet. Die Handhabung der Patient\*innen wird vor allem bei weiter steigenden Aufkommen immer schwieriger zu gewährleisten. Auch weil sich Phänomene wie der Drehtüreffekt immer häufiger zeigen, wenn Patient\*innen keine adäquaten Versorgungsstrukturen außerhalb der Notaufnahme aufgezeigt werden (Kramer 2021, S. 903). Kramer schreibt dazu:

*„Der demografische Wandel, die Zunahme geriatrischer Patient\*innen, die Zunahme psychischer Erkrankungen sowie die Veränderung familiärer Strukturen, die Zunahme*

*von Single-Haushalten, das Fehlen sozialer Netzwerke, die Migration, Gewalt im häuslichen Umfeld, psychische Belastungen, existenzielle Belastungen durch Arbeitslosigkeit, Armut, all dies sind Aspekte, die die Herausforderungen in Krankenhäusern im Allgemeinen und in den Notaufnahmen im Besonderen prägen, zumal sie auch die weitere Versorgung nach dem Aufenthalt erheblich beeinflussen. Hinzu kommen aktuell die wirtschaftlichen und psychosozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie, die noch nicht in vollem Ausmaß vorhersehbar sind“ (Kramer 2021, S. 903).*

Dies fasst viele der thematischen Schwerpunkte, aus dem im theoretischen Teil dieser Arbeit, gut zusammen. Es verdeutlicht zugleich, mit welcher Bandbreite an Themenkomplexen und Arbeitsaufträgen sich Sozialarbeiter\*innen im Kontext der Notaufnahme auseinandersetzen müssen. Bereits 2003 stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (SVR) mit Blick auf das Rettungswesen fest, dass verändernde gesellschaftliche Strukturen zu einer Zunahme von psychosozialen Notfällen führen (SVR 2003 S. 101). Als Gründe hierfür werden das Versagen sozialer Ressourcen in Familie, Lebensumfeld oder Gesellschaft genannt (ebd.). Im Bericht von 2018 erwähnt der SVR die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit auch im Übergang vom stationären zum bzw. auch innerhalb des ambulanten Sektors. Der Bericht stellt ebenfalls klar, dass die Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfs und die Einleitung geeigneter Maßnahmen der Sozialen Arbeit zufällt (SVR 2018, S. 482).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Patient\*innenzahlen in Deutschlands Notaufnahmen, nicht zuletzt aufgrund von vielen sozialgelagerten Problemstellungen, stetig ansteigen. Die Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen sind im Arbeitsalltag aufgrund diverser Ursachen stark belastet und oft fehlt die Zeit für die psychosozialen Belange der Patient\*innen. Soziale Arbeit ist seit vielen Jahren fest in die Krankenhausstruktur integriert und hat dort ein breites Spektrum an Aufgaben, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Gerade in Bayern fehlt es aber an gesetzlichen Verankerungen, in denen explizit Sozialarbeiter\*innen als für diese Aufgaben zuständig ernannt werden. Aufgrund der Trennung von stationären und ambulanten Leistungen könnte die Soziale Arbeit durch das DRG-System derzeit nicht in einer Notaufnahme finanziert werden. Dies ist gewiss ein Grund, weshalb in Deutschland daher derzeit auch keine Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen tätig sind. Dank der Krankenhausreform sowie der Reformierung der Notfallversorgung entstehen neue Möglichkeiten zur Integration von Sozialarbeiter\*innen. Durch die Notwendigkeit der Überwachungsstation in Notaufnahmen sowie einer möglichen Einführung von Vorhaltekosten bestehen zwei

grundlegende Faktoren, welche die Einführung der Sozialen Arbeit in Notaufnahmen bekräftigen.

Andere Länder weltweit zeigen die Notwendigkeit, die alleine aufgrund der vielfältigen Aufgabenbereiche Sozialer Arbeit deutlich werden. Im empirischen Teil der Studie soll daher herausgefunden werden, ob die Mitarbeitenden der bayerischen Notaufnahmen diesen Bedarf ebenfalls erkennen und wenn ja, welche Aufgaben sie als relevant für die Soziale Arbeit sehen. Diese inhaltlichen Fragestellungen können zugleich als Ziele der Forschung verstanden werden. Aus den theoretischen Grundlagen ergeben sich jedoch weitere Fragestellungen. Welchen Einfluss haben beispielsweise die Versorgungsstufen, die Lage der Notaufnahme sowie die unterschiedlichen Berufsgruppen auf die Einschätzungen der Befragten. Neben diesen Fragestellungen soll im Anschluss an die Erhebung der Transfer zu den weiteren Themengebieten aus dem theoretischen Teil hergestellt werden. All dies wird bei der Auswertung und der Analyse der Ergebnisse genauer betrachtet.

### III. Empirische Untersuchung

Im ersten Teil der Arbeit wird sich mit der gesellschaftlichen Ausgangslage, mit den Rahmenbedingungen der bayerischen Notaufnahmen und dem Tätigkeitsfeld Sozialer Arbeit in Notaufnahmen in anderen Ländern auseinandergesetzt. In den folgenden Kapiteln liegt der Fokus nun auf der methodischen Vorgehensweise sowie den Ergebnissen der empirischen Untersuchungen.

In der empirischen Sozialforschung lassen sich zwei grundlegende Paradigmen ausmachen. So wird zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden unterschieden. Die qualitative Forschung variiert in der Strukturierung der Offenheit abhängig vom jeweiligen Forschungsinteresse (Kaiser 2021, S. 5). Ziel ist die Rekonstruktion und Erfassung sozialer Situationen oder Prozesse der Lebenswelten der befragten Personen im Hinblick auf die Forschungsfrage. Der forschenden Person soll so der Zugang zu fachbezogenem Wissen der Befragten ermöglicht werden (Gläser, Laudel, 2010, S.). Das Forschungsinteresse liegt dabei meist auf Untersuchungsfeldern, die als wenig bekannt eingestuft werden und folglich erkundet und erforscht werden möchten (Schaffer, Schaffer 2020, S. 46). Während Interviewformen wie der Narrative Ansatz einen offenen Grad der Strukturierung aufweisen, zeichnet sich das für diese Forschung relevante Expert\*inneninterview durch einen halb strukturierten bzw. strukturierten Grad aus.

Die quantitative Sozialforschung weist ein naturwissenschaftlich-analytisches Vorgehen auf. Ziel ist die Untersuchung und Messung von Merkmalen der sozialen Wirklichkeit, dabei wird die sogenannte Ursache-Wirkungs-Relation mit fokussiert. Instrumente zur Erhebung der quantitativen Forschungsfragen sind Fragebögen, Inhaltsanalysen, Beobachtungen etc. (Bortz, Döring 2016, S. 63). Im weiteren Verlauf der Arbeit wird das quantitative Forschungsinstrument des Online-Fragebogens angewandt. Zunächst sollen jedoch die zeitlich eher stattgefundenen Expert\*inneninterviews betrachtet werden.

#### **5 Expert\*inneninterviews**

Da es, wie bereits erwähnt, nur wenig Literatur zum Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen gibt, musste für das Erstellen des Onlinefragebogens zunächst ein weiteres empirisches Design angewandt werden, das Expert\*inneninterview. Mithilfe der Expert\*innen sollte möglichen Wissenslücken aufgrund fehlender Literatur entgegengewirkt werden. So sehen auch Przyborski und Wohlrab-Sahr den großen Nutzen von Expert\*inneninterviews im Vorfeld einer Untersuchung, *“wenn es noch darum geht, das Feld abzustecken und den Forschungsgegenstand sowie den*

*Untersuchungsbereich genauer zu definieren“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2021, S. 157).*

### 5.1 Forschungsdesign

Beim vorliegenden Forschungsdesign handelt es sich um ein qualitatives Expert\*inneninterview. Diese empirische Methode stellt eine besondere Form der Erhebung dar. Das hängt zum einen mit der Definition von Expert\*innen im gesellschaftlichen Kontext zusammen. Des Weiteren steht es aber auch in enger Verbindung mit dem speziellen Wissen das Expert\*innen von anderen Personen unterscheidet. Qualitative Expert\*inneninterviews können als *„[...] systematisches und theoriegeleitetes Verfahren der Datenerhebung in Form der Befragung von Personen [...]“* (Kaiser 2021, S. 9) verstanden werden. Expert\*in ist im Rahmen der vorliegenden Forschung eine Person die über spezifisch komplexe Wissensbestände verfügt in Bezug auf die Ausübung eines bestimmten Berufes (Bogner, Menz 2009, S. 69). Da derzeit in den bayerischen Notaufnahmen keine Sozialarbeiter\*innen tätig sind, kamen die dort tätigen Professionen und Berufsgruppen als mögliche Expert\*innen in Frage. Diese sind Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen sowie Ärzt\*innen aus verschiedenen Fachdisziplinen, überwiegend aus dem internistischen und chirurgischen Bereich.

### 5.2 Gütekriterien bei Expert\*inneninterviews

Zur Überprüfbarkeit der wissenschaftlichen Qualität ist es notwendig, vergleichbare Maßstäbe in Form von Gütekriterien zu integrieren. In der quantitativen Sozialforschung gibt es klassische und allgemeingültige Gütekriterien, die unter *„8.2 Gütekriterien der quantitativen Forschung“* genauer beschrieben werden. Da sich die Gütekriterien bei quantitativen Forschungsmethoden meist auf bestimmte Messinstrumente beziehen, lassen sie sich nur schwer auf qualitative Untersuchungen übertragen. Denn für das qualitative Forschungsparadigma müssen die Kriterien unter anderem flexibler ausgelegt sein (Mayring 2016, S. 140f.). Bei Forschenden herrscht heute überwiegende Übereinstimmung, dass es für die qualitative Sozialforschung unerlässlich ist, auf Gütekriterien zurückzugreifen. Weniger Einigkeit besteht bisher bei der Wahl der Kriterien, aktuell gibt es eine Vielzahl an Kriterienkatalogen (Kuckartz 2018, S. 202). Im Folgenden soll Bezug auf Gütekriterien genommen werden, die nach Kaiser (2021, S. 9ff.) bei der Durchführung von Expert\*inneninterviews relevant sind.

So stellt zum einen die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Verfahren der Datenerhebung und Datenauswertung ein zentrales Kriterium dar. In der qualitativen Forschung weisen die Erhebungsinstrumente nicht denselben Grad der Standardisierung

auf wie quantitative Methoden. Dies führt dazu, dass Forschende mit dem exakt selben Erhebungsinstrument zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Das quantitative Kriterium der intersubjektiven Nachprüfbarkeit ist nicht erreichbar. Der Fokus im qualitativen Paradigma liegt daher auf der Nachvollziehbarkeit der Datenerhebung sowie deren Analyse. In Kapitel 6.3 wird aus diesem Grund genauer auf die Auswahl der Expert\*innen, die Beschreibung des Interviewleitfadens, die Interviewsettings und die Auswertungsmethode eingegangen (Kaiser 2021, S. 9).

Die theoriegeleitete Vorgehensweise als zweites Kriterium wird in der Sozialforschung breit diskutiert. Grundsätzlich wird darunter verstanden, dass sich bereits vorher theoretisch mit dem Themenkomplex auseinandergesetzt wird. Auch die Ergebnisse der Forschung werden am Ende mit bereits bestehenden theoretischen Überlegungen verknüpft (Kaiser 2021, S. 10). So fand im Fall dieser Arbeit, bereits mit der Erstellung der allgemeinen Forschungsfrage, nach der Analyse des Bedarfs Sozialer Arbeit in Notaufnahmen, eine Auseinandersetzung mit den bestehenden Strukturen und rechtlichen Gegebenheiten statt. Dies zeigt auch „I. *Theoretischer Rahmen*“, selbst wenn es bisher wenig Literatur im deutschsprachigen Raum zum konkreten Thema gibt.

Das dritte Kriterium beinhaltet die „*Neutralität und Offenheit des Forscher gegenüber neuen Erkenntnissen sowie anderen Relevanzsystem und Deutungsmustern*“ (Kaiser 2021, S. 11). Forschende sollten sich immer offen für Informationen und Antworten der Befragten zeigen, auch wenn diese nicht der eigenen Haltung zum befragten Thema übereinstimmen. Um der Einstellung entgegenzuwirken, dass die Interviews als bloße Bestätigung für bereits vorher angenommene Sachverhalte dienen, ist eine neutrale Rolle im Gespräch mit den Expert\*innen unabdingbar. Neutralität und Offenheit können unter anderem durch das Vermeiden von Suggestivfragen ermöglicht werden (Kaiser 2021, S. 11f.). Die Fragen des Interviews sollen unter 6.3.2 Interviewleitfaden und Pretest genauer betrachtet werden.

### 5.3 Planung und Durchführung der Expert\*inneninterviews

Die praktische Umsetzung der Interviews orientierte sich zur besseren Strukturierung des Prozesses an den Schritten der Planung und Durchführung nach Kaiser (Kaiser 2021, S. 16). Für die Planung und Durchführung waren nur die ersten sechs Schritte relevant und wurden im Folgenden teilweise zusammengefasst.

#### 5.3.1 Auswahl und Kontaktierung der Interviewpartner\*innen

Für die Rolle der Expert\*in standen zwei Berufsgruppen zur Auswahl. Um ein möglichst breites Spektrum an Informationen zu erhalten, lag es nahe, beide zu befragen. So wurden

zunächst vier Kliniken angeschrieben, ob bei Mitarbeitenden in den Notaufnahmen Interesse bestehe an einem Interview teilzunehmen. Die erste Kontaktaufnahme fand zweimal über E-Mail an die allgemeine Adresse der Notaufnahme, einmal direkt an die Chefärzt\*in statt. Das Kriterium für die Auswahl der Kliniken war die gute Erreichbarkeit für die Studentin und begründet sich daher aus praktischen Faktoren. Die weiteren Interviews wurden in Form von Snowball-Sampling eruiert (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2021, 235f.). Die bereits befragten Personen empfahlen Kolleg\*innen aus anderen Kliniken weiter, bei denen es vorstellbar war, dass sie sich zu diesem Thema gerne als Expert\*innen äußern würden. So entstanden insgesamt sechs Interviews in vier verschiedenen Kliniken aus Stadt und Landkreisen. Es wurden drei Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen sowie drei Ärzt\*innen befragt. Nach Vereinbarung der Termine wurde allen Expert\*innen der Fragebogen sowie die Einwilligungserklärung als PDF-Datei vorab zugesendet (siehe Anhang S. 2 und 7).

Die Expert\*inneninterviews dienen im Fall der vorliegenden Forschung als Grundlage für die Erstellung des Online- Umfragebogens. Aufgrund von fehlender Literatur ist es relevant, die Wissensbestände und subjektiven Wahrnehmungen der Mitarbeitenden in den Notaufnahmen zu erfahren. Dazu kann auf unterschiedliche Arten von Wissen zurückgegriffen werden, dem Betriebswissen, dem Kontextwissen und dem Deutungswissen (Kaiser 2021 48ff.). Mitarbeitende sind mit den Prozessen, Abläufen und Routinen der Notaufnahmen so vertraut wie niemand sonst (Kaiser 2021, S. 48f.). Sie verfügen über das nötige Betriebswissen, um einschätzen zu können, inwieweit Soziale Arbeit als eigenständige Profession innerhalb der Notaufnahme sinnvoll wäre und welche Aufgaben sie übernehmen könnte. Das Kontextwissen kann durch mehrere Zugänge erschlossen werden und wurde auch im Rahmen dieser Arbeit in mehreren Bereichen bearbeitet (Kaiser 2021, S.49f.). So können die gesellschaftliche Ausgangslage, die rechtlichen Begebenheiten auch durch Literaturrecherchen erschlossen werden. Dennoch ist es auch hier relevant zu erfahren, wie sich beispielsweise die konkreten neuen rechtlichen Rahmenbedingungen in der Umsetzung gestalten. Zuletzt kann in Expert\*inneninterviews auf das Deutungswissen der Befragten zurückgegriffen werden. Hierbei spielen die subjektiven Sichtweisen und Interpretationen eine relevante Rolle (Kaiser 2021, S. 50). Diese Wissensform spielt bei der vorliegenden Untersuchung eine tragende Rolle, da häufig nach den persönlichen Wahrnehmungen und Empfindungen gefragt wird. Diese lassen sich teilweise nicht konkret messen. Ein Beispiel hierfür ist die Frage danach wie häufig es vorkommt, dass Patient\*innen ohne medizinische Indikation in die Notaufnahme kommen. Die Schwierigkeit an der Beantwortung dieser Frage liegt

an der Einschätzung der Patient\*innen, da diese in den meisten Fällen, wenn sie eine Notaufnahme aufsuchen, sich selbst sehr wohl mit medizinischen Symptomen konfrontiert sehen. So entsteht häufig eine Diskrepanz zwischen den erhobenen medizinischen Fakten und dem Empfinden der Patient\*innen. Es obliegt retrospektiv den Expert\*innen einzuschätzen, wie häufig Patient\*innen tatsächlich ohne medizinische Indikation in der Notaufnahme erscheinen.

### 5.3.2 Interviewleitfaden und Pretest

Expert\*inneninterviews dient meist ein Leitfaden als Erhebungsinstrument (Przyborski, Wohlrab-Sahar, 2021, S. 157). Dieser steuert und strukturiert die Interviewsituation (Kaiser 2020, S. 8). Bei qualitativen Interviews liegt der Fokus des Leitfadens weniger darauf, eine Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews zu ermöglichen, er dient vielmehr als Unterstützung im Gespräch, um relevante Fragestellungen und Themen nicht außer Acht zu lassen (Bogner et al. 2014, S. 28). Abweichungen sowie unterschiedliche Verläufe der Gespräche sind daher anzunehmen und stellen im Rahmen von qualitativen Methoden keine Problematik dar.

Der Interviewleitfaden wurde thematisch in vier Kategorien unterteilt, wovon jede Kategorie mehrere Unterfragen aufweist (siehe Anhang S. 2). Die Kategorien lauten wie folgt:

- Kategorie 1: Krankheitsbilder Notaufnahme
- Kategorie 2: Ursachen zu steigenden Patient\*innenzahlen
- Kategorie 3: Aufgaben Soziale Arbeit
- Kategorie 4: Sonstiges

Der Leitfaden ist in Form einer Tabelle strukturiert. In der linken Spalte sind die Fragen den jeweiligen Kategorien zugeordnet, und rechts befindet sich die Erklärung sowie der Hintergrund zur Kategorie. Anhand der Erklärungen soll für die Expert\*innen besser nachvollziehbar sein, inwiefern die gestellten Fragen mit dem späteren Onlinefragebogen in Verbindung stehen.

In Kategorie 1 sollte eruiert werden, was häufige Notfälle sind und welchen Überpunkten sie zugeordnet werden können. Es sollte des Weiteren herausgefunden werden, wie mit Patient\*innen umgegangen wird, die ohne medizinische Notfallindikation in der Notaufnahme sind. Relevant für die Soziale Arbeit sind vor allem die Einsätze, in denen eine Soziale Indikation vordergründig ist. In der zweiten Fragenkategorie wurde u.a. auf eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland aus dem Jahr 2021 eingegangen. Diese beschreibt die steigenden Patient\*innenzahlen. Die

Fragen an die Expert\*innen richteten sich überwiegend an die möglichen Ursachen dieses Verlaufs. Sind möglicherweise gesellschaftliche und soziale Faktoren als Ursachen zu benennen? Dies wäre für die Soziale Arbeit eine wichtige Fragestellung, im Hinblick auf Prävention und Entlassmanagement. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit wurden in Kapitel 3 genauer thematisiert. Hierfür wurde zunächst kurz beschrieben, welche Aufgaben Sozialarbeiter\*innen im Ausland übernehmen. Im Interview sollten auch in dieser Kategorie mögliche Antwortkategorien für den Fragebogen gesammelt werden. In Kategorie 4 wurde lediglich nach Zugängen zu den Mitarbeitenden der Notaufnahmen gefragt, um herauszufinden welche Möglichkeiten es gibt den Fragebogen bestmöglich zu verteilen.

Ein Pretest wurde mit einer Gesundheits- und Krankenpflegerin durchgeführt. Es stellte sich vor allem bei Kategorie 2 heraus, dass die Befragte auf die Bereitschaftsdienstpraxen genauer einging, welche in der rechten Spalte als Hintergrundinformationen zu finden sind. Daher wurde bei den Expert\*innengesprächen die Möglichkeit gegeben, sich zu den Informationen in den Spalten ebenfalls zu äußern. Dies konnte ohne Umstellung des Fragebogens in die Gespräche einfließen.

### 5.3.3 Durchführung der Expert\*inneninterviews und Einwilligungserklärung

Die Interviews fanden in unterschiedlichen Settings statt, was überwiegend aufgrund des Schichtdiensts und familiärer Verpflichtungen (Interviewerhebung im Zeitraum der Sommerferien) zurückzuführen ist. So fanden vier Gespräche im privaten Umfeld der Interviewten statt. Zwei Interview mussten aufgrund der immer noch vorherrschenden pandemischen Lage als Videokonferenz abgehalten werden. Hierfür wurde ein Zoomlink an die Expert\*innen versendet. Die digitale Durchführung führte zu keinen Einschränkungen bei der Befragung.

Mit allen Expert\*innen wurde vor dem Interview eine Einwilligungserklärung besprochen und im Anschluss unterschrieben (siehe Anhang S. 7). Diese enthält weitere Informationen zum Inhalt der Masterarbeit. Im Weiteren werden die rechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben, auf die Freiwilligkeit, die Folgenlosigkeit sowie die Informiertheit hingewiesen. Abschließend wurde darauf hingewiesen, dass die Gespräche aufgezeichnet werden und die Gesprächsinhalte in anonymisierter Form als Grundlage für den Fragebogen dienen.

Nach dem Besprechen der Einwilligungserklärung wurde gefragt ob es vorab noch weitere Fragen gebe. Dies war bei keinem der Interviews der Fall, sodass direkt mit der Aufzeichnung und somit mit dem Interview begonnen werden konnte. Bei jeder

Fragenkategorie wurde zunächst die rechte Spalte mit den Hintergrundinformationen besprochen und im Anschluss daran mit einer ersten Frage begonnen. Der Fragebogen wurde als grobe Orientierung verwendet. Je nach Expert\*in wurden manche Fragen nicht, andere dafür sehr ausführlich beantwortet. Teilweise wurden mehrere Fragen zusammengefasst in einer Antwort genannt.

Bei Expert\*inneninterviews besteht eine besondere Art der Gesprächsführung. Ziel ist es, eine angenehme Situation des „*Miteinander-Redens*“ (Pfadenhauer 2009, S. 103) zu schaffen. Es soll ein „*quasi normales*“ Gespräch geführt werden (Pfadenhauer 2009, S. 103). Die Besonderheit bei den vorliegenden Interviews liegt darin, dass die Expert\*innen unter anderem zu einer bisher nicht dagewesenen Situation befragt werden. Sie werden in ihrer Rolle als Ärzt\*in oder Gesundheits- und Krankenpfleger\*in zu einer anderen Profession und deren Kompetenzen befragt. Dies stellt den Zugang dar, um ein Gespräch auf Augenhöhe zu ermöglichen, denn die Befragten sind darüber informiert, dass die Studentin selbst Sozialarbeiterin ist. So kann die Interviewerin zum einen als Co-Expertin und zugleich als vorinformierter Laie gesehen werden (Bogner et al. 2014, S. 49f.). Co-Expertin, weil sie den Bereich Soziale Arbeit als Professionsangehörige im Gespräch gewissermaßen repräsentiert, und als Laie, weil sie keine beruflichen Erfahrungen im Bereich der Arbeit in Notaufnahmen vorweisen kann.

#### 5.3.4 Sicherung der Ergebnisse

Alle Expert\*innen willigten ein, die Gespräche mit Tonband (Philips Voice Tracer) aufzunehmen. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 31 Minuten. Das Aufzeichnungsgerät lag während des Gesprächs seitlich zwischen der Interviewerin und der jeweiligen Expert\*in.

Die anschließende Sicherung der gewonnenen Informationen fand in Form eines Protokolls statt (siehe Anhang S. 11ff.). Alle gegebenen Antworten wurden im ersten Auswertungsschritt unter den jeweiligen Fragen festgehalten. Die Interviewerin protokollierte die erhobenen Daten zeitnah nach dem Gespräch. Dafür wurde die Tonbandaufzeichnung erneut angehört, und nach kurzen Sequenzen gestoppt um das Gehörte zu verschriftlichen. Die Protokolle stellen für die nachfolgende Analyse die Grundlage dar (Kaiser 2021, S. 109). Um einheitliches protokollieren zu ermöglichen wurde eine Vorlage erstellt, welche für alle Interviews genutzt wurde. Die Vorlage orientiert sich an den Fragestellungen der Fragentabelle (siehe Anhang S. 9).

## **6 Auswertung der Ergebnisse der Expert\*inneninterviews**

Im Folgenden wird genauer auf die Auswertungsmethode und die Ergebnisse der Expert\*inneninterviews eingegangen.

### **6.1 Auswertungsmethode**

Da die Expert\*inneninterviews hauptsächlich als Vorbereitung für die Onlineumfrage relevant sind, ist es nicht notwendig eine umfassende qualitative Inhaltsanalyse durchzuführen. Es ist ebenso hilfreich die in den Interviews erhaltenen Informationen, die sich in den Interviews finden lassen, zielgerichtet und strukturiert zu betrachten.

Die Auswertung folgt im Grundsatz den Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2018, S. 97ff.). Die Analyse der vorliegenden Materialien findet statt, indem Kategorien gebildet, weiterentwickelt und ausdifferenziert werden (Kuckartz 2018, S.97). In der ersten Phase des Ablaufmodells liegt der Fokus auf der initiierenden Textarbeit. Alle Interviews wurden nach der Protokollierung nochmals durchgelesen, und Stellen, die für die Onlineumfrage besonders wichtig erschienen wurden markiert (Kuckartz 2018, S.101).

Das Entwickeln von thematischen Hauptkategorien, die 2. Phase des Analyseprozesses, orientierte sich an den bereits bestehenden Kategorien des Fragebogens, sowie an den Fragestellungen (Kuckartz 2018, S. 101f.). Um eine bessere Übersicht zu gewährleisten, wurde eine thematische Zusammenfassung anhand einer Tabelle angelegt. In drei Themenmatrizes, die sich an den Hauptkategorien des Fragebogens orientierten, wurden die Spalten für die jeweiligen Themenkategorien genutzt. In jeder Spalte wurden die Informationen eines jeden Interviews nacheinander eingetragen. Relevant für die thematische Zusammenfassung erscheint vor allem die letzte Spalte bei der eine kategorienbasierte Auswertung stattfand (siehe Anhang S. 40).

In der 3. Phase, dem ersten Codierprozess, wurden alle Interviewprotokolle bearbeitet und alle Aussagen den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Dies wurde ohne weiteren Zwischenschritt direkt in die Themenmatrix eingefügt. Im Fall der vorliegenden Arbeit besteht eine Codiereinheit meist aus der gesamten Antwort auf die jeweilige Frage (Kuckartz 2018, S. 104). Für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevante Aussagen wurden nicht übernommen. Dadurch konnte das gesamte Material bereits stark reduziert werden. Die übernommenen Textstellen wurden für die Matrix nochmals gekürzt und zusammengefasst, sodass am Ende nur die zur Beantwortung der Frage inhaltlich relevanten Informationen bestehen blieben.

Phase 4 konnte mithilfe der thematischen Zusammenfassung behandelt werden. So erfolgte die Zusammenstellung der Textstellen die in der gleichen Kategorie codiert wurden, mit der kategorienbasierten Auswertung innerhalb der Themenmatrix.

Die 5. und 6. Phase sind im Rahmen dieser Forschungsarbeit weniger relevant. Für die weitere Verwendung der Daten in Bezug auf die Onlineumfrage mussten keine Subkategorien erstellt werden und daher entfiel auch die darauffolgende erneute Codierung des kompletten Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem (Kuckartz 2018, S.106ff.).

## 6.2 Ergebnisse

Als Zusammenfassung der Ergebnisse kann die kategorienbasierte Auswertung verstanden werden. In der Kategorie 1 des Fragebogens konnte zunächst festgestellt werden, dass sich die häufigen Erkrankungsbilder grundlegend in die Bereiche chirurgisch und internistisch untergliedern. Des Weiteren führen fast alle Befragten bereits eine Triage, also eine Erstsichtung der Patient\*innen durch. Hierbei werden die Patient\*innen nach der Dringlichkeit ihrer Symptome kategorisiert, es geht dabei weniger nach Krankheitsbildern. Schwerwiegende Fälle, für die zugleich am meisten Logistik vorgehalten wird, kommen laut der Befragten am seltensten vor (siehe Anhang S. 43 Spalte 2).

Zu den häufigsten Ursachen für das Aufsuchen einer Notaufnahme ohne medizinische Indikation wurden kleinere Probleme wie Überforderung und Unwissenheit aufgezählt. Im Zusammenhang mit dieser Frage fiel zum ersten Mal der Begriff der Sozialen Indikation. Von allen Befragten wurde diese aufgrund von Versorgungsproblematiken als eine stark zunehmende Ursache beschrieben. Es handele sich hierbei oft um alte Menschen, die von ihren ebenfalls alten Ehepartner\*innen nicht mehr ausreichend versorgt werden können. Auch Obdachlosigkeit wurde als ein Punkt genannt, weshalb Menschen häufig ohne akutmedizinische Problematiken in die Notaufnahme gebracht werden (siehe Anhang S. 43 Spalte 3).

Auf die Frage wie häufig Patient\*innen ohne medizinische Indikation vorkommen, wurde eine Antwortrange von zwischen 3-5 Patient\*innen pro Tag bis hin zu zweimal wöchentlich angegeben. Einigkeit herrschte über den Anstieg solcher Fälle. Der Großteil der Befragten sprach von einer zunehmenden Herausforderung und großen Problematik, die im Umgang mit diesen Patient\*innen entstehen. Patient\*innen mit sozialer Indikation werden bei allen Befragten großzügig aufgenommen, da eine tatsächliche Versorgungsproblematik besteht (siehe Anhang S. 43 Spalte 3). Trotzdem sind sie eigentlich im Krankenhaus nicht an der

geeigneten Stelle. Menschen, bei denen keinerlei medizinische oder soziale Indikation besteht, sollen durch Triage herausgefiltert werden. Sie werden dann an andere Stellen vermittelt, z.B. Hausarztpraxen oder Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), oder nach Hause geschickt (siehe Anhang S. 43 Spalte 3). Die Dokumentation stellt, laut den Befragten, eine große Problematik dar. Die Soziale Indikation sei nur bedingt abrechnungsfähig. Bei diesem Thema kam es zu unterschiedlichen Aussagen der Befragten. Meist wird bei der sozialen Indikation eine bereits bestehende Vorerkrankung oder eine akute geringfügige medizinische Problematik als vordergründig angegeben, um so die stationäre Aufnahme zu rechtfertigen (siehe Anhang S. 43 Spalte 4).

In der Kategorie 2 berichteten die Expert\*innen, dass die Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahme immer geringere Relevanz aufweisen. Es bestünden immer mehr Unsicherheiten bei den Patient\*innen und sie kämen wegen allem in die Notaufnahme. Die Alterspyramide und die alternde Gesellschaft seien Aspekte, die sich in den letzten Jahrzehnten deutlich mehren. Der Anstieg an älteren Menschen führt zu mehr Versorgungsproblematiken und zusätzlich weist die Gruppe häufig komplexe Erkrankungen auf (siehe Anhang S. 44 Spalte 2). Ein weiteres Thema sei, laut den Befragten, dass keiner mehr Verantwortung übernehmen möchte. Weder die Personen selbst über ihre eigene Gesundheit, noch Personal in Altenheimen und Hausärzt\*innen über das weitere Behandlungsprozedere. Es komme daher immer häufiger zu solchen „Abschiebesachen“ (siehe Anhang S. 37) der Menschen in Notaufnahmen. Eine weitere Ursache sei die aktuelle Lage in den Hausärzt\*innen-Praxen. Es gebe kaum noch Hausbesuche, die Präsenzzeiten seien auf ein Minimum reduziert und es brauche mittlerweile auch Termine ähnlich wie Facharztpraxen, wo mit langen Wartezeiten zu rechnen ist. Daher sei die aktuell vorhandene Überversorgung in den Notaufnahmen ein leichter Weg, um an eine umfassende professionelle Diagnostik in kurzer Zeit zu kommen. Mehrere Expert\*innen sprachen auch die Weiterversorgung am Lebensende als ein großes Thema an. Die Befragten konnten auch allen genannten Punkten im Fragenkatalog zustimmen (siehe Anhang S. 44 Spalte 3).

Bei der 3. Kategorie, den Aufgaben der Sozialen Arbeit, konnte zunächst festgestellt werden, dass die Befragten bisher kaum Informationen besitzen, was Soziale Arbeit für Aufgaben übernehmen könnte, bzw. welche Aufgaben sie im Ausland aktuell bereits übernimmt. Keine der Expert\*innen hat im aktuellen Arbeitsumfeld Kontakt zum Sozialdienst des Krankenhauses. Alle Interviewpartner\*innen fänden es sinnvoll, wenn Soziale Arbeit in der Notaufnahme mitarbeiten würde z.B. in Form des Kliniksozialdienst

der bei Bedarf gerufen werden kann. Wichtig sei dies vor allem im Hinblick auf die Neustrukturierung der Notaufnahmen, aufgrund der bereits beschriebenen Gesetzesänderung (siehe Anhang S. 46f. Spalte 2). Eine Person nannte, dass die Priorität zwar auf einer besseren Besetzung der Pflegekräfte liege, es jedoch trotzdem hilfreich wäre (siehe Anhang S. 33). Die meisten Befragten, berichteten, dass Soziale Arbeit in den Notaufnahmen eine Entlastung darstellen würde. Wichtig sei aber eine klare Rollenverteilung und ein klares Aufgabenprofil, wer welche Aufgaben übernimmt (siehe Anhang S. 46 Spalte 3).

Aufgaben, die häufig von den Interviewten genannt wurden, waren z.B. die Organisation von Rück- und Weiterverlegungen, die Begleitung von psychischen Dekompensationen sowie alkoholisierten Kindern und Jugendlichen und deren Elternarbeit. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Unterstützung geflüchteter Menschen beispielsweise bei Versicherungen, und das Überwinden von Sprachbarrieren. Diagnosevermittlung, Netzwerkaufbau und das Schließen von Kommunikationslücken zwischen Notaufnahme und weiteren Akteuren, z.B. Station oder Altenheim, seien weitere relevante Aufgaben. Ein großer Themenbereich, der auch in Verbindung mit der Sozialen Indikation häufig genannt wurde, seien Klärungsgespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. die zugehörige Planung. Im Rahmen dessen solle Soziale Arbeit die häusliche Versorgung sicherstellen und ambulante Alternativen aufzeigen, z.B. durch ambulante Wundzentren, Pflegedienste, Nachbarschaftshilfe oder eine Anbindung an die ambulant psychiatrische Versorgung. Eine Entlastung für das Team der Notaufnahme würde durch die Begleitung bei schwierigen Gesprächen entstehen, z.B. bei Sucht und Konfliktthemen, Intoxikationen, Sterben, Tod und Trauer in der Notaufnahme sowie die Begleitung und Betreuung von Angehörigen. Die Vermittlung an externe Sozialpädagog\*innen sei ein weiterer Punkt z.B. bei Obdachlosigkeit (siehe Anhang S. 46f. Spalte 4).

### 6.3 Fazit

In der ersten Kategorie zeigt sich, dass Triage und die Aufteilung in chirurgische und internistische Fälle eine gängige Praxis bei allen Befragten darstellen. Die Fokussierung auf Symptomgruppen erscheint nach den Interviews als weniger relevant, vielmehr kann Triage als bekannt vorausgesetzt werden und könnte im Onlinefragebogen verwendet werden. Ebenso fiel bei allen Beteiligten der Begriff „*Soziale Indikation*“. Es besteht daher die Möglichkeit, auf diesen Begriff im späteren Fragebogen zurückzugreifen. Psychiatrische Diagnosen scheinen eine kleinere Rolle in der Versorgung zu spielen, psychische Entgleisungen und Dekompensationen fordern jedoch, gerade im Hinblick auf das Zeitmanagement, die Teams der Notaufnahmen. Zu den Ursachen der steigenden

Patient\*innenzahlen konnten weitere Aspekte gefunden werden, die ebenfalls bei der Onlineumfrage verwendet werden können.

Insgesamt zeigten sich die Befragten sehr offen für das Thema. Dies erschloss sich durch die offene Gesprächsweise während der Interviews. Auffallend war, dass wenig Vorwissen über mögliche Aufgaben der Sozialen Arbeit bestand. Dies ist eine zentrale Erkenntnis im Hinblick auf den Onlinefragebogen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies die Wissensgrundlage bei vielen der Befragten in der Onlineumfrage darstellen wird. Die Expert\*innen konnten vor der Frage C in Kategorie 3 aus eigenen Überlegungen heraus nur wenige Aufgaben nennen die Soziale Arbeit übernehmen könnte. Bei den aufgeführten Beispielen konnten jedoch alle zustimmen und bezeichneten die genannten Aufgabenbereiche als hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten. Die oben aufgeführten Antworten der Expert\*innen werden im Hinblick auf mögliche Antwortkategorien für die Onlineumfrage relevant. Zudem wird es notwendig sein, dass die Befragten nicht nur aus bereits vorgegebenen Antworten auswählen können, sondern auch die Möglichkeit besteht, eigene Kommentare und individuelle Antworten zu verfassen.

Mithilfe der Onlineumfrage soll im Folgenden nun herausgefunden werden, ob zum einen die bisher erhobenen Informationen durch die Expert\*innen bestätigt oder widerlegt werden. Es soll zudem aufgezeigt werden, wie eine größere Teilnehmer\*innenzahl zum Thema der Sozialen Arbeit in Notaufnahmen steht. Ein weiterer relevanter Aspekt stellt der edukative Faktor dar. Der Fragebogen soll, neben der Datengewinnung für die Studentin, zugleich Informationen an die Teilnehmer\*innen des Fragebogens vermitteln. Da Soziale Arbeit in Notaufnahmen, auch laut der Expert\*inneninterviews, bisher kaum bekannt ist, sollen die Befragten mehr über dieses in Deutschland neuartige Feld in Erfahrung bringen. Des Weiteren ist der Aufklärungsaspekt auch relevant, um valide Antworten zu erhalten. Ohne das Wissen über die möglichen Aufgabenbereiche von Sozialpädagog\*innen in Notaufnahmen können die Befragten auch nur bedingt auf die gestellten Fragen antworten. Dies könnte mögliche Verzerrungen als Folge haben.

