

„Länger zu Hause leben ...“

Wirkungs- und Potenzialanalyse zum Hausnotruf in Deutschland

Weimar, April 2010

aproxima
Gesellschaft für Markt- und
Sozialforschung Weimar mbH
Dr. Henry Kreikenbom
Daniela Lindner, M.A.

Schillerstraße 10
99423 Weimar

Tel: 03643 740240
Fax: 03643 7402416
E-Mail: kontakt@aproxima.de

Initiative Hausnotruf
Peter Balz (Geschäftsführer)
Florian Lupfer-Kusenberg
(Stellv. Geschäftsführer)

c/o Immanuelkirchstraße 3-4
10405 Berlin

Tel: 030 44031984
E-Mail: balz@initiative-hausnotruf.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Ziele und Methodisches Vorgehen	2
2.1 Ziele und Ausgangshypothesen	2
2.2 Methodisches Design	3
2.2.1 Die qualitative Einzelfallstudie	4
2.2.2 Die quantitative Hauptstudie	5
3. Der Hausnotruf in Deutschland und dessen gesellschaftliche Relevanz	9
4. „So lange wie möglich zu Hause leben“ – Die sozialen und wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer	16
4.1 Die Sicht der Nutzer	18
4.1.1 Akzeptanz des Hausnotruf.....	19
4.1.2 Die sozialen Effekte.....	20
4.1.3 Die wirtschaftlichen Effekte	23
4.2 Die Sicht der Angehörigen	31
4.2.1 Akzeptanz des Hausnotrufs	31
4.2.2 Die sozialen Effekte.....	33
4.2.3 Die wirtschaftlichen Effekte	34
4.3 Effekte aus Sicht die Nichtnutzer	36
5. „Ambulant vor Stationär“ – Die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen	38
5.1 Die Sicht der Experten des Gesundheitswesens.....	38
5.2 Die Sicht der Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen	43
5.3 Die monetären Einsparungseffekte im Einzelfall	45
5.4 Mögliche Einsparseffekte für die Pflegekassen	48
5.5 Weitere Einsparmöglichkeiten	53
6. Zugangswege zum Hausnotruf	54
6.1 Informationswege von Nutzern, Angehörigen und Nichtnutzern	56
6.1.1 Wie wurden Nutzer auf den Hausnotruf aufmerksam?.....	56
6.1.2 Wie wurden Angehörige auf den Hausnotruf aufmerksam?	58
6.1.3 Wie wurden Nichtnutzer auf den Hausnotruf aufmerksam?	59
6.2 Verbreitung des Hausnotrufs durch Institutionen des Gesundheitswesens.....	62

6.2.1	Multiplikatorenwirkung der Hausärzte.....	62
6.2.2	Multiplikatorenwirkung der klinischen Sozialdienste.....	66
6.2.3	Multiplikatorenwirkung der Pflegekassen.....	68
6.2.4	Multiplikatorenwirkung der kommunalen Institutionen.....	70
6.2.5	Multiplikatorenwirkung der ambulanten Pflegedienste.....	73
6.3	Die Verbreitung des Hausnotrufs durch die Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen.....	76
7.	Fördernde und hemmende Faktoren bei der Anschaffung des Hausnotrufs	79
7.1	Entscheidungsfördernde Motive.....	79
7.1.1	Unterstützungsstrukturen bei den Nichtnutzern	80
7.1.2	Unterstützung bei der Antragstellung	86
7.2	Entscheidungshemmende Motive.....	89
7.3	Die Preisbereitschaft.....	93
8.	Entwicklungsperspektive des Hausnotrufs.....	97
8.1	Die Bedarfsentwicklung unter den heutigen Nutzergruppen	97
8.2	Zukünftige Nutzergruppen und Anwendungsfelder.....	97
9.	Methodenbericht	100
9.1	Das Stichprobendesign und die Organisation der Stichprobenziehung.....	100
9.1.1	Die Befragung der Nutzer	101
9.1.2	Die Befragung der Angehörigen	104
9.1.3	Die Befragung der Anbieter des Hausnotrufs	105
9.1.4	Die Befragung der Kostenträger, Hausärzte und Krankenhäuser	105
9.1.5	Die Befragung der Senioren aus dem Nichtnutzer-Bereich.....	106
9.2	Die Feldzeit und die Organisation der Feldarbeit.....	106
9.3	Die Gewichtungungsverfahren und die Stichprobengüte	107
Anhang.....	I	
9.3.1	Anhang I: Merkblatt zum Hausnotrufdienst	I
9.3.2	Anhang II: Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung	IV
9.3.3	Anhang III: Die Sicht der Experten des Gesundheitswesens im Einzelnen ..	VI
9.3.4	Anhang IV: Pflegebedürftige zum Jahresende 2007.....	XII
9.3.5	Anhang V: Ergebnisse der Faktorenanalysen zur Motivstruktur	XIII

1. Einleitung

Ältere Menschen dabei zu unterstützen, möglichst lange zu Hause leben zu können, gehört zu den Zielen Initiative Hausnotruf. Diese vereint professionelle Notrufspezialisten, bekannte und qualitätsorientierte Hilfsorganisationen sowie Hersteller technischer Geräte und engagiert sich für die weitere Verbreitung des Hausnotrufs. Der Hausnotruf selbst ist ein System, welches aus zwei Geräten besteht: einem kleinen Gerät von der Größe einer Armbanduhr, dem so genannten Funkfinger, und einem Telefon als Hauptgerät. Der Funkfinger lässt sich wie eine Armbanduhr am Handgelenk tragen und hat den Vorteil, dass er im Falle einer Notsituation ohne großen Kraftaufwand betätigt werden kann. Daraufhin wird eine spezialisierte Hausnotrufzentrale alarmiert, die über die weitere Vorgehensweise entscheidet. So wird lebenswichtige Zeit gespart und schnelle Hilfe ist möglich, auch für Menschen, die alleine leben.

Auch wenn der Hausnotruf eine notwendige Hilfe darstellt, wissen gerade einmal knapp 40 Prozent der Menschen über 50, dass es den Hausnotruf gibt und lediglich 400.000 Personen nutzen ihn, auch wenn er für sehr viel mehr Menschen hilfreich wäre. Aus diesem Grund hat approxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH im Auftrag der Initiative Hausnotruf eine Wirkungs- und Potenzialanalyse durchgeführt, in der Hausnotrufnutzer, Angehörige von Nutzern, bisherige Nichtnutzer, Anbieter von Hausnotrufsystemen sowie verschiedene Experten des Gesundheitswesens (Pflegedienste, Pflegekassen, Hausärzte, klinische Sozialdienste und kommunale Institutionen) befragt wurden.

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Ergebnisse der Wirkungs- und Potenzialanalyse. Dargestellt werden die gesellschaftliche Relevanz des Hausnotrufs (Kapitel 3), die sozialen und wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer (Kapitel 4), die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen (Kapitel 5), die Zugangswege zum Hausnotruf (Kapitel 6), fördernde und hemmende Faktoren bei der Anschaffung des Hausnotrufs (Kapitel 7) sowie Entwicklungsperspektiven des Systems (Kapitel 8). Die Kapitel 2 und 9 bilden den methodischen Rahmen der Studie. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse aus einer Befragung abgeleitet sind. Demzufolge ist es die subjektive Sicht der einzelnen Untersuchungsgruppen, die zum Tragen kommt. Zudem haben wir uns bemüht – auch wenn hierdurch an der einen oder anderen Stelle Wiederholungen vorkommen – jede Untersuchungsgruppe einzeln zu Wort kommen zu lassen, damit ein möglichst vollständiges Bild über den Hausnotruf entsteht.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes wurde ausschließlich die männliche Form verwendet. Männliche und weibliche Personen werden dennoch gleichberechtigt angesprochen.

2. Ziele und methodisches Vorgehen

Die Arbeitsgemeinschaft der Hausnotrufanbieter und Hausnotrufgerätehersteller hat sich unter dem Namen „Initiative Hausnotruf“ zum Ziel gesetzt, den Bekanntheitsgrad des Hausnotrufs in der Fachöffentlichkeit und Gesellschaft zu erhöhen sowie mehr Unterstützung in der Politik und unter den Verbänden des Gesundheitswesens zu erlangen. Dazu wurde die Firma approxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH beauftragt, eine Studie anzufertigen, die in ihrem Ergebnis in erster Linie den Erfolg des Hausnotrufs aus sozialer und wirtschaftlicher Sicht beurteilt.

2.1 Ziele und Ausgangshypothesen

Fokussiert wurde die Studie darauf, inwiefern der Hausnotruf die Zielsetzungen der Akteure im Gesundheitswesen („Ambulant vor Stationär“) und der Nutzer („Solange wie möglich zu Hause leben“) unterstützt. Spezielle Fragestellungen sind:

- Kann die Verweildauer im häuslichen Umfeld durch den Einsatz von Hausnotruf verlängert werden?
- Können andere preisintensivere Leistungen (Betreuung) im ambulanten Bereich durch den Einsatz von Hausnotruf eingespart werden?
- Können Krankenhausaufenthalte verkürzt werden?
- Welche Alternativen gibt es, um die genannten Ziele zu erreichen?

Dabei soll

- eine Kosten-Nutzen-Analyse für Nutzer des Hausnotrufs
- eine Kosten-Nutzen-Analyse für das Gesundheitswesen sowie die gesetzlichen Kostenträger (Pflege- und Krankenkassen)

erstellt werden.

Im Startworkshop zum Projekt vom 11. Dezember 2008 wurden mit den Vertretern der Initiative Hausnotruf folgende Forschungshypothesen festgelegt:

1. Der Hausnotruf bringt direkte Kosteneinsparungen für die Kostenträger und indirekte auch für die Gesellschaft.
2. Der Hausnotruf sichert für die Nutzer eine längere Phase der Integration in ihr soziales Umfeld und steigert damit ihr Wohlbefinden.
3. Der Hausnotrufdienst ist über den Einsatz im Gesundheitsbereich hinaus auch in anderen Gebieten nutzbringend anwendbar.

Die Untersuchung dieser Forschungshypothesen wurde zunächst im Rahmen einer qualitativen Einzelfallstudie pilotiert. Die Ergebnisse der Pilotstudie wurden in Form eines Zwischenberichts an den Auftraggeber übermittelt. Am Beispiel von zwei Nutzern des Hausnotrufs wurde beschrieben, wie der Anschaffungsprozess des Hausnotrufs funktioniert, welche sozialen sowie wirtschaftlichen Effekte der Einsatz des Hausnotrufs bringt und welche Rolle die verschiedenen Akteure aus den kommunalen Bereichen, aus dem Gesundheitswesen und aus dem privaten Umfeld der Nutzer dabei spielen. Darüber hinaus diente die Pilotstudie der Entwicklung der Fragebögen für die quantitative Hauptuntersuchung. Diese wurde als repräsentative standardisierte Befragung angelegt.

2.2 Methodisches Design

Nach Angaben des *Bundesverbandes Hausnotruf* gab es 2009 ca. 400.000 Nutzer des Hausnotrufs. Eine genaue Struktur der Grundgesamtheit aller Nutzer ist jedoch nicht genau bestimmbar, da verlässliche Strukturdaten über die schätzungsweise 400.000 Nutzer fehlen. Aus diesem Grund wurde die Nutzerstruktur stichprobenartig abgebildet, was über ein zweistufiges Vorgehen in der Forschungsarbeit realisiert wurde. Dazu bedienten wir uns der Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden. Dieser Multimethodenansatz ist ein klassischer Ansatz in der empirischen Forschung.

Um einen Startpunkt und das Untersuchungsfeld für die Arbeit zu identifizieren, wurden im Rahmen des Startworkshops mit Vertretern der Initiative Hausnotruf die Prozessabläufe der Beschaffung und der Nutzung des Hausnotrufs erarbeitet. Die folgende Abbildung dokumentiert den Arbeitsstand, der Grundlage des Vorgehens im Untersuchungsfeld ist.

Abbildung 1: Die Beschaffung des Gerätes und der Dienstleistung

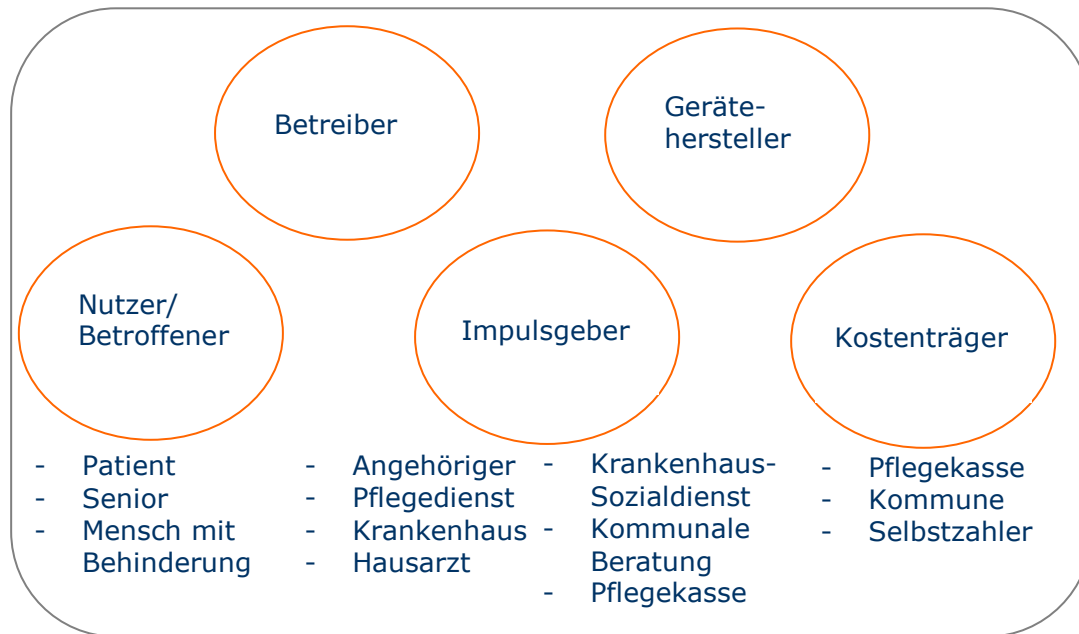


Abb. 1: Die Beschaffung des Hausnotrufdienstes

Von diesem Modell ausgehend wurden alle relevanten Akteure zunächst mittels Leitfadeninterviews in einem offenen Gespräch befragt und in der Hauptstudie mittels telefonischer Interviews untersucht. Der Ausgangspunkt war dabei der Nutzer selbst.

2.2.1 Die qualitative Einzelfallstudie

Neben der Testung der im Konzeptworkshop entwickelten Fragen, zielte die qualitative Einzelfallstudie darauf ab, die Komplexität der Zusammenhänge einer Nutzenanalyse zum Hausnotrufdienst zu erfassen. Hierfür wurden exemplarisch zwei Nutzer ausgewählt. Die Auswahl erfolgte nach den in der Abbildung dargestellten Kriterien:

Abbildung 2: Kriterien der Nutzerauswahl

Kriterium	Fall 1	Fall 2
Pflegestufe	Person ohne Pflegestufe	Person mit Pflegestufe
Netzwerk	Allein stehende Person mit externem professionellen Netzwerk	Person mit Angehörigen bzw. Nachbarn (natürliches Netzwerk)

Abb. 2: Kriterien der Nutzerauswahl für die Pilotstudie

Für die Suche dieser zwei Nutzer wurde uns Anfang Februar 2009 von der Initiative Hausnotruf ein Ansprechpartner vom Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. aus Weimar genannt. Mit seiner Unterstützung konnten Ende Februar 2009 zwei Nutzer ausfindig gemacht werden, die zu einem Interview bereit waren und auch in das o.g. Auswahl-schema passten.

Insgesamt wurden drei Startinterviews mit drei Nutzern durchgeführt und danach zwei für die weitere Bearbeitung der Fallstudie ausgewählt. Ausgehend von den Nutzern ermittelten wir in deren engerem und weiterem Umfeld mittels Schneeballprinzip die relevanten Experten des Gesundheitswesens. Das Umfeld der Nutzer wurde somit sukzessive erschlossen.

Alles in allem wurden 15 ca. einstündige Leitfadeninterviews mit folgenden Personen durchgeführt:

- drei Nutzer (wovon zwei für die weitere Bearbeitung der Fallstudien ausgewählt wurden)
- zwei Hausärzte
- eine kommunale Mitarbeiterin aus dem Bereich Altenpflege und Tumorerkrankte/chronisch Kranke
- eine Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes
- zwei Hausnotrufanbieter
- zwei Mitarbeiterinnen in Einrichtungen des Betreuten Wohnens
- zwei Klinikärzte
- eine Mitarbeiterin der Bewilligungsstelle für technische Heil- und Hilfsmittel einer Pflegekasse

Die Interviews wurden im Zeitraum von Ende Februar bis Ende April 2009 durchgeführt. Mit Ausnahme der beiden Nutzer wurden zu allen übrigen Gesprächen Audioaufzeichnungen angefertigt und anschließend transkribiert. Zu den Nutzerinterviews wurden Gedächtnisprotokolle der Gespräche angefertigt.

2.2.2 Die quantitative Hauptstudie

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus der Pilotstudie flossen in die methodische und inhaltliche Umsetzung der Hauptstudie ein. Ziel dieser Studie war es, neben den Nutzern des Hausnotrufs, die relevanten Gruppen von Personen und Institutionen mittels computergestützten Telefoninterviews (CATI) zu befragen. Dabei sind die Befragungen so angelegt, dass ein Großteil der Fragen zwischen den einzelnen Befragungsgruppen vergleichbar ist.

Der Forschungsgegenstand kann so aus der jeweils konkreten Perspektive der Zielgruppe bewertet werden und es ergibt sich ein ganzheitliches Bild. Das trägt dem Anspruch des Forschungsziels Rechnung, die Kosten-Nutzen-Relation des Hausnotrufs unter den Gesichtspunkten der ökonomischen und sozialen Effizienz sowie der gesellschaftlichen Nachhaltigkeit zu ermitteln.

Die Auswahl der jeweiligen Befragten erfolgte unter Verwendung der Stichprobentechnik, wodurch eine zuverlässige Ermittlung von Ergebnissen über die gesamte Branche und den dazugehörigen Markt gesichert ist.

Im Einzelnen wurden dabei die folgenden Arbeitsschritte durchgeführt:

CATI-Befragung der Nutzer, deren Angehörige und Nichtnutzer (Senioren)

Gegenstand Die Gruppe der Nutzer von Hausnotruf-Systemen wird derzeit in Deutschland auf ca. 400.000 Menschen geschätzt. Eine Vollerhebung ist hier nicht zweckhaft. Verlässliche Strukturdaten über die Nutzer sind nicht bekannt. Deshalb haben wir eine Stichprobe von 326 Personen (gewichtet 304) gezogen. Um die Rahmenbedingungen besser erfassen zu können, wurden 100 Angehörige mit befragt. Als Kontrast dazu dienen 113 weitere Interviews mit Senioren (gewichtet 104), die das Hausnotrufsystem nicht nutzen, aber davon bereits gehört haben. Die Interviews dauerten durchschnittlich ca. 12 Minuten.

Durchführung In Kooperation mit der Initiative Hausnotruf wurde ein Stichprobendesign entwickelt, das uns eine systematische Übersicht über die Nutzer des Hausnotrufs verschaffte. Dazu wurden 19 Orte (*Samplepoints*), an denen der Hausnotruf institutionell angeboten wird, gegliedert in drei Ortsgrößenklassen, ausgewählt. Von den dortigen Anbietern des Hausnotrufdienstes wurden uns die Kundenstrukturen, differenziert nach Alter und Geschlecht, zur Verfügung gestellt. Auf dieser Grundlage entwickelten wir ein Stichprobendesign, das zur Auswahl der Interviewpartner genutzt wurde.

Von den 300 befragten Nutzern wurden Kontakte für die Interviews der 100 Angehörigen gewonnen. Da nicht alle Angehörigenkontakte aus der Gruppe der befragten Nutzer gewonnen werden konnten, wurden die übrigen zufällig aus der Kundenstruktur der 19 Samplepoints nachgezogen und die Interviews damit aufgefüllt.

Die Ziehung der Stichprobe der 100 zu befragenden Rentner erfolgte ebenfalls auf der Grundlage der ausgewählten Samplepoints für die Befragung der Nutzer des Hausnotrufs. Auf dieser Basis wurde dann eine für repräsentative Bevölkerungsumfragen gängige Zufallsstichprobe gezogen.

CATI-Befragung der Anbieter

Gegenstand Bei den Anbietern strebten wir eine Stichprobe von N=50 Interviews an. Zielgruppe war dabei jeweils die Geschäftsführung. Sie wurde in einem ca. 18-minütigen standardisierten Interview befragt.

Durchführung Von der Initiative Hausnotruf wurde uns eine Übersicht über institutionelle Anbieter des Hausnotrufdienstes bereitgestellt. Diese wurde durch eine Internetrecherche ergänzt und konkretisiert. Auf dieser Grundlage konnte schließlich eine zufällige Auswahl der Interviewpartner getroffen werden.