## **7 Die Studie SoANa**

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit dem zweiten Teil der empirischen Untersuchung. Es behandelt unter anderem die Erstellung, Ausführung sowie die Ergebnisse der Onlineumfrage. Die Studie SoANa, Soziale Arbeit in Notaufnahmen, baut auf den Ergebnissen der Expert\*inneninterviews auf. Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob sich zum einen die Ergebnisse der Expert\*inneninterviews bestätigen lassen, also ob auch die Teilnehmer\*innen an der Onlineumfrage einen Bedarf an Sozialer sehen.

Zugleich soll eruiert werden, welche Aufgaben für die Soziale Arbeit zukünftig entstehen können. Außerdem wird beleuchtet, ob Variablen wie die Versorgungsstufen, die Krankenhauslage sowie die unterschiedlichen Berufsgruppen die Ergebnisse der Untersuchung beeinflussen und inwieweit auf Einflussfaktoren bei einer möglichen Umsetzung geachtet werden muss.

Zur besseren Erkenntlichkeit wurden die Antwortkategorien des Fragebogens in der Beschreibung sowie in der Auswertung wörtlich zitiert. Die Literaturangabe erfolgte im Fließtext durch Angabe der Nummer, zu der die jeweiligen Antwortkategorien im Fragebogen zugeordnet wurden.

### 7.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine empirisch-quantitative Umfrage in Form eines standardisierten Fragebogens. Als Grundregeln der Anwendung gelten sprachlich klar, strukturierte Vorlagen, die eine einheitliche Beurteilung anhand gleicher Kriterien ermöglichen. Fragebögen dienen der Sozialen Arbeit auf unterschiedlichste Weise. In den meisten Fällen wird es als Erhebungsinstrument zur Validierung wichtiger Daten eingesetzt und kann zu Evaluationszwecken für die Handlungs- und Grundlagenforschung verwendet werden (Schneider 2013, S. 24). Das Ex-Post-Facto-Design erscheint für die vorliegende Arbeit als geeignetstes Forschungsdesign. Zunächst werden mit Hilfe des Fragebogens Daten und Informationen gesammelt, die erst im Anschluss auf ihre verschiedenen Merkmale hin untersucht werden (Schaffer, Schaffer 2020, S. 72f). Da bei der SoANa Studie neue Daten gewonnen werden sollen, wird darauf verzichtet sie im Vorhinein auf bestimmte Merkmale hin zu unterscheiden. Die Studie lässt sich ferner dem Querschnittsdesign zuordnen. Das bedeutet, dass die Daten einmalig innerhalb eines bestimmten Zeitraums erhoben werden. Da sich bei der vorliegenden Arbeit das Interesse der Forschungsfrage auf die aktuellen Begebenheiten innerhalb der Notaufnahme bezieht (Schaffer, Schaffer 2020, S. 60), erscheint der Einsatz einer Querschnittserhebung als gut geeignet.

Um die notwendigen Informationen von den Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen zu erhalten, wurde für die Erhebung der Daten ein standardisierter Onlinefragebogen entworfen. Die Fragen wurden zunächst in einem Word-Dokument gesammelt und im Anschluss mit der Onlinefragebogen-Software SoSci Survey erstellt und programmiert. Fragebögen als Erhebungsmethode lassen eine systemische und strukturierte Messung von empirischen Sachverhalten zu. Als quantitative Auswahlmethode wurde die einfache Zufallsstichprobe gewählt. Da im Fall der vorliegenden Arbeit die Grundgesamtheit in Form

von allen bayerischen Notaufnahmen bekannt ist, hatten somit auch „*theoretisch alle Elemente der Grundgesamtheit die gleiche Chance [...] in die Stichprobe einbezogen zu werden*“ (Schaffer, Schaffer 2020, S. 108). Die Möglichkeiten einer Vollerhebung sind trotz des Wissens über die Grundgesamtheit nicht möglich, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen zur Teilnahme bereit sind, selbst, wenn alle Zugang zur Online-Umfrage hätten. Ein weiterer Faktor ist die Größe der Grundgesamtheit. Diese lässt sich kaum berechnen, da unklar ist wie viele Mitarbeiter\*innen pro Notaufnahme arbeiten. Die Umfrage basiert auf Freiwilligkeit, daher können keinerlei Rückschlüsse gezogen werden, wer sich an der Umfrage beteiligt.

Erst nach Abschluss der Befragung werden die gewonnenen Informationen ausgewertet und in Hinblick auf die Forschungsfrage sowie mit der bereits vorhandenen theoretischen Ausarbeitung verglichen. Die Auswertung findet durch eine statistische Datenanalyse statt und macht zum einen die bereits erwähnte Verbindung von Empirie und Theorie möglich. Auch können die Daten beschreibend verdichtet und auf ihre Verallgemeinerbarkeit hin geprüft werden (Schaffer, Schaffer 2020, S. 137).

## 7.2 Gütekriterien der quantitativen Forschung

Das Ziel dieser Studie ist es, möglichst exakte Daten zu erhalten, um sie im Anschluss vergleichen zu können. Die Erhebung soll die aktuelle Situation und die Einschätzungen der Mitarbeitenden möglichst genau wiedergeben. Um etwaige Messfehler gering zu halten, dienen die Gütekriterien quantitativer Forschung als Orientierung (Raithel 2008, S. 44f.). Zu den Hauptgütekriterien zählt die Validität, die Reliabilität sowie die Objektivität (Richter, Paier, Reiger 2021 S. 69).

Validität meint den „*Grad der Gültigkeit der wissenschaftlichen Aussagen*“ (Döring, Börtz 2016, S. 93). Betrachtet man die Validität in Zusammenhang mit Onlinebefragungen kann die Anonymität, die aufgrund des Onlinezugangs entsteht, bei großen Befragungen zu mehr Offenheit der Teilnehmer\*innen führen. Teilnehmer\*innen die den Fragebogen ohne persönlichen Bezug zum Thema ausfüllen, sogenannte „*Spaßteilnehmer\*innen*“, können nicht ausgeschlossen werden (Batinic 2003, S. 147). Da bei einer Teilnahme keine Gratifikationen ausgesetzt wurden, ist es eher unwahrscheinlich, dass sich viele Personen die nicht selbst in Notaufnahmen arbeiten, angesprochen fühlen und teilnehmen. Auch die genannte Bearbeitungszeit von 10 bis 15 Minuten spricht dagegen, dass Personen zum persönlichen Vergnügen an der Umfrage teilgenommen haben (ebd.). Die Validität gilt als starkes Gütekriterium da es aufgrund von verschiedenen Formen eine besondere Komplexität beinhaltet (Richter, Paier, Reiger 2021 S. 71). Die Inhaltsvalidität ist gegeben,

wenn alle relevanten Aspekte durch die Messung berücksichtigt werden (Richter, Paier, Reiger 2021 S. 72). Da sich die inhaltliche Gestaltung des Fragebogens aufgrund der fehlenden Literatur als schwierig gestaltete, wurden bereits im Vorhinein Expert\*inneninterviews geführt um Informationen aus dem Befragungsfeld zu erhalten. Auch der Pretest wurde von Mitarbeiter\*innen beider Berufsgruppen ausgeführt, sodass offensichtliche Fehlerquellen minimiert werden konnten. Die Kriteriumsvalidität sowie die Vorhersagevalidität sind für die Studie SoANa nicht anwendbar, da vergleichbare Studien größtenteils fehlen, bzw. bei bestehenden Studien mögliche Korrelationen nicht von Forschungsinteresse sind. Die Konstruktvalidität stellt eine der wichtigsten Formen dar, denn sowohl die Inhalts,- als auch die Kriteriumsvalidität können oftmals nicht angewandt werden (Raithel 2008, S. 49). Die Konstruktvalidität liegt vor, wenn Zusammenhänge von inhaltlichen Aussagen mit bereits bestehenden theoretischen Konstrukten hergeleitet werden können. Dabei geht es nicht um einzelne Aspekte sondern um eine höhere Anzahl von Kriteriumswerten die auf Theoriebasis miteinander verbunden sind (Richter, Paier, Reiger 2021 S. 72). Diese Verknüpfung wird unter „9. Auswertung der Ergebnisse“ eine Rolle spielen, denn dort sollen die im Theorieteil gesammelten Informationen mit den erhobenen Daten der Studie verglichen werden.

Die Reliabilität stellt die Genauigkeit einer Messung dar und inwieweit sie reproduzierbar ist (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2021, S. 24). Wird das Messinstrument mehrfach angewandt, sollte stets das gleiche Ergebnis erzielt werden. Getestet wurde dies, indem zwei der Personen, die den Pretest durchgeführt haben, diesen vier Wochen später und nach dem keine Abänderungen mehr vorzunehmen waren erneut durchführten (Richter, Paier, Reiger 2021 S. 70). Es kam zu keinen Abweichungen bei den Ergebnissen, sodass sich der zu messende Sachverhalt über die beiden Messzeitpunkte hinweg als stabil zeigte (ebd.). Dieses Testverfahren wird auch als Test-Retest-Methode bezeichnet (ebd.).

Das dritte und letzte Kriterium, die Objektivität, ist gegeben, wenn die Befunde unabhängig von der forschenden Person, die das Messinstrument anwendet, einheitlich sind (Raithel 2008, S. 45). Objektivität würde beispielsweise bestehen, wenn verschiedene Forscher\*innen mit dem gleichen Erhebungsinstrument auf dieselben Ergebnisse kommen (Richter, Paier, Reiger 2021, S. 69). Die Objektivität bezieht sich auf alle Phasen des Forschungsprozesses und findet daher bei der Durchführung, der Auswertung sowie der Interpretation Anwendung. Die Durchführungsobjektivität bei der SoANa-Studie wird durch den standardisierten Fragebogen ermöglicht. Störeinflüsse können dadurch umgangen werden und jede Person, die an der Umfrage teilnimmt, hat denselben festgelegten Fragebogen (Moosbrugger, Kelava 2020, S. 18). Von einer

Auswertungsobjektivität kann ausgegangen werden, da bereits vor der Auswertung mithilfe des Onlineprogramms SoSci Survey festgelegt werden konnte, auf welche Merkmalsausprägungen hin die Antworten ausgewertet werden. Bei den im Fragebogen verwendeten Multiple-Choice-Antwortmöglichkeiten, ist eine objektive Auswertung, die unabhängig von der durchführenden Person ist, möglich (Moosbrugger, Kelava 2020, S.19). Die Interpretationsobjektivität ist im Fall der vorliegenden Studie möglich, indem als Referenzen die erhobenen Daten innerhalb einer Frage miteinander verglichen werden (Moosbrugger, Kelava 2020, S. 21). Weiterführende Schlussfolgerungen zählen nicht zur Interpretationsobjektivität und sind im Rahmen der SoANa-Studie grundsätzlich nur mit internationalen Daten möglich. Zusammenfassend erfüllt die Studie die Gütekriterien weitestgehend.

### 7.3 Datenschutz

Aufgrund der Größe der Grundgesamtheit und des Onlineformats ist die Wahrung der Anonymität leichter zu ermöglichen als bei anderen Erhebungsarten. Dennoch wurde auf die Abfrage des Geschlechts und des Orts an dem sich die Arbeitsstätte befindet verzichtet. Dies nicht nur um die persönlichen Angaben zu schützen sondern auch, weil diese Daten für die Studie keine Relevanz haben. Die Software SoSci Survey, mit welcher der Fragebogen entwickelt wurde, sichert zudem zu, dass die Daten rechtskonform erhoben werden und die Privatsphäre der Befragten geschützt wird. Dies wird zum einen durch eine Infrastruktur mit einer sicheren Software und einem zertifizierten Rechenzentrum innerhalb Deutschlands ermöglicht. Des Weiteren unterliegen die erhobenen Daten gesetzlichen Regelungen und es wird auf die Erhebung von Cookies oder IP-Adressen verzichtet (Leiner 2019). Im Fragebogen werden zwei personenbezogene Daten erhoben. Es wird einmal nach der Berufsbezeichnung und nach der Anzahl der Berufsjahre gefragt. Dies könnte bei einer kleinen Grundgesamtheit problematisch werden, da der Fragebogen jedoch an über 50 Kliniken versendet wurde kann nicht nachvollzogen werden, wer den Fragebogen erstellt hat.

### 7.4 Pretest

Um eine erfolgreiche Hauptbefragung gewährleisten zu können, wurden vorab Pretests durchgeführt. Der technische Pretest wurde von der Studentin selbst durchgeführt. Hierbei kam es zu keinen durch die Studentin erkennbaren Fehlern. Einige Problematiken wurden bereits vorab durch intensive Prüfung des Fragebogens behoben. Die Skip-Funktion musste beispielsweise mehrmals angepasst werden, da durch Verschiebungen anderer Seiten die falsche Programmierung hinterlegt war. Der inhaltliche Pretest wurde von drei Personen durchgeführt. Von Zwei Personen, die direkt aus dem zu befragenden Berufsfeld

stammen, sowie einer Person, die derzeit nicht in einer Notaufnahme tätig ist, jedoch einen medizinischen Beruf ausübt. Bei den Testpersonen kam es zu keinen Verständnisproblematiken. Es wurden zwei grammatikalische Fehler ausgebessert. Nachdem die Pretests mit anschließender Korrektur als erfolgreich bewertet wurden, konnte er für die bereits erwähnte Test-Retest-Methode erneut angewandt werden und im Anschluss daran freigegeben, und unter realen Bedingungen eingesetzt werden. Das Erhebungsinstrument des Fragebogens zeigt sich mithilfe der Pretests als reliabel und angemessen, um mit der Erhebung der Daten zu beginnen.

### 7.5 Aufbau des Fragebogens

Der Aufbau des Fragebogens orientierte sich grob am Leitfaden der Expert\*inneninterviews. Hier soll ein erster Überblick zur inhaltlichen Gestaltung des Fragebogens gegeben werden (siehe Anhang S. 52). Auf die ausführliche Aufzählung einzelner Antwortkategorien wird hier verzichtet. Bei der Auswertung des Fragebogens wird auf die Antwortmöglichkeiten explizit eingegangen. Bei den Fragestilen wurde variiert um die Aufmerksamkeitsspanne der Befragten aufrecht zu erhalten. Zugleich ermöglicht es, dass bei der Auswertung auf verschiedene Skalenniveaus zurückgegriffen werden kann. Im Fragebogen wurden sowohl nominale Skalenniveaus, bei denen die Variablen anhand ihrer Ausprägungen unterschieden werden können, ordinale Skalenniveaus, bei denen die unterschiedlichen Ausprägungen gemessen und sortiert werden können sowie metrische Skalenniveaus benutzt. Bei Letzteren ist es zudem möglich die Abstände zwischen den einzelnen Ausprägungen zu berechnen (Jann 2005, S. 14ff.). Auf Suggestivfragen wurde verzichtet und bei Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten wurden Freitextfelder eingerichtet, um auch andere Antworten zuzulassen. So wurden folgende Fragetypen verwendet: Dropdown-Auswahl (2 mal), einfache Auswahl (9 mal), Ja/Nein (1 mal), Skala nie bis sehr häufig (3 mal), Horizontale Auswahl (1mal), Mehrfachauswahl (9 mal), Rangordnung (1 mal) und offene Texteingabe (1 mal). Vier dieser Fragen wurden als Filterfrage angewandt. Zunächst wurden die allgemeinen Informationen zum Arbeitsbereich abgefragt. Die beiden ersten der insgesamt fünf Fragen dieser Rubrik befassten sich mit der Berufsgruppe sowie mit dem Standort des Krankenhauses in Stadt oder Landkreis. Frage drei und vier erfragten die Jahre in denen die befragte Person bereits in diesem Beruf arbeitet und wie lange sie bereits in einer Notaufnahme arbeitet. In Frage fünf sollten die Befragten angeben, in welcher Stufe der Notfallversorgung sich das Krankenhaus in dem sie aktuell arbeiten, befindet. Hierzu gab es neben den Antwortoptionen auch die Möglichkeit, sich Informationen zu den einzelnen Stufen einzuholen und zwar durch das Klicken auf einen Info-Button.

In der zweiten Rubrik lag der Fokus auf den Krankheitsbildern innerhalb der Notaufnahme. Dort gaben die Expert\*inneninterviews Aufschluss darüber, dass einzelne Krankheitsbilder nicht so relevant seien, sondern viel mehr die Einschätzung der Schwere der Symptome. Daher konzentriert sich diese Rubrik auf die Triage. In Frage sechs wurde zunächst abgeklärt, ob die befragten Personen bereits mit einem Triage-System arbeiten. Lautet die Antwort „Ja“ sollten sie unter Frage sieben auswählen oder selbst ergänzen welches Triage-System genutzt wird. Falls sie bisher mit keinem Triage-System arbeiten wurden, sie direkt zu Frage acht weitergeleitet. Beispielhaft am Manchester-Triage-System wurde gefragt, welche Patient\*innengruppen nach Einschätzung der Befragten am häufigsten in der Notaufnahme vorkommt. In Frage neun, zehn und elf sollte in Erfahrung gebracht werden, wie häufig Patient\*innen ohne medizinische Indikation die Notaufnahme aufsuchen, mit welchen Problemstellungen sie kommen und welche Gründe dafür gesehen werden. Nach dem Umgang mit Patient\*innen, bei denen keine notfallmedizinische Indikation besteht wurde in Frage zwölf gefragt. Frage 13 sollte in Erfahrung bringen, wie die Dokumentation erfolgt, wenn keine medizinische Indikation bei den Patient\*innen vorliegt.

Mithilfe der dritten Rubrik *„Ursachen für die steigenden Patient\*innenzahlen“* sollte mit Frage 14 zunächst herausgefunden werden, welche möglichen Ursachen es für den Anstieg innerhalb der letzten fünf bis zehn Jahre gibt. Dabei sollten alle Fragen innerhalb dieser Rubrik unabhängig von der Corona-Pandemie betrachtet werden. Frage 15 stellte nochmals Bezug zum Triage-System her, in dem es danach fragte, in welcher Kategorie nach MTS der höchste Anstieg zu verzeichnen sei. Frage 16 und 17 beschäftigen sich mit der Aufnahme aufgrund von Sozialen Indikationen. Hier konnten die Befragten ebenfalls mithilfe des Info-Buttons mehr zum Begriff der Sozialen Indikation erfahren.

Die vierte und letzte Rubrik setzte sich mit dem Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen auseinander. In Frage 18 sollten die Befragten mitteilen, ob aus ihrer Sicht Bedarf besteht Sozialarbeiter\*innen in das Team der Notaufnahme zu integrieren. Auf der nächsten Seiten hatten die Befragten die Möglichkeit, sich Informationen zu Social Work in Emergency Rooms durchzulesen (siehe Anhang S. 57). Es wurde Folgendes dazu geschrieben:

*„Da Soziale Arbeit in Notaufnahmen in Deutschland bisher kaum bekannt ist gibt es hier einige Informationen, wie "Social Work in Emergency Rooms" in Ländern wie USA, England und Schweden arbeitet. Zu den Hauptaufgaben zählen beispielsweise das Entlassmanagement direkt aus den Notaufnahmen und die damit verbundene Zusammenarbeit mit Kooperationspartner\*innen wie z.B. Altenheimen. Die*

*psychosoziale Betreuung der Betroffenen sowie der Angehörigen bei psychischen Dekompensationen, Trauer und Tod fällt ebenso in das Aufgabengebiet. Zudem fungieren Sozialarbeiter\*innen in den genannten Ländern häufig als Kulturvermittler\*innen bei vorhandenen Sprachbarrieren, als erste Kontaktperson bei Gewalt und Missbrauch oder auch als Ansprechpartner\*innen bei Drogenkonsum und Themen wie Obdachlosigkeit.“*

Dies sollte neben der reinen Informationsgewinnung einen edukativen Aspekt in die Onlineumfrage mit einbringen. Auf Grundlage dieser Informationen wurde dann Frage 19, wörtlich fast identisch wie Frage 18, gestellt, hinzugefügt wurde lediglich, der markierte Teil, *„Besteht aus Ihrer Sicht, und nach den erhaltenen Informationen, der Bedarf Soziale Arbeit in die Notaufnahmen zu integrieren?“*. Frage 19 stellt zugleich wieder eine Filterfrage dar. Antworten die Befragten mit „ja“ so kamen sie Frage 20 und den Gründen, weshalb es notwendig ist Soziale Arbeit zu integrieren und übersprangen anschließend die Frage 21. Antworteten sie mit „nein“, wurden sie direkt zu Frage 21 geleitet und den Gründen, weshalb es nicht notwendig ist Soziale Arbeit zu integrieren geleitet. Bei den Fragen 22 und 23 geht es darum, ob Sozialarbeiter\*innen eine Entlastung darstellen würden und wenn „ja“ geantwortet wurde, wie diese Entlastung aussehen würde. Bei „nein“ wurde zur Frage 24 weitergeleitet. Bei dieser wurde nach den Aufgaben die für die Soziale Arbeit entstehen könnte gefragt. Auch die Fragen 25 und 26 beschäftigten sich mit den Aufgaben. Zum einen, ob es weitere gibt, die noch nicht aufgeführt wurden, und eine Hierarchisierung der drei, ihrer Ansicht nach, wichtigsten Aufgaben. Mit der abschließenden Frage 27 sollte herausgefunden werden, wie Sozialarbeiter\*innen zukünftig in Notaufnahmen arbeiten sollen, Antwortmöglichkeiten hierfür waren beispielsweise im 24-Stundendienst oder im Tagdienst.

Das Ziel der Onlineumfrage ist es die offenen Fragestellungen der gesamten Arbeit zu klären. Ob dies durch die Auswahl der Fragen gelungen ist, kann erst bei der Auswertung der Ergebnisse festgestellt werden.

## 7.6 Durchführung

Wie bereits erwähnt wurde der Fragebogen mithilfe der Software SoSci Survey entwickelt und am 01.11.2022 freigeschaltet. Neben dem Link zum Fragebogen wurde ein Anschreiben verfasst, in dem in kürzerer Form das Ziel der Studie, der Hintergrund sowie Hinweise zum Datenschutz beschrieben wurden (siehe Anhang S. 48). Jeder Mail folgte ein Anhang im PDF-Format in dem ausführliche Informationen zum Datenschutz sowie zum Hintergrund der Studie SoANA beschrieben wurden (siehe Anhang S. 49). Im Vorhinein wurden zwei bayerische Vereinigungen der Notfallmedizin kontaktiert, die

Unterstützung bei der Verteilung des Fragebogens zusicherten. Der Fragebogen wurde an den Leiter der DGINA Landesgruppe Bayern sowie an den Leiter der Gesellschaft für Akut- und Notfallmedizin Bayern e.V. (AKN-B) gesendet. Ebenso erhielten die Expert\*innen der Interviews den Link zum Fragebogen, dies wurde bereits bei den Interviews abgefragt und alle Expert\*innen stimmten zu, den Fragebogen an Kolleg\*innen weiterzusenden. Es bestand auch die Möglichkeit, dass die Expert\*innen den Fragebogen selbst ausfüllen. Am 15.11.2022 hatten 14 Personen an der Umfrage teilgenommen. Auf Nachfragen bei den Leitern beider Vereinigungen hin konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der Fragebogen aus zeitlichen und administrativen Gründen noch nicht weiterversendet worden war. Der Leiter der DGINA Bayern versendete den Link zum Fragebogen am 21.11.2022. Bei der AKN-B bestand die Möglichkeit deren Verteiler zu nützen und so wurden am 25.11.2022 die Mitglieder der AKN-B, insgesamt 45 bayerische Notaufnahmen, angeschrieben. Bis zum 30.11.2022 hatten 56 Personen an der Umfrage teilgenommen. Im weiteren Verlauf wurde eine Erinnerungsmail an alle Notaufnahmen, die zur AKN-B angehören, versandt sowie an den Leiter der DGINA Bayern Landesgruppe mit Bitte um Weiterleitung (siehe Anhang S. 51). Zusätzlich wurden weitere 25 Kliniken angeschrieben, die mithilfe des Klinikradars- Kliniken in Bayern gefunden wurden (Innomeda 2022). Da nicht bekannt ist, wie viele Notaufnahmen durch die DGINA Bayern kontaktiert wurden, und es sicher Überschneidungen mit den Mitgliedern der AKN-B gibt, kann nicht exakt rekonstruiert werden, wie viele Notaufnahmen kontaktiert wurden. Es ist davon auszugehen, dass zwischen 65 und 80 Kliniken, bzw. deren Notaufnahmen, kontaktiert wurden. Die Umfrage wurde am 20.12.2022 nach 50 Tagen offline genommen. Zu diesem Zeitpunkt hatten 73 Personen an der Umfrage teilgenommen.

Das Ziel, einen Rücklauf von 100 Fragebögen zu erzielen, konnte leider nicht erreicht werden. Aufgrund der Verzögerung bei der Verteilung durch DGINA und AKN-B haben vermutlich einige Notaufnahmen den Fragebogen mitten in der akuten Krankheitswelle erhalten. Seit Ende November haben sich die Zahlen erkrankter Personen in den Notaufnahmen wieder erheblich gesteigert, mehr Influenzafälle, RS-Virus bei Kindern und weiterhin Coronafälle machen die Arbeit der Mitarbeitenden in Krankenhäusern schwer. Es kommt auch zu vielen Personalausfällen wodurch die verbliebenen Mitarbeiter\*innen noch mehr arbeiten müssen. Dies könnte ein Faktor gewesen sein, der die Teilnahme beeinflusst hat. Letztlich hat aber eine Vielzahl von Gründen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft. Interesse, Zugang und vor allem zeitliche Ressourcen könnten bei den Mitarbeiter\*innen der Notaufnahme eine zentrale Rolle gespielt haben. Das Ergebnis ist dennoch zufriedenstellend. Trotz schwerwiegender Personalengpässe und erhöhtem

Arbeitsaufwand konnten 73 Personen Zeit und Interesse aufbringen um den Fragebogen auszufüllen.

In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der Onlineumfrage ausgewertet. Dazu wurden die vier Rubriken des Fragebogens genutzt, um anhand dessen die Auswertung zu strukturieren. So wird im Folgenden zunächst in den vier Themenbereichen 1. Allgemeine Informationen zum Arbeitsbereich, 2. Krankheitsbilder Notaufnahme, 3. Ursachen für die steigenden Patient\*innenzahlen und 4. Soziale Arbeit in Notaufnahmen die inhaltlichen Ergebnisse beschrieben. Im zweiten Schritt werden diese dann analysiert und in Bezug zur Theorie gesetzt.

## **8 Auswertung der Ergebnisse**

Die Auswertung der Onlineumfrage erfolgte über IBM SPSS, das mithilfe des VPN-Zugangs durch die Hochschule Landshut genutzt werden konnte. Die Onlineumfrage umfasst 123 Datensätze die durch SPSS ausgewertet wurden. Für die bessere Nachvollziehbarkeit bei der Auswertung werden bei den folgenden Angaben immer die gültigen Prozente angegeben. Diese Prozentangaben beziehen sich auf den realen Stichprobenumfang. Dies ist notwendig, da nicht alle Befragten alle Fragen der Umfrage ausgefüllt haben. Die abschließende Frage 28 wurde beispielsweise nur von 53 Personen beantwortet. Fehlende Angaben könnten bei Nichtbeachtung die Ergebnisse möglicherweise verfälschen. Der Fragebogen wurde insgesamt 205 mal aufgerufen. Hier werden laut SoSci Survey jedoch auch mehrfach Klicks oder versehentliches Öffnen des Links mitgewertet.

### **8.1 Themenbereich 1: Allgemeine Informationen zum Arbeitsbereich**

#### **8.1.1 Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse**

Bei Frage 1 waren 66 gültige Antworten gegeben worden. Ungültig bedeutet im Fall dieser Frage keine Antwort abgegeben zu haben. Es nahmen 25 Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen, vier Gesundheits- und Krankenpflegehelfer\*innen sowie 31 Ärzt\*innen an der Umfrage teil. Bei der Option weitere Berufsgruppen, dass sechs Personen angaben, wurde „*Notfallsanitäter\*in*“, „*Krankenschwester*“, „*pflegerische Leitung zentrale Notaufnahme*“ und „*medizinische Fachangestellte*“ ergänzt. 69,2% der Befragten arbeiten in einer Notaufnahme die sich in einer Stadt befindet. Dementsprechend arbeiten 30,8% der Befragten in einem bayerischen Landkreis. Mehr als die Hälfte aller Befragten arbeiten bereits seit mehr als 15 Jahren in ihrem Beruf. Eine Person ist erst seit weniger als einem Jahr im angegebenen Beruf tätig. Relevanter für die Bewertung der Ergebnisse ist, wie lange die befragten Personen bereits in der Notaufnahme arbeiten. 7,6% arbeiten

seit weniger als einem Jahr in der Notaufnahme. Zwischen einem und fünf Jahren sind es bei 24,2%, mit 30,3% arbeiten die meisten Mitarbeitenden zwischen fünf und zehn Jahren in einer Notaufnahme. 10 bis 15 Jahre gaben 16,7% an und seit mehr als 15 Jahren arbeiten 21,2%. Bei Frage 5 gaben 34 Befragte (52,3%) an, in Stufe 3 der Notfallversorgung zu arbeiten, 26,2% in Stufe 2 sowie 21,5% in Stufe 1.

### 8.1.2 Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug

Die ersten Zahlen zu den Befragten erweisen sich als aufschlussreich, in Bezug auf mehrere Aspekte. Zum einen zeigt sich, dass sich eine günstige Balance zwischen den beiden befragten Berufsgruppen ergibt. Wird der Berufsbegriff der Gesundheits- und Krankenpflege weitergefasst und die Gesundheits- und Krankenpflegehelfer\*innen inkludiert, zeigt sich, dass genau 50% der Befragten sich diesem Berufsbild zurechnen lassen und die andere Hälfte der Befragten sich dem Berufsbild der Ärzt\*innen zuordnen. Wäre diese Ausgeglichenheit zwischen den beiden Berufsfeldern nicht gegeben oder im großen Maße abgewichen hätte mithilfe von SPSS die Gewichtung der Berufsgruppen stattfinden müssen. Die Studie hat sowohl Menschen mit sehr viel Erfahrung im Arbeitsbereich Notaufnahme, als auch Personen, die erst seit kurzem in der Notaufnahme tätig sind, erreicht. Betrachtet man das Ziel der Befragung erscheint es besonders wertvoll, dass Personen mit unterschiedlichem Erfahrungswissen in der Studie repräsentiert werden. Die Variablen des ersten Themenbereichs können im weiteren Verlauf noch detaillierter betrachtet werden. Interessant für die Studie ist es außerdem, dass Mitarbeiter\*innen aus allen drei Versorgungstufen an der Umfrage teilnehmen. Die Werte der ersten Rubrik gelten als die grundlegenden Daten, die sich im weiteren Verlauf möglicherweise als Variablen zur detaillierteren Betrachtung der Ergebnisse sich als nützlich darstellen könnten.

## 8.2 Themenbereich 2: Krankheitsbilder Notaufnahme

### 8.2.1 Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse

Alle Befragten arbeiten in ihren Krankenhäusern bereits mit einem Triage-System für die Ersteinschätzung ihrer Patient\*innen, 49,2% der Befragten nutzen dazu das Manchester-Triage-System (MTS) und 50,8% nutzt den Emergency Severity Index (ESI). In Frage 8 sollte beispielhaft anhand des Manchester-Triage-Systems eingeschätzt werden, welche Patient\*innengruppen am häufigsten vorkommen. Die Antwortskala reichte in 5 Stufen von „nie“ zu „sehr häufig“. Die rote Kategorie „*sofortige Behandlung*“ kommt laut Befragten mit 78,3% „selten“ oder „manchmal“ vor und mit nur 3,3% „sehr häufig“. Die zweite Kategorie „*dringende Behandlung*“ kommt laut der Befragten häufiger vor. So wurde angegeben, dass sie zu 56,7% „nie“, „selten“ oder nur „manchmal“ vorkomme aber zu 43,3% auch „off“

oder „*sehr häufig*“. Die gelbe Kategorie, bei der die Mitarbeiter\*innen der Notaufnahme bis zur Behandlung 30 Minuten Zeit haben, kommt mit 41,7% „*oft*“ und mit 51,7% „*sehr häufig*“ vor. Ähnlich gestaltet sich die grüne Kategorie, die normale Behandlung innerhalb 90 Minuten, die mit 95% „*oft*“ oder „*sehr häufig*“ vorkommt. Die blaue Kategorie „*nicht dringende Behandlung*“ kommt laut den befragten Umfrageteilnehmer\*innen „*selten*“ (20%), „*manchmal*“ (23,3%), „*oft*“ (33,3%) und „*sehr häufig*“ (21,7%) vor. Betrachtet man kategorienübergreifend die Häufigkeiten, lässt sich feststellen, dass der Modus der „*Kategorie Grün, normale Behandlung*“ mit 5 am höchsten ist. Der Modus gibt an welche Antwort am häufigsten gegeben wurde (Unger, Stiehr 1999, S. 17ff.). 5 bedeutet im Fall der Frage 8, wie bereits erwähnt, die Antwortmöglichkeit „*sehr häufig*“. Als weitere Referenz kann auch der Median herangezogen werden. Er halbiert eine Datenreihe so, dass eine Hälfte über und die andere Hälfte unterhalb des Medians liegt. Er liegt daher immer genau in der Mitte eines Datensatzes und wird auch Zentralwert genannt (ebd.). Der Median entspricht mit 5,00 ebenfalls demselben Ergebnis als der Modus. Der Mittelwert kann im Rahmen dieser Studie nur bei Frage 24 zurande gezogen werden, da die Addition von Merkmalswerten bei den Antwortmöglichkeiten der meisten Fragen nicht sinnvoll ist und keine weitreichenden Informationen zulässt. Danach folgen die Kategorien Gelb, Blau und Orange. Der Modus liegt bei „*Kategorie Rot, sofortige Behandlung*“ mit dem Wert 2 am niedrigsten.

Frage 9 beantworteten 42 Personen, 19 Personen weniger als die vorangehenden und nachfolgenden Fragen. Zur Häufigkeit einer fehlenden Indikation bei Patient\*innen, verteilten sich die Antworten folgendermaßen: 64,2% gaben „*oft*“ oder „*sehr häufig*“ an und 35,7% der Befragten antworteten, dass dies nur „*selten*“ oder „*manchmal*“ vorkomme. Bei Frage 10 sollten die Befragten die ihrer Ansicht nach drei häufigsten Problemstellungen von Patient\*innen, die ohne medizinische Indikation in der Notaufnahme sind, angeben. Wie sich aus Abbildung 2 entnehmen lässt, ist die am öftesten genannte Problematik die „*falsche Einschätzung der eigenen Symptome*“. Abgesehen von den medizinischen Problemstellungen zeigt sich, dass die Versorgungsproblematiken zuhause sowie Überforderung mit der persönlichen Situation laut der Befragten auch eine Rolle spielen. Weniger Relevanz scheinen die Aspekte „*Obdachlosigkeit*“, „*Suchtproblematik*“, sowie „*psychische Erkrankungen*“ zu haben. Als weitere Gründe wurden „*Einweisung Hausarzt*“, „*Kein Arzttermin, kein Hausarzt*“ sowie „*keine Terminvergabe niedergelassene Ärzte*“ genannt.

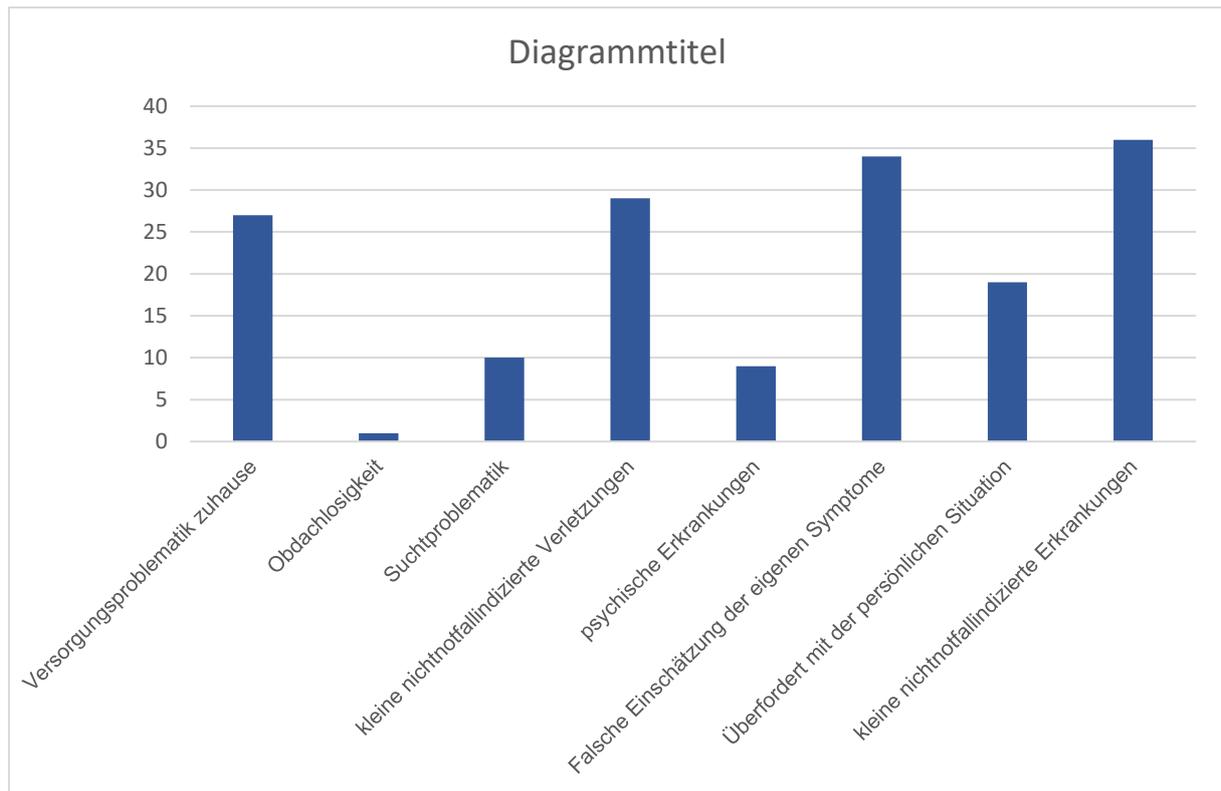


Abb. 2: Frage 10: Mit welchen Problemstellungen kommen diese Patient\*innen häufig in die Notaufnahme?

Bei den häufigsten Gründen, weshalb Patient\*innen ohne medizinische Indikation in die Notaufnahme kommen, konnten die Befragten wieder drei auswählen. Als häufigste Antwort kam von 42 Befragten *„Sie denken, die Notaufnahme ist die richtige Anlaufstelle“*. Als zweite Begründung wurde *„Termin bei Facharzt dauert zu lange“* von 37 Personen gewählt. *„Wissen sich nicht besser zu helfen“*, *„Sie sind mit ihrer Situation überfordert und können ihre Problematik nicht adäquat einschätzen“*, *„Hausarztpraxis hat geschlossen“* und *„Sie wissen über Alternativstrukturen (z.B. KVB Praxen) nicht Bescheid“* wurde ähnlich häufig abgestimmt. Sechs Personen nannten Soziale Indikation also eine der drei häufigsten Gründe weshalb Patient\*innen ohne relevante Indikation die Notaufnahme aufsuchen. Als weitere Gründe nannten die Befragten *„Bessere „Öffnungszeiten“ als Arztpraxen, „Unter der Woche/unter Tags keine Zeit wegen Arbeit o.ä.“* und *„Sie kennen die Alternativstrukturen, meinen aber in der Notaufnahme schneller behandelt zu werden“*. Diese Antworten können als Ergänzungen zu den bereits bestehenden Antworten verstanden werden.