CATI-Befragung der Experten des Gesundheitswesens

Gegenstand In diesen Gruppen wurden differenzierte Stichprobengrößen gewählt. Befragt wurden 20 Hausärzte, zehn Sozialdienste in Krankenhäusern, zehn Pflegekassen, zehn kommunale Institutionen und 50 ambulante Pflegedienste. Die Interviews wurden hier im Durchschnitt auf 15 bis 20 Minuten begrenzt.

Durchführung Die Auswahl der Probanden erfolgte auch hier in den Samplepoints, in denen die Nutzer befragt wurden. Die institutionellen Anbieter des Hausnotrufdienstes arbeiteten uns Übersichten über die ambulanten Pflegedienste vor Ort zu. Mittels Internetrecherchen wurden diese Listen dann noch konkretisiert und boten so die Grundlage für die Zufallsauswahl der zu befragenden ambulanten Pflegedienste. Bei allen anderen Befragtengruppen wurde ähnlich verfahren. Die benötigten Adressen und Ansprechpartner wurden von uns aus dem Internet bzw. aus den einschlägigen Telefonbüchern recherchiert.

Der vorliegende Report konzentriert sich auf die Ergebnisse der Hauptstudie. Er wird in Form einer Vergleichsanalyse dargeboten und bezieht sich vor allem auf die folgenden Schwerpunkte:

- die gesellschaftliche Relevanz des Hausnotrufs
- soziale und wirtschaftliche Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer
- die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen
- die Zugangswege zum Hausnotruf
- die Entwicklungsperspektiven des Hausnotrufs

Ausgehend vom Vergleich der Perspektiven der Akteursgruppen wird die Kosten-Nutzen-Wahrnehmung induktiv geschlossen. Die in jeder befragten Gruppe sichtbaren Nutzenaspekte werden einander gegenübergestellt, so dass eine Bestimmung des sozialen und ökonomischen Nutzens möglich wird. Darüber hinaus werden die Befunde aus der qualitativen Einzelfallstudie aufgegriffen, um die Ergebnisse aus der quantitativen Untersuchung zu untermauern. Insbesondere bei der Darstellung der Nutzersicht (Kapitel 4) sowie den monetären Einsparungseffekten (Kapitel 5) werden die beiden Nutzer aus der Pilotstudie als Beispiel heran gezogen.

3. Der Hausnotruf in Deutschland und dessen gesellschaftliche Relevanz

Die Bedeutung des Hausnotrufs wird maßgeblich durch die demografische Entwicklung beeinflusst. Prognosen des Bundesamtes und der Landesämter für Statistik gehen auf der Basis von Strukturdaten aus dem Jahre 2006 davon aus, dass die Gruppe der über 64-Jährigen weiter anwachsen wird (Abbildung 3). „Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wird (...) um rund 40 Prozent von knapp 16 Millionen im Jahr 2005 auf über 22 Millionen Personen im Jahr 2030 ansteigen“¹. Gerade in dieser Altersgruppe befindet sich ein Großteil der Nutzer des Hausnotrufs. Demzufolge wird mit der Zunahme der über 64-Jährigen auch die Zahl der Interessenten sowie Nutzer des Hausnotrufs mitwachsen.

Abbildung 3: Altersaufbau in Deutschland 2005 und 2030

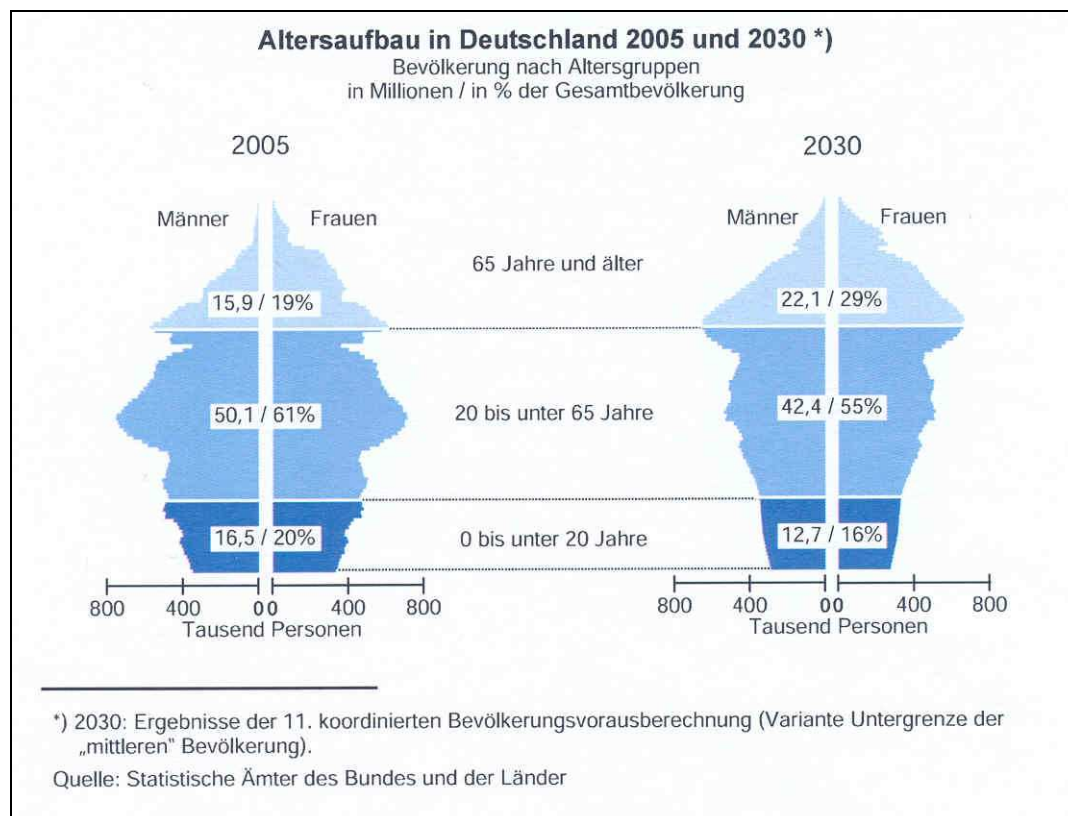


Abb. 3: Altersaufbau in Deutschland im Vergleich der Jahre 2005 und 2030²

Ein zweiter gesellschaftlicher Entwicklungsprozess beeinflusst die wachsende Bedeutung des Hausnotrufs ebenfalls.

¹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 8.

² Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 23.

„Eine Besonderheit in der Entwicklung der letzten drei Jahrzehnte besteht darin, dass die Einpersonenhaushalte nun alle anderen Haushaltsgrößen dominieren, wobei ihr Anteil beständig zunimmt. Dabei leben keineswegs nur jüngere, sondern immer mehr ältere Menschen allein“³ (Abbildung 4).

Der Anteil von Einpersonenhaushalten älterer Menschen steigt weiter

Abbildung 4: Haushalte nach Haushaltsgröße in Deutschland

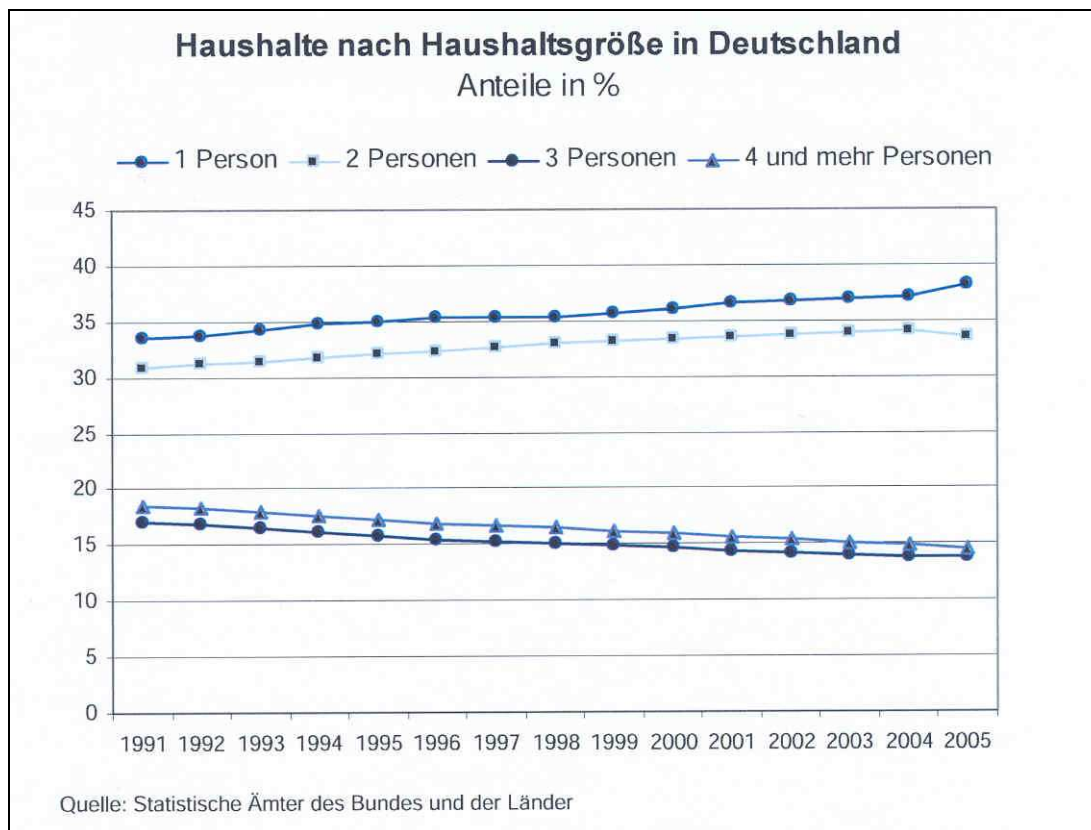


Abb. 4: Prozentualer Anteil der Haushalte nach Haushaltsgrößen in Deutschland⁴

Für die Zukunft wird eine weitere Zunahme der Ein- und Zweipersonenhaushalte vor allem im Alter erwartet. „Nach der Trendvariante der Haushaltsvorausberechnung steigt der Anteil der Einpersonenhaushalte in Deutschland von 38 Prozent im Ausgangsjahr 2005 auf 41 Prozent im Jahr 2020. Auch Zweipersonenhaushalte nehmen anteilmäßig von 34 Prozent (2005) auf 36 Prozent (2020) zu.“⁵.

³ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 26.

⁴ Ebd.

⁵ Ebd.

Die Ursachen dafür werden in drei Entwicklungsprozessen gesehen:

- die weiter sinkende Alterssterblichkeit
- die immer noch höhere Lebenserwartung der Frauen
- die schneller als bei Frauen zunehmende Lebenserwartung der Männer

Insbesondere in den Großstädten, aber auch in den entstandenen ländlichen Eigenheimsiedlungen, die in den 90er Jahren vor allem in den neuen Bundesländern entstanden sind, sind zunehmende Vereinsamungs- und Isolationstendenzen zu erwarten. Die Hochrechnung des Altenquotienten auf das Jahr 2020 durch das Bundesamt und die Landesämter für Statistik illustriert diese Situation (Abbildung 5). Hier kommen zusätzliche Langzeiteffekte der Abwanderung insbesondere junger Menschen hinzu.

Vor allem in Großstädten und in den neuen Bundesländern wächst die Vereinsamung alter Menschen

Abbildung 5: Altenquotient in Deutschland 2005 und 2020

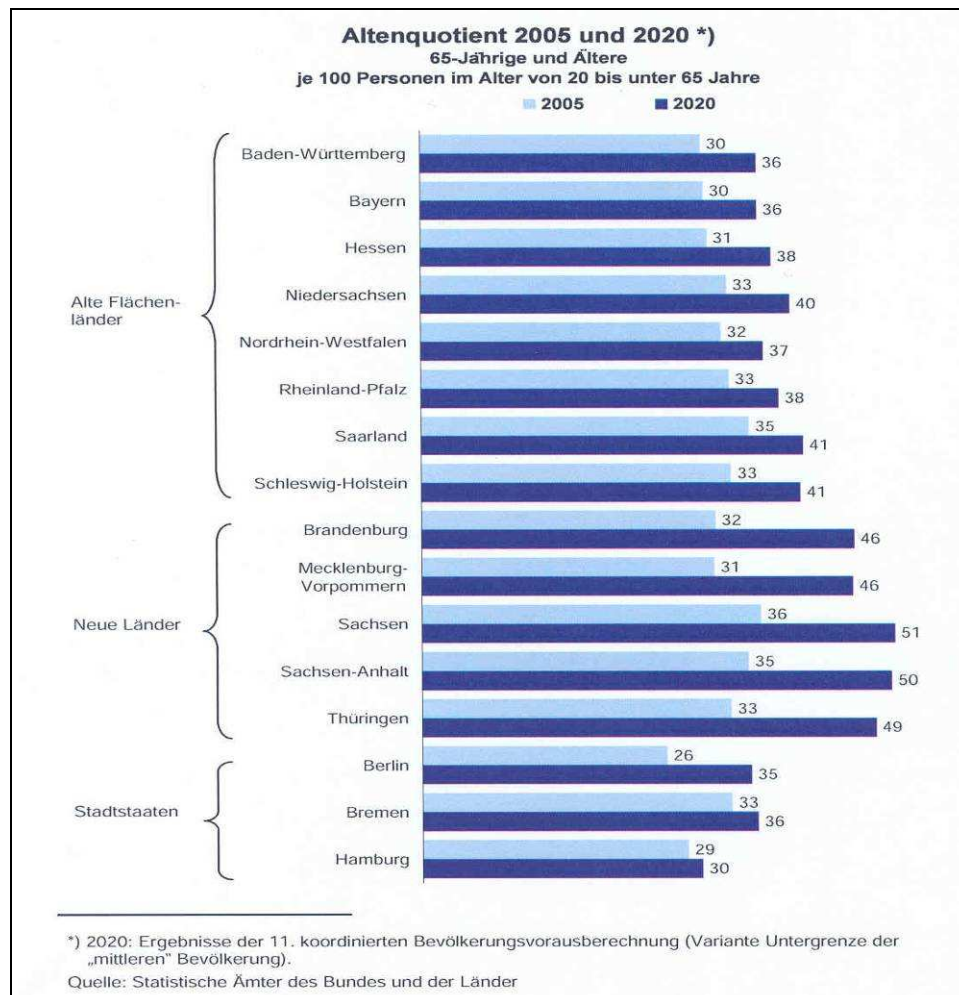


Abb. 5: Altenquotient in Deutschland nach Bundesländern im Vergleich der Jahre 2005 und 2020⁶

⁶ Ebd., S. 25.

Somit wird eine wachsende Bedürftigkeit an Kommunikation, schneller Hilfe im Notfall und pflegerischer Unterstützung im Krankheitsfall oder im Zusammenhang mit der Zunahme altersbedingter Defizite zu erwarten sein. Dies sind Leistungen, die der Hausnotruf abdeckt.

Die Prognosen des statistischen Bundesamtes zum demografischen Wandel in Deutschland beinhalten auch Aussagen darüber, wie sich die Zahl der in Krankenhäusern zu behandelnden Personen sowie die Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren entwickeln könnten. Da es eine besonders starke Zunahme in den Bevölkerungsgruppen der 80- bis 90-Jährigen sowie der 90-Jährigen und Älteren geben wird, „schiebt sich die Struktur innerhalb der älteren Bevölkerung zu den Altersgruppen, die tendenziell ein höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden oder in Folge einer Krankheit stationär behandelt zu werden“⁷. Deshalb ist zu erwarten, dass die Zahl der Krankenhausfälle sowie der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren ansteigen wird. Diese These wird in der Wissenschaft als Expansionsthese⁸ diskutiert. Danach ist, wie in Abbildung 6 verdeutlicht, in den kommenden Jahrzehnten ein Anstieg der Krankenhausfälle in Deutschland zu erwarten.

Die Zahl der Krankenhausfälle sowie der Pflegebedürftigen wird bis 2030 zunehmen.

Abbildung 6: Entwicklung der Krankenhausfälle von 1995 bis 2030

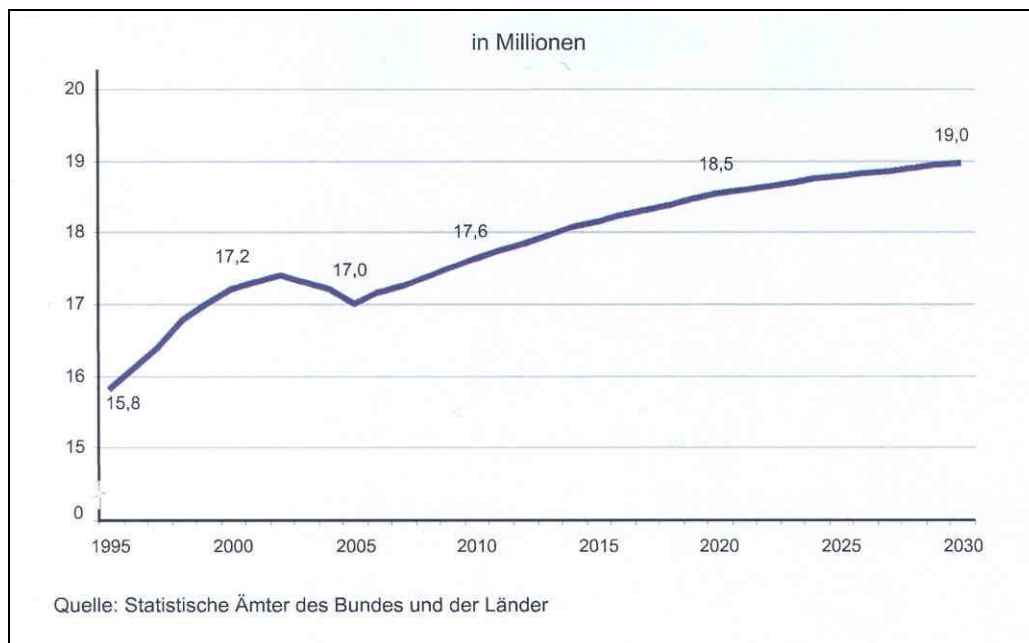


Abb. 6: Entwicklung der Krankenhausfälle von 1995 bis 2030⁹

⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, S. 5.

⁸ Die Expansionsthese geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, in Folge einer Erkrankung stationär behandelt zu werden, heute und in Zukunft allein von Alter und Geschlecht abhängt (vgl. u.a. Guralnik, 1991).

⁹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, S. 11.

Für Frauen und Männer verläuft diese Entwicklung unterschiedlich: Während bei den Frauen einen Anstieg von 6,6 Prozent prognostiziert wird – von 9,1 Millionen im Jahr 2005 auf 9,7 Millionen im Jahr 2030 – zeigt sich bei den Männern ein deutlicherer Anstieg um 17,7 Prozent – von 7,9 Millionen in 2005 auf 9,3 Millionen in 2030. Diese unterschiedliche Entwicklung ist eine Kombination aus geschlechtsspezifischem Krankheitsrisiko und demografischer Entwicklung.

Bei der Pflegebedürftigkeit zeigt sich bereits im Vergleich der Jahre 1999 und 2005, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen zunimmt. Deutlich wird zudem, dass die häusliche Pflege zurückgeht, und es einen Trend hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen gibt. Diese Entwicklung ist unter anderem dadurch erklärbar, dass die gesellschaftliche Mobilität zunimmt und die Möglichkeiten zur familiären Pflege deshalb eingeschränkt sind. Auch in den nächsten Jahren wird es einen Anstieg der pflegebedürftigen Personen geben. Während es im Jahr 2005 2,13 Millionen Pflegebedürftige gab, könnten im Jahr 2030 bereits 3,36 Millionen Personen pflegebedürftig sein. Dies entspricht einem Anstieg um 58 Prozent, wobei bei den Männern mit 74 Prozent der deutlichere Anstieg zu verbuchen ist. Auch wird es eine auffallende Verschiebung bei der Altersstruktur geben. Der Anteil der 85-Jährigen und Älteren wird deutlich zunehmen, während der Anteil der unter 60-Jährigen sinkt. Betrachtet man den Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung, so wird dieser von 2,6 Prozent in 2005 auf 4,4 Prozent in 2030 ansteigen (Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2030

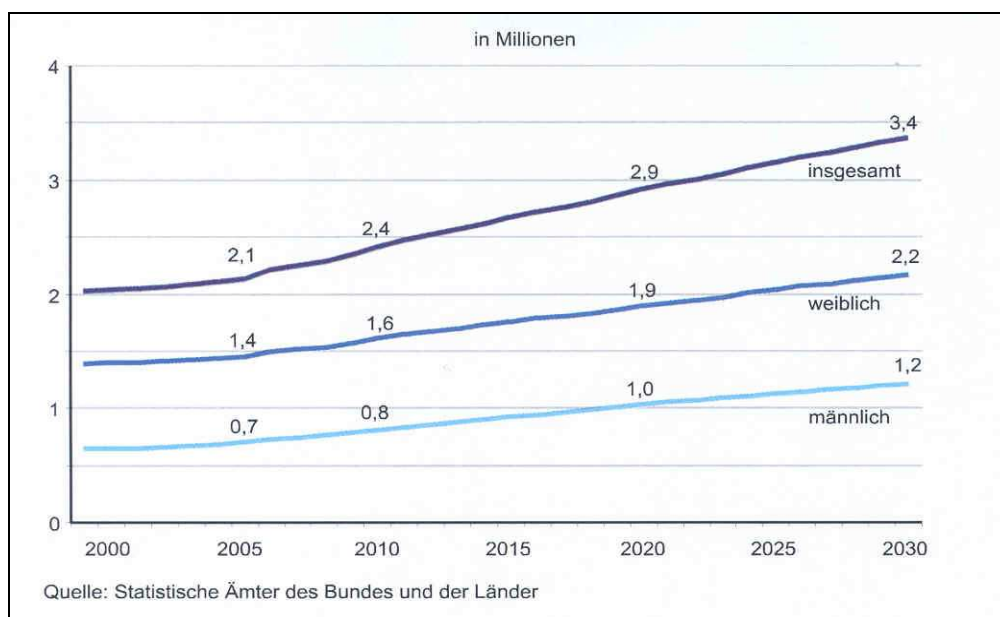


Abb. 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen insgesamt und nach Geschlecht von 1999 bis 2030¹⁰

¹⁰ Ebd., Seite 25.