Beim Umgang mit den Patient\*innen ohne medizinische Indikation ist die Betrachtung des Modus erneut interessant. Am seltensten, mit einem Modus von 2, werden die Patient\*innen *„[...] bei Triage rausgefiltert und nachhause geschickt“*. Hier gaben 82,1% an, dass dies *„nie“* oder nur *„selten“* der Fall sei. Der Umgang finde am häufigsten statt

indem die Patient\*innen „[...] trotzdem behandelt und dann nach Hause entlassen“ werden. Patient\*innen werden „manchmal“ 35,1% und „oft“ 36,8% an andere Bereiche weitervermittelt und mit 57,2% nur „selten“ oder „manchmal“ großzügig aufgenommen. Wobei hier 14 Befragte (25%) angaben, dass dies „oft“ der Fall sei. Mehr als 60% der Patient\*innen werden laut der Befragten nur „manchmal“ oder „selten“ darüber aufgeklärt, dass dies nicht die richtige Anlaufstelle ist und dann weitervermittelt. Bei der letzten Frage der Rubrik zum Thema Dokumentation, stellt sich heraus, dass 42,6% der befragten Umfrageteilnehmer\*innen angaben, gesundheitliche Problematiken vordergründig zu behandeln, die soziale Problematik bei der Dokumentation aber erwähnt wird. Mit 39,3%, antworteten die Befragten fast genau so häufig, dass der Fall als Soziale Indikation dokumentiert wird. Seltener hingegen wird nach abrechnungsfähigen Diagnosen gesucht, oder bereits bestehende Diagnosen als Aufnahmegrund in den Vordergrund geschoben.

### 8.2.2 Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug

Die Fragen 6 und 7 zum Thema Triage zeigen gut, dass die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen, die durch den G-BA 2018 eingeführt wurden, vielerorts bereits funktioniert. Alle Befragten nutzen Triage-Systeme. Bei der Kategorienauswahl zu den jeweiligen Triage-Systemen zeigt sich wie nützlich die Ergebnisse der Expert\*inneninterviews waren. Mithilfe der Ergebnisse aus den Expert\*inneninterviews wurde deutlich, welchen Stellenwert die Triage als flächendeckender und wesentlicher Faktor bei der Einschätzung der Patient\*innen darstellt. Auf Grundlage der Expert\*innen und durch die theoretische Auseinandersetzung konnten die beiden Systeme analysiert werden, die von den befragten Notaufnahmen genutzt werden. Bei Frage 8 zu den Häufigkeiten der Kategorien der Triage bestätigt sich das Bild, dass sich im theoretischen Teil bereits entwickelt hat. Es kommen weitaus mehr Menschen mit einer geringen medizinischen Dringlichkeit in die Notaufnahme als Menschen die einer sofortigen Behandlung bedürfen. Dies liegt zum einen gewiss daran, dass es grundsätzlich weniger schwerwiegende Unfälle und Erkrankungen gibt. Es sollte sich jedoch trotzdem die Frage gestellt werden, ob Patient\*innen aus den niedrigen Triage Kategorien mit der Notaufnahme die richtige Anlaufstelle nutzen. Im Hinblick auf die Forschungsfrage der Arbeit sind für das Aufsuchen vor allem die Beweggründe und Ursachen relevant, die mithilfe der kommenden Fragen genauer betrachtet werden. Bei Frage 9, wie häufig es vorkomme, dass Menschen ohne medizinische Indikation die Notaufnahmen aufsuchen, gab es nur 42 gültige Antworten. Eine mögliche Erklärung für die niedrige Antworten Rate könnte sein, dass die Frage übersehen wurde, da sie ganz oben am neuen Seitenanfang zu finden war. Da es keine Antwortkategorie „ich weiß nicht“ gab, kann nachträglich nicht beurteilt werden, ob

möglicherweise die Einschätzung dieser Frage für die Befragten nicht möglich war oder ob es sich hierbei um eine layoutbezogene Problematik handelte.

In Frage 10 wird deutlich, dass es neben den medizinischen Problematiken auch anderweitige Gründe gibt, weshalb Patient\*innen die Notaufnahmen aufsuchen, auch wenn sie keine medizinisch relevante Diagnose aufweisen. Hier scheint vor allem die „*Versorgungsproblematik zuhause*“ eine Komponente darzustellen. Jedoch wurden auch psychische Erkrankungen (9 mal) sowie Suchtproblematiken (10 mal) von einigen Personen als eine der drei Ursachen genannt. Wie im Theorieteil bereits erwähnt, spielen gerade diese Bereiche in einigen Ländern eine große Rolle. Obdachlosigkeit, scheint bei den befragten bayerischen Kliniken eine weniger große Rolle zu spielen. Dies bestätigt die Annahmen des theoretischen Teils. Im Stadt-Land-Vergleich bei den Standorten der Notaufnahme lassen sich mehrere Unterschiede ausmachen. Suchtproblematik wurde in städtischen Notaufnahmen mehr als viermal so häufig als Problemstellung benannt als im Landkreis. Noch deutlicher ist es bei psychischen Erkrankungen zu sehen, denn 21% der Befragten aus städtischen Kliniken gaben an, dass Sucht eine Problematik darstellt. Dagegen hat keiner der Teilnehmenden aus einer Klinik der Landkreise diese Antwortmöglichkeit ausgewählt. Hierbei sollte natürlich beachtet werden, dass ein Verhältnis von 30 (Landkreis) zu 70 (Stadt) Landkreis zu Stadt bei der Umfrage besteht. Dennoch könnten diese Abweichungen ein Hinweis auf unterschiedliche Klient\*innengruppen in Stadt und Land darstellen. Bei Frage 11 werden zwei Aspekte deutlich: Zum einen wird klar, dass Menschen tatsächlich denken, dass sie mit ihren subjektiven Symptomwahrnehmungen in der Notaufnahme richtig, sind. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen der Frage 10, wo die falsche Einschätzung der eigenen Symptome sowie das Aufsuchen wegen nicht notfallindizierten Erkrankungen häufig genannt wurde. Des Weiteren verdeutlicht es aber auch die im theoretischen Teil bereits erwähnte Schiefelage des ambulanten Gesundheitssektors. Zu lange Wartezeiten bei Fachärzt\*innen, geschlossene Hausarztpraxen und das Unwissen über mögliche Alternativstrukturen führen zur maximalen Beanspruchung der Notaufnahmen. Gerade hier wäre Netzwerkarbeit und das Aufzeigen anderer Optionen notwendig um das Missverhältnis zu relativieren. Bei den Antworten in Frage 12 ist gut erkennbar, wie unterschiedlich der Umgang mit diesen Patient\*innengruppen gehandhabt wird. Die große Antwortrange lässt sich einerseits bestimmt dadurch begründen, dass es immer noch um die subjektive Einschätzung der Befragten geht. Dazu kann mit den Antwortskalen von nie bis sehr häufig keine detaillierte Häufigkeitsanalyse stattfinden. Zugleich sind aber dennoch Tendenzen in den Antwortmustern erkennbar, die erste Aufschlüsse geben. Es

ist festzustellen, dass trotz Personalmangel und kaum freien Kapazitäten Menschen ohne relevante Indikation dennoch behandelt werden und im Anschluss nach Hause geschickt werden. Hierbei muss erneut darauf hingewiesen werden, dass pro Patient\*in die Pauschale für die ambulante Behandlung 32 Euro pro Patient\*in beträgt. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht festgestellt werden aus welchen Gründen die Mitarbeitenden die Patient\*innen ohne Indikationen trotzdem behandeln. Nahliegend wären soziale Gründe oder das Wissen über die fehlenden Alternativstrukturen. Es bedeutet zugleich, dass die Patient\*innen vermutlich eine lange Wartezeit in Kauf nehmen bis sie ihre Behandlung erhalten. Zeit die bei sozialgelagerten Fällen nützlich für eine psychosoziale Anamnese und die weitere Interventionsplanung sein kann. Das Ergebnis bei der Frage nach der Dokumentationsform der sozialgelagerten Fälle ist sehr positiv zu bewerten. Soziale gelagerte Fälle werden von mehr als einem Drittel der Befragten bereits als Soziale Indikation dokumentiert. Die Angabe, dass Soziale Problematiken bereits festgestellt wurden, ist ebenso wichtig für die weitere Versorgung, beispielsweise bei einer stationären Aufnahme. Dies zeigt, dass Notaufnahmen Soziale Faktoren wahrnehmen und nicht aus finanziellen Gründen anderweitige Diagnosen in den Vordergrund schieben.

### 8.3 Themenbereich 3: Ursachen für die steigenden Patient\*innenzahlen

#### 8.3.1 Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse

Die Befragten sahen alle genannten Antwortmöglichkeiten als mögliche Ursachen für den Anstieg der Zahlen. Zur Einschätzung der Veränderungen konnten die letzten fünf bis zehn Jahre in Betracht gezogen werden. Gerade *„Facharztpraxen Mangel bzw. lange Wartezeiten“* wurde von 40 Personen, bzw. 69%, als die häufigste Ursache gewählt. Die Reduzierung der Präsenzzeiten von Hausärzt\*innen (55,2%) sowie *„Niemand möchte mehr Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen“* (51,7%) stellten sich ebenfalls als relevante Ergebnisse dar. *„Komplexe Erkrankungen im hohen Lebensalter“*, *„demografischer Wandel“* und *„Einsamkeit/ Auflösung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten“* sind weitere Ursachen die für 43 bis 50% der Befragten zutrifft. *„Hausarztpraxen Mangel“*, *„Fachkräftemangel in Altenheimen“* und *„Internetrecherchen zu Krankheitsbildern“* scheinen eine weniger hohe Relevanz aufzuweisen. Bei der Option, weitere Gründe zu benennen, wurden folgende Aspekte benannt: *„Einfacher in ZNA zu gehen, man kommt ohne Termin dran“*, *„Fehlende moderne Konzepte für Menschen in ihrer geriatrischen Lebensphase z.B Alters-WG, kommunale Versorgungsstrukturen oder betreute Wohnprogramme“* *„Fehlendes Advanced Care Planning bei terminalen Erkrankungen; Vorsorgebevollmächtigte sind am Tag einer Entscheidung meist überfordert und tendieren doch zur maximalen Behandlung zumindest*

für *begrenzte Zeit*“ und *„keine Termine beim Fa für Kassenpatienten“*. Bei Frage 15 konnten die Befragten anhand des Manchester-Triage- Systems einschätzen, welche Kategorie den größten Anstieg verzeichnet hat, 1 kennzeichnet dabei den geringsten, 5 den höchsten Anstieg. Betrachtet man den Modus, lässt sich feststellen, dass der größte Anstieg, bei *„Normale Behandlung Kategorie grün“* mit Modus 5 liegt, gefolgt von *„Nicht dringende Behandlung Kategorie blau“* mit Modus 4. Bei beiden ist auch der entsprechende Median 5,00 bzw. 4,00. Den geringsten Anstieg in den letzten fünf bis zehn Jahren macht *„Sofortige Behandlung Kategorie rot“* mit einem Modus von 1 sowie einem Median von 1,00.

78,2% der Befragten gaben an, dass es in den letzten fünf bis zehn Jahren vermehrt zu Aufnahmen aufgrund von sozialen Indikationen kam. Bei der Frage, wie häufig Menschen aktuell aufgrund von sozialen Indikationen die Notaufnahme aufsuchen gaben 32,7% an, dass es sich bei 1-5% der Patient\*innen, geschätzt am gesamten Arbeitsaufkommen, um sozial gelagerte Fälle handelt. Zusammengefasst gehen 38,3% der Befragten davon aus, dass es 5 bis 15% soziale indizierte Besuche in der Notaufnahme sind. 12,8% der Befragten schätzten, dass soziale Indikationen zwischen 15 und mehr als 20% des Arbeitsaufkommens ausmachen. 1,8% der befragten Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen gehen von 1% oder weniger aus.

### 8.3.2 Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug

Bei den Ursachen ist gut erkennbar, dass ähnlich als bei den vorherigen Antworten, auch hier die weiteren ambulanten Strukturen als problematisch erachtet werden und die Verschlechterung der Situation in den Notaufnahmen begünstigt. Die freie Antwort eines Befragten *„keine Termine beim Fa für Kassenpatienten“* spiegelt nur einen Aspekt der vielschichtigen Ursache-Wirkungsprozesse wider. Die zusätzlich genannten Antworten, zeigen, dass sich die Mitarbeitenden mit dem Thema intensiv auseinandersetzen und weisen auf Alternativstrukturen sowie Präventivmaßnahmen als mögliche Unterstützung hin. Das alleinige Problematisieren der Fach- und Hausarztpraxen wird für die Notaufnahmen nicht zur Entlastung beitragen. Vielmehr sind es eben diese innovativen Ideen und Ressourcen die bereits bei Eintritt des Krankenhauses, der häufig über die Notaufnahme entsteht, genutzt werden müssen. Es ist dennoch wichtig herauszufinden, wo genau die Ursachen liegen, damit hier gezielt gegengesteuert werden kann. Für viele der Befragten sind jedoch auch die gesellschaftlichen Veränderungen ursächlich für den Anstieg der Patient\*innenzahlen. Die Ergebnisse aus Frage 15 bestätigen die bereits im theoretischen Teil angesprochenen Entwicklungen. Wie unter *„2.1 Patient\*innen in den Notaufnahmen“* ausführlicher beschrieben, stellte beispielsweise der Projektbericht des

RWI – Leibniz-Institut von 2018 fest, dass zu viele Patient\*innen die Notaufnahmen aufsuchen, obwohl sie nur ein niedriges Risiko aufweisen, in der Akutsituation auch tatsächlich schwer erkrankt zu sein (Augurzký et al. 2018, S. 29). Dies bestätigt die Einschätzungen der Befragten und spiegelt sich im nationalen sowie im internationalen Vergleich wider. Soziale Indikationen haben laut Mehrheit der Befragten in den letzten 5 bis zehn Jahren zugenommen. Bei der Einschätzung, wie viel Prozent der Anteil Sozialer Indikationen am gesamten Arbeitsaufkommen ausmacht, gehen die Meinungen auseinander. Dies kann zum einen am nicht klar definierten Begriff der Sozialen Indikation liegen. Des Weiteren konnte bereits bei Frage 13 festgestellt werden, dass es unterschiedliche Wege gibt, wie soziale Problemlagen dokumentiert werden. Hierbei spielt die eigene Einschätzung der Situation nicht zuletzt eine tragende Rolle. Ein anderer Grund könnte sein, dass es Unterschiede an den Standorten gibt, ländlich gelegene Notaufnahmen beispielsweise mehr oder weniger soziale Indikationen aufweisen. Bei genauerer Betrachtung konnte mithilfe einer SPSS-Kreuztabellenauswertung festgestellt werden, dass die beiden Antwortmöglichkeiten „15-20%“ und „mehr als 20%“ ausschließlich von Mitarbeitenden aus städtischen Kliniken gewählt wurden. Dies zeigt erneut die Wichtigkeit der differenzierten Betrachtung der unterschiedlichen Standorte der Notaufnahmen.

#### 8.4 Themenbereich 4: Soziale Arbeit in Notaufnahmen

##### 8.4.1 Inhaltliche Auswertung der Ergebnisse

Frage 18, bei der die Befragten einschätzen sollten ob aus ihrer Sicht Bedarf besteht Soziale Arbeit in die Notaufnahmen zu integrieren, beantworteten 63,6% mit „Ja“, 27,3% mit „Ich weiß nicht“ und 9,1% mit „Nein“. Auf der nächsten Seite des Fragebogens fanden die befragten Personen die bereits beschriebene Infobox zum Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen wieder. Im Anschluss daran wurde die Frage erneut gestellt, nur mit dem Zusatz, ob die Befragten nach den soeben erhaltenen Informationen den Bedarf für Soziale Arbeit in Notaufnahmen sehen. Dieses Mal antworteten 13 Personen mehr, mit „Ja“ (88,9%) und mit „Nein“ (11,1%). Frage 19 fokussiert sich auf die Gründe, weshalb Soziale Arbeit in Notaufnahmen integriert werden sollte. Hierbei durften die Teilnehmer\*innen der Umfrage maximal zwei Antworten wählen.

Wie in Abbildung 4 zu entnehmen, sind die beiden am häufigsten genannten Gründe, dass es viele Organisationsaufgaben gibt, die Soziale Arbeit gut übernehmen könnte (24 mal) sowie, dass je multiprofessioneller ein Team aufgestellt ist auch dementsprechend bessere Arbeit geleistet werden kann (17 mal). Die wenigsten Befragten sehen eine persönliche Entlastung oder „Bei dem Personalmangel ist jede Hilfe gut, egal welche

*Berufsgruppe“* als Gründe für eine notwendige Integration. Dies gaben jeweils nur fünf Personen an. Bei der offenen Eingabe kam als weitere Antwort *„Integration geht bei kleiner Klinik zu weit. Wichtig wäre, dass der schon etablierte Sozialdienst im Haus besser besetzt ist und bei Problemen in die ZNA kommt“*.

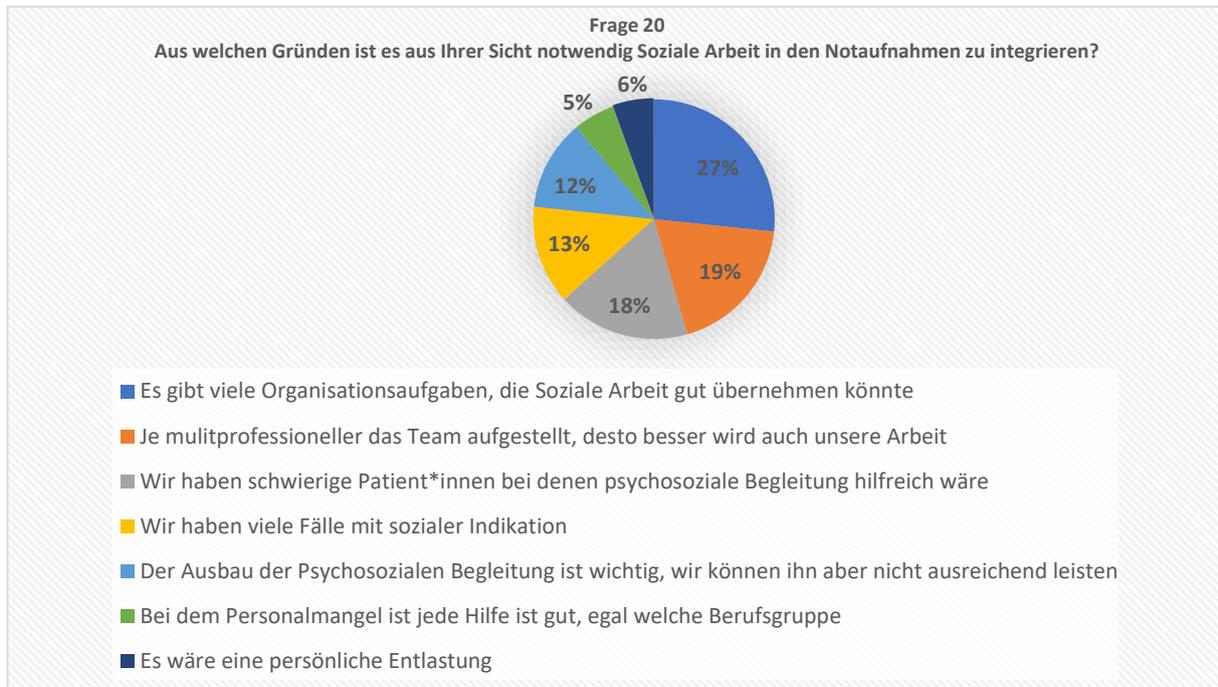


Abb. 3: Frage 20: Aus welchen Gründen ist es aus Ihrer Sicht notwendig Soziale Arbeit in den Notaufnahmen zu integrieren?

Personen, die mit „nein“ geantwortet haben, fanden die folgenden Gründe ausschlaggebend. *„Personalmangel zu groß, das Geld lieber anderweitig verwenden (z.B. bessere Bedingungen für Mitarbeitende in den Notaufnahmen die dort aktuell arbeiten)“* und *„Wir haben andere Sorgen, lieber mehr Pflegepersonal“*. Einmal wurde *„Es braucht keine weitere Profession in der Notaufnahme“* genannt. Bei der offenen Eingabe kamen folgende Antworten: *„Stärkung der häuslichen Versorgung und Be[t]reuungseinrichtungen sowie Hausbesuche von Hausärzten lukrativer machen“*, *„Vermittlung: wann gehe ich in eine Notaufnahme, Selbstzahlung bei Missbrauch des Gesundheitssystems“*, *„Wenn soziale Arbeit in Notaufnahmen integriert werden soll, dann aber auch 24/7 nicht wie so oft mit neuen Stellen, die wichtig sind, nur in der Kernarbeitszeit (08:00-16:00h)“*.

60,4% der Befragten würden die Integration Sozialer Arbeit als Entlastung einschätzen. 18,9% antworteten mit „nein“ und 20,8% gaben *„ich weiß nicht“* als Antwort. Personen die mit „nein“ antworteten, wurden direkt zu Frage 24 vermittelt. Alle anderen Studienteilnehmer\*innen wurden in Frage 23 danach gefragt, wie die Entlastung für sie aussehen würde. Die größte Entlastung sehen 56,6% der befragten Mitarbeiter\*innen bei

*„Es wäre sehr hilfreich für mich, intensive Patient\*innenbetreuungen aufteilen oder abgeben zu können (z.B. psychische Dekompensation)“.* 45,7% empfänden es als Entlastung, wenn sie bereits bestehende Aufgaben, die nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fallen abgeben könnten. Mehr Zeit für die pflegerisch-medizinischen Aufgaben, für die ärztlichen Aufgaben und für die Patient\*innen würden im Durchschnitt 20% der Befragten als Entlastung wahrnehmen. Als weitere Antworten wurden *„Entlassmanagement, Bahnung weitere Versorgung nach ambulanter Vorstellung in der ZNA“*, *„Wenn es 24 Stunden ist ja, und wenn es schnell geht und nicht Stunden dauert nie eine Entscheidung vorliegt“* und *„Würde den professionellen Blick in das Themenfeld stärken. Derzeit macht man es nebenher mit aber ohne wirklichen Qu[al]itätsstandard“* genannt.

In Frage 24, bei der sich mit den Aufgaben, die für Soziale Arbeit zukünftig entstehen könnten, befasst wurde, gab es eine 5-stufige Antwortskala. Bei dieser entspricht *„gar nicht“* dem Wert 1 und *„voll und ganz“* dem Wert 5. Die gesamte Verteilung der Antworten wurde im folgenden Diagramm zur besseren Veranschaulichung dargestellt (siehe Abbildung 4). Zur leichteren Übersicht wurden in der Abbildung die Antwortoptionen gekürzt, die vollständige Version findet sich im Anhang (siehe Anhang S. 59). Die Zahlen im Diagramm entsprechen der Anzahl der Personen, die sich für diese Antwort entschieden haben, es handelt sich dabei nicht um Prozentangaben.

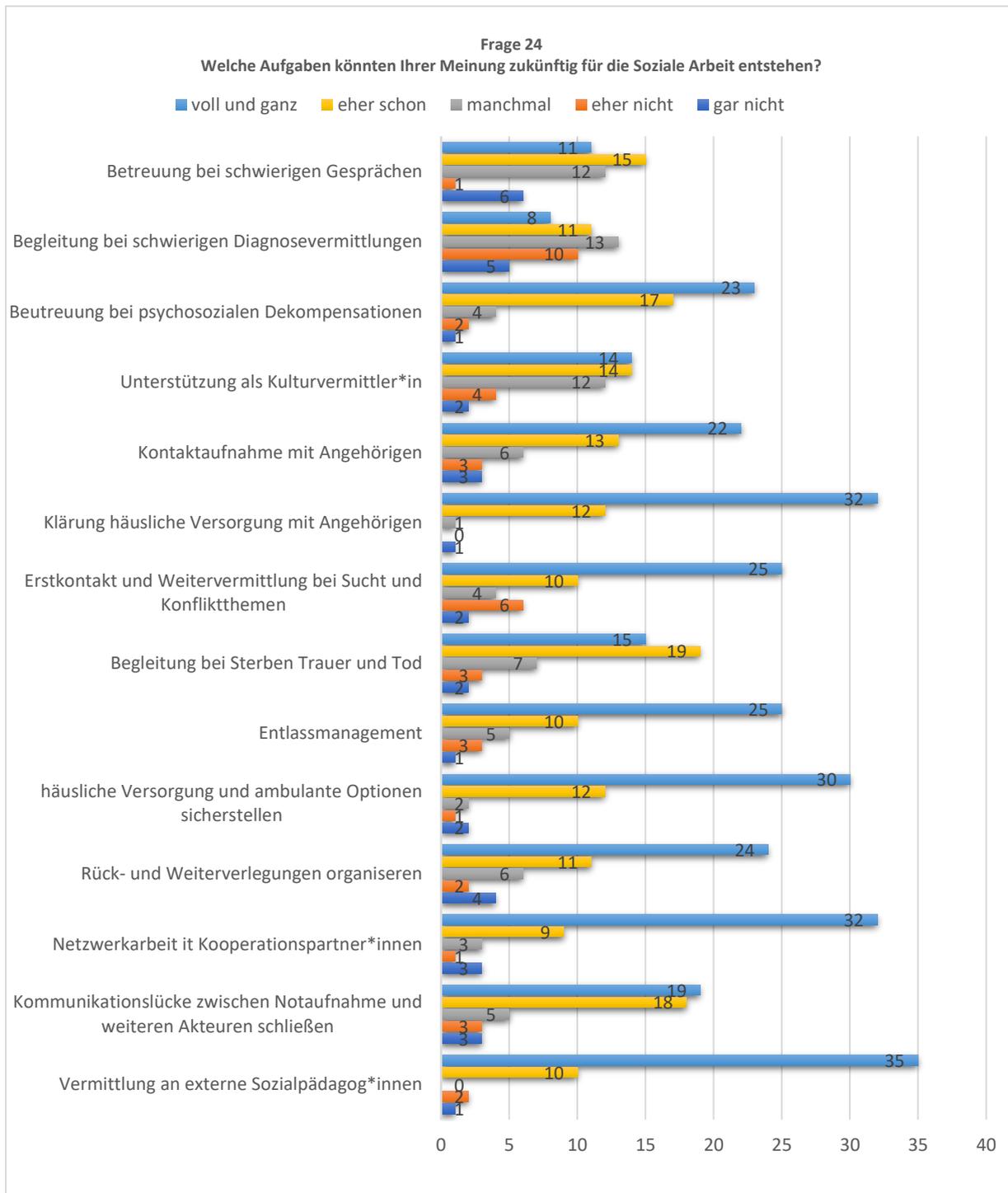


Abb. 4: Frage 24: Welche Aufgaben könnten Ihrer Meinung zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen?

Im Fall von Frage 24 war es zusätzlich möglich, die Mittelwerte als Referenz zurande zuziehen. „Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung“ wurde mit einem Mittelwert von 4,61 am häufigsten genannt. Die „Vermittlung an externe Sozialpädagogen z.B. bei Obdachlosigkeit“ mit einem Mittelwert von 4,58 sowie „häusliche Versorgung und ambulante Optionen sicherstellen, z.B. ambulantes Wundzentrum, Pflegedienst Nachbarschaftshilfe, ambulant psychiatrische

*Versorgung*“ mit 4,43 im Mittelwert folgten. Die Netzwerkarbeit mit Kooperationspartner\*Innen sowie die *„Betreuung bei psychischen Dekompensationen“* waren mit Mittelwerten über 4,25 ebenfalls häufig genannte Aufgaben. Seltener, schätzen die Befragten, werden Sozialarbeiter\*innen für die *„Betreuung bei Schwierigen Gesprächen“* sowie für die *„Begleitung bei schwierigen Diagnosevermittlungen“* benötigt. Zusammenfassend ist es für die Befragten vorstellbar, dass jede der genannten Antwortoptionen zukünftig eine Aufgabe für Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen darstellt. Bei genauerer Betrachtung fällt auf, dass bei der Begleitung bei schwierigen Diagnosevermittlungen mit dem Mittelwert 3,15 eine Standardnormalverteilung besteht. Bei der *„Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung“* zeigt sich ein anderes Bild der Verteilung. Die rechte Tabelle weist eine rechtssteile bzw. linksschiefe Verteilung der Antworten auf.

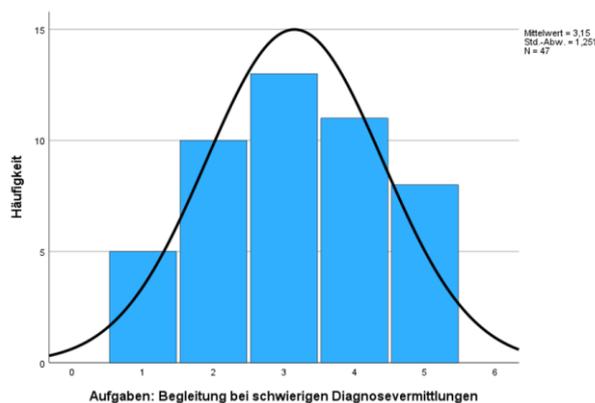


Abb.5: Frage 24 Antwortitem: Begleitung bei schwierigen Diagnosevermittlungen

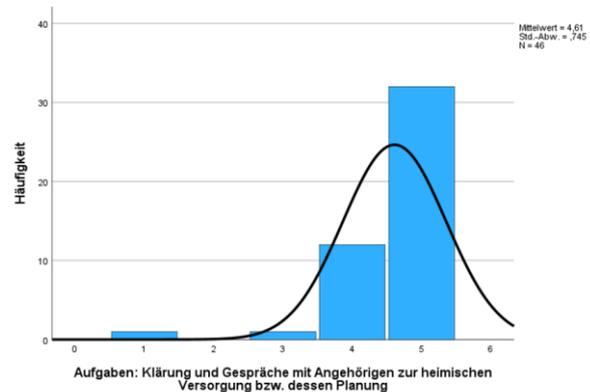


Abb.6: Frage 24 Antwortitem: Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung

Bei Frage 25 hatten die Studienteilnehmer\*innen erneut die Möglichkeit, weitere Antwortmöglichkeiten im Freitextfeld anzugeben. Hier wurde zum einen genannt *„Notaufnahmen als zentrale Akteur:in der öffentlichen Daseinsvorsorge stärken und in der Community verankern“* sowie *„Unversicherte Patienten gibt es immer noch -> Kommunikation mit Sozialamt um schnellstmöglich Versichertenstatus herzustellen“*. Die dritte frei hinzugefügte Antwort war *„Nicht erforderlich“*.

Zur besseren Einschätzung sollten die Befragten bei Frage 26 die drei ihrer Meinung nach wichtigsten Aufgaben auswählen. Ihnen wurden dazu die gleichen Antwortmöglichkeiten wie bei Frage 24 vorgegeben. Diese Frage bestätigt die Ergebnisse der Frage 24: 63,5% der Befragten sehen *„Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung“* als die wichtigste der drei Aufgaben. Als zweite Aufgabe nannten 50% der Befragten *„häusliche Versorgung und ambulante Optionen*

sicherstellen, z.B. ambulantes Wundzentrum, Pflegedienst Nachbarschaftshilfe, ambulant psychiatrische Versorgung“ und mit 36,5% wurde „Entlassmanagement“ als dritt wichtigste Aufgabe genannt.

Bei der letzten Frage der Onlineumfrage, mit dem Ziel herauszufinden wie Soziale Arbeit zukünftig in Notaufnahmen mitarbeiten sollte, entstand eine breite Antwort-Range. So finden 27,1% der Befragten, dass Soziale Arbeit als festes Teammitglied im 24-Stundendienst mit integriert werden sollte. 31,3% sehen Sozialarbeiter\*innen als feste Teammitglieder im Tagdienst, die abends sowie an den Wochenenden über eine Rufbereitschaft erreichbar sind. 25% der Befragten antworteten mit „Als feste Teammitglieder im Tagdienst“ und die übrigen 16,7% gaben an, dass es ausreichend sei, wenn Sozialarbeiter\*innen des Sozialdiensts im Krankenhaus bei Bedarf hinzugezogen werden können.

#### 8.4.2 Analyse der Ergebnisse mit Theoriebezug

Die Antwortverlagerung nach dem Informationstext bestätigt den Eindruck der Expert\*inneninterviews. Die Mitarbeiter\*innen der Notaufnahmen haben bisher wenig Kenntnisse über Soziale Arbeit in Notaufnahmen, da es bisher in Deutschland auch nicht gängige Praxis ist. Leider besteht die Problematik einer schlechteren Vergleichbarkeit der beiden Antworten, da das Antwort-Item „Ich weiß nicht“ bei der zweiten Frage fehlte. Dies war während der Erstellung des Fragebogens nicht kritisch hinterfragt worden. Zudem stellt die Frage 19 eine Filterfrage dar, die nur mit „Ja“ oder „Nein“ sinnvoll zu filtern war. Da der Unterschied jedoch mit 13 Personen mehr bei „Ja“ sehr deutlich ausfällt, kann davon ausgegangen, dass die Befragten aufgrund der erhaltenen Informationen zu einer anderen Einschätzung der Frage kamen. Des Weiteren wurde bei Frage 19 mithilfe einer Kreuztabelle herausgefunden, ob der Bedarf an Sozialer Arbeit steigt, je höher die Stufe der Notfallversorgung ist. Bei der reindeskriptiven Bewertung ist eine sukzessive Steigerung des Bedarfs erkennbar, wie in Tabelle 3 visualisiert. Cramers-V zeigt mit 0,201 einen moderaten Zusammenhang zwischen der Stufe der Notfallversorgung sowie dem Bedarf an Sozialer Arbeit (IBM 2023).

Tabelle 3: Kreuztabelle Bedarf Integration und Stufe der Notaufnahme

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
<b>Bedarf Integration Ja</b>	77,8%	83,3%	93,5

Es wird jedoch angenommen, dass bei gleichbleibender Tendenz in den Antworten und einer größeren Stichprobe ein signifikanter Zusammenhang, der sich auf Grundgesamtheit übertragen lässt, entstanden wäre.

Trotz des Personalmangels und hohen persönlichen Belastungen lässt sich aus den Antworten erkennen, dass Soziale Arbeit nicht als Notlösung gesehen werden würde. Die Teilnehmer\*innen der Umfrage können sich den Einsatz von Sozialarbeiter\*innen bei gezielten Tätigkeiten vorstellen. Das ihnen die Multiprofessionalität und, im besten Fall, eine damit einhergehende Verbesserung der Arbeitsleistung sehr wichtig ist, ist eine positive Ausgangslage für eine mögliche Etablierung der Sozialen Arbeit in Notaufnahmen. Diese Antwort impliziert möglicherweise auch, dass die Befragten davon ausgehen von der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter\*innen auch persönlich profitieren zu können und somit die Arbeit mit den Patient\*innen nachhaltig zu verbessern. Die Ergänzung, dass die Integration bei kleinen Kliniken zu weit gehe, jedoch der Kliniksozialdienst bei Problemen kommen solle ist ein zu beachtender Faktor. Abhängig von der Größe des Krankenhauses und damit auch der Kapazitäten der Notaufnahme, scheint es möglicherweise Unterschiede bei den Bedarfen zu geben. Dies sollte bei einer möglichen Umsetzung unbedingt beachtet werden. Denn auch Sozialarbeiter\*innen haben personell begrenzte Ressourcen und sollten nur dort eingesetzt werden, wo auch tatsächlich der Bedarf besteht.

Personen, die keinen Grund sehen, weshalb Soziale Arbeit in Notaufnahmen integriert werden sollte, gaben vor allem finanzielle Gründe und den pflegerischen Personalmangel an. Bei den selbstverfassten Antworten wurden Themen angesprochen, die sich nicht innerhalb des Krankenhauses regeln lassen, sondern auf die anderen Akteure der ambulanten Versorgung eingehen. Dies könnte bedeuten, dass die befragten Personen die Notaufnahme nicht als richtigen Ort sehen die häusliche Versorgung zu stärken oder Betreuungseinrichtungen sowie Hausbesuche von Hausärzten vorteilhafter zu gestalten. Diese Begründungen sind gut nachvollziehbar, gerade weil sie zeitlich intensive Maßnahmen darstellen und es tatsächlich hinterfragt werden kann, inwieweit die Verweildauer im Rahmen eines Besuchs der Notaufnahme ausreichend ist. Nennenswert ist auch die Angabe, dass potentielle Sozialarbeiter\*innen in einer Notaufnahme arbeiten würden, sie dann 24/7 im Dienst sein sollten. Dies wird in einer späteren Frage der Umfrage noch genauer betrachtet, scheint aber ein relevanter Punkt zu sein.

Bei Frage 22, ob Soziale Arbeit eine Entlastung darstellen könnte, stimmten mehr als 60% zu. Einige der Befragten (20,8%) konnten nicht einschätzen, ob es eine Erleichterung wäre

oder nicht. Da es sich um eine sehr hypothetische Fragestellung handelt, ist es nachvollziehbar, dass nicht alle Teilnehmer\*innen dazu eine Antwort geben konnten. Die Hilfe bei zeitintensiven Patient\*innenbetreuungen, die bei Frage 23 am häufigsten als Entlastungsgrund genannt wurde, war schon in den Expert\*inneninterviews ein oft genanntes Thema. So komme es häufiger vor, dass die medizinische Behandlung bereits beendet ist oder möglicherweise gar nicht notwendig war, das Notaufnahmepersonal jedoch trotzdem viel Zeit und Ressourcen für die weitere Betreuung der Patient\*innen oder ihrer Angehörigen aufbringen muss. Diese Ressourcen gehen dann oft an anderer Stelle ab oder führen zu Überstunden, weil Dokumentation oder ähnliche Tätigkeiten nicht zeitnah erledigt werden können. Beachtet man hierbei die unter „3.3.1 Die Mitarbeitenden der Notaufnahme“ aufgeführte Studie von Weigl et al., bei der die Kommunikation mit den Patient\*innen für beide Berufsgruppen ca. 8,8% der zeitlichen Kapazitäten füllt, ist es notwendig, genauer auf die Berufsgruppen zu schauen (Weigl et al. 2020, S. 232). Bei Betrachtung der reinen Zahlen im Berufsvergleich gaben 61,1% der Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen und Gesundheits- und Krankenpflegehelfer\*innen an, dass die Hilfe von Sozialarbeiter\*innen bei zeitintensiven Patient\*innen eine Entlastung darstellen würde. Dies empfanden auch 56,5% der Ärzt\*innen so. Hier zeigt sich, dass die Beschreibung von intensiven Patient\*innenbetreuungen sehr weitgefasst ist, der im Fragebogen differenzierter hätte beschrieben werden können. Es ist nicht auszuschließen, dass die Teilnehmer\*innen der Umfrage unterschiedliche Auffassungen vertreten. Die Zeitkomponente für die Aufgaben des eigenen Berufsfelds erschienen im Vergleich zu anderen Aspekten als weniger relevant. Die Abgabe von Aufgaben, die nicht in den eigenen Bereich fallen, ist für die Teilnehmer\*innen der Umfrage jedoch sehr relevant. Hier wäre interessant zu wissen, um welche Aufgaben es sich handeln würde und ob diese offenen Bereiche dann der Sozialen Arbeit zukommen würden. Zugleich kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Aufgabenverteilung in allen Notaufnahmen gleich geregelt ist. Vielmehr werden Aufgaben von Notaufnahme zu Notaufnahme anders verteilt oder die Verteilung findet willkürlich aufgrund von freien Kapazitäten oder anderen Konstellationen statt. Dies wurde auch in den Expert\*inneninterviews deutlich. Hier kann eine gute Verknüpfung zu der unter „5.2 Aufgabenbereiche der Social Work in Emergency Departments“ bereits angesprochenen Notwendigkeit eines Kompetenzprofils für die Arbeit in Notaufnahmen erstellt werden. Es besteht eine absolute Notwendigkeit, die Aufgabenbereiche bereits vor Aufnahme der Tätigkeit klar zu definieren. Hierfür wäre sicherlich eine Empfehlung beispielsweise der DVSG oder anderen Vereinigungen sinnvoll. Ein solches Aufgaben- und Kompetenzprofil könnte dann als Grundlage dienen,

um sich mit anderen Professionen auf einer Ebene über die Verteilung der Aufgaben zu verständigen.

Im Fragebogen wurde unter dem Reiter „*Weiteres:*“, auf die Aufgaben eingegangen, die bei Frage 24 genauer betrachtet werden. Dazu wurde erneut auf die 24-stündige Einsatzzeit von Sozialarbeiter\*innen sowie die Schnelligkeit der Entscheidungen und Maßnahmen eingegangen. Hier ist vermutlich ein Kernkonflikt der beiden Professionen versteckt. Während Mediziner\*innen beispielsweise oft schon nach wenigen Minuten Linderungen der Schmerzen bei ihren Patient\*innen durch die Gabe von Medikamenten bewirken können, gibt es in der Sozialen Arbeit wenig Maßnahmen die innerhalb so kurzer Zeit nachhaltige Wirkung zeigen. Das Thema der schnellen Hilfen findet sich häufig im Krankenhaus-Setting. Die multiprofessionelle Sichtweise ist für die Patient\*innen ein sehr positiver Zugewinn. Er bringt aufgrund der unterschiedlichen Betrachtungsweisen allerdings auch gewisse Problematiken mit sich. Diesen Konflikten kann mit gegenseitiger Wertschätzung und respektvollen Umgang entgegengewirkt werden. Es wird nicht immer zur Gänze verständlich sein, was andere Professionen für Maßnahmen einleiten und wie sie durchgeführt werden, jedoch sollte die dafür notwendige Zeit und alle weiteren Ressourcen bereitgehalten und akzeptiert werden. Die letzte genannte Antwort auf Frage 23 und der Option weitere Antworten einzufügen war, dass der professionelle Blick ins Themenfeld gestärkt wird, und es derzeit ohne wirkliche Qualitätsstandards passiert. Dies bestärkt wiederum die Annahme, dass eine weitere Profession mit anderen Ansätzen und anderem theoretischen Wissen durchaus nützlich und dadurch auch entlastend für die derzeitigen Mitarbeiter\*innen sein kann. Hierbei wird auch deutlich, dass Soziale Arbeit keineswegs als Konkurrenz zu einer anderen Berufsgruppe auftreten würde, sondern vielmehr als Reaktion auf die sich verändernden gesellschaftlichen als auch gesetzlichen Bedingungen mit neuen Aufgaben involviert werden würde.

Die Aufgaben, die laut der befragten Studienteilnehmer\*innen zukünftig auf Soziale Arbeit zukommen, finden sich vor allem beim Themenbereich der Sozialen Indikation wieder, der häufig in Zusammenhang mit älteren Menschen steht. Dies bekräftigt die zentrale Annahme aus dem theoretischen Teil, dass der demografische Wandel auch in Notaufnahmen zu neuen Herausforderungen führt. Die Antworten auf die Frage 26, bestätigen die Tendenzen der Frage 24 deutlich. Sie werden daher beide gemeinsam interpretiert.

Die am häufigsten genannten Aufgaben für die Soziale Arbeit sind mit externen Weitervermittlungsangeboten, der Klärung der weiteren Versorgung und dem Aufbau von

tragfähigen Netzwerken mit Kooperationspartner\*innen verbunden. Zu beachten sind ebenfalls die Antwortverteilungen. Bei der Antwort *„Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung“* zeigt sich eine starke Verlagerung der Zustimmung nach rechts, schlussfolgernd zum höchsten Wert 5. Die Antwortrange bis *„voll und ganz“* wurde fast übertroffen und es zeigt sich der sogenannte Deckeneffekt. Dies bedeutet, dass die Antworten aufgrund ihrer hohen Dichte an einer Außenseite der Skala nicht mehr differenziert werden können und sich in der Standardabweichung eine auffällige Tendenz widerspiegelt. Im Rahmen der vorliegenden Forschung stellt dies weniger eine Problematik dar, da die Zustimmung abgefragt wird. Bei anderen Fragen könnte dies jedoch bedeuten, dass die Antwortskala angepasst werden muss.

Im Rahmen der Auswertung von Frage 24 sollte auch genauer betrachtet werden, welche möglichen Aufgaben weniger häufiger erwähnt wurden. Fasst man diese Antworten thematisch zusammen ging es vor allem um Gesprächsführung und Kommunikation. Ein Grund dafür, dass laut der Befragten Sozialarbeiter\*innen weniger häufig bei Gesprächen zur Diagnosevermittlungen begleiten sollen, könnte sein, dass schwierige Diagnosevermittlungen meist in der Notaufnahme noch gar nicht durchgeführt werden. Vielmehr braucht es weitere Untersuchungen, die erst im Rahmen einer stationären Aufnahme vorgenommen werden können. Betrachtet man hier wieder die Verteilung auf die Berufsgruppen, fällt jedoch auf, dass mehr Ärzt\*innen davon ausgehen, dass Soziale Arbeit *„gar nicht“* bei schwierigen Diagnosevermittlungen begleiten muss, und mehr Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen *„voll und ganz“* davon ausgehen, dass diese Begleitung eine relevante Aufgabe darstellt. Hier muss wieder Rücksicht auf die Größe der Stichprobe genommen werden, denn diese Interpretation lässt sich nicht ohne Weiteres auf die Grundgesamtheit verallgemeinern. Trotzdem besteht bei dieser Erhebung ein erkennbarer Unterschied, der in die Analyse der Ergebnisse miteinfließen sollte. Begleitung und Unterstützung beim Themenbereich Sterben Trauer und Tod wurde ebenfalls weniger oft gewählt. Die Ursache dafür mag die geringere Sterbezahl innerhalb der Notaufnahme sein. Hier wurde bereits im theoretischen Teil erwähnt, dass es wenig valide Zahlen dazu gibt, in welcher Abteilung eines Krankenhauses die Personen versterben. Insgesamt kann auch die Vermutung angestellt werden, dass die Mitarbeitenden der Notaufnahmen wenig Erfahrung mit den Inhalten eines Soziale Arbeit Studiums haben. Gerade die Förderung der sprachlichen Kompetenzen in Vorlesungen wie Gesprächsführung macht es Sozialarbeiter\*innen später möglich, auf vielfältige Weise professionell zu kommunizieren und dies stetig zu reflektieren. Das stellt im Vergleich zu

den anderen Berufsgruppen in der Notaufnahme sicherlich eine Besonderheit dar. Dies soll keineswegs bedeuten, dass Personen, die den jeweiligen Berufsgruppen angehören, weniger gut kommunizieren können, sondern sich lediglich in den unterschiedlichen Ausbildungen und Studiengängen mit dem Themenbereich Kommunikation mit einer anderen Intensität auseinandergesetzt wird. Es könnte daher auch möglich sein, dass erst indem miteinander gearbeitet wird mehr Verständnis für die Kompetenzen und Fähigkeiten der anderen Profession, respektive der Menschen, die den Beruf letzten Endes ausüben, entsteht.

Bei Frage 25 wurde deutlich, dass Befragte die zu Beginn der 4. Rubrik angaben, keine Notwendigkeit für Soziale Arbeit in Notaufnahmen zu sehen, im weiteren Verlauf des Fragebogens trotzdem nach den möglichen Aufgaben befragt wurden. Es gab hier keine passende Auswahlmöglichkeit. Eine Person nannte daher in den weiteren Antwortmöglichkeiten „*nicht erforderlich*“. Weitere wichtige Ergänzungen stellten die Äußerung, dass Notaufnahmen als Teil der öffentlichen Daseinsfürsorge mehr in den Stadtvierteln oder Gemeinden verankert werden müssten. Denkt man an Soziale Arbeit im Bereich des Community Organizing, stellt dies definitiv einen Auftrag für Sozialarbeiter\*innen dar. Hier wäre beispielsweise auch eine Verknüpfung mit den edukativen Aspekten vorstellbar: Wann rufe ich welche Nummer, Wissensvermittlung in Form von Erste-Hilfe-Kursen sowie das Anregen und Knüpfen von privaten Netzwerken, um Vereinsamung entgegenzuwirken, wäre hier denkbar. Dies soll hier nur kurz erwähnt werden, da es für Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen dahingehend relevant wäre, als das eine Kooperation mit Kolleg\*innen, die in der Stadtteilarbeit tätig sind, sicherlich eine Bereicherung darstellen könnte. Die letzte Ergänzung der Befragten bezieht sich auf Menschen ohne Versichertenstatus. Diese Vorfälle bedürfen einer Kommunikation der Sozialarbeiter\*innen mit den Sozialämtern, um schnellstmöglich einen Versicherungsstatus herzustellen. Hier ist es denkbar, dass auch ökonomische Faktoren wie die finanzielle Absicherung des Krankenhauses eine Relevanz haben. In den USA stellt dies einen elementaren Aufgabenbereich dar. Hier wird neben den Kontakt zu Ämtern und Versicherungen auch versucht, über Spenden die Kosten für die Versorgung zu finanzieren. Ob dieser Schritt in Deutschland auch notwendig werden könnte, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Die letzte Frage zeigt, dass sich fast 60% der Befragten die dauerhafte Anwesenheit von Sozialarbeiter\*innen entweder in Form eines 24 Stundendienst oder durch Rufbereitschaft vorstellen können. Dies zeigt, dass die Forderungen die bereits mehrfach im Laufe des Fragebogens von den Befragten beschrieben wurden von der Mehrzahl der

Umfrageteilnehmer\*innen so gewertet wird. Es bestätigt ebenso die im internationalen Vergleich vielerorts bestehende 24/7-Verfügbarkeit der Sozialarbeiter\*innen in den Notaufnahmen. Betrachtet man das Arbeits-Setting im Kontext der Versorgungsstufen der Notaufnahmen wird deutlich, dass in den Versorgungsstufen 1 und 2 rund 41% für die ständige Anwesenheit oder Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft waren, währenddessen in Versorgungsstufe 3 knapp 67% dafür waren. Dies könnte daran liegen, dass in Kliniken mit Stufe 3 die Notaufnahmen noch höher frequentiert von Patient\*innen aufgesucht werden, da sie die umfassende Versorgung gewährleisten müssen. Gerade nachts sind in Kliniken der Stufe 1 viele medizinische Untersuchungsmöglichkeiten nicht vorhanden und die Patient\*innen suchen sich dementsprechend andere Kliniken, bei denen dann ein höheres Patient\*innenaufkommen besteht.

## **9 Reflexion der empirischen Untersuchung**

Im Folgenden werden die methodische Herangehensweise und die Ergebnisse reflektiv betrachtet. Dabei werden Besonderheiten der Studie SoANa und weiterführende Gedanken fokussiert und zusammengefasst.

### **9.1 Reflexion der methodischen Herangehensweise**

Die Durchführung der Expert\*inneninterviews zeigte sich als sehr geeignetes Instrument, um fehlende Inhalte und Informationen aufgrund der nicht vorhandenen Literatur auszugleichen. Um die Ergebnisse der Expert\*inneninterview zu überprüfen und herauszufinden, wie die Berufsgruppen im Allgemeinen über die Idee Soziale Arbeit auch in Deutschland in Notaufnahmen zu integrieren denken, erschien die Wahl eines Fragebogens als sehr geeignet. Dies lässt sich auch nach der praktischen Durchführung bestätigen. Gerade die Möglichkeit Befragungen online mithilfe von Systemen wie SoSci Survey durchzuführen, erleichtert die Umsetzung enorm. Die Nutzung des Onlinefragebogens stellte sich auch im Vergleich zu einer postalischen Befragung weitaus zeitgemäßer und einfacher zugänglich heraus. Da der Zugriff der Onlineumfrage sowohl über PC als auch über das mobile Endgerät möglich war, konnten die Mitarbeitenden über verschiedene Kanäle erreicht werden. SoSci Survey erwies als passende Software für die Durchführung des Fragebogens. Auch in der anschließenden Auswertung erwies es sich vorteilhaft über digitale Daten zu verfügen. So konnten sie effektiver und schneller ausgewertet werden. Gerade Faktoren wie unleserliche Handschrift oder postalische Problematiken werden mithilfe eines Onlinefragebogens ebenfalls umgangen. SoSci Survey konnte die erhobenen Ergebnisse direkt in SPSS Daten umwandeln, sodass die Auswertung der Datensätze problemlos möglich war.

Die Studentin hatte bereits einigen Wochen vor der Fertigstellung des Fragebogens Kontakt zu den beiden Leitern der bayerischen Notaufnahmevereinigungen aufgenommen. Dies ermöglichte dann Anfang November eine einfache Weiterleitung des Fragebogens. Leider wurden die Fragebögen dann erst mit einer zeitlichen Verspätung von ca. zwei Wochen an die beteiligten Notaufnahmen weiterversendet. Die Zusendung der Onlineumfragebögen an die Expert\*innen der Interviews war ebenfalls hilfreich. Durch den persönlichen Bezug konnten sie den Fragebogen an Kolleg\*innen weiterleiten und gezielt für die Relevanz einer Teilnahme werben. Aufgrund der Verzögerungen durch die Verteiler korrelierte die Befragung dann, wie bereits erwähnt, in eine große Krankheitswelle. Diese führte und führt auch aktuell immer noch zu massiven Personalengpässen beim Klinikpersonal. Es kann vermutet werden, dass der Zeitpunkt der Erhebung deshalb im September und Oktober besser gewesen wäre. Dennoch haben 73 Personen die Zeit gefunden an der Umfrage teilzunehmen.

Durch den nutzerfreundlichen Aufbau der Software war die Erstellung des Fragebogens ohne Probleme möglich. Umfang und Dauer des Fragebogens wirkten auf die Studentin sowie auf die Personen, die den Pretest durchführten, als angemessen. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Antworten gewährleisten zu können wurden die meisten Fragen mit vorgefertigten Antwort-Items zur Verfügung gestellt. Bei einigen Fragen bestand auch die Möglichkeit, in einem Freitextfeld zu antworten. Diese Funktion wurde von drei bis vier Befragten genutzt. Meist wurden Ergänzungen beschrieben oder Fragen, die im späteren Verlauf kommen, vorgegriffen. Nur wenige Male wurden neue Antwortaspekte eingebracht. Es zeigt dennoch, dass sich die Befragten intensiv mit der Bearbeitung des Fragebogens auseinandergesetzt haben und, dass die Bereithaltung des Freitextfeldes durchaus angebracht war. Für die meisten Befragten erschienen jedoch die zur Verfügung stehenden Auswahlmöglichkeiten als ausreichend oder sie gaben aus zeitlichen oder motivationalen Gründen keine erweiterten Antwortmöglichkeiten an. Die heterogene Mischung der Fragearten erwies sich bereits im Pretest als abwechslungsreich und passend. Bei zwei Fragen musste im Nachhinein festgestellt werden, dass die Antwortmöglichkeiten nicht vollständig passend waren. Auf Frage 19 wurde im Rahmen der Analyse der Ergebnisse bereits näher eingegangen. Nachdem die Studienteilnehmer\*innen gefragt wurden ob sie Bedarf an Sozialer Arbeit in der Notaufnahme sehen wurden sie zunächst aufgeteilt in Gründe dafür und dagegen. Danach wurden beide Gruppen jedoch wiederzusammengefasst und sollten auf die restlichen fünf Fragen antworten. Hierbei gab es, was vor allem bei Frage 23 und 24 relevant ist, keine passende Antwortoption, für Personen, die geantwortet hatten, dass sie nicht den Bedarf

an Sozialer Arbeit sehen. Eine Möglichkeit wäre gewesen, dass diese Fragen dann ebenfalls übersprungen werden. Betrachtet man die Antworten lässt sich aber feststellen, dass fünf der sechs Personen, die keinen Bedarf sehen sich aber mit den künftigen Aufgaben für Soziale Arbeit auseinandergesetzt haben. An dieser Stelle wäre daher vermutlich eine weitere Antwortmöglichkeit wie „*Nicht notwendig*“ oder ähnliches, passend gewesen.

Die Auswertung mit der Ex-Post-Facto-Methode stellte sich als passend heraus. Da es wenig direkte Vergleichsstudien gibt, musste die Auswertung mithilfe der gesammelten Theorie verglichen werden. Es handelt sich primär um eine Erhebung von Daten und Informationen weshalb eine vorherige Aufstellung von Hypothesen als weniger zielführend erschien. Mit der Ex- Post- Facto-Methode konnten einige interessante Zusammenhänge zwischen Theorie und den neu gewonnen Daten hergestellt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Fragebogen eine zielführende Methode zur Durchführung der empirischen Untersuchung ist.

## 9.2 Reflexion der Ergebnisse

Im Allgemeinen können die Ergebnisse als aufschlussreich und hilfreich gewertet werden. Die Umfrage hat sowohl Berufsbeginner\*innen als auch Personen mit viel Erfahrung in Notaufnahmen erreicht. Auch die Ausgewogenheit zwischen den beiden Berufsgruppen ist von Vorteil, da so eine erste Stimmungslage zum Thema von allen Mitarbeitenden erfasst werden konnte. Die Stadt-Land-Auswirkungen, die zu Beginn durch die Standortabfrage herausgefunden wurde, zeigte sich in einigen Bereichen deutlich. Gerade bei bestimmten Ursachen, wie den psychischen Erkrankungen sowie Suchtproblematiken, zeigten sich die Unterschiede. Beim Einsatz von Sozialer Arbeit in Notaufnahmen ist es daher unabdingbar die Standorte und deren Patient\*innen genauer zu analysieren. Bei der Verteilung Sozialer Arbeit sollte nicht das Gießkannenprinzip angewandt werden, sondern spezifisch auf die Bedarfe einzelner Kliniken und deren Notaufnahme geachtet werden. Wichtig bleibt dennoch eine einheitliche Arbeitsweise über die Grenzen eines Krankenhauses hinaus. Eine mögliche Stellschraube die sich am Bedarf der jeweiligen Notaufnahme adaptieren lassen, wäre z.B. die Anpassung der Arbeitszeiten der jeweiligen Sozialarbeiter\*innen. Dies spiegeln auch die Ergebnisse der letzten Frage wider, und zeigt zugleich, dass die Informationen, die zu Beginn der Onlineumfrage erhoben wurden, nützlich waren und im Laufe der Auswertung mehrmals als Vergleichsvariable herangezogen wurde.

An den Ergebnissen ist gut erkennbar, dass sich die gesetzlichen Bestimmungen auch tatsächlich in den Notaufnahmen widerspiegeln. Dies ist dahingehend relevant, als dass somit auch die Umsetzung der kurzstationären Überwachungseinheit in naher Zukunft folgen müsste. Mit der Einführung der Überwachungsstation wäre es möglich, den Einsatz Sozialer Arbeit, aufgrund der Empfehlungen der DIVI, voranzubringen.

Bei den Ursachen des Anstiegs der Patient\*innen wurden der demografische Wandel sowie die Auflösung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten weniger häufiger als Ursache genannt als von der Studentin vorab angenommen. Dies zeigt erneut die Relevanz der Expert\*inneninterviews, mit deren Hilfe die unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten realitätsnahe gebildet werden konnten.

Auffallend in der gesamten Analyse der Ergebnisse war, dass die häufigsten Nennungen sehr oft mit externen Problematiken zusammenhingen. Die Ursachen für den Anstieg liegen am Facharztpraxenmangel oder den langen Wartezeiten bei den Fachärzt\*innen. Fest steht, das ambulante Gesundheitssystem benötigt, ebenso wie das stationäre, dringend neue Ansätze und bessere finanzielle Ausstattungen. In diesem System sind derzeit vermutlich alle Verlierer\*innen, die unter den Ökonomisierungsgedanken und den Abrechnungssystemen leiden. Es ist daher ein Stück weit nachvollziehbar, dass die Mitarbeitenden der Notaufnahmen frustriert sind und andere Bereiche des Systems dafür verantwortlich machen. Die Notaufnahmen haben als letzte und immer verfügbare Anlaufstelle häufig keine andere Möglichkeit mehr als Patient\*innen aufzunehmen, auch wenn sie nicht als Notfälle zu betrachten sind.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass Mitarbeiter\*innen Soziale Arbeit als Möglichkeit sehen, die Anzahl der Patient\*innen in Notaufnahmen zu reduzieren. Dies ist ein gut nachvollziehbarer Grund und lässt sich mit den Daten aus den USA und weiteren Ländern unterstreichen. Aus Sicht der Sozialarbeiter\*innen ist sicherlich einer der wichtigsten Gründe, die Begleitung und psychosoziale Betreuung der Patient\*innen. Dennoch sind sie zwangsläufig auch Teil des Ökonomisierungsgedanken. Diese Rolle wird sich nicht von der Hand weisen lassen, wäre letztendlich aber ein Nebeneffekt von der Bereitstellung passender Hilfen für eine adäquate Weiterversorgung der Patient\*innen. Es lässt sich auch anhand der selbsthinzugefügten Antworten gut erkennen, dass die befragten Personen keine unrealistischen Vorstellungen von den Aufgaben haben, die Soziale Arbeit übernehmen könnte. All die genannten Funktionen und Aufträge gehören für Sozialarbeiter\*innen in anderen Einsatzfeldern bereits zur täglichen Arbeit. Die Aufgaben, die an die Soziale Arbeit herangetragen werden, würden also mit dem grundlegenden

Kompetenzprofil größtenteils übereinstimmen. Sozialarbeiter\*innen erwerben viele dieser Fähigkeiten im Laufe ihres Studiums. Die erhobenen Daten stimmen mit den theoretischen Inhalten und den Vergleichsstudien vielfach überein oder sie ergänzen sie. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die sie der allgemeinen Meinung der Mitarbeitenden in bayerischen Notaufnahmen entsprechen und somit valide sind. Dies wurde auch durch die Einhaltung der Gütekriterien bekräftigt.

Die geringe Erhebungsgröße sowie die Fallzahlen machen es schwierig auf die Grundgesamtheit zu schließen. Trotz der mehr als 80 kontaktierten Kliniken, nahmen nur 74 Personen an der Umfrage teil. Der Zeitraum der den Befragten zur Verfügung stand, sowie die Reichweite erschienen als ausreichend. Gerade da mit der Unterstützung der DGINA der Versand des Fragebogens durch eine bekannte Plattform erfolgte. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse die ersten Daten eines bisher kaum erfassten Arbeitsfeld Sozialer Arbeit. Ein Blick sollte noch auf die fehlenden Werte und der Abnahme der Antworten im Verlauf des Fragebogens gelegt werden. Zu Beginn des Fragebogens waren es 74 Personen und am Ende schlossen 52 den Fragebogen ab. Die Abnahme ist über den gesamten Verlauf hin zu verzeichnen. Die Länge des Fragebogens könnte dabei eine Rolle gespielt haben, wobei eine angemessene Bearbeitungszeit im Vorhinein angegeben wurde. Eine plausible Erklärung wäre, dass einige der Befragten den Fragebogen während der Arbeit durchführten und dann möglicherweise unterbrechen mussten und den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr ausfüllen konnten. Diese Option ist naheliegend, da die Onlineumfrage fast ausschließlich über die E-Mail-Accounts an die Notaufnahmen versendet wurde.

Das Ziel der Umfrage war neben der ersten Datengewinnung auch die befragten Personen mit dem Thema Soziale Arbeit in Notaufnahmen in Berührung zu bringen. Durch die Beantwortung der Fragen hatten sie die Möglichkeit sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und auch selbst von den gewonnenen Informationen zu profitieren.

Insgesamt lässt sich bei den Ergebnissen ebenso wie bei der Methodik eine positive Bilanz ziehen. Durch die Expert\*inneninterviews sowie der Onlineumfrage konnte die Forschungsfrage beantwortet werden und zudem weitere neue Erkenntnisse gesammelt werden. Ein überwiegender Teil der Befragten sehen einen Bedarf an Sozialer Arbeit. Das Klären und Gespräche führen mit den Angehörigen zu Themen wie der heimischen Versorgung und dessen Planung, das Sicherstellen einer adäquaten häuslichen Versorgung sowie das Entlassmanagement wurden als die wichtigsten Aufgaben von Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen von den Befragten festgelegt. Welche Aufgaben

und Funktionen Soziale Arbeit in Notaufnahmen tatsächlich hätte, lässt sich aber nur in der praktischen Umsetzung feststellen. Abschließend bleibt zu erwähnen, dass der theoretische sowie der empirische Teil erfolgreich und mit zahlreichen neuen Erkenntnissen miteinander verknüpft werden konnte.

## **10 Fazit**

Die gesamte Arbeit setzt sich mit einer Thematik auseinander, die für Deutschlands Sozialarbeit ein neues Arbeitsfeld darstellen könnte. Die Datengewinnung kann zum einen als Chance betrachtet werden, ein neues Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit zu erschließen. Gleichzeitig brachte die Auseinandersetzung mit diesem Thema auch einige Herausforderungen und Problematiken mit sich. Die bereits mehrfach angesprochene Literatur- und Vergleichsdatenknappheit stellte vor allem bei der Erstellung des Fragebogens sowie bei der Interpretation der Ergebnisse eine Herausforderung dar. Die Theorie bezog sich daher viel auf die derzeitige gesellschaftliche Ausgangslage sowie die aktuellen Bedingungen in bayerischen Notaufnahmen. Aus persönlicher Sicht ist es eine bislang ungenutzte Chance, dass Soziale Arbeit durch den niedrighwelligen Zugang, den eine Notaufnahme auszeichnet, auch die Möglichkeit nutzt um, Kontakt zu bestimmten Klient\*innengruppen anzubahnen. Wie die Daten belegen, besteht eine hohe Diversität bei den Patient\*innen der Notaufnahmen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Krankheitsbilder, sondern auch auf Alter, Geschlecht, Herkunft und weitere individuelle Merkmale. In Zeiten von Fachkräftemangel muss auch die Soziale Arbeit schonend mit ihren vorhandenen personellen Ressourcen haushalten. Eine genau Abwägung beispielsweise der zeitlichen Verfügbarkeit oder einer Koppelung mit den bereits bestehenden Krankenhaussozialdiensten wäre daher denkbar.

Die Informationen aus anderen Ländern zeigen deutlich, dass Soziale Arbeit eine absolute Daseins-Berechtigung in Notaufnahmen hat. Dies lässt sich gut an der hohen Anzahl unterschiedlichster Aufgabenbereiche erkennen. Um möglichen „Kompetenzrängeleien“ mit anderen Professionen gleich von Beginn an vorzubeugen, ist für Deutschland ein Aufgabenkatalog sehr wichtig. Dieser sollte das Aufgabenprofil Sozialer Arbeit in Notaufnahmen definieren und im Hinblick auf die weiteren Berufsgruppen klar abgrenzen. Die gesetzlichen Grundlagen zur Etablierung Sozialer Arbeit in Notaufnahmen bestehen grundsätzlich. Hierbei wird sich in den nächsten Monaten zeigen, wie das Gesundheitsministerium die Krankenhäuser und ambulanten Versorgungsstrukturen verändern will. Im Rahmen dieser Reformierung ist eine sozialere Ausrichtung

medizinischer Einrichtungen, die sich mehr auf das Patient\*innenwohl als um ökonomische Faktoren sorgen, erstrebenswert und von allgemeinem gesellschaftlichem Vorteil.

Das Fazit der empirischen Studie SoANa ist überwiegend positiv. Vorrangig ist zu erwähnen, dass dank der Expert\*innen sowie den Teilnehmer\*innen der Onlineumfrage, die sich trotz ungünstiger Umstände Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben, die empirische Ausarbeitung überhaupt erst möglich war. Es kam dadurch zu vielen neuen und aufschlussreichen Ergebnissen. Diese sollten als erste Grundlage für weitere Forschungen in diesem Bereich gesehen werden und zugleich die Legitimierung der Arbeit von Sozialarbeiter\*innen in Notaufnahmen sicherstellen. Die Wahl der beiden Methoden ist im Nachhinein betrachtet positiv zu bewerten. Die Expert\*inneninterviews haben dazu beigetragen, dass der Onlinefragebogen so zielführend geworden ist

Es bleibt kritisch zu reflektieren, ob es sinnvoll ist, andere Berufsgruppen und Professionen zu befragen, welche Aufgaben Soziale Arbeit übernehmen könnte. Da es in deutschen Notaufnahmen aber derzeit keine Sozialarbeiter\*innen gibt war es rückblickend die richtige Entscheidung, Personen zu befragen, die tagtäglich in Notaufnahmen arbeiten. Diese Ausgangslage machte aber auch den Blick ins internationale Feld notwendig. Hier ist erkennbar, dass Sozialarbeiter\*innen in Deutschland im Studium viele der im Ausland notwendigen Fähigkeiten bereits im Studium erlernen, jedoch nicht alle. Spezielle Studiengänge oder Fort- und Weiterbildungen sind eine gute Möglichkeit, die Sozialarbeiter\*innen weiter zu professionalisieren und bestmöglich auf spezielle Einsatzbereiche vorzubereiten.

Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden ob die Mitarbeitenden der bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf an Sozialer Arbeit sehen und welche Aufgaben die Sozialarbeiter\*innen zukünftig übernehmen sollten. Dies ist mithilfe der Studie SoANa gelungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Befragten einen Bedarf an Sozialer Arbeit in Notaufnahmen sieht.

Festzustellen ist, dass die Daten von einer bestimmten Teilnehmer\*innenanzahl in Bayern erhoben wurden. Die Begrenzung auf ein Bundesland war aufgrund der unterschiedlichsten Landesgesetze hilfreich. Es ist möglich, dass die Ergebnisse mit Mitarbeitenden in Notaufnahmen aus anderen Bundesländern variieren könnten. Da sich die Krankheitsbilder der Patient\*innen, die Folgen des demografischen Wandels und eine Vielzahl weiterer Faktoren aber als gesamtdeutsches Phänomen darstellen, ist davon auszugehen, dass etwaige Abweichungen eher auf subjektive Einschätzungen der

Personen selbst zurückzuführen sind. Um weitere Informationen zum Einsatzgebiet Sozialer Arbeit in Notaufnahmen zu generieren, gibt es mehrere Optionen: Zum einen wäre es denkbar, eine deutschlandweite Umfrage, in ähnlichem Umfang wie die vorliegende Studie, durchzuführen. So könnten mehr Daten gesammelt werden, die dann die notwendige Verallgemeinerbarkeit gewährleisten könnten. Des Weiteren wäre es vorstellbar, die Sozialdienste in den Krankenhäusern zu befragen, ob sie eine Notwendigkeit für den Einsatz von Sozialarbeiter\*innen in der Notaufnahme sehen. So könnte ein interessanter Vergleich mit den Ergebnissen dieser Studie gezogen werden. Zuletzt wäre die Feldforschung eine geeignete Möglichkeit, um Soziale Arbeit in Notaufnahmen zu untersuchen. Hierzu gab es wohl in Deutschland bereits eine erste Testphase. Es ließen sich dazu jedoch bisher keine Informationen darüber finden. So könnte das Einsatzgebiet in der Praxis erforscht werden und die Ergebnisse beispielsweise in ein Kompetenzprofil für Soziale Arbeit in Notaufnahmen miteinfließen.

Es wird möglicherweise noch ein längerer Weg sein, bis die ersten Sozialarbeiter\*innen in deutschen Notaufnahmen arbeiten. Alles deutet darauf hin, dass es tatsächlich einen großen Bedarf gibt, Soziale Arbeit zu integrieren und nicht nur die befragten Berufsgruppen davon profitieren würden. Den größten Nutzen hätten sicherlich die Patient\*innen selbst. Eine ganzheitliche Betrachtung ist gerade in Ausnahmesituationen, die beim Aufsuchen einer Notaufnahme häufig besteht, enorm wichtig. Die psychosoziale Begleitung innerhalb der Notaufnahme als auch das Einleiten tragfähiger Lösungsansätze für die Zeit nach dem Krankenhaus sind essenzielle Aspekte bei der Versorgung von Notfallpatient\*innen im 21. Jahrhundert. Nicht zuletzt würden die Sozialarbeiter\*innen selbst sicherlich von einem neuen multidisziplinären Team mit inhaltlich fordernden und spannenden Aufgaben profitieren. Möglicherweise konnte sogar die vorliegende Arbeit bei dem ein oder anderen Mitarbeitenden einer Notaufnahme Interesse wecken, dass gemeinsam am Ziel der Integration von Sozialer Arbeit in Notaufnahmen gearbeitet wird. Künftige Veränderungen in Krankenhäusern sollten sich wieder mehr am Wohl der Patient\*innen sowie der Mitarbeitenden und weniger an finanziellen Gesichtspunkten orientieren. Letztlich zu hoffen, dass sich in nächster Zeit dahingehend etwas verändert.