Neben der Expansionsthese wird in der Wissenschaft auch die Kompressionsthese diskutiert. Ausgangspunkt ist hier die Annahme, dass Menschen mit einer höheren Lebenserwartung nicht nur länger, sondern auch länger gesünder leben, so dass sich schwere Krankheiten in einem festgesetzten Zeitfenster kurz vor dem Tode ereignen¹¹. Auch nach dieser These wird es einen Anstieg der Krankenhausfälle sowie der Pflegebedürftigen geben, dieser fällt jedoch nicht so hoch aus.

Ausgehend von beiden Thesen wird somit deutlich, dass die Anzahl potentieller Nutzer des Hausnotrufs ansteigen wird. Geht man von der Expansionsthese aus, kann der Hausnotruf ein möglicher Weg sein, um die weiter ansteigenden Kosten für das Gesundheitswesen einzudämmen. Betrachtet man die Kompressionsthese, dient der Hausnotruf nicht allein der Kosteneinsparung, sondern kann auch als möglicher Weg angesehen werden, die angenommene längere häusliche Verweildauer zu unterstützen.

Der Hausnotruf ist in Deutschland nahezu flächendeckend verfügbar. Anbieter des Hausnotrufs sind vor allem Wohlfahrtsverbände, Hilfsorganisationen und privat-gewerbliche Institutionen. Ziel des Hausnotrufssystems ist die Einrichtung von Strukturen, die der ambulanten Versorgung und Betreuung Kranker, Alter, Alleinlebender und von Menschen mit Behinderung dienen. Neben dem Notruf sind auch die Übermittlung biomedizinischer Daten und die Unterstützung sozialer Kommunikation möglich.

Aktuell gibt es nach Angaben der Initiative Hausnotruf ca. 400.000 Hausnotrufnutzer. Das Potenzial möglicher Nutzer ist jedoch weitaus höher, wie die oben beschriebenen demografischen Entwicklungen verdeutlichen.

Aus einer Kundenbefragung der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.¹² lässt sich eine Struktur der bisherigen Kunden ableiten, welche die Alters- und Geschlechterverteilung wiedergibt. Diese ist der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Die Anzahl potentieller Nutzer des Hausnotrufs wird ansteigen.

¹¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, S. 10; nach Fries, 1989.

¹² Die Kundenbefragung wurde im Auftrag des Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. vom SETACOM Institut für Markt- und Meinungsforschung im Jahr 2009 durchgeführt.

Tabelle 1: Geschätzte Struktur der Hausnotrufnutzer

	Nutzeranteil in Prozent
Alter	
bis 50 Jahre	0,8
50-64 Jahre	2,8
65-74 Jahre	8,9
75-84 Jahre	42,7
85 Jahre und älter	44,8
Geschlecht	
männlich	17,5
weiblich	82,5

Tab. 1: Geschätzte Struktur der Hausnotrufnutzer

Der Großteil der derzeitigen Hausnotrufnutzer ist demnach 75 Jahre und älter. Berücksichtigt man die Aussagen zur zukünftigen demografischen Entwicklung, aus denen hervorgeht, dass gerade diese Altersgruppe in den kommenden Jahren weiter anwächst, aber auch immer häufiger in Einpersonenhaushalten leben wird, verdeutlicht dies den Bedarf am Hausnotruf. Die folgenden Kapitel werden diesen Bedarf zusätzlich untermauern, denn es ist nicht nur das Alter, welches den Bedarf am Hausnotruf ausmacht, sondern auch das Bedürfnis älterer, allein lebender oder kranker Menschen, möglichst lange in der gewohnten Umgebung zu verweilen und dabei ein Gefühl von Sicherheit zu empfinden.

4. „So lange wie möglich zu Hause leben“ – Die sozialen und wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer

Im folgenden Kapitel werden die sozialen und wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer dieser Dienstleistung dargestellt. Zu diesem Thema wurden in unserer Untersuchung die Hausnotrufnutzer, Angehörige dieser Nutzer sowie ältere Menschen, die den Hausnotruf zwar kennen, ihn jedoch bisher nicht nutzen, interviewt. Alle drei Gruppen wurden gefragt, welche Gründe aus ihrer Sicht für den Hausnotruf sprechen. Nutzer und Angehörige wurden darüber hinaus etwas ausführlicher untersucht. Von Interesse waren dabei deren Zufriedenheit mit dem Hausnotruf, die Häufigkeit seiner Weiterempfehlung sowie die Folgen einer Nichtanschaffung. Zudem wurde die Kenntnis der Nutzer über finanzielle Fördermöglichkeiten betrachtet.

Die Sichtweisen der drei Untersuchungsgruppen werden getrennt voneinander dargestellt. An dieser Stelle sei jedoch bereits zusammenfassend gesagt, dass sowohl die Zufriedenheit mit dem Hausnotruf als auch dessen Weiterempfehlung sehr hoch sind, wie die beiden folgenden Abbildungen zeigen. Hier sind die Einschätzungen der Nutzer sowie der Angehörigen aufgezeigt.

Abbildung 8: Zufriedenheit mit dem Hausnotruf von Nutzern und Angehörigen (Angaben in Prozent der Befragten)

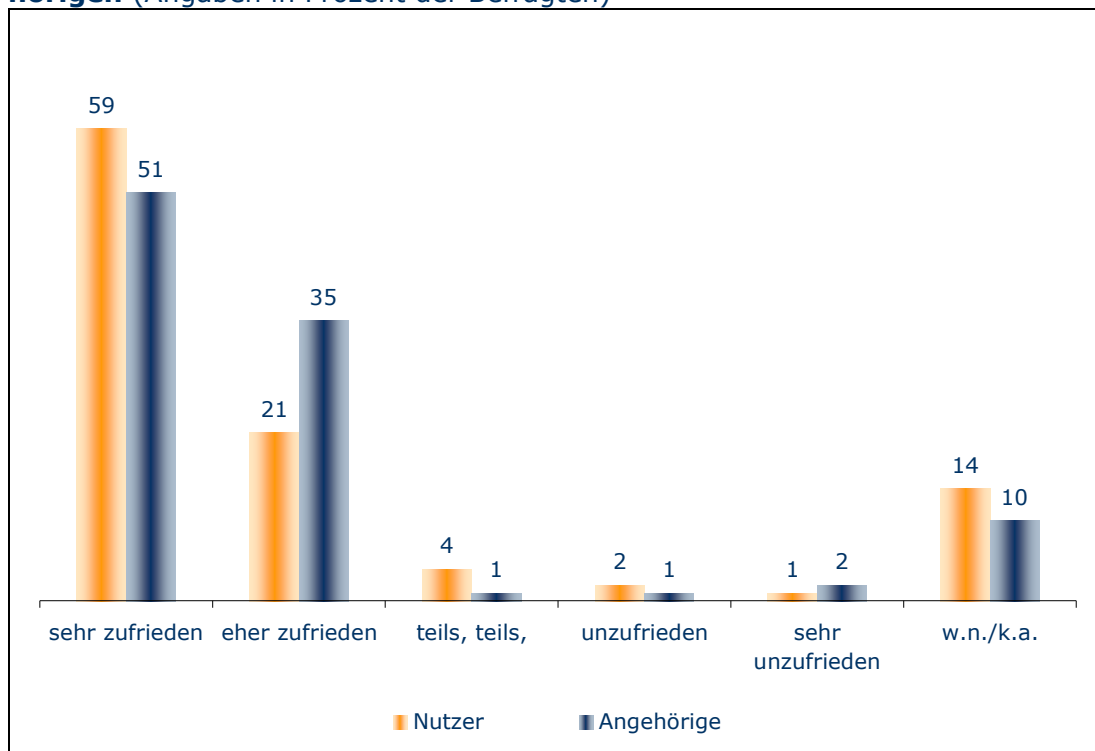


Abb. 8: Wie zufrieden sind Sie mit dem Hausnotruf?

Abbildung 9: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch Nutzer und Angehörige

(Angaben in Prozent der Befragten, zu 100 fehlende Prozent = weiß nicht/keine Angabe)

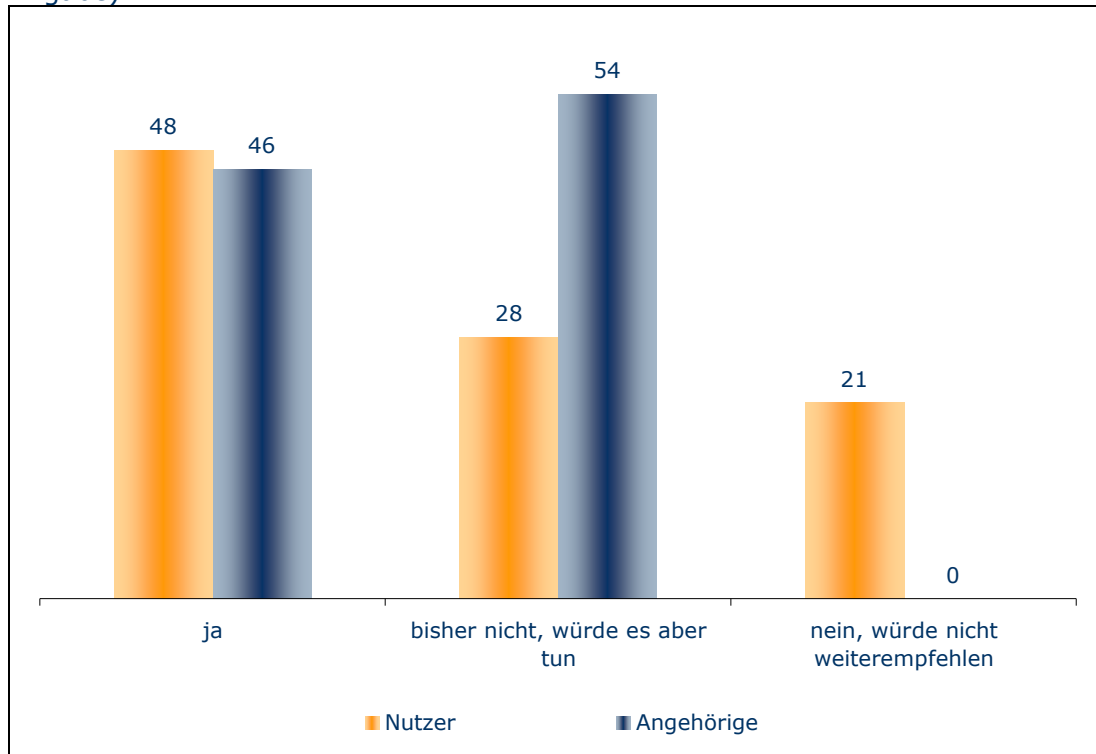


Abb. 9: Haben Sie den Hausnotruf schon anderen Personen weiterempfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Vorrangige Gründe für die Anschaffung des Hausnotrufs sind – unabhängig von der Untersuchungsgruppe – gesundheitliche Probleme sowie die Tatsache, dass die Betroffenen alleine leben. Der hauptsächliche Nutzen des Hausnotrufs liegt in der Gewährung von Sicherheit und dem längeren Verweilen in der gewohnten häuslichen Umgebung – hier sind Nutzer, Angehörige und Nichtnutzer einer Meinung (Abbildung 10).

Abbildung 10: Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Nutzer, der Angehörigen und der Nichtnutzer

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

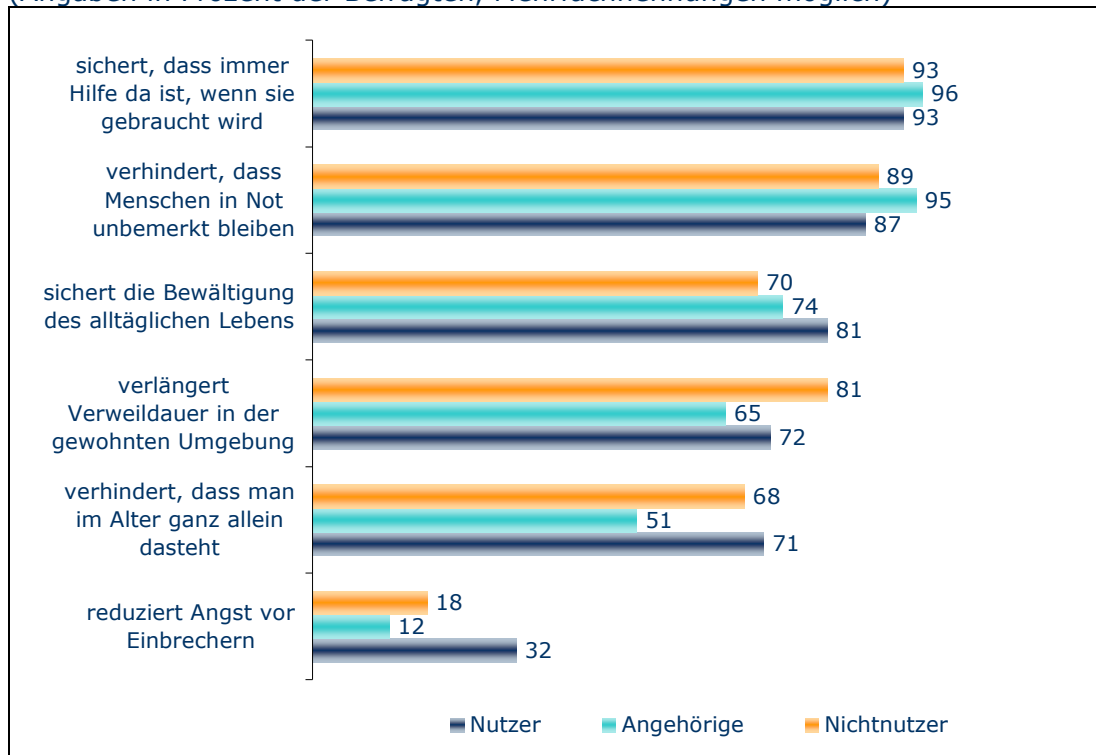


Abb. 10: Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht vorrangig für den Hausnotruf?

Wie bereits eingangs angemerkt, werden die drei Untersuchungsgruppen nun getrennt voneinander betrachtet. Zunächst wird die Sicht der Hausnotrufnutzer dargestellt. Danach kommen die Angehörigen zu Wort und abschließend wird auf die Einschätzung der Nichtnutzer eingegangen.

4.1 Die Sicht der Nutzer

In Kapitel 3 wurde gezeigt, dass die Zahl der Nutzer auf 400.000 geschätzt und in Zukunft sehr wahrscheinlich weiter steigen wird. Die Nutzer sind also die hauptsächliche Zielgruppe der Initiative Hausnotruf, da sie in Bezug auf die Effekte, die der Hausnotruf hat und auf die Folgen, die es mit sich bringt, wenn der Hausnotruf nicht genutzt würde, unmittelbare Erfahrungsträger sind. Deshalb werden die Ergebnisse aus der Befragung dieser Untersuchungsgruppe im vorliegenden Bericht als Erstes dargestellt. Zur Illustration werden zudem die beiden Fallbeispiele aus der qualitativen Einzelfallstudie herangezogen.

4.1.1 Akzeptanz des Hausnotruf

Die Mehrheit der Nutzer (59 Prozent) ist mit der Arbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hausnotrufdienstes sehr zufrieden. Bezieht man die Nutzer, die mit kleinen Einschränkungen eher zufrieden sind mit ein, so sind es sogar rund 80 Prozent, die sich positiv über den Hausnotruf äußern (Tabelle 2).

Hohe Akzeptanz bei den Nutzern

Tabelle 2: Zufriedenheit der Nutzer mit dem Hausnotruf
 (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=304)

	Anzahl	in Prozent
sehr zufrieden	180	59,0
eher zufrieden	64	21,0
teils, teils	12	4,0
unzufrieden	4	2,0
sehr unzufrieden	2	1,0
Angabe verweigert	0	0,0
weiß nicht	40	13,0
keine Angabe	1	1,0
Gesamt	304	100,0

Tab. 2: Wie zufrieden sind Sie als Nutzer mit dem Hausnotruf?

Knapp die Hälfte der Nutzer hat den Hausnotruf auch bereits weiterempfohlen (48 Prozent). Bezieht man hier ebenfalls die Personen mit ein, die das zwar noch nicht getan haben, aber durchaus dazu bereit wären, dann erreicht der Hausnotruf unter seinen Nutzern eine Weiterempfehlungsrate von rund 76 Prozent (Tabelle 3).

Tabelle 3: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Nutzer
 (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=304)

	Anzahl	in Prozent
ja	147	48,0
bisher nicht, aber ich würde es tun	85	28,0
nein, ich würde den Hausnotruf nicht empfehlen	65	21,0
Angabe verweigert	0	0,0
weiß nicht	7	2,0
Gesamt	304	100,0

Tab. 3: Haben Sie als Nutzer den Hausnotruf schon anderen Personen empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Zufriedenheit und Weiterempfehlung sind zwei zuverlässige Indikatoren für die Akzeptanz der Dienstleistung. Der Hausnotruf erfreut sich daher unter seinen Nutzern einer hohen Akzeptanz.

4.1.2 Die sozialen Effekte

Worin der soziale Nutzen besteht, machen die Entscheidungsmotive und die persönlich empfundenen Folgen im Falle, dass es den Hausnotruf nicht gäbe, deutlich. Zunächst wurde in einer offenen Frage, also ohne Antwortvorgaben, nach den Motiven der Entscheidung für die Installation des Hausnotrufs gefragt. An erster Stelle stehen gesundheitliche Probleme (27 Prozent der Nennungen). Gleichauf mit den gesundheitlichen Problemen werden Aspekte der Sicherheit genannt. Wir fassen hier die in Abbildung 11 dargestellten Motive „zur Sicherheit“, „vorangegangene Unfälle“ und „Sturzgefahr“ zusammen. Danach folgt der Umstand, dass die Betroffenen allein lebend sind (rund 22 Prozent der Nennungen).

Sicherheit ist der dominante Nutzen

Abbildung 11: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Nutzer (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Prozent der Befragten, N=304, Mehrfachnennungen möglich)

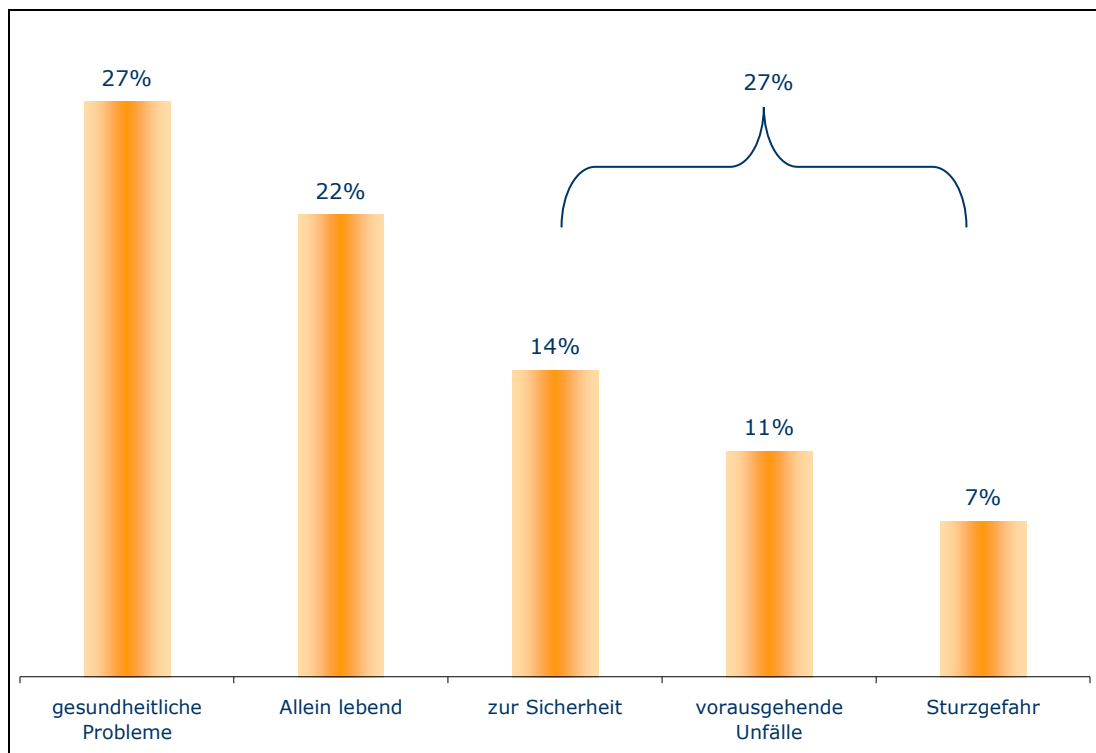


Abb. 11: Aus welchen Gründen haben Sie als Nutzer sich für den Hausnotruf entschieden?

Aus der qualitativen Einzelfallstudie haben wir eine Frage gewonnen, die mögliche Motive für die Nutzung des Hausnotrufs geschlossen abfragt. Die Auswertung der Frage verdeutlicht, dass fast alle befragten Nutzer den Aspekt der Hilfe in Not („Der Hausnotruf sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird“, „Der Hausnotruf verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben“) und den Sicherheitsaspekt („mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens“) thematisieren.

Hausnotruf zum Schutz vor alters- und krankheitsbedingten Risiken und Folgen des Alleinlebens.

Auch die Verlängerung der Verweildauer in der gewohnten Umgebung und die Möglichkeit, im Alter nicht ganz alleine zu bleiben, spielen eine wichtige Rolle (Abbildung 12).

Abbildung 12: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Nutzer (geschlossene Frage mit Antwortvorgaben)
(Angaben in Prozent der Befragten, N=304, Mehrfachnennungen möglich)

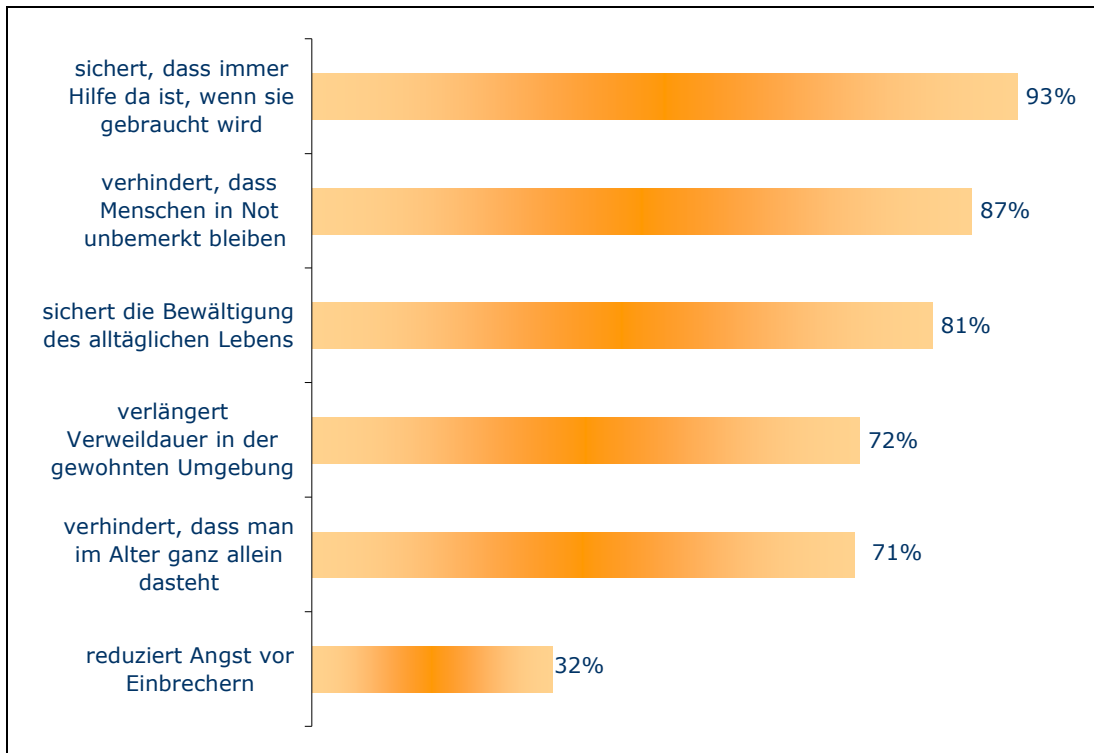


Abb. 12: Welche Gründe haben für Sie als Nutzer sich vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf beigetragen?

Für den Fall, dass es den Hausnotruf nicht gäbe, ergeben sich aus Sicht der Nutzer unterschiedliche Konsequenzen (Abbildung 13). Die meisten davon wären teurer und fast alle hätten die Herauslösung der betroffenen Personen aus ihrem gewohnten sozialen Umfeld bedeutet. Ein Großteil der befragten Nutzer gibt an, dass ohne den Hausnotruf die eigene Wohnung hätte aufgegeben werden müssen und ein Umzug in ein Senioren- bzw. Pflegeheim (19 Prozent) oder ins betreute Wohnen (25 Prozent) notwendig gewesen wäre. Auch der Umzug in eine altersgerechte, barrierefreie Wohnung (21 Prozent) hätte die Folge sein können. Für etwa drei Prozent der Hausnotrufnutzer hätte auch der Umzug zu Verwandten in Betracht gezogen werden müssen. Insgesamt haben sich 38 Prozent aller befragten Hausnotrufnutzer vor der Situation eines Umzuges gesehen, wenn sie sich nicht für den Hausnotruf entschieden hätten. Für eben so viele Befragte spielte auf der Suche nach einer Betreuung auch die private Finanzierung anderer Betreuungsleistungen eine Rolle (z. B. private Haushaltshilfe, Einkaufshilfen), bevor sie sich für den Hausnotruf entschieden haben.

Senioren- bzw. Pflegeheim und betreutes Wohnen sind Alternativen zum Hausnotruf

In fast einem Viertel der Fälle (23 Prozent) wäre ohne den Hausnotruf sogar ein verlängerter Krankenhausaufenthalt die Folge gewesen.

Abbildung 13: Folgen der Nichtanschaffung des Hausnotrufs für die Nutzer

(Angaben in Prozent der Befragten, N=304, Mehrfachnennungen möglich)

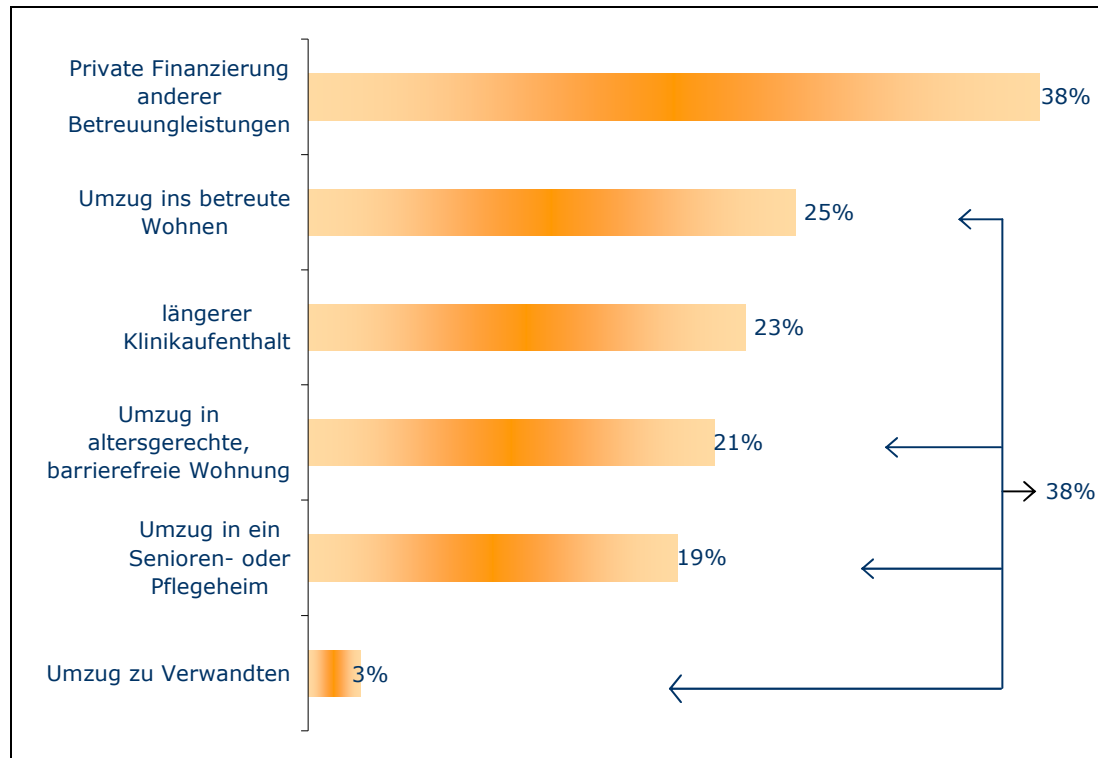


Abb. 13: Welche Folgen hätte es für Sie als Nutzer gehabt, wenn Sie sich den Hausnotruf nicht angeschafft hätten?

Das starke Motiv der Befragten, den eigenen Lebensabend in der gewohnten häuslichen Umgebung zu verbringen, hat Vor- und Nachteile. Hierbei spielt einerseits der monetäre Bereich eine Rolle, aber auch soziale wie psychologische Effekte, die nachhaltige Wirkungen auf die Personen haben.

Unserer Auffassung nach kann der Hausnotruf einigen Nachteilen des Alleinlebens im Alter entgegenwirken. Beispielsweise ist es durch den Hausnotruf möglich, in der gewohnten sozialen Umgebung (Familienangehörige, Freunde, Bekannte, Nachbarn) zu verweilen, was das soziale Wohlbefinden der älteren Menschen steigert. Zudem bleibt die Eigenverantwortung für die Bewältigung der alltäglichen Lebensabläufe länger erhalten und der Umzug in ein Senioren- bzw. Pflegeheim oder in das betreute Wohnen kann verzögert werden. Die Menschen bewahren sich ihre Souveränität, was ein wesentlicher Faktor zur Erhaltung von Lebensqualität und körperlicher und geistiger Vitalität ist.

Hausnotruf kann Nachteile des Alleinlebens minimieren und Möglichkeiten sozialer Integration erhalten

4.1.3 Die wirtschaftlichen Effekte

Unabhängig davon, ob die Aufgabe der vertrauten Wohnung oder die private Nutzung von Betreuungsleistungen die Alternative zum Hausnotruf sind, in den meisten Fällen wären die Alternativen mit höheren Kosten verbunden gewesen. Zur Untermauerung dieser Annahme werden im Folgenden die Fallbeispiele der beiden Hausnotrufnutzer Frau F. und Herr T. herangezogen, die in der qualitativen Studie näher untersucht wurden. Anhand von Rechenbeispielen wird aufgezeigt, welche Kostenersparnisse sich durch die Nutzung des Hausnotrufs bei beiden ergeben.

Zunächst zur Situation von Herrn T.

(Auszug aus der Fallstudie von 10.07.2009)

Lebenssituation

Herr T. ist 78 Jahre alt. Er wohnt in Weimar in einer schönen Altbauwohnung in der Nähe des Stadtzentrums. Während seiner Berufstätigkeit hat er 30 Jahre im öffentlichen Dienst gearbeitet. Seine Wege wie Arztbesuche und Einkäufe erledigt er im Großen und Ganzen noch selbst, wobei ihn seine Nachbarn ab und zu beim Einkaufen unterstützen. Seine Kinder, die in Baden-Württemberg leben, haben angeboten, ihn zu sich zu nehmen, aber das möchte er nicht. Zwischen ihm und seiner Tochter bestehen Spannungen, so dass der Kontakt zu den Kindern, auch bedingt durch die Entfernung, spärlich ist. Herr T. hält sich mobil und „dreht jeden Tag draußen so seine Runde“, obwohl er auf eine längere Krankheitsgeschichte zurück blickt.

Krankheitsgeschichte

Neben einem Herzinfarkt im Jahre 1988 hatte er bereits mehrere Augenoperationen (grauer Star) und leidet an Thrombose, weshalb er täglich einen Kompressionsstrumpf tragen muss. Mittlerweile erlitt er zudem eine Lungenembolie und muss nun jeden Tag ein Sauerstoffgerät nutzen. Aufregung ist für ihn schädlich, dass führt bei ihm sofort zu Atemnot.

Unterstützungssystem

Zweimal am Tag kommt der Pflegedienst zu ihm (morgens und abends), um ihm den Kompressionsstrumpf zu wechseln. Das Mittagessen lässt er sich unter der Woche liefern; am Wochenende kocht er seine Mahlzeiten selbst. Einmal im Monat bezahlt er eine Grundreinigung der Wohnung durch eine Hilfskraft. Das alltägliche Wechseln des Kompressionsstrumpfes wird durch die Krankenkasse bezahlt. Da Herr T. keine Pflegestufe besitzt, zahlt er die übrigen von ihm benötigten Unterstützungsleistungen (und auch den Hausnotruf) selbst.

Fallbeispiel Herr T.:

Abschätzung der privaten monatlichen Kosten im Vergleich

Kostenpositionen	Derzeitige Wohnsituation: Privatwohnung mit HNR	Alternative: Betreutes Wohnen mit HNR
Übernahme durch Kostenträger		
Pflegedienst (zweimal täglich zum Wechseln des Kompressionsstrumpfes).	400€	400€
Arztkosten/Rezeptkosten	befreit	befreit
Kosten für Herrn T.		
HNR Serviceentgelt ¹³	35€	35€
Haushaltshilfe	15€	15€
Betreuungspauschale	entfällt	55€
Warmmiete	415€	500€
Stromkosten	33€	inklusive
Essen auf Rädern	60€	60€
Kosten für Lebensmittel	120€	120€
Gesamtgrundsicherungsaufwand	678€	785€
Ersparnis	107€	

■ Kostengünstigere Variante

■ Variante mit höherem Kostenaufwand

Herr T. kann über monatliche Einkünfte von etwa 1.400 Euro verfügen, so dass für ihn auch das betreute Wohnen erschwinglich wäre. Diese Wohnform kommt für ihn jedoch nicht in Frage, da er dadurch sein Lebensgefühl enorm beschädigt sähe. Vor drei Jahren hatte er sich für eine Einrichtung des betreuten Wohnens interessiert und diese besichtigt. Die Einrichtung konnte ihn jedoch nicht überzeugen.

Bei Frau F. gestaltet sich die Situation etwas anders. (Auszug aus der Fallstudie vom 10.07.2009)

Lebenssituation

Frau F. ist 53 Jahre und lebt seit 2008 in Weimar. Davor hat sie in einem kleinen Dorf in Hessen gewohnt. Sie ist Diplom-Ingenieurökonom und hat nach der Wende sieben Jahre auf dem Gebiet des Steuerrechts gearbeitet. Sie hatte eine eigene Kanzlei, bei der sie heute noch Gesellschafterin ist. Früher war sie Leistungssportlerin, zum Ausgleich malt sie heute.

Krankheitsgeschichte

1990 wurde bei ihr eine fortgeschrittene Osteoporose diagnostiziert. Seither hatte sie viele Knochenbrüche, 17 gebrochene Wirbel, einen steifen Arm. Zudem leidet sie unter Inkontinenz, Depressionen sowie Angstzuständen und Panikattacken. Im Mai 2008 musste ihr darüber hinaus der Magen operativ entfernt werden. Frau F. hat Pflegestufe II und erhält damit Unterstützungsleistungen nach dem SGB IX.

¹³ Herr T. nahm zum Zeitpunkt der Erhebung den Hausnotruf und zusätzliche Leistungen (Schlüssel hinterlegung und Einsatzdienst) als Privatzahler in Anspruch.

Unterstützungssystem

Frau F. hat ein gutes Verhältnis zu ihren beiden Kindern und wird gut von ihnen unterstützt. Ihre Tochter lebt mit ihrem Mann in der Nähe. Ihr Sohn arbeitet und lebt mit seiner Familie in Rheinland-Pfalz. Sie sehen sich mehrmals im Jahr. Der innerfamiliäre Kontakt ist sehr gut, auch mit Freunden kann sie bei Bedarf reden. Momentan plant sie den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, da ihr in ihrem jetzigen Haus (betreutes Wohnen) die Privatsphäre fehlt.

Fallbeispiel Frau F.:

Abschätzung der privaten monatlichen Kosten im Vergleich

Kostenpositionen	Derzeitige Wohnsituation: Betreutes Wohnen	Alternative: Altersgerechte Privatwohnung mit HNR
Übernahme durch Kostenträger		
Pflegevertretung nach §39 SGB XI (bewilligter Satz: 1.470€/Jahr für 61,5 Stunden)	122,50€	122,50€
Pflegegeld	420,00€	420,00€
HNR gemäß SGB XI ¹⁴	17,90€	17,90€
Fahrten zu medizinischen Behandlungen (15,36€ pro Transport bei durchschnittlich 10 Transporten im Monat)	153,60€	153,60€
Arztkosten/Rezeptkosten	befreit	befreit
Kosten von Frau F.		
HNR Serviceentgelt	14,54€	14,54€
Haushaltshilfe	50,00€	50,00€
Betreuungspauschale	55,00€	entfällt
Warmmiete	500,00€	428,00€
Stromkosten	inklusive	30,00€
Essen auf Rädern	210,00€	105,00€
Kosten für Lebensmittel	140,00€	140,0€
Summe privater Aufwand	969,54€	767,54€
Ersparnis		202€

■ Kostengünstigere Variante
 ■ Variante mit höherem Kostenaufwand

Beide Fallbeispiele machen deutlich, dass der Verbleib in der seit vielen Jahren bewohnten Wohnung in Weimar (im Fall von Herrn T.) bzw. der Umzug in eine Privatwohnung (im Fall von Frau F.) mit Nutzung des Hausnotrufs die günstigere Alternative wäre. Es ist jedoch nicht nur der finanzielle Aspekt, der hier eine Rolle spielt. Vielmehr ist es das Empfinden einer erhöhten Lebensqualität bei beiden Personen, die für das Leben in einer Privatwohnung spricht.

¹⁴ Frau F. nahm zum Zeitpunkt der Erhebung den Hausnotruf gemäß Pflegeversicherung in Anspruch, die Vergütung für die monatliche Nutzung durch die Pflegekassen lag zum Zeitpunkt der Erhebung bei 17,90 Euro.

Zum Beispiel hatte Herr T. zwar kurz nach dem Tod seiner Frau vor sieben Jahren in Erwägung gezogen, zu seinen Kindern nach Baden-Württemberg zu ziehen, doch die persönlichen Bindungen und das bestehende soziale Umfeld in Weimar waren für ihn wichtiger, und er wusste, dass es nicht einfach wäre, sich fernab der Heimat eingebunden zu fühlen. Noch heute kennt er viele Gesichter und Menschen, wenn er durch die Innenstadt geht und bis vor kurzem hat er sich regelmäßig mit ein paar Freunden zum Stammtisch getroffen.

Frau F. plant den Umzug in eine barrierefreie Wohnung, da sie in der betreuten Wohnanlage keine Privatsphäre für sich sieht. Sie würde z. B. nie jemandem aus ihrer Familie oder ihrem Freundeskreis zumuten, bei ihr zu übernachten, da es zu laut ist (Fernseher von oben), und sie für viele der Bewohner der Ansprechpartner bei Fragen und Problemen ist (z. B. auch bei Recherchen im Internet, da sie über einen Anschluss verfügt). Zwar macht sie dies gerne, hat aber dadurch nie wirklich Ruhe, z. B. für Telefonate oder einfach Zeit für sich. Außerdem sind keine Leute in ihrem Alter in dem Haus.

Das Leben in der Privatwohnung wäre jedoch ohne Unterstützung von außen und dem Gefühl von Sicherheit nicht möglich. Gerade deshalb spielt der Hausnotruf für beide Personen eine wichtige Rolle, da er Hilfe sichert, für den Fall, dass diese gebraucht wird.

Aus der Sicht von Herrn T. hat sich das System seit langem bewährt – er musste auch schon den Notruf auslösen und der Betreuer vom Hausnotrufdienst ist sofort bei ihm gewesen. Da er eine Schlüsselhinterlegung vereinbart hat, ist ein Mitarbeiter des Hausnotrufdienstes im Falle eines Notrufs der Erste an Ort und Stelle.