## 11 Literaturverzeichnis

American College of Emergency Physicians, 2020, Social Work and Case Management in the Emergency Department

Amthor, Ralph-Christian, 2016, Einführung in die Berufsgeschichte der Sozialen Arbeit, 2. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel

Auerbach, Charles; Mason, Susan, 2010, The value of the presence of social work in emergency departments, In: Social Work in Health Care, Vol. 49 S. 314-326

Augurzky, Boris; Beivers, Andreas; Breidenbach, Philipp; Budde, Rüdiger; Emde, Annika; Haering, Alexander; Kaeding, Matthias; Roßbach-Wilk, Elisabeth; Straub, Niels, 2018, Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, RWI Projektberichte, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Behringer, W. Graeff; I., Dietz-Wittstock, M.; Wrede, C. E., Mersmann, J. Pin, M.; Kumle, B.; Möckel, M.; Gries, G.; Eisenburger, P.; Exadaktylos, A.; Dodt, C., 2019, Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren, In: Notfall und Rettungsmedizin, Springer Medizin Verlag GmbH

Beivers, Andreas; Kramer; Ulrike, 2019, Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste, In: Stephan; Dettmers, Bischkopf; Jeannette (Hrsg.), 2019, Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag München, S. 130-136

Bell, Johan; Davies, Brett; Walsh, Claire; Knowlman, Hannah; Hefford, Tina; Kuipers, Pim, 2018, The Role and Potential of Social Worker Involvement in Hospital Emergency Departments: A Practice-Based Scoping Review, In: International Journal of Social Work, Vol. 5, S. 79-99

Bergner, T., 2018, Belastungen in der Notfallmedizin, Notfall und Rettungsmedizin, 2018, Nr. 3, S. 192-198, Springer Medizin Verlag GmbH

Bey, Tareg, 2007, Schnittstelle Zentrale Notaufnahme, Notfall+ Rettungsmedizin, Nr. 5, Springer Medizin Verlag, S. 323-324

Blossfeld, Hans-Peter; Bos, Wilfried; Daniel, Hans-Dieter; Hannover, Bettina; Lenzen, Dieter; Prenzel, Manfred; Roßbach, Hans-Günther; Tippelt, Rudolf; Wößmann, Ludger; Wößmann, Kleiber, Dieter, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (Hrsg.), 2014,

Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung, Waxmann Verlag GmbH, Münster

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, 2014, Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang, 2009, Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Alexander, Bogner; Beate, Littig; und Wolfgang, Menz (Hrsg.), 2009, Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden S. 61–98

Borde, Theda; Braun, Tanja; David, Matthias, 2003, Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen, Bundesministerium für Bildung und Forschung; Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, Berlin

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola, 2016, Forschungsmethoden und Evaluation, 5. Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Böhnisch, Lothar, 2019, Lebensbewältigung Ein Konzept für die Soziale Arbeit, 2. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel

Böhnisch, Lothar, 2021, Zwischenwelten Eine Gesellschaftstheorie für die Soziale Arbeit, Beltz Juventa, Weinheim Basel

Bywaters, Paul; McLeod, Eileen, 2003, Social care's impact on emergency medicine: a model to test, In: Emergency Medicine Journal, 20, S. 134.137

Christ, Michael; Grossmann, Florian; Winter, Daniela; Bingisser, Roland; Platz, Elke, 2010, Triage in der Notaufnahme, In: Deutsches Ärzteblatt, 107, S. 892-8

Couilliot, Marie-France; Leboul, Daniele; Douguet, Florence, 2012, Palliative care in emergency departments: an impossible challenge? In: european journal of emergency medicine, Vol. 19, S. 405-407

Dentler, Peter, 2006, `Clinical Social Work`in den USA und Perspektiven Für Deutschland?, In: Klinische Sozialarbeit Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung, Heft 4, Greiserdruck GmbH & KoKG, Rastatt

Evangelisches Hilfswerk, 2020, Jahresbericht Teestube „komm“: Tagesaufenthalt und Streetwork, Druckhaus Kastner

Fusenig, Elisabeth, 2012, The Role of Emergency Room Social Worker, An Exploratory Study, St. Catherine University

Gates, Donna M.; Ross, Clara Sue; McQueen, Lisa, 2005, Violence against emergency department workers, In: e, 2006, Volume 31, Issue 3, S. 331-337,

Gläser, Jochen; Laudel, Grit, 2010, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 4. Auflage, VS-Verlag, Wiesbaden

Gordon, James A., 2001, Cost-Benefit Analysis of Social Work Services in the Emergency Department: A Conceptual Model, In: Academic Emergency Medicine, 2008, Vol. 8, S. 54-60

Hammerschmidt, Peter; Tennstedt, Florian, 2012, Der Weg zur Sozialarbeit: Von der Armenpflege bis zur Konstituierung des Wohlfahrtsstaates in der Weimarer Republik, In: Thole, Werner, 2012, Grundriss Soziale Arbeit, 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH S. 73-86

Hannah, Adam; Brown, Jeremiah Thomas; Gibbons, Andrew, 2019, Welfare capabilities: Evaluating distributional inequalities and welfare policy in advanced democracies In: Journal of European Social Policy, 2020, Vol. 30(3), S. 293–305

Heidbrink, Ingo, 2020, Zur statistischen Erfassung von Wohnungs- und Obdachlosigkeit in den USA: Die "Point-in-Time"-Zählung am Beispiel von Portland, Oregon Stadtforschung und Statistik In: Zeitschrift des Verbandes Deutscher Städtestatistiker, Nr. 33, S. 85-91

Hill, Nicole; Joubert, Lynette; Epstein; Irwin, 2013, Encouraging Self-Management in Chronically Ill Patients With Co-Morbid Symptoms of Depression and Anxiety: An Emergency Department Study and Response, In: Social Work in Health Care, Vol. 52, S. 207-221

Homfeldt, Hans Günther, 2012, Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung, In: Thole, Werner, 2012, Grundriss Soziale Arbeit, 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH S. 489-504

Honold, J.; Thieme, F.; Zeuzem, S.; Serve, H.; Fichtlscherer, S.; Zeiher, A. M.; Walcher, F.; Marzi, I.; Lehmann, R., 2013, Internistische Patienten in einer universitären Notaufnahme: Charakterisierung und ökonomische Bedeutung für das Gesamtklinikum In: DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2013; 138(27), S. 1401 – 1405

Igl, Gerhard, 2017, Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, Schriftenreihe zur Klinischen Sozialarbeit Bd. 4, Lit Verlag Dr. W. Hopf, Berlin

Jann, Ben, 2005, Einführung in die Statistik, 2. Überarbeitete Auflage, R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München

Joubert, Lynette; Lee, Jinsu; McKeever, Una, Holland; Lucy, 2013, Caring for Depressed Elderly in the Emergency Department: Establishing Links Between Sub-Acute, Primary, and Community Care, In: Social Work in Health Care, Vol. 52, S. 222-238

Kaiser, Robert, 2021, Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung, 2. Auflage, Springer VS, Wiesbaden

Kramer, Ulrike, 2020, Soziale Arbeit als Ergänzung in der Notfallversorgung, In: Forum Sozialarbeit + Gesundheit, 2020, Nr. 4, S. 10-13

Kuckartz, Udo, 2018, Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim Basel

Lange, R.; Popp, S.; Erbguth, F., 2016, Brennpunkt Notaufnahme, In: Nervenarzt 87, S. 592–602

Lawson, Robin, 2012, Palliative Social Work in Emergency Department, In: Journal of social work in end-of-life & palliative care, 2012, Vol. 8, S. 120-134

Lindner, T.; Weissenberger, G.; Hottenbacher, L.; Möckel, M., 2020, Ursachen und Auswirkungen von Gewalt in der Notfallmedizin, In: Notfall und Rettungsmedizin, 2021, 24, Springer Medizin Verlag GmbH, S. 115–118

Mayring, Philipp, 2016, Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Marckmann, Georg; Neitzke, Gerald; Schildmann, Jan, 2020, Triage in der Covid-19-Pandemie-was ist gerecht?, In: DIVI, 2020, 11, S. 172-178, Deutscher Ärzteverlag

McLeod, Eileen; Olsson, Mariann, 2006, Emergency department social work in the UK and Sweden: evaluation by older frequent emergency department attenders, In: European Journal of SocialWork, Vol. 9, 139-157

McKenna, Peter; Heslin, Samita M.; Viccellio, Peter; Mallon, William K; Hernandez, Cristina, Morley, Eric, 2018, Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures, Clinical and Experimental Emergency Medicine 2019; S. 189-195

Messinger, Seth, 2011, Cooperation and contention in psychiatric work, In: Transcultural Psychiatry, Vol. 48, S. 284-298

Moore, Megan; Ekman, Eve; Shumway, Martha, 2012, Understanding the critical role of social work in safety net medical settings: framework for research and practice in the emergency department, In: Social Work in Health Care, Vol. 51, 140-148

Moosbrugger, Helfried; Kelava, Augustin, 2020, Qualitätsanforderungen an Tests und Fragebogen („Gütekriterien“) In: Moosbrugger; Helfried, Kelava; Augustin (Hrsg.), 2020, Testtheorien und Fragebogenkonstruktion, 3. Auflage, Springer-Verlag GmbH Deutschland

Murray, Christopher J. L.; Barber, Ryan M.; Foreman, Kyle J.; Ozgoren, Ayse Abbasoglu; Abd-Allah, Foad, et al. 2015, Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition, In: The Lancet, 2015, Vol. 386, S. 2145-2191

Mushtaq, F.; Ritchie, D., 2004, Do we know what people die of in the emergency department?, In: Emergency Medicine Journal, 2005, Vol. 22, S. 718–721

Müller-Baron, Ingo; Kurlemann, Ulrich, 2019, Soziale Arbeit im Krankenhaus, In: Stephan, Dettmers; Bischoff, Jeannette (Hrsg.), 2019, Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag München, S. 169-176

Ohlbrecht, H.; Bartel, S.; von Kardorff, E.; Streibelt, M., 2008, Gewalt in der Notaufnahme, In: Prävention und Gesundheitsförderung, 2009, Nr. 4, S. 7-14

Petrakis, Melissa; Joubert, Lynette, 2013, A social work contribution to suicide prevention through assertive brief psychotherapy and community linkage: Use of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), In: Social Work in Health Care, Vol. 52, 239-257.

Pfadenhauer, Michaela, 2009, Auf Augenhöhe Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte In: Hrsg. Alexander, Bogner; Beate, Littig; Wolfgang, Menz, 2009, Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder, 3. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden S. 99-116

Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika, 2021, Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, De Gruyter Oldenbourg, Berlin, Boston

Raithel, Jürgen, 2008, Quantitative Forschung Ein Praxiskurs, 2. durchgesehene Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Rakowitz, Nadja, 2019, Krankenhaus statt Fabrik, Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, 4. Auflage, Druckservice Grube, Maintal

Ramacciati, Nicola; Ceccagnoli, Andrea; Addey; Beniamino, 2015, Violence against nurses in the triage area An Italian qualitative study In: International Emergency Nursing, 2015, Volume 23, Nr. 4, 2015, S. 274-280

Richter, Lukas; Paier, Dietmar; Reiger; Horst, 2021, Quantitative Sozialforschung Eine Einführung, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandel AG, Wien

Schaffer, Hanne; Schaffer, Fabian, 2020, Empirische Methoden für Soziale Berufe, Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau

Scherer, Martin; Lühmann, Dagmar; Kazek, Agata; Hansen, Heike; Schäfer, Ingmar, 2017, Patienten in Notfallambulanzen Querschnittstudie zur subjektiv empfundenen Behandlungsdringlichkeit und zu den Motiven, die Notfallambulanzen von Krankenhäusern aufzusuchen, Deutsches Ärzteblatt, 2017, Heft 39, S. 645-652

Schiel, R.O.; Herzog, W.; Hof, Debus, J.; Friederich, H.-C.; Brechtel, A.; Rummel, J.; Freytag, P.; Hartmann, M., 2013, Effekte systematischer Informationen über psychosoziale Angebote während der ambulanten Strahlentherapie Eine kontrollierte Studie, In: Strahlentherapie und Onkologie, 189, S. 579–585, Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Schneider, Armin, 2013, Fragebogen in der Sozialen Arbeit, Verlag Barbara Budrich, Opladen& Toronto

Schütte-Bäumer, Christian, 2019, Handlungswissen und Methodenkompetenzgesundheitsbezogener Sozialer Arbeit, In: Stephan; Dettmers; Bischof, Jeannette (Hrsg.), 2019, Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt Verlag München, S: 65-72

Simon, Michael, 2019, Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, In: Dieterich; Anja, Braun; Bernard, Gerlinger; Thomas, Simon; Michael (Hrsg.), 2019, Geld im Krankenhaus Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Skowron, N.; Wilke, P.; Bernhard, M.; Hegerl, U.; Gries, A., 2019, Arbeitsbelastung in der Notaufnahme In: Der Anaesthesist 68, 2019, S. 762–769

Somasundaram, Rajan; Ale Abaei, A.; Koch, M. 2009, Triage in zentralen Notaufnahmen Mode oder Notwendigkeit, In: Notfall und Rettungsmedizin, 4, S. 250-255, Springer Medizin Verlag

Somasundaram, Rajan; Geissler, Alexander; Leidel, B.A.; Wrede, C. E., 2018, Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York, S. 621-627

Staub-Bernasconi, Silvia, 2019, Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen, Verlag Barbara Budrich Opladen Berlin Toronto

Styrsky, Claudia, 2013, Das Manchester Triage System Ersteinschätzung in der Notaufnahme, Heilberufe Das Pflegemagazin, 65, S. 10-12

Theobald, Axel, Dreyer, Marcus, Starsetzki, Thomas (Hrsg.), 2003, Online-Marktforschung, Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen, 2. Auflage, Springer Fachmedien Wiesbaden

Unger, Fritz; Stiehr, Jens-Uwe, 1999, Statistik Intensivtraining, Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH, Wiesbaden

Wang, Zhen; Xiong, Xiaying; Wang, Shuang; Yan, Junguo; Springer, Martin; Dellinger, R.P., 2018, International Emergency Medicine, Causes of emergency department overcrowding and blockage of access to critical services in Beijing. A 2-year study, The Journal of Emergency Medicine, Vol. 54, Nr. 5, S. 665–673, Elsevier Inc.

Waydhas, Christian; Herting, Egbert; Kluge, Stefan; Markewitz, Andreas; Marx, Gernot; Muhl, Elke; Nicolai, Thomas; Notz, Klaus; Parvu, Volker; Quintel, Michael; Rickels, Eckhard; Schneider, Dietmar; Steinmeyer-Bauer, Klaus; Sybrecht, G.; Welte, T., 2017, Intermediate Care Station Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur Langversion, DIVI e.V., Bochum

Weigl, M.; Händl, T; Wehler, Markus; Schneider, A., 2020, Beobachtungsstudie ärztlicher und pflegerischer Aktivitäten in der Notaufnahme, Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin 3, 2021, S. 229-237

Wrenn, Keith; Rice, Nancy, 2008, Social-work Services in an Emergency Department: An Integral Part of the Health Care Safety Net, In: Academic Emergency Medicine, 2008, Vol. 1, S. 247 - 253

Ziegler, Uta; Doblhammer, Gabriele, 2010, Projections of the Number of People with Dementia in Germany 2002 through 2047, In: Doblhammer, Gabriele; Scholz, Rembrandt (Hrsg.), 2010, Ageing, Care Need and Quality of Life, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Zimmermann, M.; Brokmann, J.C.; Gräff, I.; Kumle, B.; Wilke, P.; Gries, A., 2016, Zentrale Notaufnahme – Update 2016, In: Anaesthesist 2016, 65, S. 243–249, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

### **Internetquellen:**

Association of Oncology Social Work, 2022, About AOSW URL: <https://aosw.org/about-aosw/> zuletzt besucht: 18.11.2022

Ärzteblatt, 2016, Notaufnahmen verursachen eine Milliarde Euro Verlust für Krankenhäuser, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70137/Notaufnahmen-verursachen-eine-Milliarde-Euro-Verlust-fuer-Krankenhaeuser> zuletzt besucht: 09.11.2022

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Bayern, 2016, Wir über uns, URL: [https://www.aelrd-bayern.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=270&Itemid=572](https://www.aelrd-bayern.de/index.php?option=com_content&view=article&id=270&Itemid=572) zuletzt besucht: 01.11.2022

Bayerische Staatskanzlei, 2013, Bayern Recht, Art. 1 Staatlich anerkannte Sozialpädagogin oder Staatlich anerkannter Sozialpädagoge BaySozKiPädG, URL: <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BaySozKiPaedG-1> zuletzt besucht: 20.11.2022

Bayerisches Staatsministerium des Inneren, für Sport und Integration, 2022a, Krankenhäuser in Bayern, URL: <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhaeuser-in-bayern/> zuletzt besucht: 01.11.2022

Bayerisches Staatsministerium des Inneren, für Sport und Integration, 2022b, Rettungsdienst in Bayern, URL: <https://www.stmi.bayern.de/sus/rettungswesen/index.php> zuletzt besucht: 01.11.2022

Beck, Joana Charlotte Luise, 2020, Auswirkungen von Arbeitsunterbrechungen auf Ärzte und Pflegekräfte einer interdisziplinären Notaufnahme, Dissertation an der Medizinischen

Fakultät der Ludwig – Maximilians – Universität zu München, URL: [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/27239/1/Beck\\_Joana.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/27239/1/Beck_Joana.pdf) zuletzt besucht: 03.11.2022

Beivers, Andreas, 2017, Kliniksozialdienst: Das unterschätzte Potenzial, URL: <https://www.bibliomedmanager.de/news/33077-kliniksozialdienst-das-unterschaetzte-potenzial> zuletzt besucht: 16.11.2022

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022, Alternde Gesellschaft, URL: <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Rente-und-Altersvorsorge/Fakten-zur-Rente/Alternde-Gesellschaft/alternde-gesellschaft.html> zuletzt besucht: 18.10.2022

Bundesministerium für Gesundheit, 2020, Das deutsche Gesundheitssystem, Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main, URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629\\_BMG\\_Das\\_deutsche\\_Gesundheitssystem\\_DE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_DE.pdf) zuletzt besucht: 29.10.2022

Bundesministerium für Gesundheit, 2022, Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhauskonzept-vor.html> zuletzt besucht: 09.12.2022

Bundesministerium für Justiz, 2020, Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 39 Krankenhausbehandlung, URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sqb\\_5/\\_39.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sqb_5/_39.html) zuletzt besucht: 16.11.2022

Bundesministerium für Justiz, 2020, Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung, URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sqb\\_5/\\_75.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sqb_5/_75.html) zuletzt besucht: 01.11.2022

Bundesministerium für Justiz, 2020, Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sqb\\_5/\\_136c.html](https://www.gesetze-im-internet.de/sqb_5/_136c.html) zuletzt besucht: 04.11.2022

Bundesministerium für Justiz, 2022, Krankenhausfinanzierungsgesetz § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser,

Verordnungsermächtigung, URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/khg/\\_17b.html](https://www.gesetze-im-internet.de/khg/_17b.html)  
zuletzt besucht: 09.11.2022

DBSH, 2020, #dauerhaftsystemrelevant in Kooperation mit DVSG, Profilbericht – Forderungen konkret! Soziale Arbeit im Krankenhaus URL: [https://dauerhaft-systemrelevant.de/wp-content/uploads/2020/09/dauerhaftsystemrelevant\\_Profilbericht\\_Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus.pdf](https://dauerhaft-systemrelevant.de/wp-content/uploads/2020/09/dauerhaftsystemrelevant_Profilbericht_Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus.pdf) zuletzt besucht: 20.11.2022

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, 2022, Informationsblatt 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, URL: [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf) zuletzt besucht: 18.10.2022

Deutscher Bundestag, 2016, Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, 105/14, URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/408406/0e3ec79bfb78d7dde0c659a2be0927ca/wd-9-105-14--pdf-data.pdf> zuletzt besucht: 01.11.2022

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 2010, DVSG-Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der Onkologie Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur psychosozialen Versorgung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen, URL: [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionierung-Sozialarbeit-Onkologie-2010-06.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionierung-Sozialarbeit-Onkologie-2010-06.pdf) zuletzt besucht 18.11.2022

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 2021, Gesetzliche Grundlagen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, URL: [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-Rechtliche-Grundlagen.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/Soziale-Arbeit-im-Krankenhaus-Rechtliche-Grundlagen.pdf) zuletzt besucht: 16.11.2022

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, 2022, Entlassmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, 2. Auflage, URL: [https://dvsg.org/fileadmin/user\\_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Veroeffentlichungen/Positionen/DVSG-Positionspapier-Entlassungsmanagement-2022-05.pdf) zuletzt besucht: 16.11.2022

Dotd, Christoph, 2017, DGINA 2016: Organisation und Stufung der Notfallversorgung Präambel, URL: [https://www.dgina.de/news/dgina-2016-organisation-und-stufung-der-notfallversorgung\\_54](https://www.dgina.de/news/dgina-2016-organisation-und-stufung-der-notfallversorgung_54) zuletzt besucht: 03.11.2022

Fusenig, Elizabeth, 2012, The Role of Emergency Room Social Worker: An Exploratory Study, St. Catherine University & University of St. Thomas URL: [https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=msw\\_papers](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1026&context=msw_papers) zuletzt besucht: 02.12.2022

Gassen, Andreas, 2022, Der ärztliche Bereitschaftsdienst, URL: <https://www.116117.de/de/aerztlicher-bereitschaftsdienst.php> zuletzt besucht: 01.11.2022

Gerlinger, Thomas, 2017, Bismarcks Erbe: Besonderheiten und prägende Merkmale des deutschen Gesundheitssystems, Bundeszentrale für politische Bildung, URL: <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251617/bismarcks-erbe-besonderheiten-und-praegende-merkmale-des-deutschen-gesundheitssystems/> zuletzt besucht: 29.10.2022

GKV-Spitzenverband, 2021, Fragen und Antworten zu DRG, URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg\\_system/fragen\\_und\\_antworten\\_drg/fragen\\_und\\_antworten\\_drg.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp) zuletzt besucht: 09.11.2022

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2022, Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V, URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag\\_Entlassmanagement.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf) zuletzt besucht: 16.11.2022

Gries, Andre; Schrimpf, AM.; von Dercks, N., 2019, Hospital emergency departments—utilization and resource deployment in the hospital as a function of the type of referral, In: Deutsches Ärzteblatt Int. 2022; 119, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/226406/Zentrale-Notaufnahme> zuletzt besucht: 04.11.2022

Haas, Christoph; Larbig, Mathias, Schöpke, Tim; Lübke-Naberhaus, Dieter-Klaus; Schmidt, Christopher; Brachmann, Matthias; Dodt, Christoph, 2015, Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse, Hamburg URL: [https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.4\\_Ambulante\\_Verguetung/2.2.4.4\\_Ambulante\\_Notfallbehandlung\\_durch\\_Krankenhaeuser/2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4_Ambulante_Verguetung/2.2.4.4_Ambulante_Notfallbehandlung_durch_Krankenhaeuser/2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf) zuletzt besucht: 16.12.2022

Habbinga, Kirsten, 2019, Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern, Dissertation an der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, URL: <http://oops.uni-oldenburg.de/4062/1/habnot19.pdf> zuletzt besucht: 28.10.2022

Heymann, Eric; Wicky, Alexandre; Carron, Pierre-Nicolas; Exadaktylos, Aristomenis K.; 2019, Death in the Emergency Department: A Retrospective Analysis of Mortality in a Swiss University Hospital, In: Emergency Medicine International, Volume 2019, URL: <https://downloads.hindawi.com/journals/emi/2019/5263521.pdf> zuletzt besucht: 28.10.2022

Hofmann, Falk; Habbinga, Kirsten, 2022, Notaufnahmebesuche von Pflegeheimbewohnern: Analyse von Routinedaten einer städtischen Klinik der Schwerpunktversorgung, In: Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 2022, URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00063-022-00952-2.pdf> zuletzt besucht: 28.10.2022

IBM Deutschland GmbH, 2023, Cramers V, URL: <https://www.ibm.com/docs/de/cognos-analytics/11.1.0?topic=terms-cramrs-v> zuletzt besucht: 04.01.2023

Innomeda GmbH, 2022, Klinikradar Kliniken in Bayern, URL: <https://klinikradar.de/kliniken/in/bayern/> zuletzt besucht: 15.12.2022

Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM), 2021, Rettungsdienstbericht Bayern 2021, LMU Klinikum München, URL: [https://www.stmi.bayern.de/assets/stmi/sus/rettungswesen/d3\\_27\\_veroeffentlichungen\\_rrettungsdienstbericht\\_by\\_2021\\_202109.pdf](https://www.stmi.bayern.de/assets/stmi/sus/rettungswesen/d3_27_veroeffentlichungen_rrettungsdienstbericht_by_2021_202109.pdf) zuletzt besucht 01.11.2022

Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021, Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021, FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH, Mannheim URL: [https://www.kbv.de/media/sp/2021\\_KBV-Versichertenbefragung\\_Berichtband.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2021_KBV-Versichertenbefragung_Berichtband.pdf) zuletzt besucht: 01.11.2022

Kifmann, Mathias, 2018, Krankenversicherung: Zeit für eine Reform, In: Wirtschaftsdienst, 2018, Nr. 98, <https://bibaccess.fh-landshut.de:2188/10.1007/s10273-018-2233-7> zuletzt besucht: 30.10.2022

Kluwers, Wolter, Deutschland GmbH, 2018, §6 SKHG Gesetz Nr. 1573 Saarländisches Krankenhausgesetz, URL: [http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal\\_nrw.cgi?t=166861826245236619&sessionID=1349666754856467](http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/justizportal_nrw.cgi?t=166861826245236619&sessionID=1349666754856467)

[018&source=link&highlighting=off&templateID=document&chosenIndex=Dummy\\_nv\\_68&xid=612597,7](#) zuletzt besucht: 16.11.2022

Krombholz, Wolfgang, 2022, Sicherstellungsauftrag, URL: <https://www.kvb.de/ueberuns/aufgaben/sicherstellungsauftrag/> zuletzt besucht: 01.11.2022

Labes, Daniel, 2022, Aktion Notaufnahmen retten, Bundesweite Petition der Notaufnahmen in Krankenhäusern URL: <https://notaufnahmen-retten.de/> zuletzt besucht: 24.10.2022

Leiner, D. J., 2019, SoSci Survey (Version 3.1.06) Computer software, URL: <https://www.soscisurvey.de> zuletzt besucht: 30.12.22

Mangiapane, Sandra; Czihal, Thomas; von Stillfried, Dominik, 2021, Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Zi-Paper 16/2021, URL: <https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper-16-2021-Notfallversorgung.pdf> zuletzt besucht: 29.09.2022

OECD, 2020, Waiting Times for Health Services:Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris URL: <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en> zuletzt besucht: 30.10.2022

Puffer, Eric Rainer, 2011, Psychiatrische Versorgung in der Notaufnahme, Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, URL: <https://dnb.info/1052339379/34> zuletzt besucht: 14.11.2022

Reins, Lisa-Marie, 2021, Analyse der Daten von Patienten der zentralen Notaufnahme am Universitätsklinikum Augsburg im Jahr 2017, Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München URL: [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/28964/7/Reins\\_Lisa-Marie.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/28964/7/Reins_Lisa-Marie.pdf) zuletzt besucht: 18.10.2022

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2003, Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten Kurzfassung URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2003/Kurzfassung\\_2003.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2003/Kurzfassung_2003.pdf) zuletzt besucht: 07.12.2022

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen,2018, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, URL: <https://www.svr->

[gesundheits.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2018/Gutachten\\_2018.pdf](https://gesundheits.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf) zuletzt  
besucht: 07.12.2022

Scheibel, Marten, 2016, Empfehlung der DGINA für die Besetzung der Notfallzentren mit  
nach DGINA Curriculum fachweitergebildetem Pflegepersonal, URL:  
[https://www.dgina.de/news/empfehlung-der-dgina-fur-die-besetzung-der-notfallzentren-  
mit-nach-dgina-curriculum-fachweitergebildetem-pflegepersonal\\_37](https://www.dgina.de/news/empfehlung-der-dgina-fur-die-besetzung-der-notfallzentren-mit-nach-dgina-curriculum-fachweitergebildetem-pflegepersonal_37) zuletzt besucht:  
08.11.2022

Seiferth, Kerstin, 2022, Kliniksozialdienst, URL:  
<https://www.facharztvermittlung.de/informationen/kliniksozialdienst> zuletzt besucht:  
07.12.2022

Schuffenhauer, Heidi, 2018, Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen In: ASU Zeitschrift  
für medizinische Prävention, 2019, Ausgabe 6, S. 386-394 URL: [https://www.asu-  
arbeitsmedizin.com/wissenschaft/gewalt-gegen-pflegende-notaufnahmen](https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/gewalt-gegen-pflegende-notaufnahmen) zuletzt besucht:  
25.10.2022

Seyda, Susanne; Köppen, Robert; Hickmann, Helen, 2021, Pflegekräfte besonders vom  
Fachkräftemangel betroffen, Kofa Kompakt, 10/21, Bundesministerium für Wirtschaft und  
Energie, URL: [file:///C:/Users/claud/Downloads/KOFA\\_Kompakt\\_Pflegeberufe.pdf](file:///C:/Users/claud/Downloads/KOFA_Kompakt_Pflegeberufe.pdf) zuletzt  
besucht: 24.10.2022

Selby, Sasha; Wang, Dongmei; Murray, Eoin; Lang, Eddy, 2018, Emergency Departments  
as the Health Safety Nets of Society: A Descriptive and Multicenter Analysis of Social  
Worker Support in the Emergency Room, In: Cureus, 2018, Vol. 10 URL:  
[https://www.cureus.com/articles/13016-emergency-departments-as-the-health-safety-  
nets-of-society-a-descriptive-and-multicenter-analysis-of-social-worker-support-in-the-  
emergency-room](https://www.cureus.com/articles/13016-emergency-departments-as-the-health-safety-nets-of-society-a-descriptive-and-multicenter-analysis-of-social-worker-support-in-the-emergency-room) zuletzt besucht: 28.11.2022

Statista, 2022, Anzahl der Sterbefälle in deutschen Krankenhäusern in den Jahren von  
1994 bis 2020, URL:  
[https://de.statista.com/statistik/daten/studie/218760/umfrage/sterbefaelle-in-deutschen-  
krankenhaeusern/](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/218760/umfrage/sterbefaelle-in-deutschen-krankenhaeusern/) zuletzt besucht: 25.10.2022

Statista Research Department, 1985, Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland 1816-  
1910, URL: [https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1127156/umfrage/entwicklung-  
der-bevoelkerung-in-deutschland-1816-1910/](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1127156/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-in-deutschland-1816-1910/) zuletzt besucht: 29.10.2022

Statistisches Bundesamt Destatis, 2017, Gesundheit Todesursachen in Deutschland, Fachserie 12, Reihe 4, Wiesbaden URL: <file:///C:/Users/claud/Downloads/todesursachen-2120400157004.pdf> zuletzt besucht: 15.09.2022

Statistisches Bundesamt Destatis, 2019, Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html> zuletzt besucht: 18.10.2022

Statistisches Bundesamt Destatis, 2020a, Entwicklung der Privathaushalte bis 2040 Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2020, URL: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/entwicklung-privathaushalte-5124001209004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/entwicklung-privathaushalte-5124001209004.pdf?__blob=publicationFile) zuletzt besucht: 24.10.2022

Statistisches Bundesamt Destatis, 2020b, Pressemitteilung Nr. 365 Weniger Menschen ohne Krankenversicherungsschutz, URL: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20\\_365\\_23.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/09/PD20_365_23.html) zuletzt besucht: 30.10.2022

Statistisches Bundesamt Destatis 2022, Gesundheitsausgaben 2020: Finanzierungsanteil der staatlichen Transfers und Zuschüsse auf 15,7 % gestiegen Pressemitteilung Nr. 255 2022, URL: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22\\_255\\_23611.html;jsessionid=1A2860E3A805E39C894D31BEAD147F56.live742](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_255_23611.html;jsessionid=1A2860E3A805E39C894D31BEAD147F56.live742) zuletzt besucht: 29.10.2022

Sundmacher, Leonie; Schüttig, W.; Faisst, C., 2015, Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. Berlin, URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=69> zuletzt besucht: 25.10.2022

Verband der Ersatzkassen, 2022, Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung, URL: [https://www.vdek.com/presse/daten/b\\_versicherte.html](https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html) zuletzt besucht: 29.10.2022

## 12 Anhang

### Anhangsverzeichnis

1	Expert*inneninterview Gesundheits- und Krankenpflege/ Ärzt*innen Fragebogen.....	1
2	Einwilligungserklärung Expert*inneninterview.....	6
3	Tabelle Fragebogen Auswertung Experteninterview Blanko .....	8
4	Protokoll Interview Nr.: 1 .....	10
5	Protokoll Interview Nr.: 2 .....	13
6	Protokoll Interview Nr.: 3 .....	16
7	Protokoll Interview Nr.: 4 .....	21
8	Protokoll Interview Nr.: 5 .....	27
9	Protokoll Interview Nr.: 6 .....	34
10	Inhaltsanalyse nach Kuckartz .....	39
11	Anschreiben Online Umfrage.....	47
12	Anschreiben Informationen .....	48
13	Erinnerungsmail .....	50
14	Onlineumfragebogen .....	51

# 1 Expert\*inneninterview Gesundheits- und Krankenpflege/ Ärzt\*innen Fragebogen

## FRAGEN

## HINTERGRUND

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

- A. Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?
- z.B. *Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*
  - Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?
- B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?
- C. Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?
- D. Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungs-notwendigkeit besteht?
- E. Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?  
Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?
- F. Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?
- Schwere Belastungsstörung/ Anpassungsstörung*
  - Affektive Störung**
  - Störung des Realitätsbezuges**
  - Phobische- und andere Angststörung**

Im Fragebogen soll herausgefunden werden, ob zu den häufig auftretenden Krankheitsbildern psychosomatisch bedingte Beschwerden zählen. Soziale Arbeit agiert in Notaufnahmen im Ausland überwiegend bei psychosozial gelagerten Notfällen/ Problematiken. Mithilfe der Kategorie 1 Fragestellungen soll eruiert werden ob es ähnliche Einsatzbereiche für die Soziale Arbeit innerhalb der bayerischen Notaufnahmen bestehen.

- **Störung des Sozialverhaltens**
- **Suizidales Syndrom**
- **Psychotrope Substanzen**
- **Krise bei Persönlichkeitsstörung**

Zu F: Im Abschlussbericht des Krisendienstes Psychiatrie in Oberbayern werden häufige Problemstellungen nach ICD 10 Klassifikationen beschrieben. Es soll herausgefunden werden ob häufig Patient\*innen mit psychiatrischen Symptomatiken die Notaufnahmen aufsuchen.

## KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN

- A. Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?
- B. Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?
- *Z.B. steigendes Alter und damit einhergehende Einsamkeit/ Auflösung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten, Hausarztpraxenmangel, Internetrecherchen zu Krankheitsbildern, Fachkräftemangel in Altenheimen*

Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland zum Thema Notfallversorgung von 2021 zeigt, dass seit 2009 die Anzahl ambulanter Notfälle (bis 2019) um fast 20% gestiegen ist.

Seit 2016 sind die Zahlen leicht rückläufig (ca. 4% weniger), ein Grund hierfür ist die Einführung der Portalpraxen/ Bereitschaftsdienstpraxen.

Bei den Fragen der Kategorie 2 liegt der Fokus auf den Ursachen der steigenden Zahlen. Sind gesellschaftliche und soziale Faktoren als Ursachen zu benennen? Dies ist für die Soziale

Arbeit eine wichtige Fragestellung, im Hinblick auf Prävention und Entlassmanagement.

Es sollen im Interview mögliche Antwortkategorien herausgefunden werden.

### KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT

A. Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in das Team der Notaufnahme zu integrieren?

B. Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden? Wie würde diese Entlastung aussehen?

C. Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?

- **Aus Sozialpädagogischer Sicht:**  
*Psychosoziale Begleitung, Entlassmanagement/ Netzwerkarbeit Mit Kooperationspartner\*Innen Z.B. Altenheimen, Halt Projekt Etc., Kontakt Mit Angehörigen, Betreuung Bei Schwierigen Gesprächen,*
- **Aus Medizinisch/ Pflegerische Sicht:**

D. Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?

Oder können Sie einen Fall schildern, der Ihnen in Erinnerung geblieben ist, bei dem die Unterstützung eines Sozialpädagogen/ einer Sozialpädagogin relevant gewesen wäre?

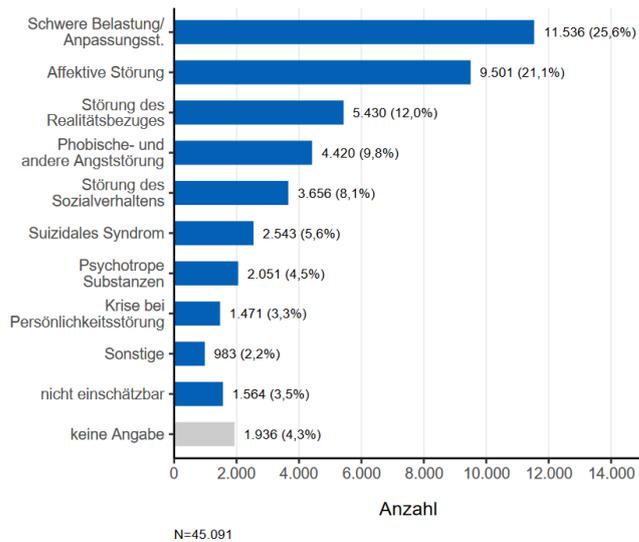
In vielen Ländern (u.a. USA, England, Schweden) ist Soziale Arbeit fester Bestandteil der Teams in den Notaufnahmen. In Kategorie 3 soll später im Fragebogen herausgefunden werden, ob bei den Mitarbeitenden der Notaufnahmen ein subjektiver Bedarf daran besteht. Auch sollen mögliche Aufgabenbereiche eruiert werden. Im Anschluss daran soll überprüft werden ob der geschilderte Bedarf mit dem Aufgabenprofil von Sozialer Arbeit zu vereinbaren ist. Im Interview sollen mögliche Antwortkategorien für den Fragebogen gesammelt werden.

### Kategorie 4: Sonstiges

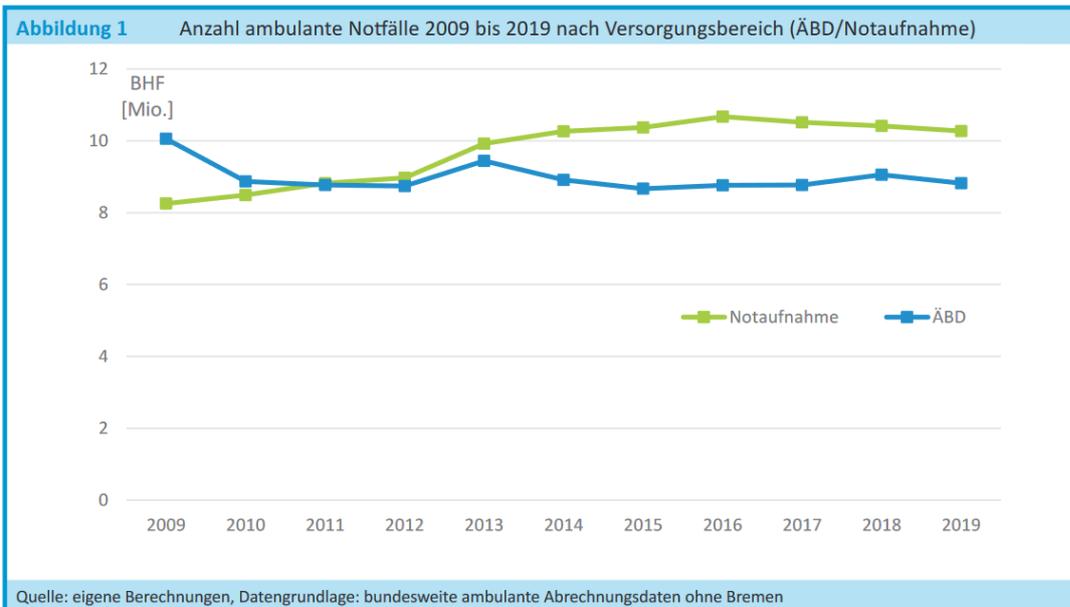
Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?

## Literatur:

Abbildung 23: Erste Problemspektren der Klient\*innen



IDAQ – Bayerisches Institut für Daten, Analysen und Qualitätssicherung, 2020, Abschlussbericht 2016-2020 Krisendienst Psychiatrie Oberbayern, Url: [https://kbo.de/fileadmin/user\\_upload/kbo\\_in\\_ihrer\\_naehe/Abschlussbericht-Krisendienst.pdf](https://kbo.de/fileadmin/user_upload/kbo_in_ihrer_naehe/Abschlussbericht-Krisendienst.pdf), zuletzt besucht: 20.06.2022



Mangiapane Sandra, Czihal Thomas, von Stillfried Dominik, 2021, Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020, In: ZI Paper, 16/2021, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Url: <https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper-16-2021-Notfallversorgung.pdf>, zuletzt besucht: 20.06.2022

## 2 Einwilligungserklärung Expert\*inneninterview

# Einwilligungserklärung Expert\*inneninterview

**Forschungsprojekt:** Masterthesis im Studiengang „Klinische Sozialarbeit“

an der HAW Landshut Am Lurzenhof 1, 84036 Landshut

**Interviewerin:** Claudia Spreitzer, E-Mail: [s-cspre1@haw-landshut.de](mailto:s-cspre1@haw-landshut.de)

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank für die Bereitschaft, für dieses Interview zur Verfügung zu stehen.

### Informationen zum Forschungsprojekt

Die Forschungsarbeit findet im Rahmen meiner Masterarbeit statt und soll das Thema „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ genauer betrachten. Die Expert\*inneninterviews dienen zur Informationsgewinnung und Vorbereitung für die Erstellung des Online Fragebogens. Sie werden dazu in Ihrer Rolle als Expert\*in ihres Berufsfelds auch in Hinblick auf die Gestaltung des Fragebogens befragt. Der Onlinefragebogen soll im Herbst an die bayerischen Notaufnahmen versendet werden. Ihre Teilnahme an der Onlineumfrage ist möglich.

Ziel der gesamten Forschung ist es herauszufinden ob bei Mitarbeitenden in bayerischen Notaufnahmen ein Bedarf gesehen wird, Soziale Arbeit als weitere Profession in dieses Arbeitsfeld zu integrieren.

**Rechte:** Ich bin über folgende Rechte informiert und weiß, dass ich diese Rechte im Bedarfsfall in Anspruch nehmen kann:

- Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist die Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a DSGVO bzw. die ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 9 Abs. 2a DSGVO, soweit es die Verarbeitung von Daten besonderer Datenkategorien des Art. 9 Abs. 1 DSGVO (wie z.B. von Gesundheitsdaten) betrifft. Empfänger der Daten sind die Studentin sowie die betreuenden Professor\*innen.
- Ich habe entsprechend der gesetzlichen Vorschriften (Kapitel III der DSGVO) das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung sowie auf Datenübertragbarkeit meiner personenbezogenen Daten.
- Weiterhin besteht nach Art. 77 DSGVO ein Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Wenn Sie der Auffassung sind, dass bei der Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtliche Vorschriften nicht beachtet wurden, können Sie sich mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, die Ihre Beschwerde prüfen wird.

**Freiwilligkeit und Folgenlosigkeit:** Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an der Befragung vollkommen freiwillig ist und bei einer Verweigerung meiner Einwilligung oder bei Abbruch des Interviews keinerlei Nachteile entstehen.