Frau F. empfindet es als beruhigend, den Hausnotruf zu haben, wenn man alleine ist. Deshalb wird sie den Hausnotruf auch in die neue Wohnung mitnehmen. Den Funksender trägt sie immer bei sich und fühlt sich damit sicher. Eine Alternative hierzu kann sie sich nicht vorstellen, da ihr beispielsweise ein Handy bei einem gebrochenen Arm keine Hilfe sein würde. Abgesehen davon ist sie generell keine Befürworterin von Handys. Tritt ein Notfall ein, betätigt Frau F. den Funksender.

Der Hausnotruf ist damit ein entscheidender Faktor, der das Leben in einer Privatwohnung ermöglicht.

Betrachtet man die Situation von Frau F. noch einmal genauer, wird deutlich, dass bei ihrem Krankheitsbild eine stationäre Pflege früher oder später notwendig sein könnte.¹⁵ Die Kosten, die im Fall einer vollstationären Pflege entstehen, würden jedoch einen deutlichen finanziellen Mehraufwand für Frau F. bedeuten.

¹⁵ Da Herr T. derzeit in keine Pflegestufe eingestuft ist, ist die vollstationäre Pflege keine Alternative für ihn.

Dies verdeutlicht die folgende Tabelle, in der die derzeitige Situation von Frau F. einer möglichen vollstationären Pflege gegenübergestellt wird. Hierbei gehen wir von den vom Bundesamt für Statistik errechneten durchschnittlichen monatlichen Kosten für die vollstationäre Pflege im Jahr 2007 aus. Abweichungen zwischen den Bundesländern wurden hier nicht berücksichtigt, sind aber insbesondere zwischen den alten und den neuen Ländern erheblich¹⁶.

Modellrechnung 1: Monatliche Kosten für die vollstationäre Pflege im Vergleich zum Verbleib in einer (altersgerechten) Privatwohnung bei Pflegestufe II

Präferierte Wohnform: Altersgerechte Privatwohnung mit HNR		Kosten für die vollstationäre Pflege bei Pflegestufe II	
Übernahme durch Kostenträger			
Pflegevertretung nach §39 SGB XI (bewilligter Satz: 1.470€/Jahr für 61,5 Stunden)	122,50€	1.279€	Leistungen der Pflegeversicherung*
Pflegegeld (Betreuung durch die Tochter)	420,00€		
HNR gemäß SGB XI	17,90€		
Fahrten zu medizinischen Behandlungen (15,36€ pro Transport bei durchschnittlich 10 Transporten im Monat)	153,60€		
Arztkosten/Rezeptkosten	befreit	befreit	
Kosten von Frau F.			
HNR Serviceentgelt	14,54€	1.062€	Eigenleistung des Pflegeheimbewohners*
Haushaltshilfe	50€	367€	Durchschnittliche Zusatzkosten für den Pflegeheimaufenthalt*
Warmmiete	428€		
Stromkosten	30€		
Essen auf Rädern	105€		
Kosten für Lebensmittel	140€		
Summe privater Aufwand	767,54€	1.429€	Kosten beim Pflegeheimbewohner
Ersparnis ca.	661€		

* Berechnungen der durchschnittlichen Preise für 2007, Bundesamt für Statistik, Quelle: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/03/PD09__085__224.psm1¹⁷

Die obige Kostenaufgliederung zeigt, dass Frau F. monatlich etwa 661 Euro einsparen kann, wenn sie in der altersgerechten Privatwohnung mit Hausnotruf verbleibt.

¹⁶ Vgl. Bundesamt für Statistik: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/03/PD09__085__224,templateId=renderPrint.psm1.

¹⁷ Nähere Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung sind Anhang II zu entnehmen.

Da aufgrund ihres Gesundheitszustandes jedoch nicht davon auszugehen ist, dass sie bis zu ihrem Lebensende ohne stationäre Pflege auskommt, errechnen wir nun die Kostenersparnisse die entstehen würden, wenn Frau F. drei Monate sowie sechs Monate in ihrer Privatwohnung mit Hausnotruf verbleibt. Bereits bei einem Verbleib von drei Monaten könnte Frau F. 1.983 Euro einsparen, bei sechs Monaten sind es sogar 3.966 Euro und bei einem Jahr 7.932 Euro.

Die Fallbeispiele zeigen, dass der längere Verbleib in der häuslichen Umgebung durch die Nutzung des Hausnotrufs Kostenersparnisse auf Seiten der Nutzer und im Gesundheitswesen ermöglicht.

Exkurs: Finanzierung des Hausnotrufs

Die Pflegekassen übernehmen die „Sachleistung Hausnotrufsystem“, die alle notwendigen Komponenten enthält, die einen Pflegebedürftigen dazu in die Lage versetzen, einen Notruf abzugeben. Diese landläufig aber fälschlicherweise als „Basispaket“ bezeichnete Sachmittelleistung wird mit dem Anbieter direkt abgerechnet (Sachleistungsprinzip). Die Pflegekassen vergüten den Anbietern dabei eine einmalige Anschlussgebühr in Höhe von 10,49 Euro und eine monatliche Nutzungsgebühr von 18,36 Euro. Die Sachleistung umfasst:

- die leihweise Bereitstellung eines Hausnotrufsystems mit einer Selbsttestfunktion, einer Raumüberwachungsfunktion, einer Stromausfallsicherung und einem wasserdichten Funksender
- die Einweisung des Pflegebedürftigen und aller beteiligten Personen in die Bedienung der Geräte
- die Überprüfung der Betriebsbereitschaft des Gerätes und des Funksenders
- die einwandfreie Beschaffenheit und Funktionsfähigkeit des Hausnotrufsystems
- die unverzügliche Beseitigung von Mängeln
- die Programmierung des Gerätes
- den Anschluss an das Telefonnetz
- die Abstimmung eines Maßnahmenplans (Notfallplan)
- die Entgegennahme der Notrufe und die Einleitung der erforderlichen Maßnahmen¹⁸

¹⁸ Nähere Informationen sind Anhang I zu entnehmen.

Nutzer mit Pflegestufe können also die Sachleistung Hausnotrufsystem bei den Pflegekassen beantragen. Darüber hinaus gehende Leistungen müssen sie privat finanzieren. Die Gewährung dieser Sachleistung durch die Pflegekassen hängt im Wesentlichen davon ab, inwieweit der Pflegebedürftige die überwiegende Zeit des Tages auf sich allein gestellt und keine Hilfe in der Nähe ist. Ein genereller Anspruch auf diese Sachleistung besteht nicht.

Die Praxis zeigt, dass die Hälfte aller Nutzer des Hausnotrufs keine Pflegestufe besitzt und diesen demzufolge in den allermeisten Fällen privat finanziert. In Tabelle 4 ist ersichtlich, dass dies nach unserer Erhebung mehr als 50 Prozent der Nutzer betrifft. Etwa 17 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe finanzieren den Hausnotruf ebenfalls vollständig selbst. Somit ergeben sich in unserer Befragung ca. 69 Prozent der Nutzer, die den Hausnotruf privat finanzieren.

Ein sehr geringer Teil der Nutzer (in unserer Erhebung vier Prozent) ist in einer solch sozial schwierigen Lage, dass hier kommunale Unterstützungsleistungen greifen. Etwa 24 Prozent der Nutzer in unserer Befragung sind Pflegebedürftige mit einer Pflegestufe, die von ihrer zuständigen Pflegekasse die Sachleistung Hausnotrufsystem erhalten. Zusammen also weniger als ein Drittel der Nutzer (ca. 28 Prozent) erhalten eine Sachleistung oder eine andere Unterstützung für den Hausnotruf.

Betrachtet man ausschließlich die Befragten mit Pflegestufe (in unserer Befragung ca. 46 Prozent), so zeigt sich, dass 40 Prozent von diesen keine Kostenübernahme für den Hausnotruf durch die Pflegekasse erhalten. Aus unseren Fallstudien ist uns bekannt, dass Nutzer über die Finanzierungsmöglichkeiten oft keine Kenntnis haben oder aber die Kostenübernahme für den Hausnotruf durch die Pflegekasse nicht gewährt wird. Wir gehen davon aus, dass sich daraus der durchaus beachtliche Anteil von Pflegestufeninhabern ohne Kostenübernahme für den Hausnotruf ergibt. Hier wäre ein Rechtsanspruch sinnvoll. Diesen gibt es jedoch nicht und die Pflegekassen entscheiden von Fall zu Fall, ob eine Kostenübernahme gewährt wird. Sofern kein Antrag gestellt wird, werden die Pflegekassen ohnehin nicht aktiv.

Tabelle 4: Kostenübernahme durch die Pflegekasse für den Hausnotruf
 (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=304)

Nutzerprofil	Anzahl	in Prozent
Selbstzahler ohne Pflegestufe	157	52,0
Selbstzahler mit Pflegestufe	53	17,0
Kostenübernahme durch Pflegekasse (Nutzer mit Pflegestufe)	71	24,0
Kostenübernahme durch eine kommunale Einrichtung (Nutzer ohne Pflegestufe)	4	1,0
keine Angabe	19	6,0
Gesamt	304	100,0

Tab. 4: Erhalten Sie über die Pflegekasse eine Zuzahlung zum Hausnotruf?

Die Betrachtung der Nutzer nach ihrer Einkommenssituation zeigt eine deutlich höhere Inanspruchnahme der Sachleistung Hausnotrufsystem durch Menschen mit geringerem Einkommen. Je höher das Haushaltsnettoeinkommen ist, desto größer ist der Anteil derer, die den Hausnotruf selber finanzieren (Tabelle 5). In unserer Befragung gibt es unter den Probanden mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 3.700 Euro keinen einzigen Fall, der in eine Pflegestufe eingestuft ist und somit Anspruch auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse hätte. Umgekehrt steigt die Kostenübernahme durch die Pflegekasse mit sinkendem Haushaltsnettoeinkommen. Die Gruppe der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.100 Euro macht mit rund 28 Prozent den größten Anteil an Personen mit einer Kostenübernahme durch die Pflegekasse aus.

Einkommens-
abhängige
Schieflage in
der Nutzung
des Hausnot-
rufs

Tabelle 5: Kostenübernahme für den Hausnotruf nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen der Nutzer
 (Angaben in Prozent der Befragten, N=304)

Kostenübernahme	Einkommensgruppen		
	unter 1.100 Euro	1.100-3.700 Euro	mehr als 3.700 Euro
keine Kostenübernahme	43,0	59,0	100,0
Kostenübernahme durch eine Pflegekasse	28,0	21,0	0,0
Kostenübernahme durch eine kommunale Einrichtung	4,0	1,0	0,0
keine Kostenübernahme trotz Pflegestufe	17,0	17,0	0,0
weiß nicht	8,0	2,0	0,0

Tab. 5: Finanzierung des Hausnotrufs nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen

Da die Finanzierung des Hausnotrufs bei Anerkennung einer Pflegestufe vom Einkommen unabhängig ist, gibt es keinen inhaltlichen Zusammenhang zwischen den hier dargestellten Befunden. Die Ursache dafür liegt darin begründet, dass sich Personen mit hohem Einkommen deutlich häufiger für eine Anschaffung des

Hausnotrufs entscheiden, auch ohne einen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse zu haben. Personen mit niedrigeren Einkommen können aus wirtschaftlichen Gründen den Hausnotruf deutlich seltener aus eigener Tasche bezahlen. Sie sind auf Kostenübernahmen angewiesen. Pflegebedürftige ohne Pflegestufe und mit geringem Einkommen haben demzufolge geringere Zugangschancen zum Hausnotruf als solche mit hohem Einkommen. Hier ergibt sich eine soziale Schieflage, die durch gesetzliche Änderungen beseitigt werden sollte, um die Unterstützung für sozial Schwache zu ermöglichen.

4.2 Die Sicht der Angehörigen

Die Angehörigen können ebenfalls als Kundengruppe bezeichnet werden. Sie sind in die Entscheidung über die Anschaffung des Hausnotrufs in den allermeisten Fällen unmittelbar involviert. Gleichzeitig wird eines ihrer Grundbedürfnisse durch den Hausnotruf bedient: die Absicherung der allein gebliebenen Eltern oder unmittelbaren Verwandten und damit die Übernahme der Betreuungsverantwortung von den Angehörigen durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hausnotrufdienstes. Sie gelten deshalb auch als unmittelbare Erfahrungsträger.

4.2.1 Akzeptanz des Hausnotrufs

Auch die Angehörigen sind mit großer Mehrheit (86 Prozent) mit den Dienstleistungen des Hausnotrufs zufrieden. Die Hälfte der Befragten äußert sich sehr zufrieden und 35 Prozent sind damit eher zufrieden. Nur drei Prozent äußern das Gegenteil. Im Durchschnitt betrachtet sind Nutzer und Angehörige damit in etwa gleich zufrieden (Note durch die Nutzer: 1,4 und Note durch die Angehörigen: 1,5).

Gleich hohe Zufriedenheit bei Angehörigen und Nutzern

Tabelle 6: Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Hausnotruf
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=100)

	Anzahl	in Prozent
sehr zufrieden	51	51,0
eher zufrieden	35	35,0
teils, teils	1	1,0
unzufrieden	1	1,0
sehr unzufrieden	2	2,0
weiß nicht	9	9,0
keine Angabe	1	1,0
Gesamt	100	100,0

Tab. 6: Wie zufrieden sind Sie als Angehöriger mit dem Hausnotruf?

Die Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Angehörigen ist noch höher als durch die Nutzer (Tabelle 7). Fast ebenso viele Angehörige wie Nutzer, nämlich 46 Prozent, haben den Hausnotruf tatsächlich schon weiterempfohlen (Nutzer 48 Prozent) Jedoch würden fast doppelt so viele Angehörige (54 Prozent) den Hausnotruf potenziell weiterempfehlen (Nutzer 28 Prozent). Insgesamt betrachtet haben alle befragten Angehörigen damit ihre Unterstützung für den Hausnotruf ausgedrückt. Die ist ein deutliches Zeichen für die hohe Wertschätzung und Akzeptanz dieser Einrichtung.

Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Angehörigen leicht höher als durch die Nutzer

Tabelle 7: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Angehörigen
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=100)

	Anzahl	in Prozent
ja	46	46,0
bisher nicht, aber ich würde es tun	54	54,0
nein, ich würde den Hausnotruf nicht empfehlen	0	0,0
weiß nicht	0	0,0
keine Angabe	0	0,0
Gesamt	100	100,0

Tab. 7: Haben Sie als Angehöriger den Hausnotruf schon anderen Personen empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

4.2.2 Die sozialen Effekte

Worin besteht der Nutzen, den die Angehörigen sehen? Auch hier wurde zunächst offen gefragt (Abbildung 14). Als Hauptnutzen dominieren die gesundheitlichen Probleme der durch den Hausnotrufdienst betreuten Angehörigen (34 Prozent). Als zweitstärkstes Motiv fungiert mit rund 26 Prozent der Nennungen die Tatsache, dass die Nutzer allein lebend sind. Etwa 23 Prozent der Nennungen entfallen auf das Sicherheitsbedürfnis als entscheidenden Nutzen des Hausnotrufs. Fasst man zudem die Motive „zur Sicherheit“, „vorausgegangene Unfälle“ und „Sturzgefahr“ als Ausdruck für das Sicherheitsbedürfnis zusammen, dominiert dieses mit rund 37 Prozent.

Abbildung 14: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

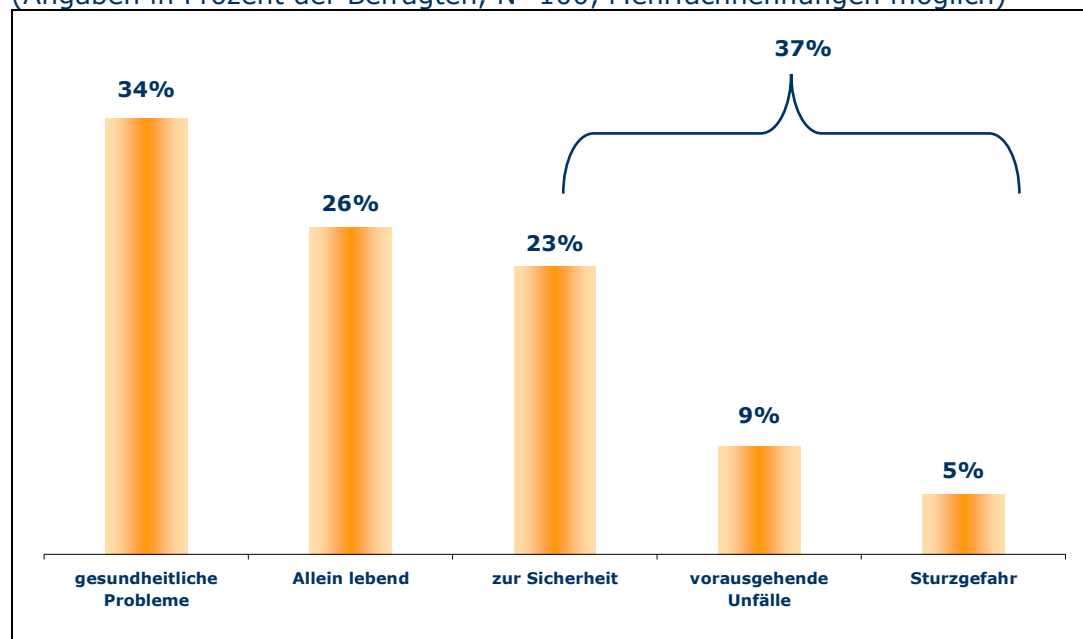


Abb. 14: Aus welchen Gründen haben Sie als Angehöriger die Anschaffung des Hausnotrufs unterstützt?

Die geschlossen gestellte Frage nach den Entscheidungsmotiven für den Hausnotruf zeigt ein ähnliches Bild wie bei den Nutzern (Abbildung 15). Im Vordergrund steht das Sicherheitsbedürfnis („Der Hausnotruf sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird“ und „Der Hausnotruf verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben“ und „Mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens“). Der Hausnotruf übernimmt die Rolle, die Angehörige aus den verschiedensten Gründen – meist berufliche Belastung und räumliche Trennung – nicht übernehmen können. Dabei spielt es aber für die meisten Angehörigen (65 Prozent) auch eine Rolle, dass die Nutzer in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung verbleiben können.

Sicherheit und Verbleib in der gewohnten häuslichen Umgebung sind der dominante Nutzen

Abbildung 15: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen (geschlossene Frage mit Antwortvorgaben)
(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

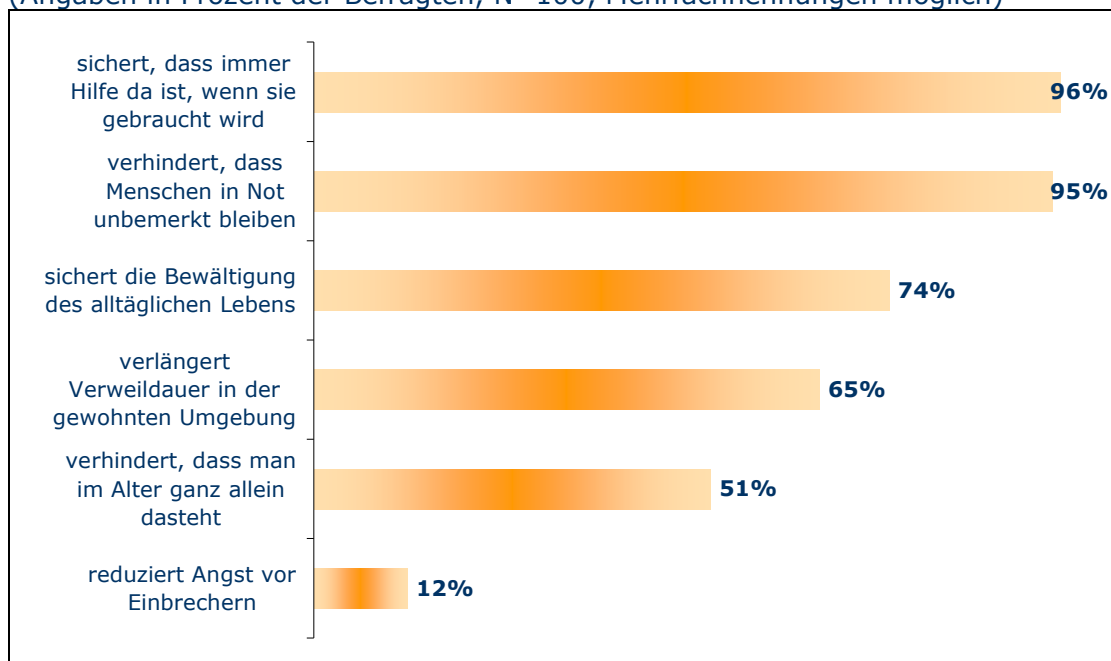


Abb. 15: Welche Gründe haben für Sie als Angehöriger vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf beigetragen?

4.2.3 Die wirtschaftlichen Effekte

Auch die Angehörigen der Nutzer bestätigen, dass ohne den Hausnotruf eine Herauslösung ihrer Familienmitglieder aus der gewohnten Umgebung notwendig gewesen wäre (Abbildung 16). In diesem Fall hätten alternative Betreuungsformen gefunden werden müssen, die zumeist kostenintensiver gewesen wären. Genannt werden von den Angehörigen hier die private Finanzierung anderer Betreuungsleistungen (33 Prozent), der Umzug in eine betreute Wohnform (27 Prozent), in ein Senioren- bzw. Pflegeheim (22 Prozent), in eine barrierefreie Wohnung (14 Prozent) oder der Umzug zu Verwandten (12 Prozent).

Fasst man die verschiedenen Umzugsvarianten zusammen, wäre für 75 Prozent der angehörigen Nutzer die Herauslösung aus der gewohnten Umgebung die Folge gewesen. Zudem geben 23 Prozent der Angehörigen längere Krankenhausaufenthalte als Folge der Nichtnutzung des Hausnotrufs an. Diese Aussage deckt sich mit der Sicht der Nutzer.

Abbildung 16: Folgen der Nichtanschaffung des Hausnotrufs aus Sicht der Angehörigen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

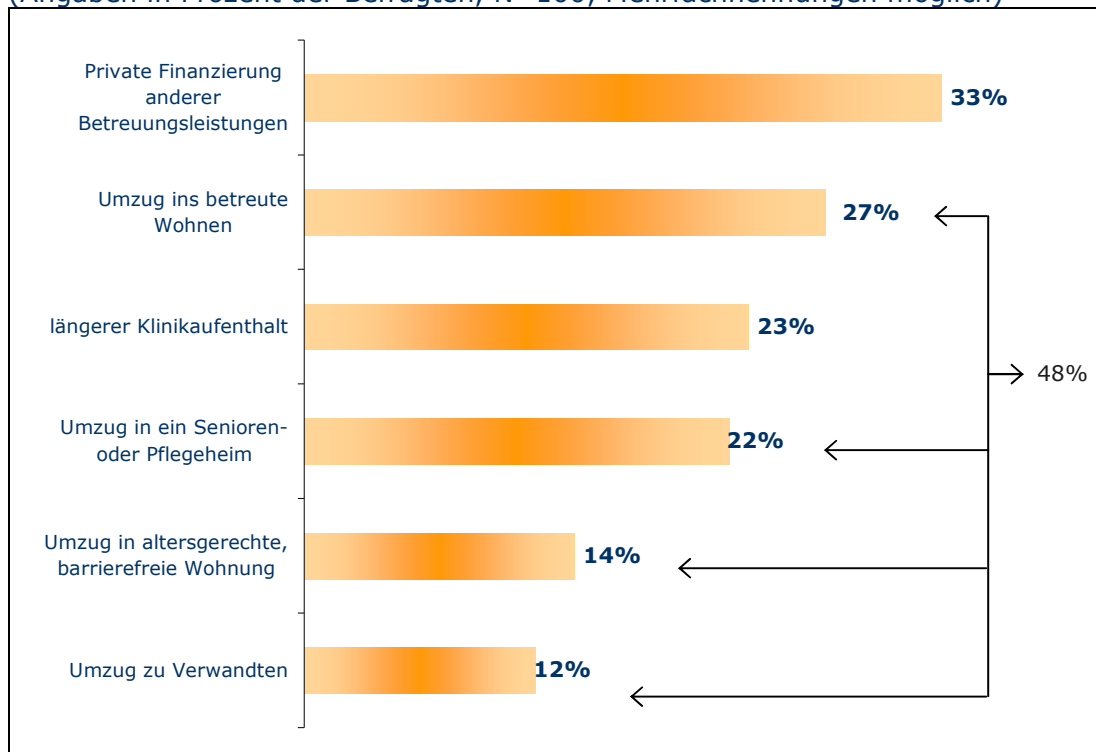


Abb. 16: Welche Folgen hätte eine Nichtanschaffung des Hausnotrufs für Ihren Angehörigen gehabt?

Bewusst darüber, dass eine direkte Kostenersparnis durch die Nutzung des Hausnotrufs eintritt, sind sich 35 Prozent der Angehörigen (Tabelle 8). In den offenen Nennungen, in denen die Angehörigen die Kostenersparnis genauer beschreiben, werden Ersparnisse zwischen 500 und 1.400 Euro monatlich vermutet.

Tabelle 8: Kosteneinsparung auf Seiten der Nutzer
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=100)

	Anzahl	in Prozent
ja	35	35,0
nein	55	55,0
weiß nicht	9	9,0
keine Angabe	1	1,0
Gesamt	100	100,0

Tab. 8: Meinen Sie, dass der Hausnotruf geeignet ist, Kosten Ihres Angehörigen einzusparen?

4.3 Effekte aus Sicht die Nichtnutzer

Befragte, die sich vorstellen könnten, den Hausnotruf zu nutzen, aber dies bisher noch nicht tun, sehen den vorrangigen Nutzen darin, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird (rund 93 Prozent aller Befragten) und dass sie in Notsituationen nicht unbemerkt bleiben (rund 89 Prozent). Ein dritter relevanter Nutzeffekt wird darin gesehen, dass man möglichst lange in seiner gewohnten Umgebung verbleiben kann (81 Prozent). Dass der Hausnotruf die Angst vor Einbrüchen reduzieren kann, ist für die bisherigen Nichtnutzer des Hausnotrufs von untergeordneter Bedeutung (Abbildung 17).

Hausnotruf zur Verlängerung der Verweildauer in der gewohnten häuslichen Umgebung durch sofort abrufbare Hilfe

Abbildung 17: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Nichtnutzer (geschlossene Frage mit Antwortvorgaben)

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich, N=104)

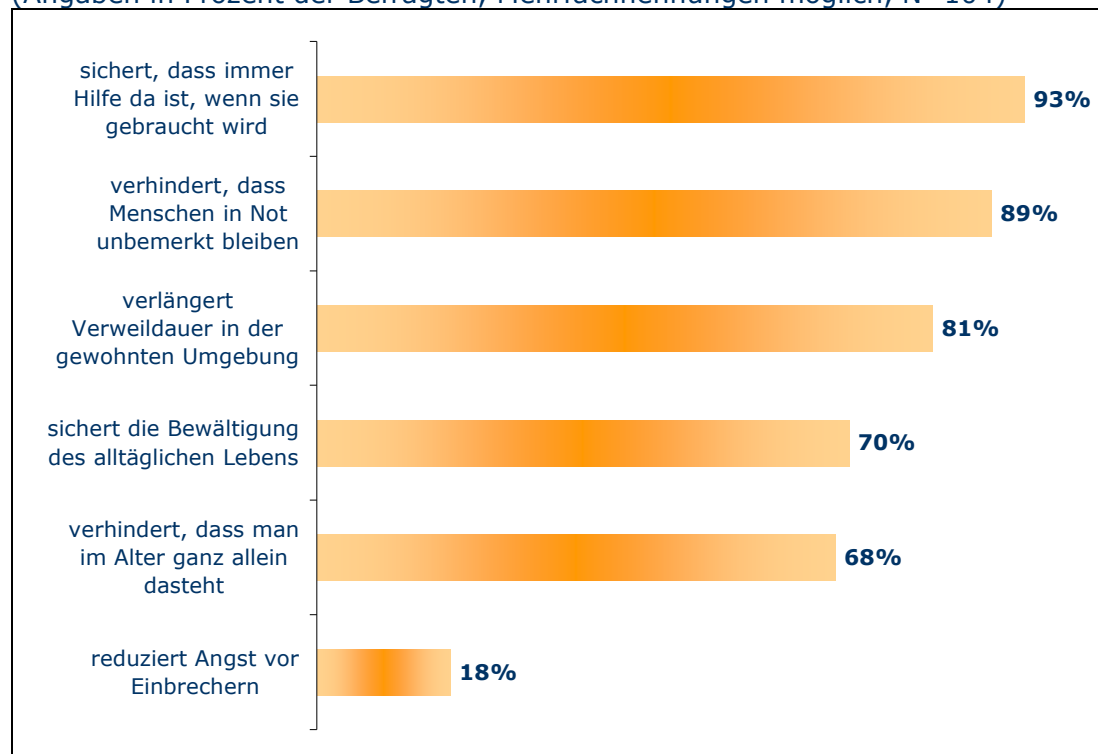


Abb. 17: Welche Gründe würden für Sie als Nichtnutzer vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf beitragen?

Die Abbildung macht deutlich, dass sich die Entscheidungsmotive der Nichtnutzer weitestgehend mit den Gründen für die Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Nutzer und der Angehörigen decken. Dies macht deutlich, dass auch Personen, die den Hausnotruf bisher nicht nutzen, die Vorteile, die dieser mit sich bringt, kennen. Die Bekanntheit des Hausnotrufs ist also auch über den Kreis der Nutzer hinaus gegeben.

5. „Ambulant vor Stationär“ – Die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen

Um die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen und die nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung im Bereich der Pflege einschätzen zu können, eignen sich Befragungen von Nutzern, deren Angehörigen und Senioren, die den Hausnotruf derzeit noch nicht nutzen, nur teilweise. Deshalb empfiehlt es sich, zusätzlich Meinungen von Experten aus dem Gesundheitswesen einzuholen. Als solche Experten sehen wir die Pflegekassen, die kommunalen Einrichtungen, die ambulanten Pflegedienste, Sozialdienste der Kliniken und Hausärzte. Sie haben in ihrer beruflichen Tätigkeit mit dem Thema Pflege zu tun und kommen somit auch mit dem Hausnotruf in Berührung. Zudem fungieren sie als Multiplikatoren, d.h. sie bieten den Hausnotruf zwar nicht selber an, verstehen sich aber als unabhängige, fachkompetente Erfahrungsträger, die den Hausnotruf weiterempfehlen und über seinen Nutzen informieren können. Darüber hinaus besitzen sie einen ausgeprägten Überblick über die Lage in ihrem Wirkungsbereich und können somit einschätzen, welche Effekte der Hausnotruf für das Gesundheitswesen hat. Aus diesem Grund wird im ersten Teil des folgenden Kapitels die Sicht der Experten des Gesundheitswesens dargestellt. Zunächst wird es hierbei eine zusammenfassende Betrachtung über alle genannten Expertengruppen hinweg geben. Anschließend werden die einzelnen Gruppen bezüglich ausgewählter Themen zudem getrennt voneinander betrachtet.

Im zweiten Teil dieses Kapitels werden schließlich die Erfahrungen der Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen untersucht. Gerade sie haben durch ihre tägliche Arbeit mit den Nutzern des Hausnotrufs praktische Erfahrungen, die von Bedeutung sind. Auch die Anbieter verstehen sich als Experten. Vor dem Hintergrund der Dienstleistungserbringung werden sie jedoch separat von der erstgenannten Gruppe betrachtet.

5.1 Die Sicht der Experten des Gesundheitswesens

Betrachtet man die Meinungen der Expertengruppen bezüglich der Einsparungspotenziale durch den Hausnotruf zusammengefasst, wird deutlich, dass diese Gruppe vor allem für das Gesundheitswesen Einsparungseffekte sieht (Abbildung 18). Etwa zwei Drittel der befragten Experten sind dieser Auffassung. Auch auf der Seite der Hausnotrufnutzer werden Einsparungsmöglichkeiten gesehen. Dies geben jedoch lediglich 38 Prozent der befragten Experten an.

Abbildung 18: Kosteneinsparung durch Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Experten des Gesundheitswesens
(Angaben in Prozent der Befragten, N=100)

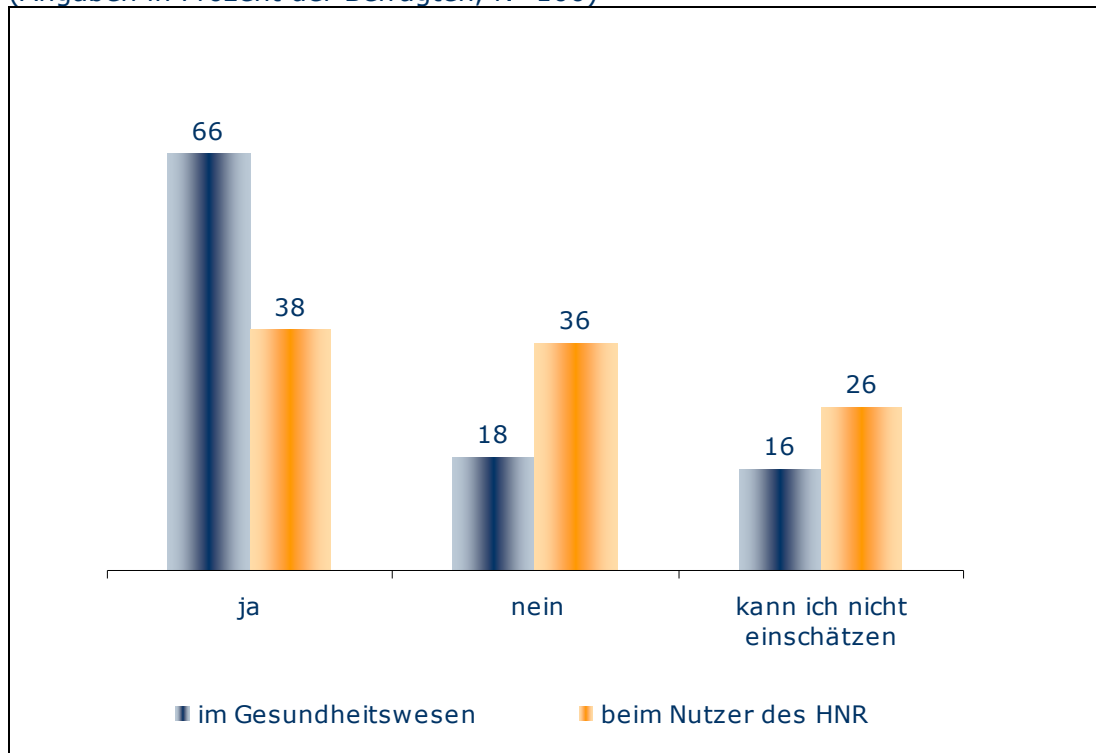


Abb. 18: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem bzw. bei den Nutzern des Hausnotrufs einzusparen?

Die Leistungsbereiche, in denen im Gesundheitswesen durch den Einsatz des Hausnotrufs gespart werden kann, sind in Abbildung 19 dargestellt. Diese Einsparungsfelder wurden anhand einer offenen Frage, also ohne Antwortvorgaben, ermittelt. Demnach sehen 14 Prozent der befragten Experten vor allem in der Einsparung von längeren Krankenhausaufenthalten und den damit anfallenden Kosten positive Effekte durch den Hausnotruf. Notarzteinsätze und Folgeschäden, beispielsweise durch Stürze, sowie Pflegeheimaufenthalte werden darüber hinaus von den befragten Experten genannt.

Abbildung 19: Einsparungsmöglichkeiten durch Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Experten des Gesundheitswesens (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich, N=100)

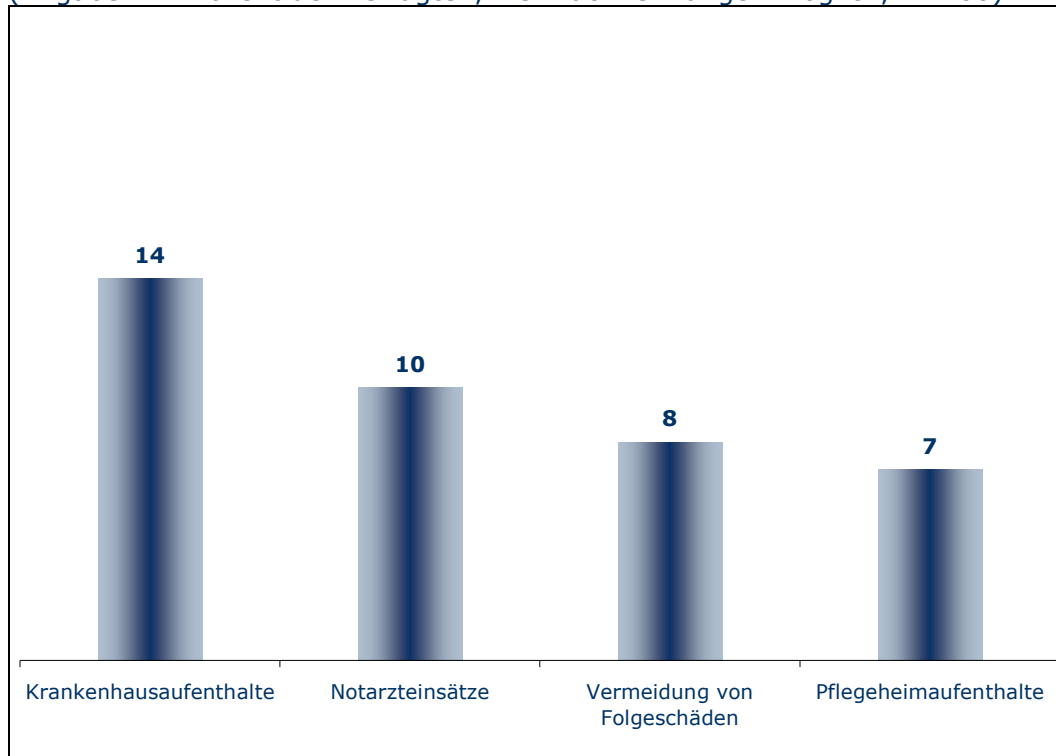


Abb. 19: In welchen Fällen werden Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem eingespart?

Dass Krankenhausaufenthalte und Notarzteinsätze relativ häufig von den Experten genannt werden, hängt wahrscheinlich mit der normalerweise einsetzenden Versorgungskette zusammen, die in Gang kommt, wenn per Telefon der Notarzt oder der Rettungsdienst und nicht der Hausnotruf angewählt wird. Nach einer ersten medizinischen Versorgung wird der Patient meistens zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus eingewiesen. Diese häufig recht kostenintensive Versorgungskette kann durch den Hausnotruf unterbrochen werden. Ein Nutzer, der sich in einer Notsituation befindet, betätigt den Notrufknopf an seinem Hausnotrufgerät. Der Notruf geht bei der Hausnotrufzentrale ein, durch welche die Situation eingeschätzt wird. Die Entscheidung, was dann zu tun ist, fällt oft differenzierter aus und endet nicht unmittelbar in einem Notarzteinsatz und einer Einweisung in ein Krankenhaus. Der Hausnotruf stellt aber sicher, dass Notarzt und Rettungsdienst bei schwerwiegenden medizinischen Notfällen verständigt werden. Zudem ermöglicht die Hilfekette, die nach Betätigen des Funkfingers ausgelöst wird, dass eine vertraute Person beim Nutzer des Hausnotrufs eintrifft (beispielsweise ein Angehöriger, der zuständige Pflegedienst oder Mitarbeiter des Hausnotrufsdienstes).

Weitere Gründe, die aus Sicht der Experten für den Hausnotruf sprechen, hängen mit der Erhaltung der gewohnten Lebenswelt zusammen. 78 Prozent der Experten geben an, dass die Verweildauer in der gewohnten Umgebung durch den Hausnotruf eher möglich ist als ohne diesen. 61 Prozent sehen durch den Hausnotruf zudem eine bessere Gewährleistung der Bewältigung des alltäglichen Lebens. Beide Aspekte steigern das Sicherheitsgefühl der Nutzer und helfen ihnen, Aufgaben und Verantwortung im persönlichen Lebensbereich länger persönlich wahrzunehmen.