**Informiertheit:** Zur oben bezeichneten Befragung habe ich die Informationen erhalten, gelesen und verstanden. Auch hatte ich Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich erkläre hiermit, dass ich vor den Datenerhebungen die Möglichkeit hatte, an die Verantwortlichen Fragen zu stellen. Eventuelle Fragen wurden vollständig beantwortet.

**Aufzeichnung und Weiterverwendung:** Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und in einen auswertbaren Schriftsatz übertragen wird. Die Audiodateien werden nach Ende der Masterarbeit gelöscht. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes erfolgt durch die Studentin Claudia Spreitzer. Die Studentin verpflichtet sich auf Einhaltung des Datengeheimnisses.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze aus den Interviewprotokollen, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche und unterrichtende Zwecke genutzt werden können und in eventuell daraus hervorgehenden Veröffentlichungen zitiert werden.

### **Einwilligungserklärung**

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des oben genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf der Masterarbeit informiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name: \_\_\_\_\_,

dass ich über das Forschungsprojekt und über meine Rechte aufgeklärt wurde. Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Interviewte\*r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Interviewer\*in

### 3 Tabelle Fragebogen Auswertung Experteninterview Blanko

Protokoll Interview Nr.:

#### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

- A. *Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?  
z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem  
Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:**

- B. *Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht?  
Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:**

- C. *Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:**

- D. *Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:**

- E. *Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?  
Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:**

- F. *Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:**

#### KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN

- C. *Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:**

- D. *Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?*

**Antwort:**

#### KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT

- E. *Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in das Team der Notaufnahme zu integrieren?*

**Antwort:**

*F. Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?  
Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:**

*G. Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?*

**Antwort:**

*H. Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?*

**Antwort:**

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:**

#### 4 Protokoll Interview Nr.: 1

##### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

*A. Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** Saisonelle Unterschiede: Sommer viele Exikosen → (Herzkreislauf), Sportunfälle, Stürze Chirurgisch (Bewegungsapparat), Urologische Fälle (internistisch)  
Winter Infekte

*B. B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Allein sein, möchten Entzug machen, hören Stimmen (kein Fall für Notaufnahme)

*C. Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** 2 mal wöchentlich, häufiger ältere Patient\*innen bei denen kein Notfall vorliegt, die aber multimorbid sind, und daher eine offizielle Diagnose gegeben werden kann (nicht soziale Indikation sondern bereits vorhandene Diagnose verwenden)

*D. Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:** Versuch zu überreden, dass sie nachhause gehen

Es besteht Möglichkeit Diagnose der Sozialen Indikation zu stellen, Abrechnung aber schwierig, Arbeitsaufwand genauso hoch, bei ambulanten Patient\*innen unabhängig wie viel medizinische Diagnostik und Therapie gemacht werden 36€ können abgerechnet werden

Finanzieller Gewinn erst ab stationärer Aufnahme

*E. Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Soziale Indikation

*F. Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Anpassungsstörung

Suizidales Syndrom, Zustand nach Suizidversuch

Schizophrenie

Teilweise Zuweisungsproblematik aufgrund der Aufnahmekriterien in Psychiatrien, Personen mit Kratzern, Alkoholisiert kommen in NA obwohl Psychiatricaufnahme vordergründig wäre

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

*A. Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

*B. Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?*

**Antwort:** Mehr Menschen, mehr ältere Menschen, Hausarztpraxen (keine Hausbesuche, Präsenzzeiten auf Minimum), Bereitschaftsarztpraxen mit verschiedensten Fachärzten die bestimmte Patient\*innengruppen gleich in die Notaufnahme schicken, weil sie wenig zur adäquaten Behandlung beitragen können, Hausarztpraxenmangel, Fachärztemangel und die damit verbundenen langen Wartezeiten

steigendes Alter und damit einhergehende Einsamkeit/ Auflösung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten, Internetrecherchen zu Krankheitsbildern, Fachkräftemangel in Altenheimen

## **KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT**

*A. Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in das Team der Notaufnahme zu integrieren?*

**Antwort:** aktuell keine Zusammenarbeit zwischen Notaufnahme und Sozialer Arbeit  
Bisher wenig mit dieser Thematik auseinandergesetzt

*B. Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?*

*Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:** Ja. Zeitintensive Themen wie Menschen ohne medizinische Indikation wieder aus der Notausnahme zu bringen, Sitzwachen bei psychisch erkrankten Menschen, Borderline Patientin drei Stunden gebunden, Planung Übergang in Psychiatrie

**C.** *Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?*

**Antwort:** Aus Sozialpädagogischer Sicht: Psychosoziale Begleitung, Entlassmanagement/ Netzwerkarbeit Mit Kooperationspartner\*Innen z.B. Altenheimen, Halt Projekt etc., Kontakt mit Angehörigen, Betreuung bei schwierigen Gesprächen, Aus Medizinisch/ Pflegerische Sicht: bisher wenig Gedanken darüber gemacht, Beispiele aber passend, auch z.B. Belegbetten in der Klinik für soziale Indikation

**D.** *Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?*

**Antwort:** Todesfälle, psychosoziale Notfallversorgung z.B. als Bereitschaft im Haus Oder können Sie einen Fall schildern, der Ihnen in Erinnerung geblieben ist, bei dem die Unterstützung eines Sozialpädagogen/ einer Sozialpädagogin relevant gewesen wäre?

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** Verteiler der Email Adressen

## 5 Protokoll Interview Nr.: 2

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

**A.** *Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** soweit von den Aufzählungen alles dabei, zu uns kommt eigentlich alles außer Neurochirurgie und Psychiatrie.

**B.** *B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Soziale Indikation, Ehepartner, pflegender Angehörige der Partner\*in mitbringt, weil dieser sonst nicht mehr versorgt ist, nimmt sehr gehäuft zu.

Heillose Überforderung mit allem. Hat in den letzten Jahren zugenommen, können mit Ausnahmesituationen nicht mehr umgehen. Dr. Google sagt es könnte was schlimmes sein

Schlechte Rundumversorgung. Facharzt oder Hausarzttermine mit sehr langen Wartezeiten, dann gehen sie lieber kurz in die Notaufnahme, weil sie vom Hausarzt nicht mehr ausreichend versorgt werden.

**C.** *Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Häufigkeit nimmt zu. Jeder dritte bis vierte Patient ist nichts mehr für die Notaufnahme. Rettungsdienst auch im Zugzwang und bringt sie dann zu uns.

**D.** *Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:** Triage, Versuch rauszufiltern und Facharzt gleich draufschauen zu lassen, damit Wegschicken nicht Wegschicken/ behandeln nicht behandeln gleich entschieden werden kann. Arzt braucht aber „Arsch in der Hose“ um Patienten abzuweisen bzw. an Hausarzt etc. zu verweisen. Internisten weisen seltener ab als Chirurgen, die machen meist das volle Programm. Bei Bagatellen Möglichkeit sie selbst gleich in die

angegliederte KVB Praxis zu setzen. Kommt aber immer drauf an welcher Arzt Bereitschaftsdienst hat, Qualität stark schwankend.

**E.** *Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Man findet immer irgendeine medizinische Diagnose, z.B. Ausschluss von bestimmten Erkrankungen. Keine Aufnahme möglich, wenn nicht medizinische Diagnose besteht. Im Untertitel/ weiter unten steht dann Soziale Indikation.

**F.** *Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Alle Krankheitsbilder kommen vor, häufig aber nicht vordergründig, Symptome zunächst vielleicht z.B. Herzrasen oder Panikattacke. Geschätzt 50% der Pat. Mit Herzerkrankungen haben psychische Diagnosen im Hintergrund, bzw. sind Ursache für vermeintliche Herzproblematiken.

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

**A.** *Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:** Aufgrund der großen Unsicherheit kommen Menschen wegen allem in die Notaufnahme. Früher war es anders. Da wurde zweimal überlegt, muss ich jetzt ins Krankenhaus oder reicht morgen auch der Hausarzt. Diese Überlegung gibt es heute nicht mehr, man benötigt jetzt sofort Hilfe.

**B.** *Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?*

**Antwort:** Überforderung, Unsicherheit und sich selbst auch nicht damit auseinandersetzen wollen und die Verantwortung dann nicht tragen wollen. Hausarzt-, Facharztmangel das sind die Hauptgründe. Hausärzte machen viele Aufgaben nicht mehr selbst. Einsamkeit im Alter ist kein Grund, die meisten haben gutes Soziales und familiäres Netzwerk. Altenheime sind kaum problematisch.

## **KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT**

**A.** Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in *das Team der Notaufnahme* zu integrieren?

**Antwort:** Was sind die Aufgaben der Sozialen Arbeit, was machen die denn da? (kurze Erklärung)

Momentan für Notaufnahme alleine würde es sich gar nicht rentieren, aber vielleicht gemeinsam mit der chirurgischen Ambulanz wäre es sinnvoll. Würde für uns viel Organisation und Telefoniererei abnehmen, das bleibt sonst immer an uns hängen.

**B.** Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?

*Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:** ja.

**C.** Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?

**Antwort:** Rückerverlegungen, Weiterverlegungen organisieren. Psychische Dekompensationen begleiten. Junge alkoholisierte Kinder/ Jugendliche, Intoxikationen (HALT Projekt). Elternarbeit. Bereitschaftsdienst. Geflüchtete Menschen unterstützen Versicherung/ Sprachbarriere überwinden (mehr Zeit). Diagnosevermittlung, Netzwerkaufbau.

**D.** Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?

**Antwort:** Patient wo versorgende Person als Schockraum kam und verstarb. Und zu pflegende Person dann plötzlich alleine stand, da es keinen medizinischen Aufnahmegrund gab.

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** Die Leitungskräfte haben Verteiler und jeder Mitarbeiter\*in eine persönliche Emailadresse.

## 6 Protokoll Interview Nr.: 3

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

**A.** *Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** Erste Gliederung ist die Fachrichtung, nicht speziell nach Krankheitsbild gegliedert, sondern nach Dringlichkeit. Wir haben ein klassisches Triage-System nach Farben. Notaufnahmeschwester im Triageraum sichtet die Patient\*innen. Dringlichkeit der Symptomatik und Vitalwerte spielen eine wichtige Rolle. Sie werden dann rot gelb oder grün zugeordnet, das erscheint auf dem Arztcomputer und zeigt an, wie viel Zeit man für jeden Patienten hat. In einem Nebensatz steht, dann welches Organ betroffen ist wie welche Symptome bestehen. Daher ist es meist nicht auf ein Organsystem gemünzt, sondern die Behandlung bezieht sich meist auf überlappende Symptome. Die Triagepflegkraft soll auch keine Diagnose stellen sondern nur eine Dringlichkeitszuordnung. Alle ärztlichen Fachrichtungen sind 24/7 in der Notaufnahme vorhanden.

**B.** *B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Die Notwendigkeit ist ja oft subjektiv, Patient\*innen denken ja meist das sie richtig sind bei uns. Wir aber nicht. In der Notaufnahme werden ja akut medizinische Krankheitsbild was unmittelbar behandlungsverpflichtend ist. Es kommen halt dann Menschen mit Symptomen die beeinträchtigend sind aber halt keine vitale Bedrohung darstellen, in die Notaufnahme. Vielfältige Gründe, z.B. Erkältung, Brustschmerzen die nach Google ein Herzinfarkt sind. Fehlende Greifbarkeit des Hausarztes, Abendstunden, Wochenenden, Urlaubszeit. Häufig wenn Familie und Hausarzt dann nicht greifbar sind.

**C.** *Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Das ist kein unerheblicher Anteil und er ist auch eher steigend. Es steigt sicherlich am Wochenende und in der Urlaubszeit. Das ist spürbar. Mindestens einmal pro Schicht. Es kommt in keiner Schicht nicht vor, es ist eher mehr.

**D.** *Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:** Das ist relativ schwierig. Es spielen ja mehrere Faktoren mit rein, zum einen was ist der Grund der zu Vorstellung geführt hat. War es ein junger Patient der zu faul war zum Hausarzt zu gehen oder ein älterer z.B. aus dem Pflegeheim wo die Pflege sich nicht mehr zu helfen weiß oder die Berufsbetreuer nicht greifbar waren, oder jemand der sich nicht auskennt.

Zunächst wird versucht zu erklären, und im Zweifel muss man sie halt aufnehmen. Die Erklärarbeit zielt darauf ab den Patient\*innen Alternativstrukturen aufzuweisen wie z.B. der KVB. Schwieriger ist es bei Altenheimbewohnern oder Menschen die mit dem RTW gekommen sind, die es selbstständig nicht lösen können aufgrund einer sozialen Indikation. Die kriegt man natürlich nicht auf die Schnelle aus der Notaufnahme wieder raus. Man kann sie natürlich nicht einfach nach Hause entlassen, wenn man vom Rettungsdienst schon mitgeteilt bekommt, dass die häusliche Versorgung nicht gewährleistet ist. Das ist natürlich ein Problem, weil sie im klassisch somatischen Sinne kein Problem haben sondern eine reine Versorgungsproblematik. Da stößt man an Grenzen, dass man sie eben aufnehmen muss. Und der andere große Punkt sind junge Menschen die gerade Zeit dafür hätten, und dann auch die ärztliche Konsultation fordern. Die lassen sich dann auch schwer abwimmeln.

**E.** *Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Ja, aber das ist ein Riesenproblem weil es eben keine abrechnungsfähige Diagnose ist. Im DIG System ist die Soziale Diagnose nichts was wir abrechnen können. Bei der Soziale Indikation besteht ja meistens vorher eine medizinische Problematik die aber z.B. chronisch ist aber nicht unmittelbar bedrohlich. In der gängigen Praxis wird es aber schon so kommuniziert, dass ein Aufnahmegrund schon die die Versorgungsproblematik ist. Und da besteht ein Widerspruch. Für uns als Behandlungsauftrag ist dann schon, dass man ihm weiterhelfen muss, weil man ihn so nicht aus der Notaufnahme rauslassen kann. Und das ist andererseits so im System nicht abgebildet. Es heißt nicht, dass man Menschen kränker macht als sie sind oder ihnen Diagnosen andichtet, aber man ist schon gezwungen etwas in den Vordergrund zu stellen, obwohl das nicht das führende Problem ist.

**F.** *Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Ja die gibt's, sie stellen bei uns aber nicht das Hauptthema dar. Die affektiven Störungen haben bestimmt eine Sonderstellung, gerade mit der Depression. Aber auch somatische, chronische Probleme, da besteht bestimmt eine relevante Wechselbeziehung, die wir dann in der Notaufnahme sehen. Schwere Phobien, Angststörungen sind mal dabei, das ist aber nicht der akute Aufnahmegrund. Bei Suizidalität und Intoxikationen läuft es aufgrund der Eigengefährdung meist eh auf eine Intensivmedizinische Behandlung oder eine psychiatrische Versorgung raus. Es gibt schon Überlappungen mit den Psychiatrien, weil die natürlich somatisch gewisse Probleme haben. Es sollte ja eigentlich so ein Miteinander sein, aber manchmal spielt man sich halt den Ball gegenseitig so hin und her.

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

**A.** *Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:**

Was man merkt, es ist ein bereiteres Bewusstsein für den KVB da, bestimmt auch wegen der 116117 Werbekampagne. Aber die meisten möchten halt, die Jetzt Klärung von dem für sie bedrohlichen wirkenden Problem. Und dann ist es eben der automatische Weg in die Notaufnahme. Als verlängerter Arm des Hausarztes geht's schon, also am Wochenende für ne Krankschreibung oder eine Ibuprofenrezept, aber alles andere kommt zu uns. Die Zahl der Patient\*innen mit bereits bestehenden Versorgungsproblem steigt. Das kann auch der KVB nicht abfangen, bzw. werden sie dann häufig sogar von den KVB Ärzten eingewiesen, ist zwar nichts akutes, aber man kann es halt so auch nicht lassen.

Der offensichtlichste Grund ist, dass die Bevölkerung älter wird und das es in der Natur der Sache liegt, dass ältere Menschen irgendwann, mal mehr mal weniger, auf Hilfe angewiesen sind. Gerade in München sieht man es auch, dass vielleicht irgendwann die Familie weggezogen ist und das soziale Netz nicht so stark ausgeprägt ist. Dann wäre der Hausarzt ein zentraler Ansprechpartner, der wechselt dann oft. IN Altenheimen ist ein Arzt für alle zuständig, und dann fallen manche durch ein Raster wo sich keiner mehr so richtig verantwortlich fühlt. Und die landen dann irgendwann wieder im Akutmedizinischen Bereich.

**B.** Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht

**Antwort:** mehr ältere Menschen, Auflösen familiärer Strukturen. Hausarztpraxenmangel muss geografisch betrachtet werden, der spielt bestimmt im ländlicheren Raum eine große Rolle. Im Stadtgebiet kann man das nicht gelten lassen gerade durch KVB gäbe es gute andere ambulante Leistungen. Das man dann niemanden findet, ist bestimmt auch persönliches Versagen. Diagnosen Googlen ist auch Thema bei uns. Fachkräftemangel in Altenheimen ist bei uns absolut ein Thema ja. Die Situation in den Altenheimen mit ungelerten Fachkräften und 15 bis 20 Patienten führt unweigerlich zu Fehleinschätzungen. Wenn ein Problem auf das nächste folgt, dann ruft man natürlich irgendwann den RTW damit zu mindestens einer im Krankenhaus ist.

### **KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT**

**A.** Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in das Team der Notaufnahme zu integrieren?

**Antwort:**

In der Notaufnahme selbst hab ich keinen Kontakt zur Sozialen Arbeit. Was wir natürlich immer versuchen in die Wege zuleiten ist, dass der Sozialdienst involviert wird. Aber die haben klassische Bürozeiten von 8-16 Uhr, d.h. zu den Problemzeiten wo wir häufig solche Patienten antreffen also Wochenends, abends, gäbs eh keinen direkten Ansprechpartner. Also es kommt dann schon ins Rollen, aber zunächst ist natürlich so ein Zeitvakuum, bis die auf Station dann gesehen werden wo erstmal nichts passiert.

Notwendig ist immer schwer zu sagen, weil es gibt ja immer das Argument es geht ja. Aber es wäre sicherlich sinnvoll und hilfreich. Es würde auch bestimmte Kommunikationslücken schließen, weil man nicht alles übergeben muss, sondern man sich schon mal vorstellend besprechen könnte. Man könnte dann auch Dinge abgeben, die nicht medizinische Fragestellungen beinhalten, z.B. Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur häuslichen Versorgung oder zur Planung darüber. Oder Sucht-Konfliktprobleme, die Soziale Arbeit sicherlich abarbeiten würde und an vorderster Front einiges abfangen würden.

**B.** Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?

Wie würde diese Entlastung aussehen?

**Antwort:** Ich glaub nicht nur Entlastung fürs Team, sondern dass auch die Patienten einen Nutzen davon hätten. Die brauchen auf lange Sicht einfach oft mehr jemanden der die Organisation übernimmt als den Notfallmediziner in der Notaufnahme.

**C.** *Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?*

**Antwort:** Das mit den Belegbetten wären natürlich paradiesische Zustände. Mit den knappen Ressourcen ist das sehr problematisch und stellt häufig ein Nadelöhr in der Versorgung dar, von daher wäre es sehr wünschenswert. Entlassmanagement ist natürlich ein Riesenthema. Es ist ja auch gesetzlich geregelt, was natürlich auch sinnvoll ist, den Patienten nicht sich selbst zu überlassen. Aber es schafft natürlich Reibungspunkte, da man es manchmal einfach nicht lösen kann. Und da wäre eine Schnittstelle wie der Sozialdienst gut, der halt für die Notaufnahme manchmal etwas zu spät dazukommt und begrenzte Ressourcen hat. Da wäre eine zentrale Integration bestimmt hilfreich.

**D.** *Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?*

**Antwort:** der große Klassiker ist ein Patient aus dem Altenheim, der nur da ist weil es vor Ort nicht möglich war, den gesetzlichen Betreuer zu erreichen. Dann traut sich weder Pflege noch RTW Besatzung eine Entscheidung zu treffen. Und da wäre jemand der routiniert vorgeht und weiß wie man vorgeht wenn die gesetzliche Betreuung nicht erreicht wird oder jemand der die Kommunikation zwischen den Parteien übernimmt sicherlich hilfreich.

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** Es gibt keinen zentralen Verteiler. Die ärztlichen Leiter und die pflegerische Leitung der Notaufnahme sind dann die richtigen Ansprechpartner.

## 7 Protokoll Interview Nr.: 4

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

**A.** *Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** Es wird primär nach Symptomen gegangen. Brustschmerz/ Chest Pain wäre z.B. ein großer Komplex. Atmungsorgane/ Atemnot, da wird wieder alles gesammelt. Neurologisch gibt's relativ viel, am häufigsten Schwindel und Kopfschmerz. Oder z.B. unklare Bewusstseinsminderung, weitere Symptome die auf Schlaganfälle hindeuten. Bewegungsapparat sind meist bei den Chirurgen z.B. Verletzungen schwerer oder leichter Art, Wunden die genäht werden müssen. Dazu auch Traumaversorgung in den Schockräumen. Haut haben wir eher weniger. Verdauungssystem haben wir natürlich auch häufig, Bauchweh ist ein Riesending, Durchfälle, Blutungen, Übelkeit, Erbrechen.

**B.** *Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Da haben wir ganz viele und das ist auch ein Riesenproblem für das Gesundheitssystem. Das wird im Moment auch strukturiert versucht zu verbessern. Das wesentliche Stichwort dazu ist Triage. Es gibt dazu auch einen neuen GBA Beschluss, wo drin steht, dass alle Patient\*innen die in die Notaufnahme kommen triagiert werden müssen. Das bedeutet eine speziell ausgebildete Fachpflege, teilt nach Zustand des Patienten ein. Das ist ein Ampelsystem rot, gelb, grün. Wenn fraglich ist ob er überhaupt in die Notaufnahme muss, wird sofort ein Arzt dazu geholt, und ggf. auch weggeschickt. Das sind dann häufig Sachen die auch ein Hausarzt beurteilen könnte, z.B. Patient mit chronischen Schwindel seit 6 Monaten.

**C.** *Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Ich würde sagen, dass ich pro Tag ca. 3-5 Patienten wegschicke und trotzdem fallen welche durchs Raster. Also am Tag bestimmt 5 Patienten.

Beweggründe sind verschieden. Häufig Fehlinfo von Hausärzten, und die Verfügbarkeit der Hausärzte, aufgrund von Urlauben, Vertretungspraxen die sie weiterschicken oder den fest geregelten Arbeitszeiten. Das fehlende Wissen, dass es KV-Bereitschaftspraxen gibt.

**D.** *Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:** Ich mach mir kurz ein Bild, meist entscheidet auch ein Arzt, dass sie nicht behandelt werden. Dann kläre ich auch auf, dass ich keinen akuten Behandlungsbedarf sehe. Ich schicke sie dann z.B. auch in eine KV Bereitschaftspraxis, oder sage wenn es sich verändert/schlimmer wird dann nochmal kommen.

Das ist nicht in der grünen Triagefarbe, die müssen nämlich schon gesehen werden, aber können bis zu 90 min warten bevor ein Arzt sie sehen muss. Für die nichtbehandlungsbedürftigen gäbe es die Farbe blau. Das ist das Manchestertragesystem. Jede Klinik macht das eigene. Manche sind besser vom Outcome, aber das erfordert viel Kompetenz von der Fachkraft. Aber das langfristige Ziel ist, dass in jeder Triage vorne ein Oberarzt sitzt.

**E.** *Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Also theoretisch macht die Fachkraft in der Triage eine kurze Doku, die Ärzte meist auch. Da steht dann, dass die aktuelle Symptomatik keine notfallmedizinische Versorgung benötigt und verweisen z.B. auf KV Bereitschaftspraxis. Zur Absicherung werden oft auch Werte erhoben z.B. Sättigung, das dauert aber nur 2 bis 3 Minuten. Das ist dann die sogenannte Abklärungspauschale.

Die Dokumentation von sozialen Problemlagen ist ein Riesenproblem und ist auch täglich Thema. Wenn wir merken, dass es kein medizinisches sondern ein Versorgungsproblem ist, nehmen wir meist sehr großzügig auf. Das läuft dann als sogenanntes Versorgungsproblem. Wenn wir drohenden gesundheitlichen Schaden aufgrund von fehlender Pflege sehen, dann nehmen wir die doch auch auf. Meistens findet man dann auch irgendeine Diagnose, weil sie ja meist Multimorbid bereits sind, oder irgendeine Exikkose. Aber bei manchen ist auch ganz klar die Diagnose Versorgungsproblem, die gibt's tatsächlich. Psychische und psychiatrische Problemlagen sind auch ein Riesenthema in der Notaufnahme. Das sind dann Patienten die uns vorgestellt werden, z.B. nach einem Suizidversuch, und wir erstmal überwachen müssen, weil sie voll mit Tabletten sind. Die nehmen wir natürlich auf, würden sie im Verlauf aber dann einen Psychiater vorstellen. Psychiater fordern immer, dass die somatische Gefahr gebannt ist.

*F. Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Wir sind mit unserer zuständigen Psychiatrie viel im Austausch. Weil wir ihnen viel schicken, sie aber auch uns sehr viel schicken.

Belastungsstörungen sind nicht so häufig, eher im Rahmen von Panikattacken. Die haben wir schon häufig, gerade mit so Hyperventilationen. Das ist aber easy und die bleiben meist auch nicht stationär. Affektive Störungen, haben wir eher selten. Angststörungen auch nicht so häufig, ängstliche Persönlichkeiten gibt's schon aber nicht im klassischen Sinne. Störungen des Sozialverhaltens, haben wir immer wieder, auch aggressive Patienten. Suizidales Syndrom machen wir häufig. Wobei da differenziert werden muss, wer wirklich suizidal ist und was eher ein Hilfeschrei ist. Wobei es keinen Unterschied macht, da die meist auf Intensiv gehen. Psychotrope Substanzen sind weniger ein Problem als Droge Nummer 1 Alkohol. Krisen bei Persönlichkeitsstörungen haben wir auch immer wieder, gerade bei Borderline und dissoziative Störungen, z.B. sind dissoziative Krampfanfälle sehr häufig.

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

*A. Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:** Zuwachs ist auf jeden Fall zu spüren. Hat bestimmt etwas mit der Bevölkerungsstruktur in Deutschland und auch mit dem deutschen Gesundheitssystem zu tun. Wenn man es mal mit anderen Ländern wie z.B. Skandinavien vergleicht, Maximaltherapie bis ins hohe Alter praktiziert wird und nichts begrenzt wird. Das Problem beginnt aber schon präklinisch, das der Rettungsdienst viel zu viel reinfährt. Anstatt die Leute einfach zuhause zulassen, wobei das auch wieder ein strukturelles Problem ist, weil sie dort nicht gut versorgt sind.

Die KV Bereitschaftspraxen sind auf jeden Fall eine absolut sinnvolle Einführung. Es gibt dort aber paar Probleme, z.B. dass die Öffnungszeiten dort nicht die kompletten Stoßzeiten abfedern gerade nachts wo die zu sind. Und natürlich auch die Kompetenz der Ärzte die dort arbeiten, dort kann man schon nach zwei Jahren Berufserfahrung anfangen.

Die Gründe sind relativ gleich. Covid kommt natürlich neu dazu, jetzt auch Post Covid.

*B. Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?*

**Antwort:** Steigendes Alter ganz klar. Versorgungsstruktur, rechtliche Probleme keiner will die Verantwortung übernehmen, jeder wird im Zweifel aus den Altenheimen wieder reingekarrt. Dann schon so ein bestimmtes Anspruchsdenken von den Leuten, dass es jederzeit verfügbar ist und die Hemmschwelle ist relativ gering. Es entstehen für einen selbst ja auch keine Kosten. Hausarztpraxenmangel und vor allem die Öffnungszeiten ist auf jeden Fall ein Thema. Internetrecherchen trifft bei einigen sicherlich zu. Fachkräftemangel in Altenheimen, die ungelerten Fachkräfte sind dazu angehalten sehr großzügig anzurufen. Das sind alles Faktoren die miteinspielen. Einer der Hauptfaktoren ist auf jeden Fall die Pflege sowohl ambulant als auch stationär mit der gleichzeitig alternden Bevölkerung und immer weniger Familie, wo innerhalb der Familie gepflegt wird. Das kommt dann alles zusammen.

### **KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT**

**A.** Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in *das Team der Notaufnahme zu integrieren?*

**Antwort:** Wir haben bisher eher selten Kontakt mit der Sozialen Arbeit, weil die Patienten die es brauchen gehen dann stationär. Wobei ich es schon als wichtig ansehe, und das betrifft gerade diese Neustrukturierung, dass Notaufnahmen als eigenständige Abteilungen auch eine eigene Station haben oder haben sollten zumindestens. Das bedeutet, dass wir Patient\*innen bis zu 24h selber betreuen. Die rechnen wir dann auch selber ab. Das sind dann kürzere Aufenthalte wo etwas schnell abgeklärt werden muss, aber dann muss er doch nicht länger bleiben. Wie eine Beobachtungsstation. Da wäre es sicherlich auch sinnvoll, z.B. bei Obdachlosen oder Alkoholikern die immer immer wieder kommen oder Pflegefällen, wenn die noch Kontakt zu Sozialarbeitern kriegen könnten wäre das luxuriös. Das wäre dann tagesstationär ganz eigenes Ding (nicht ambulant nicht stationär). Aktuell sind das oft Patienten die länger als 6h in der Notaufnahme sind. Oft ältere Patienten die auf den Kopf gefallen sind, und dann eben CT, Flüssigkeit, Überwachung und man möchte sie dann doch zurückschicken weil sie sonst delirant werden im Krankenhaus. Das ist auch Gesetz, das muss eine Notaufnahme ab sofort leisten.

**B.** *Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?*

*Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:** Jede weitere Hilfe, ist immer Entlastung. Man muss natürlich schauen, dass ihr nicht berufsfremd missbraucht werdet. Jetzt gerade für die neue Station fällt natürlich Pflege an, die bekommen wir auch mit, mit neuem Pflegeschlüssel. Bei Sozialer Arbeit müsste man halt definieren was machen die und was nicht. Ob man z.B. zumuten könnte Angehörigengespräche zu machen, natürlich würde so etwas entlasten. Natürlich ist es nicht Sinn und Zweck beim umlagern zu helfen, sie müssten ja ihrem eigenen Beruf nachgehen. Die Frage ist natürlich ob man in dieser kurzen Zeit so viel bewegen kann, oder ob der Kontakt dann danach noch bleibt. Oder ob man dann nur weitere Anlaufstellen vermittelt und Flyer aushändigt. Es sind dann ja oft nur banale Sachen, dass man einen Obdachlosen entlässt, aber der ist eben überhaupt nicht adäquat gekleidet und dann eben Kleidung für den auftreiben. Das wäre sicher sehr interessant.

*C. Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?*

**Antwort:** Ich kann bei jedem einzelnen Punkt 100% mitgehen. Da hab ich viele Sachen vorher einfach vergessen. Das sind genau die Sachen die wahnsinnig entlasten würden, vor allem die Ärzte, weil sowas extrem viel Zeit kostet. Manche Dinge wird man auch zusammen machen und dann bleibt vielleicht der Sozialarbeiter noch länger dabei. Gerade das Thema Tod in der Notaufnahme, wenn da noch Betreuung ansteht. Entlassmanagement betrifft uns aktuell noch nicht so. Aber gerade Kontakt mit Altenheimen und Angehörigen herstellen wäre ein Riesending. Da das ein riesen Zeitfresser, wo eigentlich Medizin wichtiger wäre.

*D. Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?*

**Antwort:** Ja erst heute hatten wir einen Diabetiker wo der Zucker entgleist ist, wo unklar war wie die Verhältnisse zuhause sind, da die Ehefrau auch nicht ok war. Da stochert man dann auch rum und versucht z.B. den Spritzenplan zu bekommen. Die Angehörigen waren nicht erreichbar. Ich könnte 1000 Fälle erzählen. Oder große türkische Großfamilie wo ein Reanimierter bei uns in der Notaufnahme verstorben ist. Da war ich dann zwei Stunden mit denen beschäftigt. Ein großer heulender Tross, mit aufbahren im Abschiedsraum. Das hat mich zwei Stunden gekostet und das ist schlecht wenn ich so lange weg bin.

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** Ansprechpartner Chefarzt und Oberarzt und Pflegedienstleitungen.

## 8 Protokoll Interview Nr.: 5

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

*A. Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** Kann in Innere und Chirurgie aufgeteilt werden. Außerhalb der Pandemie ist tatsächlich immer mehr der alte Patient im Fokus, sehr häufig mit einer Allgemeinzustandsverschlechterung, das sehen wir oft. Das ist oft sehr schwammig und führt dazu, dass man in der Notaufnahme viel Diagnostik hat. Grundsätzlich haben wir ja jetzt die rote, gelbe und grüne Diagnose SK1, SK2, SK 3. Wenn man die Dringlichkeit betrachtet ist häufig diese SK2. Die SK1 also die schweren Fälle, SHT schwer, Stroke, Politrauma, Sepsis, das ist das wo man insgesamt am meisten Logistik für vorhält und es auch klare SOPs gibt z.B. bei der Strokeabwicklung. Das ist im Grunde aber das Seltenste, am wenigsten häufig quantitativ kommt das vor, und das ist überall so. Häufig gesehene Diagnosen im chirurgischen Bereich ist das Schädelhirntrauma, Schenkelhalsfraktur, das Umknicktrauma oder auch der Rückenschmerz ohne Trauma. Bauchschmerzen sind häufig, mit unterschiedlichen Ursachen wenn man sich den internistischen Bereich anschaut. Ganz oft diese Zustandsverschlechterung, Atemwegsbeschwerden asthmatisch oder jetzt halt auch Covid bedingt. Dann eben die ganzen Infekte, gastrointestinal, Harnwegsinfekte. Oder auch Synkopen und das Coronarsyndrom. Das fällt mir jetzt so als Häufigstes ein.

*B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht?*

*Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Ja, Ja. Das ist auch echt ne Herausforderung. Erstmal was wir öfter haben sind soziale Indikationen. Die haben halt ein Versorgungsproblem zuhause, es ist kein medizinischer Notfall, aber diese Patienten haben natürlich das ein oder andere medizinische Thema, aber nicht in dem Notfallbereich wo man sagt, da brauchts jetzt ne Notaufnahme. Sondern es ist ganz oft einfach so, dass die Versorgungssituation zuhause dekompenziert, Stichwort alte Patienten, dass der Lebenspartner oft noch älter ist oder genauso alt. Die dann irgendwann an einem Punkt einfach nicht mehr zurecht kommen, also das häusliche Versorgungsproblem, wo man sagt da brauchts jetzt keine Klinik aber nachhause schicken kann ich die nicht. Das ist eklatant. Es ist ein Riesenproblem. Gerade da, um auf ihr Thema zu kommen, wäre jemand der das

managen könnte und auch die Versorgung zuhause kurzfristig hinkriegen könnte so unendlich wichtig. Das sind stationäre Aufnahmen, da sagt dann oft der Rettungsdienst, wir wissen schon das muss nicht zu euch aber der kann auf keinen Fall zuhause bleiben. Also das haben wir oft. Dann gibt's natürlich auch banale Verletzungen, da reicht der Hausarzt am nächsten Tag warum kommt der zu uns. Da weiß ich nicht ob die Soziale Arbeit so viel helfen würde. Das sind halt banale Erkrankungsbilder, wie ein Spreizel im Finger und irgendwann wird's rot, die halt durch den ambulanten Bereich auch hervorragend versorgt werden könnten. Also das haben wir auch. Dann gibt's auch ne geringe Menge an Patienten die ständig irgendwelche Symptome haben, wo man aber tatsächlich nichts findet. Wir haben, und ich glaub das kennt jede Notaufnahme im Versorgungsbereich, so Leute, die kommen jedes Mal wieder mit „Ich hab Atemnot, ich hab dies ich hab jenes“. Das ist auch altersunabhängig. Man klärt immer die ganze Latte ab, findet nichts, schickt die heim und übermorgen kommen die wieder.

*C. Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Also die soziale Indikation, das ist ganz wichtig zu sagen, natürlich haben die ein medizinisches Problem aber das wird halt dann in den Vordergrund gestellt und es erfordert eigentlich weder eine klinische Notfallversorgung noch eine Rettungsdienstpräklinische Versorgung. Aber das ist in einem Ausmaß ein soziales Problem, dass man auch als Mensch irgendwann nicht mehr sagen kann, das ist mir jetzt wurschd. Oder du kommst jetzt zurück, auch Stichwort Urlaub, die Pflegeperson oder der Angehörige fährt in Urlaub. Wo die älteren Menschen dann so Tierheimartig abgegeben werden. Dieses Szenario kommt mehrfach pro Woche vor.

*D. Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:**

*E. Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Ja man sagt dann natürlich die stationäre Schmerztherapie bei immobilisierenden Rückenschmerzen, weil ich halt genau weiß der Patient ist 90 der

Ehepartner ist 95 und der lag halt am Boden und konnte nicht mehr aufstehen und dann wurde irgendwann der Rettungsdienst gerufen und so weiter.

*F. Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Ja natürlich.

Also psychotrope Substanzen, da gehört ja auch Alkohol dazu. Das ist auch sowas. jemand der erheblich betrunken ist braucht ja auch oft keinen Arzt. Aber eine kontrollierte Ausnüchterung, sowas haben wir natürlich häufig, der halt dann am Bahnhof auch nicht liegen bleiben kann, aber dafür haben wir eine Klinik eigentlich nicht gebaut. Dann ganz problematisch ist das suizidale Syndrom, das ist wirklich hochproblematisch. Es kommt auch häufig vor, führt dann aber dazu, dass wenn der Patient hochsuizidal ist, weiter überwachungspflichtig ist und eine lückenlose Überwachungsmöglichkeit kriegen sie halt oft nicht hin da fehlen einfach auch Plätze dafür. Das ist auch mit dem Coronabedingten Personalmangel nochmal ganz schlimm geworden. Wenn sie dann zusätzlich noch intoxikiert sind beginnt so ein Zwischenzustand zwischen notwendiger Somatischer Versorgungsmöglichkeit und der reinen Psychiatrie. Die ist aber noch nicht geeignet weil die somatischen Möglichkeiten nicht da sind. Diese Patienten sind wirklich problematisch, die haben auch häufig eine Einweisung durch die Polizei, die lückenlose Überwachung kann man eigentlich nur am Monitor oder auf der Intensivstation sicherstellen. Das ist ein ungelöstes großes Problem. Stelle Eins sind die Drogen und Alkoholintoxikationen. Suizidales Syndrom Stelle zwei. Phobische oder andere Angststörung kommt vor, wenn man so in Richtung Hypochondrie, ist vielleicht ein bisschen übertrieben aber die Angst, dass man erkrankt sein könnte. Die wollen aufgrund von verschiedenen Dingen dann immer wieder die medizinische Abklärung. Und dann haben wir natürlich schon auch Patienten bei denen sich bei einer Coronarsyndrom Abklärung rausstellt, dass es eine Panikattacke war.