Abbildung 20: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Experten des Gesundheitswesens
(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich, N=100)

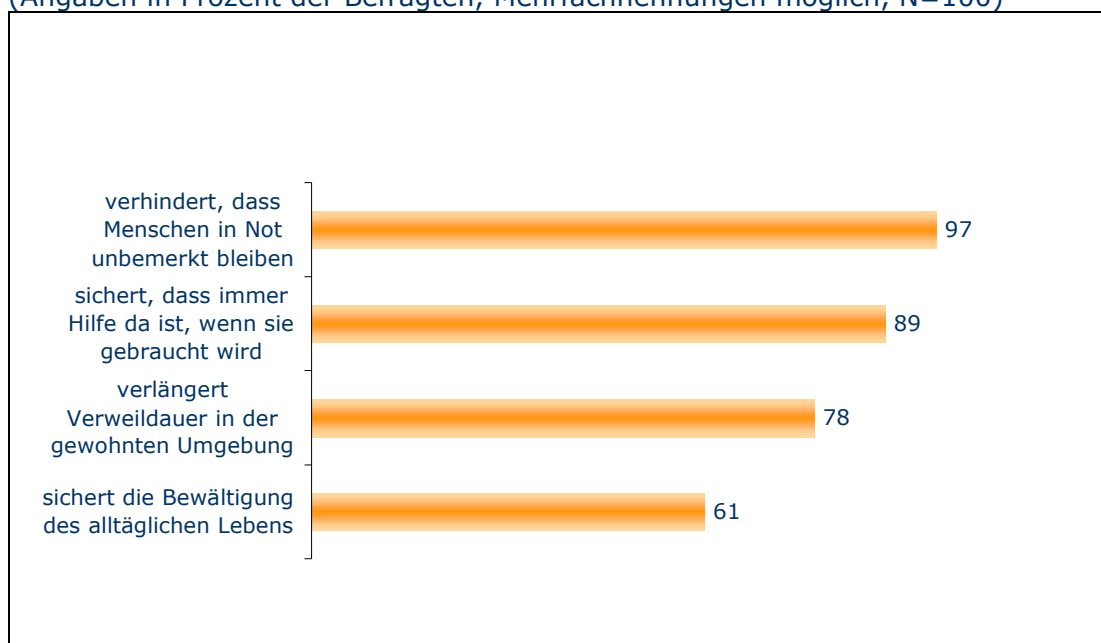


Abb. 20: Welche Gründe tragen für Sie vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

Auch in unserer Fallstudie wurde die längere Verweildauer in der gewohnten häuslichen Umgebung als entscheidender Nutzen des Hausnotrufs thematisiert. Sowohl eine Vertreterin der kommunalen Beratungsstelle, die im Folgenden auszugsweise zitiert wird, als auch ein Hausarzt haben diesen Aspekt unabhängig voneinander im Interview angesprochen.

(Auszug aus der Fallstudie von 10.07.2009)

Für die kommunale Beraterin Frau U. liegt ein wesentlicher Nutzen des Hausnotrufs in der Verlängerung der Verweildauer in der privaten Umgebung der eigenen Wohnung. Damit sind nicht nur die Vorteile der sozialen Integration verbunden, sondern auch die möglichst lange Erhaltung der Selbständigkeit und der Selbstversorgungsfähigkeit, was sich auf die gesamte Psyche der Betroffenen positiv auswirkt, selbst wenn in manchen Fällen die betreuende Person des Hausnotrufdienstes die einzige Kontaktperson ist. „Also da es sowieso schon schwierig ist im Alter sich mit der Situation zu arrangieren, in ein Heim oder ein betreutes Wohnen gehen zu müssen, und die meisten älteren Leute, die mir bekannt sind, auch anstreben, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, ist der Nutzen durchaus sehr groß. Ist der Nutzen für mich sehr groß. Also ich denke, man kann damit verhindern, dass Menschen schneller in stationäre Einrichtungen gehen müssen, aus Angst zu Hause nicht mehr klar kommen zu können. Weil die Motivation, sich selbst zu versorgen, bei vielen noch da ist, aber die Ängste, dass, wenn keine Hilfe da ist, wenn etwas passiert, doch letztendlich die Entscheidung schneller doch in Richtung Heimaufnahme oder so ist. Also ich erlebe, dass so viele länger geistig aktiv bleiben, die noch motiviert sind sich zu versorgen, also die, die Motivation haben, sich zu versorgen und sich da auch bemühen. Und der Abbau im Heim geht dann immer relativ schnell. Also das ist meine Erfahrung“ (kommunale Beratungsstelle, Frau U).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die von uns untersuchten Experten des Gesundheitswesens größtenteils Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen sehen, die vorrangig in kürzeren Krankenhausaufenthalten, der Vermeidung von Notarzteinsätzen sowie der Verzögerung von Pflegeheimaufenthalten gesehen werden. Bezüglich der Gründe für diese Einsparmöglichkeiten sind sich die Experten weitgehend einig. Für sie spielen die längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung sowie die Tatsache, dass durch den Hausnotruf verhindert werden kann, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben, eine wichtige Rolle.

Bezüglich der Einsparmöglichkeiten auf Seiten der Nutzer sind die Experten eher unschlüssig. Ein Großteil kann nicht einschätzen, ob auch für den Nutzer Kostenersparnisse entstehen.

Für einen detaillierten Überblick über die Ansicht der Experten ist im Anhang III die Einschätzung einer jeder Expertengruppe bezüglich der Einsparungspotenziale des Hausnotrufs einzeln dargestellt.

5.2 Die Sicht der Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen

Die Anbieter des Hausnotrufs ähneln in ihren Ansichten über die Effekte des Hausnotrufs den Expertengruppen. Auch sie schätzen den Einsparungseffekt, den der Hausnotruf ermöglicht, für das Gesundheitswesen höher ein als für den Nutzer selbst (vgl. Tabelle 9 und 10). Jedoch erkennen mit einem Anteil von 44 Prozent deutlich mehr Anbieter Kosteneinsparungen auf Seiten der Nutzer, als dies bei den befragten Experten der Fall ist (Tabelle 10).

Tabelle 9: Kosteneinsparung für das Gesundheits- und Sozialsystem

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=57)

	Anzahl	in Prozent
ja	33	58,0
nein	15	26,0
kann ich nicht einschätzen	9	16,0
Gesamt	57	100,0

Tab. 9: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem einzusparen?

Tabelle 10: Kosteneinsparung auf Seiten der Nutzer

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

	Anzahl	in Prozent
ja	25	44,0
nein	20	35,0
kann ich nicht einschätzen	12	21,0
Gesamt	57	100,0

Tab. 10: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten beim Nutzer einzusparen?

Die Anbieter des Hausnotrufs sehen aus ihren praktischen Erfahrungen heraus Einsparmöglichkeiten in der Vermeidung von Krankenhausaufenthalten sowie der Verzögerung des Übergangs in die stationäre Betreuung. Zudem benennen 21 Prozent auch die Vermeidung von behandlungsintensiven Folgeschäden. Im Unterschied zu den Experten sehen nur vier Prozent der Anbieter Einsparmöglichkeiten bei Notarzteinsätzen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Einsparungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen durch Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Anbieter (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, die Einsparmöglichkeiten sehen, Mehrfachnennungen möglich, N=33)

	Anzahl	in Prozent
Vermeidung von Krankenhausaufenthalten	11	33,0
Verzögerung Übergang ins Pflegeheim	10	30,0
Vermeidung von Folgeschäden	6	18,0
Vermeidung von Notarzteinsätzen	1	3,0
keine Angabe	5	16,0
Gesamt	33	100,0

Tab. 11: In welchen Fällen werden durch den Hausnotruf Kosten für das Gesundheitswesen eingespart?

Wie die Experten des Gesundheitswesens sehen auch die Anbieter des Hausnotrufs deutlich weniger Einspareffekte beim Nutzer. Hier wird jedoch zusätzlich die Vermeidung von Notarzteinsätzen als Einsparpotenzial genannt. Dies hängt mit der weiter oben beschriebenen Hilfekette zusammen, die der Hausnotrufdienst mit den Nutzern in einem Nothilfeplan vereinbart. Dieser impliziert eine differenzierte Hilfe, die nicht in jedem Fall zum Notarzteinsatz führen muss.

(Auszug aus der Fallstudie von 10.07.2009)

Aus Sicht von Herrn T. hat sich das System seit langem bewährt. Er musste auch schon den Notruf auslösen und die Johanniter sind sofort bei ihm gewesen. Da er eine Schlüssel hinterlegung vereinbart hat, sind die Johanniter im Falle eines Notrufs die Ersten an Ort und Stelle. Im Notfallplan, der regelmäßig aktualisiert werden muss, wurden zum Zeitpunkt der Installation des Notrufs alle Personen sowie die Reihenfolge ihrer Benachrichtigung im Falle eines Notrufs vereinbart und festgelegt.

Tabelle 12: Einsparungsmöglichkeiten bei den Nutzern des Hausnotrufs aus Sicht der Anbieter (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, die Einsparmöglichkeiten sehen, Mehrfachnennungen möglich, N=25)

	Anzahl	in Prozent
Vermeidung von Notarzteinsätzen	5	20,0
Verzögerung Übergang ins Pflegeheim	4	16,0
Vermeidung von Krankenhausaufenthalten	2	8,0
Vermeidung von Pflegedienstleistungen	2	8,0
Keine Angabe	12	48,0
Gesamt	25	100,0

Tab. 12: In welchen Fällen werden durch den Hausnotruf Kosten für den Nutzer eingespart?

Auch die Gründe, die für die Anschaffung des Hausnotrufs sprechen, gleichen denen der übrigen Expertengruppen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Anbieter
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=57, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	57	100,0
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	56	98,0
verlängert Verweildauer in der gewohnten Umgebung	49	86,0
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	43	75,0

Tab. 13: Welche Gründe tragen für Sie als Anbieter vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

Experten wie Anbieter sehen also aus ihren täglichen Erfahrungen heraus, durch den Einsatz des Hausnotrufs, Einsparmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Diese liegen insbesondere in der Verzögerung oder gar Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und stationärer Betreuung.

Im folgenden Abschnitt werden wir versuchen, die monetären Effekte, die sich durch die Nutzung des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen ergeben, genauer abzuschätzen.

5.3 Die monetären Einsparungseffekte im Einzelfall

Wie hoch sich die Einsparungseffekte monetär auswirken, darauf will sich keiner der befragten Experten festlegen. Zu individuell sind die bedürftigen Personen mit ihren Krankheitsbildern und -verläufen. Zudem unterliegen die Kostenstrukturen sowie die Preise für die einzelnen Leistungen einer hohen Dynamik. Vergleichbare Hochrechnungen sind daher nur schwer möglich. Alle wissen, dass der Hausnotruf viele Vorteile für das Gesundheitswesen bringt, aber quantifizierbar sind diese eher weniger.

Ein exakter Nachweis wäre nur möglich, in dem eine Langzeitvergleichsstudie durchgeführt würde, in der Patienten ohne Nutzung des Hausnotrufs mit Nutzern über mehrere Jahre verglichen würden. Über standardisierte Vergleichsverfahren könnten die Effekte in den Lebens- und Krankheitsverläufen beobachtet und bewertet werden. Dies war jedoch nicht Gegenstand dieser Studie.

Wir wollen dennoch versuchen, an Simulationsrechnungen zu illustrieren, wie hoch monetäre Einsparungseffekte sein könnten. Wir stützen uns bei unseren Berechnungen auf Daten des Bundesamtes für Statistik und des Bundesministeriums für Gesundheit¹⁹. Darüber hinaus legen wir, wie bereits im Kapitel 4.1.3, den Fall von Frau F. zugrunde, den wir im Rahmen der Fallstudie im Frühjahr 2009 untersucht haben. An dieser Stelle sei die Situation von Frau F. noch einmal kurz skizziert, um den Hintergrund der nachfolgenden beispielhaften Berechnung zu verdeutlichen.

Lebenssituation

Frau F. ist 53 Jahre und lebt seit 2008 in Weimar. Sie hatte früher eine eigene Kanzlei, bei der sie heute noch Gesellschafterin ist. Früher war sie Leistungssportlerin, zum Ausgleich malt sie heute.

Krankheitsgeschichte

1990 wurde bei ihr eine fortgeschrittene Osteoporose diagnostiziert. Seither hatte sie viele Knochenbrüche. Zudem leidet sie unter Inkontinenz, Depressionen sowie Angstzuständen und Panikattacken. Frau F. hat Pflegestufe II und erhält damit Unterstützungsleistungen nach dem SGB XI.

Unterstützungssystem

Frau F. hat ein gutes Verhältnis zu ihren beiden Kindern und wird gut von ihnen unterstützt. Ihre Tochter wohnt in der Nähe und übernimmt teilweise die Pflege ihrer Mutter. Momentan plant sie den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, da ihr in ihrem jetzigen Haus (betreutes Wohnen) die Privatsphäre fehlt.

Da Frau F. allein lebt und ihre berufstätige Tochter nicht ständig erreichbar ist, kann die Pflege durch die Tochter nur in Kombination mit dem Hausnotruf umgesetzt werden. Dies bietet ihr eine optimale Betreuung und steigert ihr Sicherheitsgefühl. Zudem wird es Frau F. ermöglicht, in einer Wohnumgebung zu leben, in der gleichaltrige Personen in der Nachbarschaft wohnen. Diese Situation würde sie in einem Pflege- oder Seniorenheim nicht vorfinden, was nach ihren eigenen Angaben, eine enorme Einschränkung an Lebensqualität für sie bedeuten würde. Die Darstellung des Falles von Frau F. macht sehr deutlich, dass der Hausnotruf den Verbleib im häuslichen Umfeld sichert und den Einzug in eine Pflegeheim vermeidet oder zumindest verzögert.

Auch für die Kostenträger bringt die Kombination von Hausnotrufnutzung und der Pflege durch Angehörige finanzielle Vorteile mit sich. Am Beispiel von Frau F. wird im Folgenden dargelegt, welche Einsparungen sich für die Pflegekasse durch die Hausnotrufnutzung ergeben. (Modellrechnung 2).

¹⁹ Vgl.: Bundesamt für Statistik: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/03/PD09__085__224,templateId=renderPrint.psml und http://www.bmg.bund.de/cln_100/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/GesetzlicheKrankenversicherung/Geschaeftergebnisse/leistungsfaelle_2007__templateId=raw,property=publicationFile.pdf/leistungsfaelle_2007.pdf.

Modellrechnung 2: Monatliche Kosten für die vollstationäre Pflege im Vergleich zum Verbleib in einer (altersgerechten) Privatwohnung bei Pflegestufe II mit Pflege durch Angehörige

Präferierte Wohnform: Altersgerechte Privatwohnung mit HNR		Kosten für die vollstationäre Pflege bei Pflegestufe II	
Übernahme durch Kostenträger			
Pflegevertretung nach §39 SGB XI (bewilligter Satz: 1.470€/Jahr für 61,5 Stunden)	122,50€	1.279€	Leistungen der Pflegeversicherung*
Pflegegeld (Betreuung durch die Tochter)	420,00€		
HNR gemäß SGB XI	17,90€		
Summe des Aufwands für die Kostenträger	560,00€	1.279€	Summe des Aufwands für die Kostenträger
Ersparnis ca.	718,60€		

Die Modellrechnung macht deutlich, dass die Nutzung einer barrierefreien Privatwohnung mit Hausnotruf und Pflege durch Angehörige im Fall von Frau F. für die Pflegekasse eine monatliche Einsparung von 718,60 Euro gegenüber einem Pflegeheimaufenthalt bedeutet. Im Fall von Frau F. verzögert die Hausnotrufnutzung den Einzug in ein Pflegeheim deutlich. Die Einsparungen für die Pflegekasse sind dabei sehr hoch (Abbildung 21).

Abbildung 21: Einsparungseffekte im Fall von Frau F. bei Verzögerung des Übergangs in ein Pflegeheim

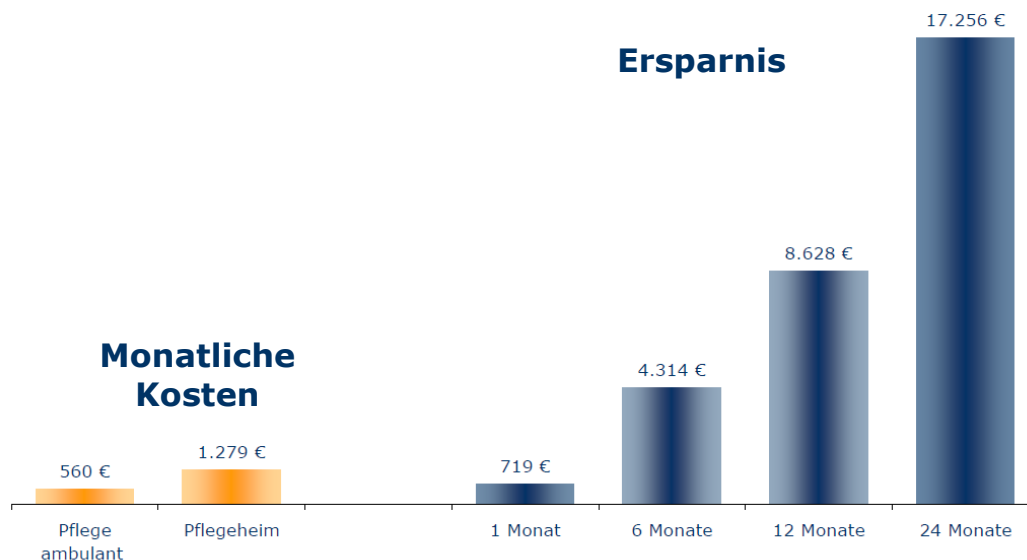


Abb. 21: Einsparungen bei Verzögerung des Pflegeheimübergangs

5.4 Mögliche Einsparseffekte für die Pflegekassen

Im Folgenden abstrahieren wir von dem konkreten Beispiel von Frau F. und stellen eine weitere Modellrechnung an (Modellrechnung 3). Hierfür gehen wir von Pflegebedürftigen aus, die in Pflegestufe I, II und III im ambulanten Bereich eingestuft sind. Die Modellrechnung zeigt zum einen die Leistungen, die ein Pflegebedürftiger mit Pflegestufe I, II oder III erhält, wenn er ambulant durch einen Pflegedienst gepflegt wird oder wenn er Pflege durch einen Angehörigen erhält. Den Leistungsempfängern im ambulanten Bereich stehen seit der letzten Reform der Pflegeversicherung deutlich höhere Beträge für Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege oder die zusätzlichen Betreuungsleistungen zu. Die Kosten für diese Leistungen spielen bei den Ausgaben der Pflegekassen bisher aber nur eine nachgeordnete Rolle. So lag der Anteil der Leistungsausgaben der Pflegekassen 2007 (nur für den ambulanten Versorgungsbereich) für Urlaubspflege bei 3%, für Tages- und Nachtpflege bei 1%, für zusätzliche Betreuungsleistungen bei 0,5 %, für Kurzzeitpflege bei 3% und für Pflegehilfsmittel bei 5%. Der Anteil für die soziale Sicherung von Pflegepersonen lag bei 10%. Der Kostenanteil für diese zusätzlichen Leistungen lag 2007 damit insgesamt bei ca. 22%.²⁰ Der Durchschnittswert pro Leistungsempfänger lag bei 1.146 Euro pro Jahr (ca. 100 Euro pro Monat). Im Jahr 2009 haben sich diese Anteile an den Gesamtausgaben im Vergleich kaum erhöht.²¹ In der Modellrechnung werden neben den reinen Sach- oder Geldleistungen (gültige Sätze ab 01.01.2010) die durchschnittlichen Kosten für die genannten zusätzlichen Leistungen mit kalkuliert. Zum anderen sind die Kostenersparnisse gegenüber einer stationären Pflege des Pflegebedürftigen dargestellt.

²⁰ Vgl. „Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 1995-2008“ Quelle: http://www.bmg.bund.de/cIn_169/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/xls-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung-Ist-Ergebnisse.html

²¹ Vgl.: „Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2009“ Aus: http://www.bmg.bund.de/cIn_160/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-09-04-10-Anlage,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-09-04-10-Anlage.pdf

Modellrechnung 3: Beispielrechnung bei Pflegestufe I, II und III

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Monatliche Kosten für einen Pflegebedürftigen bei stationärer Pflege	1.023,00 €	1.279,00 €	1.510,00 €
Monatliche Kosten für einen Pflegebedürftigen mit ambulantem Pflegedienst (Pflegesachleistung)			
Pflegesachleistung	440,00 €	1040,00 €	1510,00 €
Durchschnitt zusätzliche Leistungen	100,00 €	100,00 €	100,00 €
Hausnotruf ²²	18,36 €	18,36 €	18,36 €
Kosten gesamt	558,36 €	1158,36 €	1628,36 €
Monatliche Kostenersparnis im Vergleich zur stationären Pflege	464,64 €	120,64 €	-118,36 €
Monatliche Kosten für einen Pflegebedürftigen bei Pflege durch einen Angehörigen (Pflegegeldleistung)			
Pflegegeld	225,00 €	430,00 €	685,00 €
Durchschnitt zusätzliche Leistungen	100,00 €	100,00 €	100,00 €
Hausnotruf	18,36 €	18,36 €	18,36 €
Kosten Gesamt	343,36 €	548,36 €	803,36 €
Monatliche Kostenersparnis im Vergleich zur stationären Pflege	679,64 €	730,64 €	706,64 €

Die Modellrechnung macht deutlich, dass die ambulante Versorgung gegenüber der stationären Pflege fast immer die kostengünstigere Versorgungsform darstellt: Es ergeben sich sowohl bei der Pflege durch ambulante Pflegedienste und insbesondere bei der Pflege durch Angehörige erhebliche monatliche Kosteneinsparungen von 464,64 Euro bzw. 679,64 Euro bei Pflegestufe I und von 120,64 Euro bzw. 730,64 Euro bei Pflegestufe II für die Pflegekassen pro Pflegebedürftigen. Nur in der Pflegestufe III ist die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten Versorgung (Sachleistung) die kostengünstigere Variante. Während hier die ambulante Versorgung 118,36 Euro teurer ist, ergibt sich bei der Pflege durch Angehörige eine monatliche Einsparung von 706,64 Euro pro Monat.