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

*A. Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:** Ich glaub, dass die Alterpyramide eine wesentliche Rolle spielt.

**B.** Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?

**Antwort:** Wir sehen es ja sowohl im Rettungsdienst als auch in den Notaufnahmen. Ist auch nochmal sehr eklatant geworden. Im Juli hatten wir 40% mehr Patienten also im gleichen Zeitraum des letzten Jahres. Plus Hälfte an Personal durch Personalmangel. Das ist eine totale Katastrophe. Bei den alten Patienten hat das nicht nur was mit Einsamkeit zu tun sondern faktisch auch damit, dass sie auch krank sind. Wir haben alte Patienten die sind komplex erkrankt. Das sind dann oft diese AZ Verschlechterungen, wo man die Diagnostik ganz breit aufmachen zu müssen um zu sehen wie war der überhaupt vorher. Das weiß man ja nicht wenn sie kommen. Und dann die ganz zentrale Frage in welchem Ausmaß kann und will ich das überhaupt beheben. Schon auch die Auflösung familiärer Strukturen, da kommt man wieder zur sozialen Indikation, das gibt's schon auch. Das die alten Menschen dann aufgenommen werden, weil sie gerade keinen da haben oder auch kinderlos sind. Hausarztpraxenmangel haben wir unserem Speckgürtel noch nicht so gravierend wie woanders. Fachkräftemangel ist überall ein Reisetema. Das mit den Internetrecherchen find ich jetzt nicht so eklatant. Also sie recherchieren oft, aber ob das jetzt die Spinner reintreibt, das glaub ich gar nicht. Also die Überalterung ist das Hauptproblem. Und das die ambulante Versorgung die ja in ganz vielen Fällen möglich wäre in den KV Praxen und so, dass man das im Bewusstsein der Bevölkerung deutlich besser verankern müsste, dass es viel niederschwelliger etwas gibt vor der Notaufnahme. Ich glaub auch unser Notaufnahmeangebot, muss man halt für einen Facharzt vielleicht mal vier Stunden im Wartezimmer aber halt nicht sechs Wochen warten muss. Das Versorgungsangebot der Notaufnahme ist für viele schon sehr attraktiv, dass sich viele nicht fragen, ob man das nicht anders klären könnte. Dann geh ich da halt schnell hin und hab auch gleich die volle Diagnostik. Natürlich verweigern wir das gelegentlich, aber das ist auch gar nicht so einfach, weil bis sie was medizinisch fundiert verweigern und verantworten können müssen sie sich mit dem Fall ja soweit beschäftigen, dass es sich dann auch nicht mehr lohnt. Anstatt zu diskutieren, kann ich es dann auch fertig machen. Das dauert ungefähr genauso lange.

### **KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT**

**A.** Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in *das Team der Notaufnahme zu integrieren?*

**Antwort:** Ja. Also ich würde als Priorität 1 sehen, dass wir unsere Notaufnahmen wieder so komplett ausstatten wie es ursprünglich gedacht war. Was wir hier machen

ist eine Mangelverwaltung, wo wir vorgesehenes Personal, ärztlich und pflegerisch einfach gar nicht mehr haben. Wir sind in einer erdrutschartigen Katastrophe angekommen, was die klinische Notfallmedizin angeht. Aber wenn man das mal außer Acht lässt, wäre es aus meiner Sicht total super die Soziale Arbeit eben schon in die Notaufnahme zu integrieren. Das wird auch immer wichtig werden, weil wir einen ganz großen Teil an sozial nicht gut versorgten Patienten haben. Das kann sein mit psychiatrischen Anamnesen mit psychologischen, das würde ja schon reichen, oder einfach alt sind. Wo einfach die häusliche Versorgung sichergestellt werden muss, oder auch ambulante Optionen sichergestellt werden müssen. Es würde ja auch schon reichen, wenn man einem Patienten, mit einer chronischen Wunde sagt, dass er nicht jedes Mal zum verbinden den Krankentransportwagen ruft, sondern er wird dann an ein ambulantes Wundzentrum angebunden. Wir organisieren die häusliche Versorgung, oder die freundlich emotionale Versorgung, dass mal jemand zum besuchen kommt und nachgucken. Also ich fände das total wichtig. Weil wir ganz oft die Leute nicht guten Gewissens nachhause schicken können oder wollen. Wir hatten vor kurzem auch das Phänomen, das immer wieder vorkommt, dass Angehörige vom Rettungsdienst dann später nachgebracht werden, weil einfach die pflegende Person so schwer erkrankt war, dass sie nicht weiter pflegen kann und man kann den Pflegebedürftigen ja nicht zuhause zurück lassen. Also, dass bei uns in der Notaufnahme jemand verstirbt, kommt aufgrund der sehr vielen Pflegeheimenrichtungen die mit zunehmender Verschlechterung z.B. der Atembeschwerden/ Atemnot, weil das auch so die Zeichen des Lebensendes sind, das haben wir oft. Das man beim Sterben begleitet, ist auch hier in der Notaufnahme ein tägliches Thema, was auch an der Alterspyramide liegt. Oder was natürlich auch daran liegt, dass wir nur medizinisch sinnvolles versuchen mit unseren Patienten zu tun. Und das auch einige Patienten, aber immer noch viel zu wenige, die ihrem Wunsch was medizinische Versorgung am vermuteten Lebensende anbelangt auch äußern. Natürlich respektieren wir Patientenverfügungen, und das führt natürlich dazu, dass wir sehr hohe, vielleicht nicht täglich aber wöchentlich mit Ableben in der Notaufnahme zu tun haben. Und dort dann bei dem Stress, dass man für andere lebensrettend sein soll, das würdig zu gestalten ist eine große Aufgabe um die wir uns bemühen. Aber wenn da noch jemand wäre, wär das natürlich toll. Also das ist auch so ein zentrales Thema.

(Durchgehen der Liste) Kurzzeitpflege vor allem. Haltprojekt Ja. Mir fällt noch die ambulante psychiatrische Versorgung ein. Gibt ja viele Patienten mit psychiatrischen Diagnosen, die dann doch immer wieder zur Klinikeinweisung führen. Das eine sind Intoxikationen, das andere sind aber schwere Depressionen, Angststörungen, ganz viel

Borderline. Kommt natürlich drauf an wo man arbeitet. Und wenn man diese Patienten nach Wundversorgung wieder entlassen, dass man da halt eine ambulante psychiatrische Anbindung ermöglicht, ambulante Wundversorgung bei chronischen Wunden. Dann natürlich auch die emotionale Anbindung bei Vereinsamung, z.B. eine Nachbarschaftshilfe organisieren, da gibt's viele Sachen.

**B.** *Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?*

*Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:**

**C.** *Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?*

**Antwort:**

**D.** *Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?*

**Antwort:** Ja den hab ich schon erzählt, als die Pflegeperson. Ehemann noch älter als Pflegeperson. Der Klassiker. Plötzlich schwerkrank kommt mit dem Rettungsdienst in den Schockraum. Zum Glück hat der Rettungsdienst sich die Frage gestellt, wer füttert den eigentlich dann, wer macht ihm das nächste Essen, das war jemand der war nicht selbstständig mobilisierbar, und den haben sie dann eben mit in die Klinik eingewiesen und gesagt ihr müsst euch da kümmern. Wir haben dann einiges gefunden was eh desolat war und die entgleiste Situation zuhause gezeigt hat, mit einigen Wunden und etc.. Das wäre jetzt eben was gewesen, wo dann aus der stationären Therapie heraus die häusliche Situation geregelt wurde. Wenn wir das nicht müssten, und nicht tagelang ein Klinikbett belegen müssten, bis wir das hinkriegen, das wäre exzellent. Und wirklich oft, kriegen wir aus dem ambulanten Setting oder von zuhause aus Patienten wo klar ist, der braucht eine häusliche Versorgung die er bis dato nicht hatte. Da ist einfach alles entgleist, Medikamenteneinnahme, Diabetes, die können wir dann nicht einfach wieder nachhause schicken

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** Der Verteiler des Arbeitskreises bayerische Notaufnahmen, und da sind alle Leiter der Notaufnahmen drin.

## 9 Protokoll Interview Nr.: 6

### KATEGORIE 1: KRANKHEITSBILDER NOTAUFNAHME

*A. Welche Kategorien können zu häufigen Krankheitsbildern in der Notaufnahme gebildet werden?*

*z.B. Herz- Kreislauf, Atmungsorgane, Neurologische Symptome, Bewegungsapparat, Haut, Verdauungssystem*

*Gibt es weitere Kategorien? Andere Bezeichnungen?*

**Antwort:** Generell kategorisieren wir unter den beiden Fachbereichen Innere und Chirurgie. Die inneren Patienten laufen dann halt mit gastrointestinalen Beschwerden, mit Herzbeschwerden, mit neuronalen Beschwerden. Die instabilen Patienten, Reanimationen, Schlaganfallpatienten, also Neurologie. Und in der Chirurgie sind dann die Frakturen, Stürze, traumatische Hirnblutungen, Polytraumen, Patienten nach Verkehrsunfällen.

Wir treffen uns vor den Übergaben im Stationszimmer und dann wird entschieden, wer heute chirurgisch wer internistisch macht. Also jeder kann und macht alles.

*B. Gibt es Patient\*innen in der Notaufnahme bei denen keine medizinische Indikation besteht? Aus welchen Gründen suchen sie die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Ja die gibt es. Das sind häufig Patient\*innen, bei denen die Angehörigen eingeliefert werden. Also Ehemann, Ehefrau die dann zuhause einfach nicht ordentlich versorgt werden können. Die der Rettungsdienst einpackt und mitbringt, was auch völlig ok ist, weil wer soll sich sonst um die kümmern. Dann gibt's Patienten die regelmäßig kommen, die obdachlos sind, und sich natürlich dann auf der Straße auch betrinken. Was auch ok ist, aber der Bürger draußen ruft halt dann den Rettungsdienst weil der irgendwo rumflagt, weil sie sich belästigt fühlen. Dann kommen sie zu uns, schlafen sich ihren Rausch aus und dann gehen sie wieder.

*C. Wie häufig suchen Patient\*innen mit fehlender medizinischer Notfallindikation die Notaufnahme auf?*

**Antwort:** Ja vielleicht 3 mal im Monat, also diese soziale Indikation der Aufnahme. Alkoholisierte Obdachlose, das kommt z.B. viel häufiger vor, manchmal vielleicht sogar drei bis viermal pro Tag.

*D. Wie wird mit Patient\*Innen umgegangen bei denen medizinisch keine Behandlungsnotwendigkeit besteht?*

**Antwort:** Ja es gibt die Patienten, die war dann einfach aufnehmen. Aber wenns wirklich irgendwelche Nonsense Sachen sind die wirklich überhaupt gar keine Indikation haben und wir jetzt auch wissen, der wohnt jetzt nicht zwingend auf der Straße. Ihn da wieder hinschicken ist mit dem eigenen Gewissen, dann doch nicht mehr so ganz vereinbar. Wir haben eben alle so einen pflegerischen Grundgedanken und jemanden auf die Straße zu schicken, wenn er bei uns nichts verloren hat, ist schon schwierig. Aber Patienten die ein Dach über dem Kopf haben und keine medizinische Indikation besteht, die wir wirklich überhaupt nicht aufnehmen können, weil sie einfach nichts haben, die schicken wir auch wieder weg.

Ja es ist nicht zielführend, bei alkoholisierten Menschen ohne Obdach sie immer wiederaufzunehmen. Zumal sie sich dran gewöhnen und die Notaufnahme irgendwann als zweites zuhause ansehen, das hatten wir auch schon. Die kommen dann immer wieder du kennst sie beim Namen, du kennst die Lebensgeschichte. Du weißt du parkst den jetzt da in die Ecke, misst regelmäßig den Blutzucker, weil man natürlich auch irgendwie die Verantwortung hast, schaut, dass er nicht aspiriert. Dann steht er irgendwann wieder vor dir, kriegt noch nen Kaffee und geht. Die sind gar nicht mit Krankenversicherung ausgestattet. Sowa's zahlt dann das Sozialamt, oder Staat oder auch niemand. Aber da grenze ich mich ganz deutlich davon ab. Das ist nicht mein Problem. Meine Aufgabe ist es den Patient\*innen zu helfen und ihnen in dem Moment einfach Aufmerksamkeit zu schenken und der halt jetzt einfach ein Bett hat wo er seinen Rausch ausschlafen kann, verdammt. Es ist mir tatsächlich völlig wurschd. Es ist zwar mein Arbeitgeber der da drauf zahlt und irgendwie ja dann auch mein Gehalt, wenn sich das irgendwie recht häuft. Aber ne das ist nicht meine Aufgabe.

*E. Wie werden Fälle ohne medizinische Indikation dokumentiert?*

*Wie lautet die Dokumentation für psychische, soziale oder psychiatrische Problemlagen?*

**Antwort:** Das läuft unter Soziale Indikation. Es kann glaub ich sogar bis zu x Tagen abgerechnet werden, wenn die medizinische Indikation eines Angehörigen besteht. Da kenn ich mich aber nicht aus weil die Abrechnung im Krankenhaus machen wir ja nicht. Oder du machst halt dann ein kleines Blutbild und stellst irgendwas fest. Weil wenn sie zuhause ja schon versorgt werden, dann haben sie ja meistens auch was. Jemand der einfach alt ist und zuhause von der Ehefrau, dem Ehemann versorgt wird, der hat dann was, da findet man dann was.

*F. Handelt es sich bei den psychosozialen Problemstellungen häufig um eines/ mehrere der folgenden Symptombilder?*

**Antwort:** Belastungsstörungen haben wir. Gerade wenn zuhause mal was passiert rutschen sie oft eine akute Belastungssituation. Affektive Störungen selten. Störungen des Realitätsbezugs auch selten. Ja phobische und andere Angststörungen, wie viele Leute Panik haben vor Spritzen. Ja: Soziale Anpassungsstörung, Suizidalität, Psychotrope Substanzen sehr viel, Krisen bei Persönlichkeitsstörungen eher nicht so.

## **KATEGORIE 2: URSACHEN ZU STEIGENDEN PATIENT\*INNENZAHLEN**

*A. Haben sich aus Ihrer praktischen Erfahrung heraus, die Gründe für das Aufsuchen einer Notaufnahme in den letzten Jahren (vor Corona) verändert?*

**Antwort:** Ich bin seit dreizehn Jahren in Notaufnahmen, und hab vorher in einen großen Haus in München gearbeitet und kann mich noch erinnern, dass wir alle zusammen so ca. um 3, wenn die frischen Semeln vom Bäcker kamen hinsetzen konnten zum frühstücken. Und zwar ein oder zwei Stunden sogar. Das war für uns immer das Highlight. Wenn ich mich jetzt mit Kolleg\*innen von damals unterhalte, kriegt das keiner mehr hin. Die Zahlen sind so deutlich angestiegen.

Und die Gründe werden einfacher. Jetzt kommen sie mit Husten, Schnupfen, Heiterkeit, natürlich auch die Angst vor einer Covid Infektion im Raum. Sie kommen dann auch schneller mit Fieber. Die Hausärzte weisen schneller ein, weil sie schiss haben, dass der Patient Covid haben könnte. Weil der Hausarzt auch die Verantwortung nicht mehr übernehmen möchte, das zuhause ambulant zu machen. Dann viel die Bequemlichkeit, weil sie keinen Termin kriegen und die Hausärzte natürlich auch völlig überlaufen sind.

*B. Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?*

**Antwort:** Ja, das würde ich alles so unterschreiben. Also was mir sofort ins Auge gesprungen ist, ist die Internetrecherche, das ist extrem mehr geworden. Fachkräftemangel in Altenheimen ist auf jeden Fall mehr geworden, weil wirklich viel mehr kommen die überhaupt gar keinen Grund dazu haben. Und die familiäre Situation zuhause tatsächlich. Man merkt oft an Weihnachten, dass die Oma dann mal schnell ins Krankenhaus gebracht wird. Damit zuhause ordentlich Weihnachten gefeiert werden kann. Ich hab viel gesehen und viel erlebt, aber so diese Abschiebesachen, die man Weihnachten ganz verdeutlicht sieht, damit komm ich nicht so ganz klar.

### KATEGORIE 3: AUFGABEN SOZIALE ARBEIT

**A.** Gibt es aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit Soziale Arbeit in *das Team der Notaufnahme zu integrieren?*

**Antwort:** Ich hab ein Jahr in den USA gearbeitet, und kenn deshalb die Soziale Arbeit in den Notaufnahmen und fand das mega gut. Wir waren allerdings ne Großstadt, und da war es deutlich dringender. Jetzt hier glaub ich würds mir reichen wenn ich nen Sozialarbeiter aus dem Haus abrufen kann, der dann einfach runter kommt in die Notaufnahme. In Chicago war der dauerhaft bei uns, der gehörte da schon fast zum Team. Der hatte auch ständig Arbeit, weil wir da viel mehr die soziale Indikation hatten. Das die Patienten für zuhause einfach Betreuung oder Ansprache brauchen. Der hat sich halt da drum gekümmert oder um Kurzzeitpflege und oder Wundversorgung gekümmert hat. Damit der zuhause versorgt ist. Deshalb würd ich das schon begrüßen, dass man darauf zurückgreifen könnte. Also die Ärzte schreiben das regelmäßig in ihre Arztbriefe, bitte Sozialdienst einschalten. Ich hoffe es wird dann auch gemacht. Aber wenn man das schon in der Notaufnahme anleiern könnte oder manche Patienten gar nicht erst aufgenommen werden müssten. Das die sich um die Weiterversorgung dann einfach kümmern.

**B.** Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?

*Wie würde diese Entlastung aussehen?*

**Antwort:** Ja auf jeden Fall. Zwar nicht sofort, weil sowas muss sich erst einpendeln aber auf lange Sicht schon.

**C.** Welche Aufgaben würden zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen? Welche der bereits bestehenden Aufgaben könnte sie übernehmen?

**Antwort:** An externe Sozialarbeiter weitervermitteln. Das war in den USA häufig so. Absprachen damit sich um den Patienten gekümmert wird. Das ihm vom externen Sozialarbeiter dann auch geholfen wird, Anträge ausfüllen. In Deutschland müsste ja z.B. keiner obdachlos sein. Der Staat ist so gut vernetzt, das mit Sozialhilfe oder ähnlichem helfen könnte. Aber vielen wollen sich nicht helfen lassen oder können sich nicht helfen. Psychosoziale Begleitung Ja. Netzwerkpartner Ja. Halt Projekt Ja. Begleitung bei schwierigen Gesprächen, Begleiten von Sterben, Tod, Trauer, ja das ist auf jeden Fall mega wichtig. Das sind ganz oft Angehörige die dann einfach wieder

nachhause gelassen werden. Da kümmert sich dann auch überhaupt niemand mehr drum, wie sind die zuhause versorgt, haben die noch sozialen Halt, gibt's noch andere Angehörige, Freunde oder Bekannte. Ja Frau Müller, ihr Mann ist verstorben, ja natürlich dürfen Sie Abschied nehmen solange sie wollen. Frau Müller kommt dann wieder, alles klar Tschüss. Ich glaub da fragt dann keiner mehr danach. Es war dann dafür tatsächlich gut wenn man jemanden hätte. Das hat in den USA z.B. auch der Sozialdienst gemacht.

**D.** Gab es in den letzten Diensten Fälle bei denen die Mitarbeit einer Sozialpädagogin/ eines Sozialpädagogen für Sie hilfreich gewesen wäre?

**Antwort:** Also in den letzten Diensten, ja gestern hat der Rettungsdienst angerufen, dass da jemand auf der Straße liegt, der aber keinen Grund hat im Krankenhaus zu sein. Wenn der gekommen wäre dann hätt ich was gehabt. Wenn der aber jemanden gehabt hätte, der sich um ihn kümmert würde er vielleicht in Zukunft nicht mehr auf der Straße liegen müssen. Ne aber ansonsten ist das häufigste auch die Betreuung nach dem Tod eines Angehörigen glaub ich. Da wärs besonders gut, wenn die jemanden hätten der sich da ein bisschen auch noch um die kümmert.

#### **KATEGORIE 4: SONSTIGES**

*Über welche Verteiler/ Netzwerke etc. können Online Fragebögen an Mitarbeitende von Notaufnahmen verteilt/ versendet werden?*

**Antwort:** ja wir haben einen Verteiler in der Pflege. (Hinweis auf DGINA)

# 10 Inhaltsanalyse nach Kuckartz

## Inhaltsanalyse nach Kuckartz

### Themenmatrix

1. Kategorie Krankheitsbilder Notaufnahme				
	Häufige Krankheitsbilder in der Notaufnahme	2. Patient*innen ohne medizinische Indikation (Ursachen, Häufigkeit, Umgang)	3. Dokumentation	4. psychische Symptomatiken
Interview 1	viele Exikkosen → (Herzkreislauf), Sportunfälle, Stürze Chirurgisch (Bewegungsapparat), Urologische Fälle (internistisch)	- Allein sein, möchten Entzug machen, hören Stimmen (kein Fall für Notaufnahme) - Versuch zu überreden, dass sie nachhause gehen - 2 mal wöchentlich, häufiger ältere Patient*innen bei denen kein Notfall vorliegt, die aber multimorbid sind, und daher eine offizielle Diagnose gegeben werden kann - Versuch zu überreden, dass sie nachhause gehen	Es besteht Möglichkeit Diagnose der Sozialen Indikation zu stellen, Abrechnung aber schwierig, Arbeitsaufwand genauso hoch, bei ambulanten Patient*innen unabhängig wie viel medizinische Diagnostik und Therapie gemacht werden 36€ können abgerechnet werden Finanzieller Gewinn erst ab stationärer Aufnahme	Suizidales Syndrom, Zustand nach Suizidversuch Schizophrenie Teilweise Zuweisungsproblematik aufgrund der Aufnahmekriterien in Psychiatrien, Personen mit Kratzern, Alkoholisiert kommen in NA obwohl Psychiatrieaufnahme vordergründig wäre
Interview 2	Von den Aufzählungen alles dabei, zu uns kommt eigentlich alles außer Neurochirurgie und Psychiatrie.	- Soziale Indikation, Ehepartner, pflegender Angehörige der Partner*in mitbringt, weil dieser sonst nicht mehr versorgt ist, nimmt sehr gehäuft zu. Starke Überforderung mit dem Leben ganz allgemein, Hilflosigkeit Großes Vertrauen in „Dr. Google“ Schlechte anderweitige medizinische Versorgung (Hausarzt, Facharzt lange Wartezeiten)	Man findet immer irgendeine medizinische Diagnose, z.B. Ausschluss von bestimmten Erkrankungen	Alle Krankheitsbilder kommen vor, häufig aber nicht vordergründig.
		- Häufigkeit nimmt zu. Jeder dritte bis vierte Patient ist nichts mehr für die Notaufnahme. - Versuch mithilfe von Triage durch Fachärzt*in gleich herauszufinden ob Behandlung/ Aufnahme notwendig ist ansonsten wegschicken. Durchführung stark abhängig vom Arzt/ Ärztin.		
Interview 3	Erste Gliederung ist die Fachrichtung, nicht speziell nach Krankheitsbild sondern nach Dringlichkeit. Wir nutzen ein klassisches Triage-system. Notaufnahmeschwester sichtet nach Farben rot, gelb, grün. Farbe gibt an wie viel Zeit man bis zur Behandlung hat. In einem Nebensatz steht, dann welches Organ betroffen ist wie welche Symptome bestehen.	- Subjektives Empfinden des Patienten und Einschätzung des Personals geht häufiger auseinander. In Notaufnahmen werden akut medizinische Krankheitsbilder die unmittelbar behandlungsverpflichtend sind versorgt. Es kommen dann Menschen mit Symptomen die beeinträchtigend sind aber keine vitale Bedrohung darstellen. Vielfältige Gründe, z.B. Erkältung, Brustschmerzen die nach Google ein Herzinfarkt sind. Fehlende Greifbarkeit des Hausarztes. Häufig wenn Familie und Hausarzt dann nicht greifbar sind. - Kein unerheblicher Anteil, ist steigend, vor allem wenn Hausarzt fehlt: Abends, Wochenende, Urlaubszeit Mindestens einmal pro Schicht - Viele Faktoren spielen mit ein. Viel Erklären, Versuch Alternativ-	Die Dokumentation ist ein Riesenproblem. Soziale Indikation ist nicht abrechnungsfähig. Da bei soz. Ind. meist vorher schon ein medizinisches Problem besteht, können sie aufgenommen werden, aber dafür muss man ein Problem in den Vordergrund stellen, dass nicht führend ist sondern eigentlich die Versorgung nicht gewährleistet ist. Das ist ein Widerspruch.	Ja die kommen vor, aber nicht das Hauptthema. Depressionen häufiger. Intoxikationen und Suizidalität häufiger, es gibt Überlappungen mit Psychiatrien. Nicht immer ein Miteinander.

		strukturen aufzuzeigen, ggf. müssen sie aufgenommen werden, wenn z.B. Versorgungsproblematik besteht.		
Interview 4	Es wird primär nach Symptomen gegangen. Häufig z.B. Brustschmerz/ Chest Pain Atemnot Neurologisch gibt's relativ viel z.B. Schwindel und Kopfschmerz, unklare Bewusstseinsminderung g Bewegungsapparat: Verletzungen schwerer oder leichterer Art, Wunden die genäht werden müssen, Traumaversorgung in den Schockräumen. Haut weniger, Verdauungssystem: Bauchweh, Durchfälle, Blutungen, Übelkeit, Erbrechen.	- Stellt eine häufige und große Problematik dar. Wichtiges Stichwort: Triage. Es gibt einen neuen g-ba Beschluss, dass alles Patienten in Notaufnahme triagiert werden müssen. Speziell ausgebildete Fachpflege teilt in Ampelsystem Rot, Gelb und Grün ein. Wenn fraglich ist ob ein Patient überhaupt in die Notaufnahme muss, dann schaut sofort ein Arzt drauf und er wird ggf. heimgeschickt. - pro Tag ca. 3-5 Patienten, da fallen aber noch welche durchs Raster - Es wird sich ein Bild vom Patienten gemacht, dann Aufklärung, dass kein akuter Handlungsbedarf besteht. Weitervermittlung an z.B. KVB Praxen. Ziel ist es, dass in jeder Triage ein Oberarzt sitzt	Die Dokumentation von sozialen Problemlagen ist ein Riesenproblem und ist auch täglich Thema. Bei drohenden gesundheitlichen Schaden aufgrund von Versorgungsproblematiken nehmen wir großzügig auf. Es findet sich meist irgendeine Diagnose, aufgrund bestehender Multimorbidität. . Aber bei manchen ists auch ganz klar die Diagnose Versorgungsproblem	Viel im Austausch mit Psychiatrie. Bis auf suizidales Syndrom, das häufiger vorkommt, wenig andere psychiatrisch gelagerte Fälle.
Interview 5	Kann in Innere und Chirurgie aufgeteilt werden. Außerhalb der Pandemie ist immer mehr der alte Patient im Fokus, sehr häufig	- Ja, das ist auch echt ne Herausforderung. Häufig sind soziale Indikationen. Die haben eine dekompensierte Versorgungssituation zuhause, es ist kein medizinischer Notfall, aber	Ja man sagt dann natürlich die stationäre Schmerztherapie bei immobilisierenden Rückschmerzen, weil ich halt genau weiß der Patient ist 90 der Ehepartner ist 95 und der lag halt	Ja natürlich. Stelle Eins sind die Drogen und Alkoholintoxikationen. Suizidales Syndrom Stelle zwei. Jemand der erheblich betrunken ist braucht oft
	mit einer Allgemeinzustandsverschlechterung. Oft sehr schwammig und führt dazu, dass man in der Notaufnahme viel Diagnostik hat. Grundsätzlich haben wir ja jetzt die rote, gelbe und grüne Diagnose SK1, SK2, SK 3. Wenn man die Dringlichkeit betrachtet ist häufig diese SK2. Die SK1 also die schweren Fälle, SHT schwer, Stroke, Politrauma, Sepsis, das ist das wo man insgesamt am meisten Logistik für vorhält, kommt aber am seltensten vor. Häufig gesehene Diagnosen im chirurgischen Bereich: Schädelhirntrauma, Schenkelhalsfraktur, Umknicktrauma, Rückenschmerz ohne Trauma. Internistisch: Bauchschmerzen, Zustandsverschlechterung,	diese Patienten haben das ein oder andere medizinische Thema. Stichwort alte Patienten, dass der Lebenspartner oft noch älter ist. Das ist eklatant, ein Riesenproblem. Gerade da, wäre jemand der das managen könnte und auch die Versorgung zuhause kurzfristig hinkriegen könnte so unendlich wichtig. Das sind stationäre Aufnahmen, da sagt der Rettungsdienst, wir wissen das muss nicht zu euch aber der kann auf keinen Fall zuhause bleiben. Dann gibt's banale Verletzungen, da reicht der Hausarzt am nächsten Tag. Da weiß ich nicht ob die Soziale Arbeit so viel helfen würde. Dann gibt's auch ne geringe Menge an Patienten die ständig irgendwelche Symptome haben, wo man aber tatsächlich nichts findet. - Wir verweigern das gelegentlich, aber das ist auch gar nicht so einfach, weil bis sie was medizinisch fundiert verweigern und verantworten können müssen sie sich mit dem Fall ja soweit beschäftigen, dass es sich dann auch nicht mehr lohnt. Anstatt zu diskutieren, kann ich es dann auch fertig machen. Aber das ist in einem Ausmaß ein soziales Problem, dass man auch als Mensch irgendwann nicht mehr	am Boden und konnte nicht mehr aufstehen. Also die soziale Indikation, das ist ganz wichtig zu sagen die haben ein medizinisches Problem aber das wird halt dann in den Vordergrund gestellt und es erfordert eigentlich weder eine klinische Notfallversorgung noch eine Rettungsdienst- präklinische Versorgung.	keinen Arzt. Aber eine kontrollierte Ausnüchterung, sowas ist häufig, der ja am Bahnhof auch nicht liegen bleiben kann. Ganz problematisch ist das suizidale Syndrom. Ein hochsuizidaler Mensch ist überwachungspflichtig und da fehlen einfach auch Plätze dafür. Das ist auch mit dem Coronabedingten Personalmangel nochmal ganz schlimm geworden. Teilweise zwischen notwendiger Somatischer Versorgungsmöglichkeit und der reinen Psychiatrie. Die ist aber noch nicht geeignet weil die somatischen Möglichkeiten nicht da sind. Das ist ein ungelöstes großes Problem. Phobische oder andere Angststörung kommt vor Richtung Hypochondrie, die Angst, dass man erkrankt sein könnte. Patienten bei denen sich bei einer Coronarsyndrom Abklärung rausstellt, dass es eine Panikattacke war.

	Atemwegsbeschwerden, alle Infekte, Synkopen und das Coronarsyndrom.	sagen kann, das ist mir jetzt wurschd. Wo die älteren Menschen dann so Tierheimartig abgegeben werden. - Dieses Szenario kommt mehrfach pro Woche vor.		
Interview 6	Generell kategorisieren wir unter den beiden Fachbereichen Innere und Chirurgie. Häufige Fälle: gastrointestinales Beschwerden, Herzbeschwerden, neuronalen Beschwerden. instabilen Patienten: Reanimationen, Schlaganfallpatienten, also Neurologie. Chirurgie: Frakturen, Stürze, traumatische Hirnblutungen, Polytraumen, Patienten nach Verkehrsunfällen. Die Pflege trifft sich vor den Übergaben im Stationszimmer dann wird entschieden, wer heute chirurgisch wer internistisch macht. Also jeder kann und macht alles.	- Ja die gibt es. Das sind häufig Patient*innen, bei denen die Angehörigen eingeliefert werden. Also Ehemann, Ehefrau die dann zuhause einfach nicht ordentlich versorgt werden können. Der Rettungsdienst bringt sie dann mit, was auch völlig ok ist, weil wer soll sich sonst um die kümmern. Dann gibt's Patienten die regelmäßig kommen, die obdachlos sind, und sich auf der Straße auch betrinken. Der Bürger draußen ruft dann den Rettungsdienst weil der irgendwo rumflagt, weil sie sich belästigt fühlen. Dann kommen sie zu uns, schlafen sich ihren Rausch aus und dann gehen sie wieder. - Soziale Indikation vielleicht 3x im Monat, Obdachlose Menschen kommt viel häufiger vor, manchmal drei bis viermal die selbe Person. - Ja es gibt die Patienten, die war dann einfach aufnehmen. Jemanden wieder auf die Straße zu schicken ist mit dem eigenen Gewissen, dann doch nicht mehr so ganz vereinbar, das ist schon schwierig. Aber bei	Das läuft unter Soziale Indikation. Es kann glaub ich sogar bis zu x Tagen abgerechnet werden, wenn die medizinische Indikation eines Angehörigen besteht. Da kenn ich mich aber nicht aus weil die Abrechnung im Krankenhaus machen wir ja nicht. Oder man macht ein kleines Blutbild und stellt irgendwas fest. Jemand der einfach alt ist und zuhause von der Ehefrau, dem Ehemann versorgt wird, der hat dann was, da findet man dann was.	Ja: Belastungsstörungen, Ja phobische und andere Angststörungen, Soziale Anpassungsstörung, Suizidalität, Psychotrope Substanzen sehr viel Selten: Affektive Störungen, Störungen des Realitätsbezugs Persönlichkeitsstörungen eher nicht so.
		Nonsense Sachen, Patienten die ein Dach über dem Kopf haben und keine medizinische Indikation besteht, die schicken wir auch wieder weg. Ja es ist nicht zielführend, bei alkoholisierten Menschen ohne Obdach sie immer wiederaufzunehmen. Zumal sie sich dran gewöhnen und die Notaufnahme irgendwann als zweites zuhause ansehen, das hatten wir auch schon. Die kommen immer wieder du kennst sie beim Namen, du kennst die Lebensgeschichte. Du parkst den da in die Ecke, misst regelmäßig den Blutzucker, weil man natürlich die Verantwortung hat, schaut, dass er nicht aspiriert. Dann steht er irgendwann wieder vor dir, kriegt noch nen Kaffee und geht. Die sind gar nicht mit Krankenversicherung ausgestattet. Sowas zahlt dann das Sozialamt, oder Staat oder auch niemand. Aber da grenze ich mich ganz deutlich davon ab. Das ist nicht mein Problem. Meine Aufgabe ist es den Patient*innen zu helfen und ihnen in dem Moment einfach Aufmerksamkeit zu schenken und ein Bett hat wo er seinen Rausch ausschlafen kann. Es ist mir tatsächlich völlig wurschd. Es ist zwar mein Arbeitgeber der da drauf		

		zahlt und irgendwie ja dann auch mein Gehalt, wenn sich das irgendwie recht häuft. Aber ne das ist nicht meine Aufgabe.		
<b>Kategorien-basierte Auswertung</b>	- Aufteilung in chirurgisch und internistisch - Bei Triage wird nach Dringlichkeit der Symptome gegangen, weniger nach Krankheitsbildern - schwerwiegende Fälle, für die am meisten Logistik vorgehalten wird, kommen am seltensten vor	<u>Häufigste Ursachen:</u> - Aufsuchen der Notaufnahme wegen kleinen Problemen (Überforderung, Nicht Wissen) - soziale Indikation aufgrund von Versorgungs-problematiken nimmt stark zu. Alte Menschen die von ihren älteren Ehepartner*innen nicht mehr ausreichend versorgt werden können. - Obdachlosigkeit - alle beschriebenen Ursachen <u>Häufigkeit:</u> Variiert zwischen 3-5 Patient*innen pro Tag und zweimal wöchentlich, Einigkeit aber in steigender Anzahl Viele sprechen von zunehmender Herausforderung und großer Problematik <u>Umgang:</u> Patient*innen mit sozialer Indikation werden bei allen großzügig aufgenommen, da ja tatsächliche Versorgungsproblematik besteht, eigentlich sind sie im Krankenhaus aber nicht richtig. Menschen bei denen keinerlei medizinische oder soziale Indikation besteht, sollen durch Triage herausgefiltert werden	Die Dokumentation ist eine große Problematik, die sie nur bedingt (Unterschiedliche Aussagen bei den Befragten) abrechnungsfähig ist. Meist wird eine bereits bestehende Multimorbidität oder eine akute geringfügige medizinische Problematik in den Vordergrund geschoben.	Psychiatrische Diagnosen kommen vor. Besonders Suizidales Syndrom und Panikattacken. Teilweise Schwierigkeiten in Zusammenarbeit mit Psychiatrien. Aufgrund von somatischen Problematiken, kann die Versorgung in Psychiatrien z.T. nicht gewährleistet werden.
		und dann an andere Stellen vermittelt, bzw. nach hause geschickt werden.		

## 2. Kategorie Ursachen zu steigenden Patient\*innenzahlen

	1. Veränderte Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahme	2. Ursachen für Anstieg
Interview 1	---	Mehr Menschen, mehr ältere Menschen, Hausarztpraxen (keine Hausbesuche, Präsenzzeiten auf Minimum), Bereitschaftsarztpraxen nur bedingt geeignet, Hausarztpraxenmangel, Fachärztemangel
Interview 2	Aufgrund der großen Unsicherheit kommen Menschen wegen allem in die Notaufnahme. Früher war es anders. Früher häufiger abgewägt, heute wird Hilfe sofort auf der Stelle wegen allem benötigt.	Überforderung, keine Verantwortung tragen wollen. Hausarzt-, Facharztmangel das sind die Hauptgründe.
Interview 3	KVB hilfreich aber kann es nicht abfangen, bzw. weist auch häufiger selbst in Notaufnahme ein. Älter werdende Gesellschaft, die früher oder später auf Hilfe angewiesen ist. Gerade in München, Wegzug der Familien, kein/ kaum soziales Netz	Mehr ältere Menschen, Auflösung sozialer Strukturen Hausarztpraxenmangel muss geografisch betrachtet werden, dürfte in Städten gerade mit KVB eigentlich kein Problem darstellen Fachkräftemangel in Altenheimen großes Thema.
Interview 4	Gründe sind relativ gleich. Covid kam natürlich erschwerend hinzu. Ein Grund ist die alternde Gesellschaft und, dass Maximaltherapie bis ins hohe Alter praktiziert wird und nichts begrenzt wird. KVB Praxen absolut sinnvolle Sache, aber mit einigen Problemen z.B. Öffnungszeiten und Kompetenzen der Ärzte.	Steigendes Alter, Versorgungsstruktur, rechtliche Probleme keiner will die Verantwortung übernehmen, jeder wird im Zweifel aus den Altenheimen wieder reingekarrt. Hausarztpraxenmangel ist auf jeden Fall Thema. Es besteht zum Teil ein Anspruchsdenken der Menschen, dass es jederzeit verfügbar ist, geringe Hemmschwelle. Einer der Hauptfaktoren ist auf jeden Fall die Pflege sowohl ambulant als auch stationär mit der gleichzeitig alternden Bevölkerung und immer weniger wo innerhalb der Familie gepflegt wird.
Interview 5	Ich glaub, dass die Alterspyramide eine wesentliche Rolle spielt. Es sind diesen Juli 40% mehr Patienten als im vergangenen Jahr. Mit der Hälfte des Personals, wegen des Personalmangels. Das ist eine totale Katastrophe.	Alte Patienten sind häufig komplex erkrankt und nicht nur Einsam, wobei die Auflösung der Familienstrukturen schon auch eine Rolle spielt, weil gerade keiner da ist oder sie kinderlos sind. Es braucht dann sehr viel Diagnostik, da man oft nicht weiß, wie der vorher überhaupt war. Dann ist die zentrale Frage inwieweit kann und will ich das beheben.

		<p>Hausärztemangel spielt bei uns weniger eine Rolle. Fachkräftemangel ist überall ein Riesenthema. Internetrecherchen bringt bei uns nicht mehr Leute in die Notaufnahme. Überalterung ist das Hauptproblem. Auch wichtig, wäre dass man die ambulante Versorgung mehr ins Bewusstsein der Bevölkerung verankern, Das Versorgungsangebot der Notaufnahme ist für viele schon sehr attraktiv, dass sich viele nicht fragen, ob man das nicht anders klären könnte. Dann geh ich da halt schnell hin und hab auch gleich die volle Diagnostik.</p>
Interview 6	<p>Ich bin seit dreizehn Jahren in Notaufnahmen, und kann mich noch erinnern, dass wir alle zusammen so ca. um 3, für ein oder zwei Stunden frühstücken konnten. Das war für uns immer das Highlight. Wenn ich mich jetzt mit Kolleg*innen von damals unterhalte, kriegt das keiner mehr hin. Die Zahlen sind so deutlich angestiegen. Und die Gründe werden einfacher. Jetzt kommen sie mit Husten, Schnupfen, Heiterkeit, es stehen auch die Angst vor einer Covid Infektion im Raum. Sie kommen dann auch schneller mit Fieber. Die Hausärzte weisen schneller ein, weil sie schiss haben, dass der Patient Covid haben könnte. Hausarzt übernehmen die Verantwortung nicht mehr, das zuhause ambulant zu machen. Dann viel die Bequemlichkeit, weil sie keinen Termin kriegen und die Hausärzte natürlich auch völlig überlaufen sind.</p>	<p>Alle aufgelisteten Punkte. Ja, das würde ich alles so unterschreiben. Also was mir sofort ins Auge gesprungen ist, ist die Internetrecherche, das ist extrem mehr geworden. Fachkräftemangel in Altenheimen ist auf jeden Fall mehr geworden. Und die familiäre Situation zuhause tatsächlich. Man merkt oft an Weihnachten, dass die Oma dann mal schnell ins Krankenhaus gebracht wird. Damit zuhause ordentlich Weihnachten gefeiert werden kann. Ich hab viel gesehen und viel erlebt, aber so diese Abschiebesachen, die man Weihnachten ganz verdeutlicht sieht, damit komm ich nicht so ganz klar.</p>
<b>Kategorien-basierte Auswertung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gründe für das Aufsuchen werden immer einfacher. Immer mehr Unsicherheiten, Menschen kommen wegen allem in die Notaufnahme.</li> <li>- Alterspyramide, alternde Gesellschaft</li> <li>- Öffnungszeiten, Kompetenzen der Hausärzte und Bereitschaftsdienstpraxen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr ältere Menschen, Versorgungsproblematiken</li> <li>- häufig komplexe Erkrankungen bei alten Menschen</li> <li>- keiner will Verantwortung übernehmen (Personen selbst nicht über ihre Gesundheit, Personal in Altenheimen, Hausärzte nicht über weiteres Prozedere, daher „Abgabe“ in Notaufnahme)</li> <li>- Hausarztpraxen (keine Hausbesuche, Präsenzzeiten auf Minimum)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facharztpraxenmangel, lange Wartezeiten</li> <li>- Überversorgung in der Notaufnahme, „leichter Weg“ um an viel, professionelle Diagnostik in kurzer Zeit zu kommen</li> <li>- Weiterversorgung am Lebensende/ Maximaltherapie großes Thema</li> <li>- alle genannten Punkte im Fragenkatalog</li> <li>- Internetrecherchen ja, aber nur es kommen dadurch nicht viel mehr Menschen in die Notaufnahme</li> </ul>

### 3. Aufgaben Soziale Arbeit

	1. Notwendigkeit/ Kenntnis	2. Entlastung	3. Aufgaben	4. Fallbeispiele
Interview 1	<p>aktuell keine Zusammenarbeit zwischen NA und Sozialer Arbeit Bisher wenig mit dieser Thematik auseinandergesetzt</p>	<p>Ja. Zeitintensive Themen wie Menschen ohne medizinische Indikation wieder aus der Notausnahme zu bringen, Sitzwachen bei psychisch erkrankten Menschen, Borderline Patientin drei Stunden gebunden, Planung Übergang in Psychiatrie</p>	<p>bisher wenig Gedanken darüber gemacht, Beispiele aber passend, auch z.B. Belegbetten in der Klinik für soziale Indikation <i>„Wenn ich jetzt so höre, was Soziale Arbeit in anderen Ländern macht, hab ich das Gefühl wir hängen hinterher. So kann ich mir das schon gut vorstellen, dass Soziale Arbeit auch bei uns in der Notaufnahme dann mitarbeitet“.</i></p>	<p>Todesfälle, psychosoziale Notfallversorgung</p>
Interview 2	<p>aktuell keine Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit, Frage nach Aufgaben im Ausland, da kein Wissen über mögliche Aufgaben Für Notaufnahme alleine würde es sich nicht rentieren, aber gemeinsam z.B. mit chirurgischer Ambulanz wäre es sinnvoll.</p>	<p>Ja.</p>	<p>Rückerverlegungen, Weiterverlegungen organisieren. Psychische Dekompensationen begleiten. Junge alkoholisierte Kinder/ Jugendliche, Intoxikationen (HALT Projekt). Elternarbeit. Geflüchtete Menschen unterstützen Versicherung/ Sprachbarriere überwinden (mehr Zeit). Diagnosevermittlung, Netzwerkaufbau.</p>	<p>Person wo Versorgender/ pflegender Angehöriger in den Schockraum kam und verstarb. Zu pflegende Person stand plötzlich alleine da, da es keinen medizinischen Aufnahmegrund gab. Weinende Pat. Aufgrund der Diagnose, für die keine Zeit zur Begleitung bleibt.</p>
Interview 3	<p>Aktuell keine Zusammenarbeit. Versuch Sozialdienst bei</p>	<p>Nicht nur Entlastung fürs Team, sondern auch von Nutzen für Patient*innen.</p>	<p>Kommunikationslücken zwischen Notaufnahme und</p>	<p>Patienten aus dem Altenheim, die nur da sind, weil es vor Ort nicht</p>

	stationärer Aufnahme bereits zu involvieren. Notwendig immer schwer zu sagen, geht ja auch ohne. Aber sicherlich sinnvoll und hilfreich.		weiteren Akteuren z.B. Station oder Altenheim schließen Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung Sucht und Konfliktthemen Paradiesische Vorstellung mit Belegbetten in Altenheimen Entlassmanagement ist ein Riesenthema, da es ja gesetzlich auch vorgeschrieben ist. Da wäre die zentrale Integration des Sozialdienstes in die Notaufnahme sicherlich hilfreich.	möglich war, den gesetzlichen Betreuer zu erreichen. Dann traut sich weder Pflege noch RTW Besatzung eine Entscheidung zu treffen. Und Wünschenswert wäre jemand der routiniert vorgeht und Handlungsoptionen kennt, wenn die gesetzliche Betreuung nicht erreicht werden kann, bzw. jemand der die Kommunikation zwischen den Parteien übernimmt.
Interview 4	Bisher keinen Kontakt zum Sozialdienst. Ich sehe es aber als wichtig an, das betrifft gerade diese Neustrukturierung, dass Notaufnahmen als eigenständige Abteilungen haben oder haben sollten, tagesstationär. Das bedeutet, dass wir Patient*innen bis zu 24h selber betreuen. Die rechnen wir dann auch selber ab. Wie eine Beobachtungsstation.	Jede weitere Hilfe, ist immer Entlastung. Man muss natürlich schauen, dass ihr nicht berufsfremd missbraucht werdet. Bei Sozialer Arbeit müsste man halt definieren was machen die und was nicht z.B. Angehörigengespräche machen, würde entlasten. Fraglich ob man in dieser kurzen Zeit so viel bewegen kann, oder ob der Kontakt dann danach noch bleibt. Oder ob nur weitere Anlaufstellen vermittelt und	Ich kann bei jedem einzelnen Punkt 100% mitgehen. Das sind genau die Sachen die wahnsinnig entlasten würden. Manche Dinge wird man auch zusammen machen und dann bleibt vielleicht der Sozialarbeiter noch länger dabei. Gerade das Thema Tod in der Notaufnahme, wenn da noch Betreuung ansteht. Entlassmanagement betrifft uns aktuell noch nicht. Aber gerade Kontakt mit Altenheimen und Angehörigen	türkische Großfamilie wo ein Angehöriger bei uns in der Notaufnahme verstorben ist. Ein großer heulender Tross, mit aufbahren im Abschiedsraum. Da war ich dann zwei Stunden beschäftigt und das ist schlecht wenn ich so lange weg bin.
		Flyer aushändigt werden. Oft nur banale Sachen, dass man für einen Obdachlosen der überhaupt nicht adäquat gekleidet ist Kleidung auftreibt.	herstellen wäre ein Riesending.	
Interview 5	Ja. Priorität wäre, die Notaufnahme Personalmäßig wieder so auszustatten wie es vorgesehen ist, ärztlich und pflegerisch. Wir sind in einer erdrutschartigen Katastrophe angekommen. Wenn man das mal außer Acht lässt, wäre es aus meiner Sicht total super die Soziale Arbeit eben schon in die Notaufnahme zu integrieren.	Es gibt einen ganz großen Teil an sozial nicht gut versorgten Patienten. Das kann mit psychiatrischen oder psychologischen Anamnesen oder weil sie alt sind sein.	häusliche Versorgung sicherstellen, ambulante Optionen sicherstellen, z.B. an ein ambulantes Wundzentrum anbinden. Organisieren der häuslichen Versorgung, oder die freundlich emotionale Versorgung, z.B. eine Nachbarschaftshilfe. ich fände das total wichtig. Weil wir ganz oft die Leute nicht guten Gewissens nachhause schicken können oder wollen. Es kommt auch vor, dass der Angehörige nachgebracht wird, weil die Pflegeperson erkrankt ist. Versterben in der Notaufnahme kommt immer häufiger vor z.B. Atembeschwerden/ Atemnot im Pflegeheim, sind häufig Zeichen des Lebensendes. Das man beim Sterben begleitet, ist auch hier in der Notaufnahme ein tägliches Thema, was auch an der Alterspyramide liegt. Wir versuchen nur medizinisch	Ehemann noch älter als Pflegeperson. Der Klassiker. Plötzlich schwerkrank kommt mit dem Rettungsdienst in den Schockraum. Zum Glück hat der Rettungsdienst sich die Frage gestellt, wer füttert den eigentlich dann, wer macht ihm das nächste Essen, das war jemand der war nicht selbstständig mobilisierbar, und den haben sie dann eben mit in die Klinik eingewiesen und gesagt ihr müsst euch da kümmern. Wenn wir das nicht müssten, und nicht tagelang ein Klinikbett belegen müssten, bis wir das hinkriegen, das wäre exzellent

			sinnvolles mit den Patienten zu tun. Wir respektieren Patientenverfügungen, und das führt dazu, dass wir wöchentlich mit Ableben in der Notaufnahme zu tun haben. Der Stress, dass man für andere lebensrettend sein soll, das würdig zu gestalten ist eine große Aufgabe um die wir uns bemühen. Aber wenn da noch jemand wäre, wär das natürlich toll. Also das ist auch so ein zentrales Thema. Kurzzeitpflege, Halt Projekt ja. Ambulant psychiatrische Versorgung, ambulante Wundversorgung.	
Interview 6	Ich hab ein Jahr in den USA gearbeitet, und kenn deshalb die Soziale Arbeit in den Notaufnahmen und fand das mega gut. War allerdings in einer Großstadt, und da war es deutlich dringender. Hier würde es ausreichen, wenn ein Sozialarbeiter aus dem Haus abgerufen werden könnte, der dann in die Notaufnahme kommt. In Chicago war der dauerhaft bei uns, der gehörte da schon fast zum Team. Der hatte auch ständig Arbeit, weil wir da viel mehr die soziale	Ja auf jeden Fall. Zwar nicht sofort, weil sowas muss sich erst einpendeln aber auf lange Sicht schon.	Vermittlung an externe Sozialarbeiter. Das war in den USA häufig, der hat dann z.B. beim Ausfüllen von Anträgen geholfen. In Deutschland müsste ja z.B. keiner obdachlos sein. Psychosoziale Begleitung Ja. Netzwerkpartner Ja. Halt Projekt Ja. Begleitung bei schwierigen Gesprächen, Begleiten von Sterben, Tod, Trauer, ja das ist auf jeden Fall mega wichtig. Oft werden Angehörige dann einfach wieder nachhause gelassen.	Ja gestern hat der Rettungsdienst angerufen, dass da jemand auf der Straße liegt, der aber keinen Grund hat im Krankenhaus zu sein. Wenn der gekommen wäre dann hätt ich was gehabt. Wenn der aber jemanden gehabt hätte, der sich um ihn kümmert würde er vielleicht in Zukunft nicht mehr auf der Straße liegen müssen. Ansonsten ist das Häufigste auch die Betreuung nach dem Tod eines Angehörige.
	Indikation hatten. Der hat sich um Kurzzeitpflege und oder Wundversorgung gekümmert, damit zuhause Versorgung stattfindet. Also die Ärzte schreiben das regelmäßig in ihre Arztbriefe, bitte Sozialdienst einschalten. Aber wenn man das schon in der Notaufnahme anleiern könnte oder manche Patienten gar nicht erst aufgenommen werden müssten.		Da kümmert sich niemand mehr drum, wie sind die zuhause versorgt, haben die noch sozialen Halt, gibt's noch andere Angehörige, Freunde oder Bekannte.	Es wäre besonders gut, wenn die jemanden hätten der sich da ein bisschen auch noch um die kümmert.
<b>Kategorienbasierte Auswertung</b>	Bei Befragten bisher kaum Wissen vorhanden, was Soziale Arbeit für Aufgaben übernehmen könnte, bzw. im Ausland für Aufgaben übernimmt. Es besteht bei allen bisher kein Kontakt zum Sozialdienst des Krankenhauses. Alle fänden es sinnvoll, wenn Soziale Arbeit in Notaufnahme arbeiten würde z.B. Kliniksozialdienst der dann gerufen werden kann. Wichtig vor allem im Hinblick auf die Neustrukturierung der Notaufnahmen, aufgrund einer Gesetzesänderung. Notaufnahmen sollen als eigenständige Abteilungen auch eine eigene tagesstationäre Station haben.	Es wäre eine Entlastung. Wichtig ist aber eine klare Rollenverteilung, Aufgabenprofil, wer macht was.	Aufgaben die häufig von den Interviewten genannt wurden: - Rückerverlegungen, Weiterverlegungen organisieren - Psychische Dekompensation begleiten - Junge alkoholisierte Kinder/ Jugendliche, Elternarbeit. - Geflüchtete Menschen unterstützen - Versicherung/ Sprachbarriere überwinden - Diagnosevermittlung - Netzwerkaufbau - Kommunikationslücken - zwischen Notaufnahme und weiteren Akteuren z.B. Station oder Altenheim schließen - Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen	

	<p>tagesstationär. Das bedeutet, dass Patient*innen bis zu 24h betreut werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorität habe die Besetzung der Pflegekräfte.</li> </ul>		<p>Versorgung bzw. dessen Planung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- - häusliche Versorgung und ambulante Optionen sicherstellen, z.B. ambulantes Wundzentrum, Pflegeidienst Nachbarschaftshilfe, ambulant psychiatrische Versorgung</li> <li>- Sucht und Konfliktthemen, Intoxikationen</li> <li>- Thema Tod in der Notaufnahme, Begleitung und Betreuung von Angehörigen</li> <li>- Vermittlung an externe Sozialpädagogen z.B. bei Obdachlosigkeit</li> <li>- Begleitung bei schwierigen Gesprächen</li> </ul>	
--	---	--	---	--

## 11 Anschreiben Online Umfrage

Sehr geehrtes Team der Notaufnahme der Klinik xy,

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der HAW Landshut im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit möchte ich mich genauer mit dem Thema „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ auseinandersetzen. Mithilfe der Online-Umfrage sollen die Mitarbeitenden der bayerischen Notaufnahmen dazu befragt werden. Seitens der Hochschule wird die Studie von Frau Prof. Dr. Katrin Liel begleitet.

Das Ziel der Studie SoANa ist es herauszufinden, ob Mitarbeitende (Pflegerkräfte sowie Ärzt\*innen) in bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf an Sozialer Arbeit in Notaufnahmen sehen. Des Weiteren sollen mögliche Aufgabenfelder herausgearbeitet werden.

Mit Ihrer Teilnahme an dieser Online-Umfrage leisten Sie einen wertvollen Beitrag um in dem Bereich „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ mehr Wissen zu generieren.

*Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Vielen Dank für Ihre Zeit.*

*Hier der Link zum Fragebogen:*

<https://www.soscisurvey.de/SoANa/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit herzlichen Grüßen

Claudia Spreitzer

### **Hinweis zum Datenschutz:**

Die Studie SoANa dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung für die Verwendung des Fragebogens. Grundlage hierfür ist die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union, sowie der Ethik-Kodex des Deutschen Berufsverbandes Soziale Arbeit e.V..

Mit dem aus Ausfüllen dieses Online-Fragebogens stimmen Sie der Verwendung der von Ihnen gemachten Angaben ausdrücklich zu. Bei Nichtteilnahme entstehen keine Nachteile für Sie. Diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung der von Ihnen gemachten Angaben verlangt werden, Wenden Sie sich hierzu bitte Studienleitung: Frau Claudia Spreitzer [s-cspre1@haw-landshut.de](mailto:s-cspre1@haw-landshut.de).

Die Ergebnisse dieser Studie werden im Rahmen der Masterarbeit ausgearbeitet und verwendet.

## 12 Anschreiben Informationen



### Die Studie SoANa

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der HAW Landshut im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit möchte ich mich genauer mit dem Thema „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ auseinandersetzen. Mithilfe der Online-Umfrage sollen die Mitarbeitenden der bayerischen Notaufnahmen dazu befragt werden. Seitens der Hochschule wird die Studie von Frau Prof. Dr. Katrin Liel begleitet.

Das Ziel der Studie SoANa ist es herauszufinden, ob Mitarbeitende in bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf an Sozialer Arbeit in Notaufnahmen sehen. Des Weiteren sollen mögliche Aufgabenfelder herausgearbeitet werden.

#### Zum Hintergrund:

Stetig steigende Patient\*innenzahlen, Personalmangel und die Erschöpfung aufgrund der Pandemie bringen Notaufnahmen derzeit an ihre Kapazitätsgrenzen. Die psychosozialen Anforderungen und Bedürfnisse der Patient\*innen stellen ein weiteres großes Aufgabenfeld dar. In Ländern wie den USA, England und Schweden gehören Sozialarbeiter\*innen bereits seit einigen Jahren zu den multiprofessionellen Teams der Notaufnahmen. Sie ergänzen dort die Teams der Notaufnahmen, teilweise sogar im 24 Stunden Dienst. Der Fokus ihrer Arbeit liegt dabei auf der psychosozialen Begleitung und Versorgung der Patient\*innen in der Notaufnahme.

Um Anonymität wahren zu können, werden im Fragebogen keine personenbezogenen Angaben abgefragt. Es werden Fragen zum Arbeitsbereich, zu den Krankheitsbildern in der Notaufnahme, zu den Ursachen der steigenden Patientenzahlen und zu den möglichen Aufgaben Sozialer Arbeit gestellt. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Online-Umfrage leisten Sie einen wertvollen Beitrag um in dem Bereich „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ mehr Wissen zu generieren.

*Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 15 Minuten in Anspruch. Vielen Dank für Ihre Zeit.*

<https://www.soscisurvey.de/SoANa/>

*Mit herzlichen Grüßen*

*Claudia Spreitzer*

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die Studie SoANa dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung für die Verwendung des Fragebogens. Grundlage hierfür ist die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union, sowie der Ethik-Kodex des Deutschen Berufsverbandes Soziale Arbeit e.V..

Mit dem aus Ausfüllen dieses Online-Fragebogens stimmen Sie der Verwendung der von Ihnen gemachten Angaben ausdrücklich zu. Bei Nichtteilnahme entstehen keine Nachteile für Sie. Diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung der von Ihnen gemachten Angaben verlangt werden, Wenden Sie sich hierzu bitte Studienleitung: Frau Claudia Spreitzer [s-cspre1@haw-landshut.de](mailto:s-cspre1@haw-landshut.de) .

Die Ergebnisse dieser Studie werden im Rahmen der Masterarbeit ausgearbeitet und verwendet.

### **13 Erinnerungsmail**

Liebe Mitarbeiter\*innen der Klinik xy,

hiermit möchte ich Sie nochmals zur Teilnahme an der Online-Umfrage SoANa aufmerksam machen!

*Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 10-15 Minuten in Anspruch. Vielen Dank für Ihre Zeit.*

<https://www.soscisurvey.de/SoANa/>

*Mit herzlichen Grüßen*

*Claudia Spreitzer*

**Herzlich Willkommen**

**Online-Umfrage SoANA**

Sehr geehrte Teilnehmer\*innen,

Im Rahmen meiner Masterarbeit an der HAW Landshut im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit möchte ich mich genauer mit dem Thema „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ auseinandersetzen. Mithilfe dieser Umfrage soll herausgefunden werden, ob Mitarbeitende in bayerischen Notaufnahmen einen Bedarf an Sozialer Arbeit in Notaufnahmen sehen, und falls ja, welche Aufgaben zukünftig von Sozialarbeiter\*innen übernommen werden könnten. Seitens der Hochschule wird die Studie von Frau Prof. Dr. Katrin Liel begleitet.

Um Anonymität wahren zu können, werden im Fragebogen keine personenbezogenen Angaben abgefragt. Es werden Fragen zum Arbeitsbereich, zu den Krankheitsbildern in der Notaufnahme, zu den Ursachen der steigenden Patientenzahlen und zu den möglichen Aufgaben Sozialer Arbeit gestellt. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Online-Umfrage leisten Sie einen wertvollen Beitrag um in dem Bereich „Soziale Arbeit in Notaufnahmen“ mehr Wissen zu generieren.

*Die Beantwortung des Fragebogens nimmt ca. 15 Minuten in Anspruch.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit herzlichen Grüßen

Claudia Spreitzer

**Hinweis zum Datenschutz:**

Die Studie SoANA dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung für die Verwendung des Fragebogens. Grundlage hierfür ist die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union, sowie der Ethik-Kodex des Deutschen Berufsverbandes Soziale Arbeit e.V..

Mit dem aus Ausfüllen dieses Online-Fragebogens stimmen Sie der Verwendung der von Ihnen gemachten Angaben ausdrücklich zu. Bei Nichtteilnahme entstehen keine Nachteile für Sie. Diese Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung der von Ihnen gemachten Angaben verlangt werden, Wenden Sie sich hierzu bitte Studienleitung: Frau Claudia Spreitzer s-cspre1@haw-landshut.de.

Die Ergebnisse dieser Studie werden im Rahmen der Masterarbeit ausgearbeitet und verwendet.

## Allgemeine Informationen zum Arbeitsbereich

### 1. Welcher Berufsgruppe ordnen Sie sich zu?

- Gesundheits- und Krankenpfleger\*in
- Arzt/Ärztin
- Gesundheits- und Krankenpflegehelfer\*in

Weitere:  
 Bitte einfügen

### 2. Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits in Ihrem Beruf tätig?

[Bitte auswählen] ▼

3. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie bereits in einer Notaufnahme?

[Bitte auswählen] v

4. Wo befindet sich Ihre aktuelle Arbeitsstelle?

- Stadt
- Landkreis

5. Welcher Stufe der Notfallversorgung gehört das Krankenhaus in dem Sie aktuell arbeiten an?

- Stufe 1: Basisnotfallversorgung 
- Stufe 2: erweiterte Notfallversorgung 
- Stufe 3: umfassende Notfallversorgung 
- Keine Stufe
- Ich weiß es nicht

Stufe 1:

- mindestens die Chirurgie oder Unfallchirurgie sowie die Innere Medizin
- Intensivstation mit mindestens sechs Betten, mindestens drei davon für beatmete Patienten
- Schockraum und CT

Stufe 2:

- vier Hauptfachabteilungen, zwei davon aus der Kategorie A
- mindestens zehn Intensivbetten
- Hubschrauberlandeplatz
- MRT und PCI
- Primärdiagnostik für einen Schlaganfall
- Kategorie A (Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
- Kategorie B (Innere Medizin und Pneumologie, Pädiatrie, Kinderkardiologie, Neonatologie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Innere Medizin und Hämatologie sowie Onkologie)

Stufe 3:

- müssen aus den Kategorien A und B (siehe oben) insgesamt mindestens sieben Fachabteilungen vorhanden sein, fünf davon aus der Kategorie A
- mindestens 20 Intensivbetten
- Für die Notfallversorgung von Kindern, sowie für Stroke- und Chest-Pain-Units sind weitere Voraussetzungen festgelegt worden

Seite 03

## Krankheitsbilder Notaufnahme

6. Arbeiten Sie bereits mit einem Triage-System?

- Ja
- Nein

7. Mit welchem Triage-System arbeiten Sie?

- Manchester-Triage-System (MTS)
- Emergency Severity Index (ESI)
- Australasian Triage Scale (ATS)
- Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)
- Weiteres:
  - Bitte einfügen

8. Welche Patient\*innengruppen kommen Ihrer Einschätzung nach am Häufigsten vor?

Beispielhaft anhand des Manchester Triage System

	nie	selten	manchmal	oft	sehr häufig
Sofortige Behandlung! Unmittelbare Behandlung notwendig (Kategorie Rot)	<input checked="" type="radio"/>				
Sehr dringenden Behandlung! Behandlung innerhalb von 10 Minuten (Kategorie Orange)	<input type="radio"/>				
Dringende Behandlung! Behandlung innerhalb von 30 Minuten (Kategorie Gelb)	<input checked="" type="radio"/>				
Normal Behandlung innerhalb von 90 Minuten (Kategorie Grün)	<input type="radio"/>				
Nicht dringend Behandlung innerhalb vom 120 Minuten (Kategorie Blau)	<input checked="" type="radio"/>				

9. Wie häufig kommt es vor, dass Patient\*innen ohne medizinische Indikation die Notaufnahme aufsuchen?

<input type="radio"/>				
nie	wenige Male im Monat	mehrmals pro Woche	Einmal Pro Schicht	Mehrmals Pro Sicht

**10. Mit welchen Problemstellungen kommen diese Patient\*innen häufig in die Notaufnahme?**

Nennen Sie die aus Ihrer 3 häufigsten Gründe

- Versorgungsproblematik zuhause (Pfleger Angehöriger wird eingeliefert)
- Obdachlosigkeit
- Suchtproblematik
- Kleine nicht notfallindizierte Verletzungen
- Kleine nicht notfallindizierte Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Falsche Einschätzung der eigenen Symptome
- Überfordert mit der persönlichen Situation
- Weitere:

**11. Aus welchen Gründen suchen diese Patient\*innen die Notaufnahme auf?**

Nennen Sie die 3 häufigsten Gründe

- Wissen sich nicht besser zu helfen
- Sie denken, die Notaufnahme ist die richtige Anlaufstelle
- Sie sind mit ihrer Situation überfordert und können ihre Problematik nicht adäquat einschätzen
- Hausarztpraxis hat geschlossen
- Termin bei Facharzt dauert zu lange
- Sie wissen über Alternativstrukturen (z.B. KVB Praxen) nicht Bescheid
- Soziale Indikation 
- Weitere:

Als soziale Indikation kann im Rahmen der Umfrage Folgendes verstanden werden: Alle Fälle bei denen soziale Problematiken im Vordergrund stehen und nicht eine medizinische. Soziale Indikationen entstehen z .B. aufgrund von Versorgungsproblematiken bei pflegenden Angehörigen. Meist ist die hygienische oder die Ernährungssituation der zu Pflegenden nicht mehr vollständig gewährleistet. Als soziale Indikation kann hier auch verstanden werden, wenn Menschen ohne Obdach Zuflucht in der Notaufnahme suchen, ohne notfallmedizinisch relevante Diagnosen vorzuweisen.

**12. Wie wird mit Patient\*innen umgegangen bei denen keine notfallmedizinische Indikation besteht?**

	nie	selten	manchmal	oft	sehr häufig
Werden bei Triage rausgefiltert und nachhause geschickt	<input type="radio"/>				
Werden an andere Bereiche z.B. KVB Praxen, Bereitschaftsdienst weitervermittelt	<input type="radio"/>				
Werden großzügig aufgenommen	<input type="radio"/>				
Werden trotzdem behandelt und dann nach Hause entlassen	<input type="radio"/>				
Werden aufgeklärt, dass dies nicht die richtige Anlaufstelle ist und falls notwendig weitervermittelt	<input type="radio"/>				

**13. Wie lautet die Dokumentation, wenn keine medizinische Indikation vorliegt, sondern eine soziale Problemlage besteht?**

Mehrfachantworten sind möglich

- Der Fall wird als Soziale Indikation dokumentiert
- Es wird eine bereits bestehende Diagnose als Aufnahmegrund in den Vordergrund geschoben
- Es wird solange nach etwas gesucht, z.B. Exsikkose, das abrechnungsfähig ist
- Es wird eine andere gesundheitliche Problematik vordergründig behandelt, die Soziale Problematik wird aber erwähnt
- Weiteres:

Seite 07

**Ursachen für die steigenden Patient\*innenzahlen**

Die folgenden Fragen sind allgemein zu betrachten, sie beziehen sich nicht ausschließlich auf die Corona Pandemie. Für die Fragen kann der Zeitraum der letzten 5 -10 Jahre in Betracht gezogen werden.

**14. Welche möglichen Ursachen für den Anstieg der Patient\*innenzahlen in letzten 10 Jahren bestehen aus Ihrer Sicht?**

- demografischer Wandel
- komplexe Erkrankungen im hohen Lebensalter
- Einsamkeit/ Auflösung familiärer Unterstützungsmöglichkeiten
- Hausarztpraxen Mangel
- Niemand möchte mehr Verantwortung für seine eigene Gesundheit übernehmen
- Präsenzzeiten der Hausärzte auf Minimum reduziert, es gibt kaum noch Hausbesuche
- Facharztpraxen Mangel bzw. lange Wartezeiten
- Internetrecherchen zu Krankheitsbildern
- Fachkräftemangel in Altenheimen
- Weiteres:

**15. In welcher Kategorie ist Ihrer Meinung nach der größte Anstieg zu verzeichnen?**

Nr. 1 ist der geringste Anstieg – Nr. 5 ist der größte Anstieg

Beispielhaft anhand des Manchester Triage System

Sofortige Behandlung (Kategorie Rot)	– v
Sehr dringenden Behandlung (Kategorie Orange)	– v
Dringende Behandlung (Kategorie Gelb)	– v
Normal Behandlung (Kategorie Grün)	– v
Nicht dringende Behandlung (Kategorie Blau)	– v

**16. Kommt es in den letzten 5 -10 Jahren vermehrt zu Aufnahmen aufgrund von sozialen Indikationen?** ⓘ

Ja

Nein

**17. Insgesamt betrachtet, wie häufig kommt es aktuell in Ihrem beruflichen Alltag vor, dass Menschen aufgrund von sozialen Indikationen die Notaufnahme aufsuchen?**

In Prozent geschätzt am gesamten Arbeitsaufkommen

> 1%

1-5%

5-10%

10-15%

15-20%

Mehr als 20%

Weiteres:

---

Seite 08

## Soziale Arbeit in Notaufnahmen

**18. Besteht aus Ihrer Sicht der Bedarf Soziale Arbeit in die Teams der Notaufnahmen zu integrieren?**

Ja

Nein

Ich weiß nicht

---

Seite 09

## Information Social Work in Emergency Rooms

Da Soziale Arbeit in Notaufnahmen in Deutschland bisher kaum bekannt ist gibt es hier einige Informationen, wie "social work in emergency rooms" in Ländern wie USA, England und Schweden arbeitet.

Zu den Hauptaufgaben zählen beispielsweise das Entlassmanagement direkt aus den Notaufnahmen und die damit verbundene Zusammenarbeit mit Kooperationspartner\*innen wie z.B. Altenheimen. Die psychosoziale Betreuung der Betroffenen sowie der Angehörigen bei psychischen Dekompensationen, Trauer und Tod fällt ebenso in das Aufgabengebiet. Zudem fungieren Sozialarbeiter\*innen in den genannten Ländern häufig als Kulturvermittler\*innen bei vorhandenen Sprachbarrieren, als erste Kontaktperson bei Gewalt und Missbrauch oder auch als Ansprechpartner\*innen bei Drogenkonsum und Themen wie Obdachlosigkeit.

19. Besteht aus Ihrer Sicht, und nach den erhaltenen Informationen, der Bedarf Soziale Arbeit in die Notaufnahmen zu integrieren?

- Ja
- Nein

20. Aus welchen Gründen ist es aus Ihrer Sicht notwendig Soziale Arbeit in den Notaufnahmen zu integrieren?

Maximal 2 Antwortmöglichkeiten

- Bei dem Personalmangel ist jede Hilfe ist gut, egal welche Berufsgruppe
- Wir haben viele Fälle mit sozialer Indikation ⓘ
- Es gibt viele Organisationsaufgaben, die Soziale Arbeit gut übernehmen könnte
- Es wäre eine persönliche Entlastung
- Wir haben schwierige Patient\*innen bei denen psychosoziale Begleitung hilfreich wäre
- Je multiprofessioneller das Team aufgestellt, desto besser wird auch unsere Arbeit
- Der Ausbau der Psychosozialen Begleitung ist wichtig, wir können ihn aber nicht ausreichend leisten
- Weiteres:

21. Aus welchen Gründen ist es nicht notwendig Soziale Arbeit zu integrieren?

Maximal 2 Antwortmöglichkeiten

- Personalmangel zu groß, das Geld lieber anderweitig verwenden (z.B. bessere Bedingungen für Mitarbeitende in den Notaufnahmen die dort aktuell arbeiten)
- Es braucht keine weitere Profession in der Notaufnahme
- Soziale Arbeit ist für die Notaufnahme nicht vorrangig relevant
- Wir haben andere Sorgen, lieber mehr Pflegepersonal
- Würde uns keine Vorteile bringen
- Es gibt ganz andere Problematiken in der Notaufnahme, z.B.:

22. Können Sie sich vorstellen, dass Sozialpädagog\*innen eine Entlastung für das Team darstellen würden?

- Ja
- Nein
- Ich weiß nicht

## 23. Wie würde diese Entlastung aussehen?

- Ich könnte bereits bestehende Aufgaben, die nicht in meinen Zuständigkeitsbereich fallen, abgeben
- Ich hätte wieder mehr Zeit für meine ärztlichen Aufgaben
- Ich hätte wieder mehr Zeit für meine pflegerisch-medizinischen Aufgaben
- Ich hätte wieder mehr Zeit für die Patient\*innen
- Es wäre sehr hilfreich für mich, intensive Patient\*innenbetreuungen aufteilen oder abgeben zu können (z.B. psychische Dekompensation)

Weiteres:

## 24. Welche Aufgaben könnten Ihrer Ansicht nach zukünftig für die Soziale Arbeit entstehen?

	gar nicht	voll und ganz
Betreuung bei Schwierigen Gesprächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begleitung bei schwierigen Diagnosevermittlungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betreuung bei psychosozialen Dekompensationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterstützung als Kulturvermittler*innen bei vorhandenen Sprachbarrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontaktaufnahme mit Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erstkontakt und Weitervermittlungsangebote zu Sucht und Konfliktthemen, Intoxikationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Begleitung und Unterstützung im Bereich Sterben, Trauer und Tod in der Notaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entlassmanagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
häusliche Versorgung und ambulante Optionen sicherstellen, z.B. ambulantes Wundzentrum, Pflegedienst Nachbarschaftshilfe, ambulant psychiatrische Versorgung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückerverlegungen, Weiterverlegungen organisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Netzwerkarbeit mit Kooperationspartner*Innen Z.B. Altenheimen, HaLT-Projekt 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikationslücken zwischen Notaufnahme und weiteren Akteuren z.B. Station oder Altenheim schließen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermittlung an externe Sozialpädagogen z.B. bei Obdachlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 25. Fallen Ihnen weitere Aufgaben ein, die bisher noch nicht genannt wurden?

Bitte stichpunktartig wiedergeben

**26. Welche Aufgaben wären Ihrer Ansicht die drei wichtigsten?**

Bitte wählen Sie die drei wichtigsten aus

- Betreuung bei Schwierigen Gesprächen
- Begleitung bei schwierigen Diagnosevermittlungen
- Betreuung bei psychosozialen Dekompensationen
- Unterstützung als Kulturvermittler\*innen bei vorhandenen Sprachbarrieren
- Kontaktaufnahme mit Angehörigen
- Klärung und Gespräche mit Angehörigen zur heimischen Versorgung bzw. dessen Planung
- Erstkontakt und Weitervermittlungsangebote zu Sucht und Konfliktthemen, Intoxikationen
- Begleitung und Unterstützung im Bereich Sterben, Trauer und Tod in der Notaufnahme
- Entlassmanagement
- häusliche Versorgung und ambulante Optionen sicherstellen, z.B. ambulantes Wundzentrum, Pflegeidienst Nachbarschaftshilfe, ambulant psychiatrische Versorgung
- Rückerverlegungen, Weiterverlegungen organisieren
- Netzwerkarbeit mit Kooperationspartner\*Innen Z.B. Altenheimen, HaLT-Projekt 
- Kommunikationslücken zwischen Notaufnahme und weiteren Akteuren z.B. Station oder Altenheim schließen
- Vermittlung an externe Sozialpädagogen z.B. bei Obdachlosigkeit
- Weitere:

**27. Wie sollten Sozialpädagog\*innen Ihrer Meinung nach zukünftig mitarbeiten?**

- Als feste Teammitglieder im 24 Stundendienst
- Als feste Teammitglieder im Tagdienst
- Als feste Teammitglieder im Tagdienst und abends sowie an den Wochenenden mit Rufbereitschaft
- Es ist ausreichend, wenn Sozialarbeiter\*innen des Sozialdienstes im Krankenhaus können von den Notaufnahmen bei Bedarf dazu geholt werden

---

**Letzte Seite**

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.