Wir ziehen nun die Pflegestatistik aus dem Jahr 2007²³ heran, die angibt, wie viele Personen deutschlandweit in der häuslichen Umgebung und in welchen Pflegestufen gepflegt wurden. 2007 gab es in der Bundesrepublik 903.373 Pflegebedürftige mit Pflegestufe I, die im häuslichen Umfeld gepflegt wurden. Davon nahmen 264.527 einen Pflegedienst in Anspruch (reine Sachleistung oder Kombinationsleistung), weitere 638.846 Personen wurden ausschließlich durch Angehörige gepflegt (siehe Anhang IV).

²² Ohne Berücksichtigung der einmaligen Anschlussgebühr von 10,49 Euro

²³ Aktuelle Zahlen zur Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland und die Verteilung auf Pflegestufen werden erst im Laufe des Jahres 2010 veröffentlicht.

In der Pflegestufe II wurden 487.529 Personen im häuslichen Umfeld versorgt. Hier waren bei 178.532 Pflegebedürftigen ambulante Pflegedienste einbezogen, während 308.997 Personen durch Angehörige versorgt wurden. In der Pflegestufe III wurden 61.173 Menschen durch einen Pflegedienst versorgt und 85.443 durch ihre Angehörigen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass komplexe Versorgungssituationen im ambulanten Bereich mit dem Einsatz des Hausnotrufs abgesichert werden können. Der Umzug in ein Pflegeheim kann verzögert oder sogar vermieden werden. In 2007 wurden laut Pflegestatistik 709.000 Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen versorgt. Zur Anzahl der Neueinzüge pro Jahr liegen keine Daten vor, zur durchschnittlichen Verweildauer gibt es unterschiedliche Angaben. Allgemein scheint sich die Verweildauer der Bewohner jedoch zu verkürzen. So weist der Abschlussbericht eines Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Pflegeeinrichtungen (MuG IV)“²⁴ eine durchschnittliche Verweildauer von 41 Monaten aus. Detailliertere Angaben liefern einzelne Erhebungen aus Städten und Kommunen. So lebten Ende 2006 in Freiburg 1.792 Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen (inklusive Kurzzeitpflege). Es gab im Laufe des Jahres 673 Neuaufnahmen, während 539 Menschen verstarben. Weitere 159 Personen verließen die Einrichtungen wieder (vornehmlich Kurzzeitpflege)²⁵ Dies ergibt eine durchschnittliche Verweildauer von ca. drei Jahren. Im Landkreis Konstanz wird eine noch kürzere Verweildauer benannt: „Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim ist von 1003 Tage (2005) auf 793 Tage (2006) gesunken“.²⁶ Für die Berechnung der möglichen Einsparpotenziale durch den Einsatz des Hausnotrufs ist die Anzahl der Pflegebedürftigen von Interesse, die pro Jahr aus einer ambulanten Versorgung in die stationäre Pflege wechseln. Anhand der genannten Quellen ist davon auszugehen, dass pro Jahr ca. 30% der Bewohner in stationären Einrichtungen versterben und ebenso viele Bewohner neu einziehen (ca. 210.000). Ein Großteil der neuen Bewohner ist bereits pflegebedürftig und kommt damit aus einer ambulanten Versorgung (durch Angehörige oder ambulante Pflegedienste). Wir gehen in der folgenden Berechnung davon aus, dass durch den Einsatz des Hausnotrufs der Übergang in ein Pflegeheim von fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen (aus dem ambulanten Bereich) um drei bis sechs Monate verzögert wird.

²⁴ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Pflegeeinrichtungen (MuG IV); 2007

²⁵ Freiburg im Breisgau (Amt für Bürgerservice und Informationsverarbeitung): „Die Struktur und Entwicklung der Pflegebedürftigen 2006“; 2007; www.freiburg.de/statistik

²⁶ Landratsamt Konstanz: „Fortschreibung der Kreispflegeplanung – Stationäre und teilstationäre Pflege“; 2007

Bezogen auf die Zahlen aus der Pflegestatistik (2007) entspricht dies 76.876 (5%) bzw. 153.752 Pflegebedürftigen (10%).

Gemessen an den Beträgen, die durch die Verzögerung des Einzugs in ein Pflegeheim im Einzelfall pro Monat eingespart werden können, lassen sich enorme Einspareffekte für die Pflegekassen ableiten (Abbildungen 22 und 23).

Abbildung 22: Einsparungen (in Millionen Euro) durch Verzögerung des Übergangs in ein Pflegeheim um drei Monate bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich

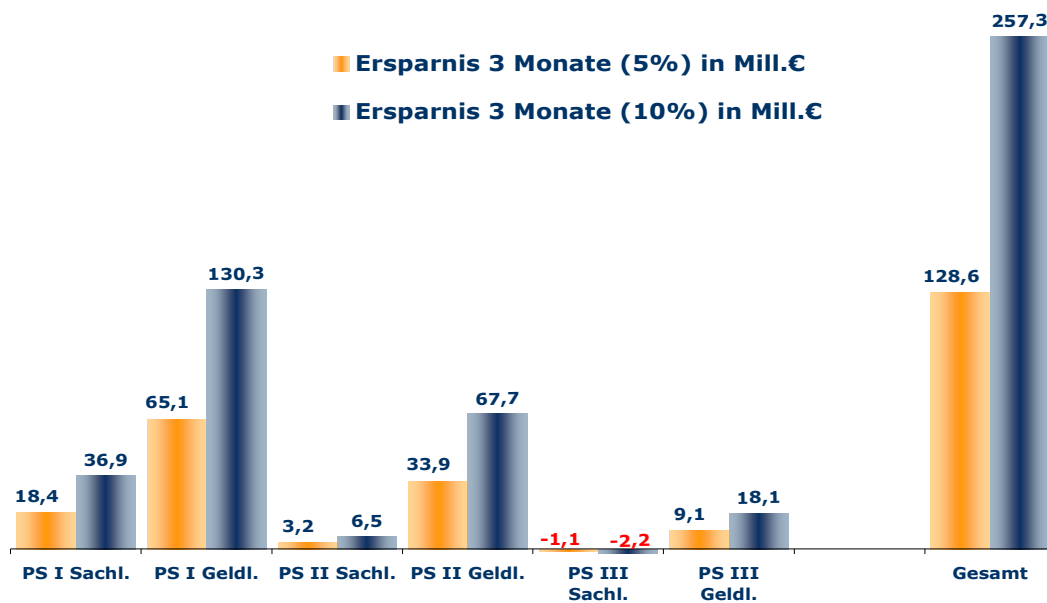


Abb. 22: Einsparungen durch den Hausnotruf bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich (Verzögerung des Heimeinzugs um drei Monate)

Abbildung 23: Einsparungen (in Millionen Euro) durch Verzögerung des Übergangs in ein Pflegeheim um sechs Monate bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich

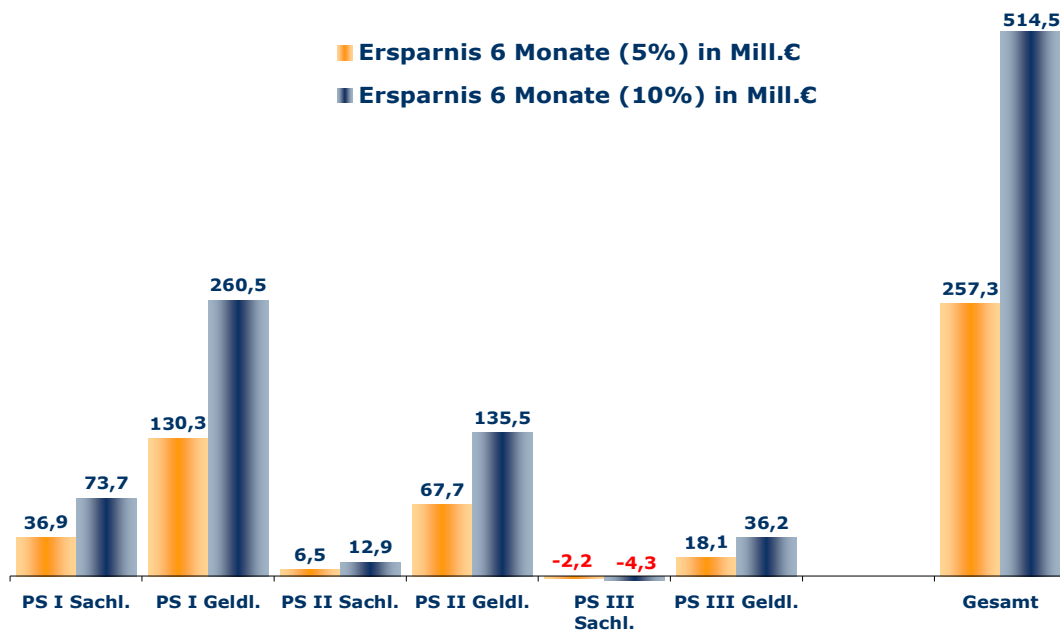


Abb. 23: Einsparungen durch den Hausnotruf bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich (Verzögerung des Heimeinzugs um sechs Monate)

Die Abbildungen zeigen, dass die Einsparungen für die Pflegekassen bei ambulant gepflegten Menschen zwischen 128,63 und 257,26 Millionen Euro liegen könnten, wenn sich der Übergang in ein Pflegeheim bei fünf bzw. zehn Prozent nur um drei Monate verzögert hätte. Geht man davon aus, dass die Nutzung des Hausnotrufs den Einzug in ein Pflegeheim bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen um sechs Monate verzögert, liegen die Einsparungen sogar zwischen 257,26 und 514,52 Millionen Euro. Dabei fallen die Einsparungen jeweils deutlich höher bei Pflegebedürftigen aus, die durch ihre Angehörigen gepflegt werden.

In der Modellrechnung gehen wir weiterhin davon aus, dass alle Pflegebedürftigen mit ambulanter Versorgung auch der Hausnotruf zur Verfügung steht. Bei Ausstattung aller Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich mit dem Hausnotruf würden Mehrkosten von ca. 340 Millionen Euro pro Jahr entstehen.

Beachtet man in der wirtschaftlichen Betrachtung die möglichen Einsparungen nicht, wären dies Mehrkosten an den Gesamtausgaben der Pflegeversicherung in Höhe von 2% pro Jahr. Kalkuliert man jedoch die möglichen und wahrscheinlich zu erwartenden Einsparungen durch die Verzögerung des Übergangs in ein Pflegeheim mit ein, wäre die Ausstattung aller Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich kostenneutral umzusetzen oder sogar mit Einsparpotenzialen bis zu 150 Millionen Euro verbunden.

5.5 Weitere Einsparmöglichkeiten

Ein weiteres Feld, in dem es Einsparmöglichkeiten gibt, sind die Einsätze von Notarzt- bzw. Rettungsdiensten. Auch hier sind Hochrechnungen schwierig, da es keine genauen Zahlen zu den Notarzt- oder Rettungsdiensteinsätzen gibt, die durch den Hausnotruf möglicherweise hätten vermieden werden können. Die Angaben der Hausnotrufanbieter sagen aus, dass nach dem Auslösen des Hausnotrufs lediglich in fünf Prozent der Fälle tatsächlich ein Notarzt- oder Rettungsdiensteinsatz notwendig war.

Gehen wir nun davon aus, dass die Vielzahl der Nutzer des Hausnotrufs, die den Hausnotruf schon einmal ausgelöst haben, diesen nicht besäßen und stattdessen einen Rettungsdiensteinsatz beansprucht hätten, wären enorme Kosten entstanden. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass auch bei Notarzt- oder Rettungsdiensteinsätzen Einsparungen durch die Nutzung des Hausnotrufs möglich sind. Ein Rettungsdiensteinsatz kostet je nach Bundesland zwischen 470,00 Euro (Beispiel Hessen) und 520,00 Euro (Beispiel Bayern)²⁷.

Sehr wahrscheinlich sind ebenfalls Einsparungen bei den Kosten für Krankenhausaufenthalte zu vermuten. Das meint nicht, dass derartige Aufenthalte verhindert werden, sie können sich jedoch verkürzen, indem Folgeschäden, die sich beispielsweise bei nicht sofort entdeckten Stürzen ergeben würden, durch den Hausnotruf gar nicht erst auftreten. Diese Annahme wurde in den Gesprächen mit Experten hinreichend belegt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es drei Bereiche gibt, in denen Kosteneinsparungen durch den Einsatz des Hausnotrufs möglich sind: durch die Verzögerung des Einzugs in ein Pflegeheim, durch die Vermeidung von nicht notwendigen Rettungsdiensteinsätzen, sowie die Verkürzung von Krankenhausaufenthalten. Auch wenn die Einsparungen lediglich im Fall der Pflegeheimaufenthalte genauer quantifizierbar sind, gibt es auch ausreichende Hinweise auf Einsparungspotenziale in den anderen genannten Bereichen.

²⁷ Quellen: Rettungsdienstsatzen der Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen, Zentrale Abrechnungsstelle für den Rettungsdienst Bayern GmbH

6. Zugangswege zum Hausnotruf

In Kapitel 6 werden die unterschiedlichen Zugangswege zum Hausnotruf behandelt. Hierfür werden die Sichtweisen aller Untersuchungsgruppen zu diesem Thema einzeln betrachtet. Zunächst beschreibt Kapitel 6.1, wie Nutzer, Angehörige und Nichtnutzer auf den Hausnotruf aufmerksam wurden, d. h. welche Informationswege sie nutzten. Dabei wird deutlich, dass sich die hauptsächlichen Multiplikatoren für diese drei Gruppen in deren unmittelbaren Umfeld befinden. Die beiden folgenden Abbildungen stellen zusammenfassend dar, durch wen die (potentiellen) Kunden der Initiative Hausnotruf auf diese Dienstleistung aufmerksam wurden (Abbildung 26) und welche Werbekanäle eine entscheidende Rolle spielten (Abbildung 27).

Abbildung 24: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der (potentiellen) Nutzerschaft

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

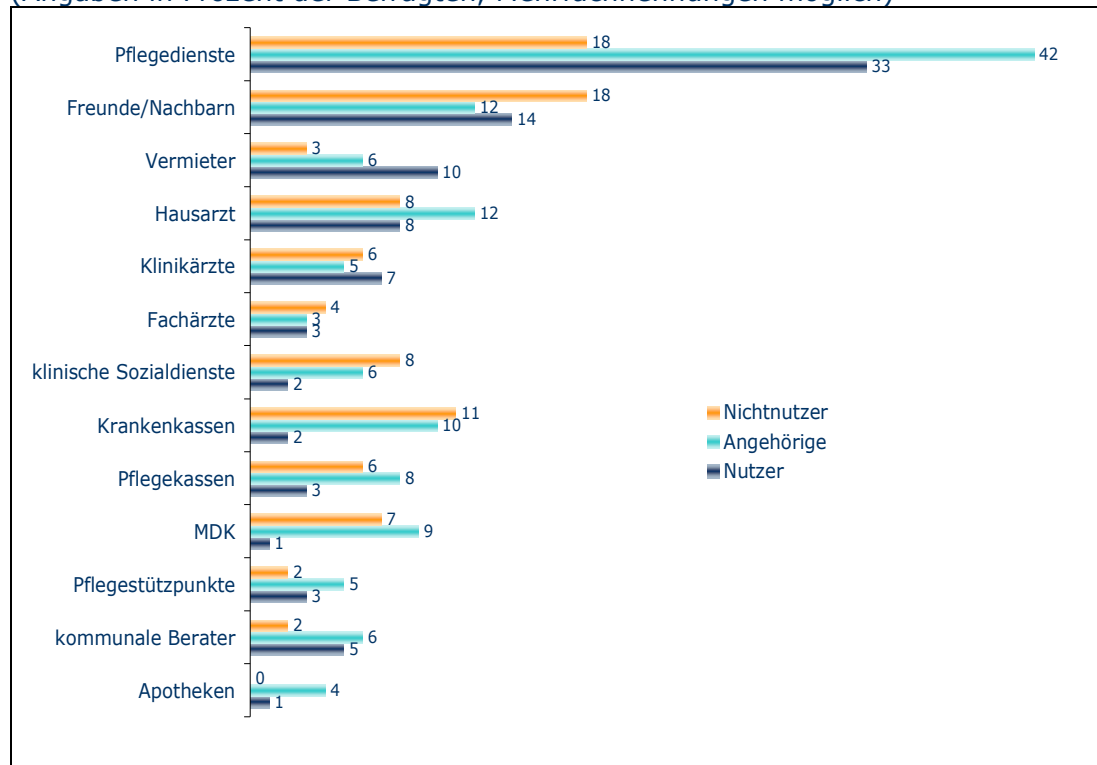


Abb. 24: Woher haben Sie vom Hausnotruf erfahren?

Die Abbildung verdeutlicht, dass es in den drei Befragungsgruppen vorrangig die Pflegedienste sind, die über den Hausnotruf informieren. Zudem spielen Freunde und Nachbarn eine wichtige Rolle.

Abbildung 25: Werbekanäle aus Sicht der (potentiellen) Nutzerschaft
(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

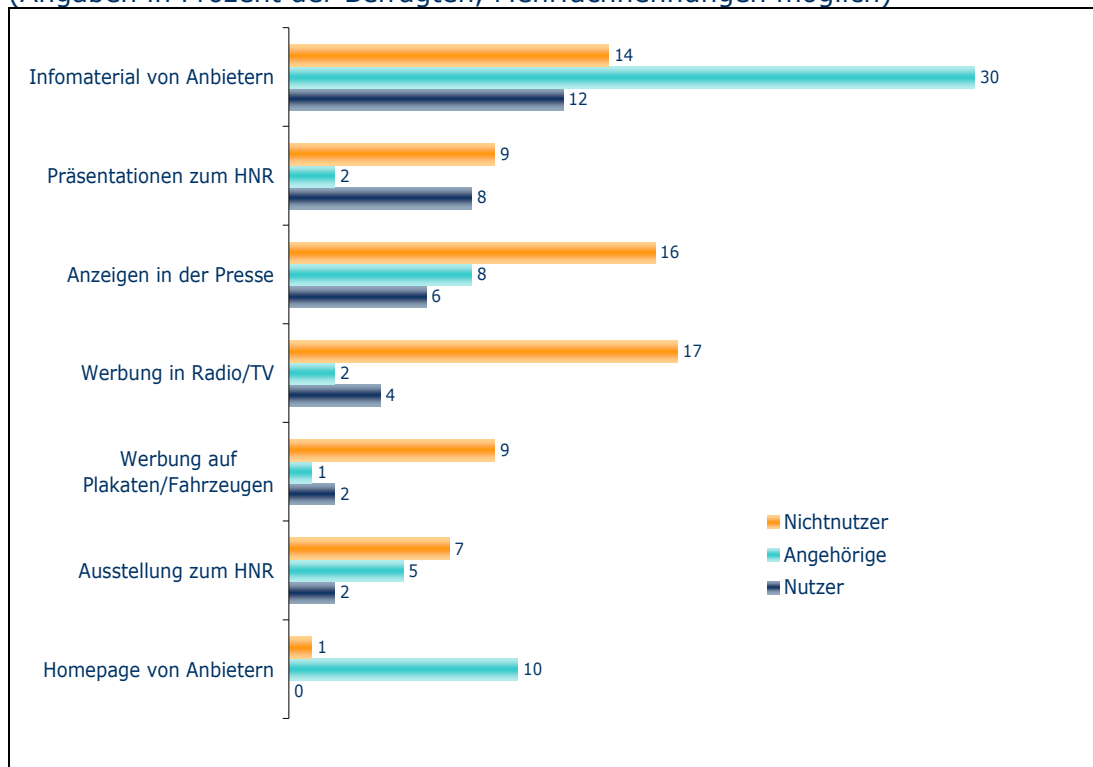


Abb. 25: Über welche Informationswege der Anbieter haben Sie vom Hausnotruf erfahren?

Das Informationsmaterial von Anbietern ist ein wichtiger Werbekanal, den Nutzer, Angehörige und Nichtnutzer in Anspruch nahmen. Werbung und Anzeigen in der Presse spielten besonders für die Informiertheit der Nichtnutzer eine Rolle. Angehörige nutzten zudem die Homepages von Hausnotrufanbietern.

Auch die Experten des Gesundheitswesens (Hausärzte, Sozialdienste der Kliniken, Pflegekassen, kommunale Institutionen, Pflegedienste) unterstützen den Zugang zum Hausnotruf (Kapitel 6.2). Dabei zeigt sich, dass insbesondere die Pflegedienste, die Sozialdienste der Kliniken und die kommunalen Beratungsstellen starke Multiplikatoren sind, während Hausärzte und Pflegekassen den Zugang zum Hausnotruf bisher eher weniger unterstützen. Insgesamt zeigt sich eine hohe Multiplikatorenwirkung, die an einer hohen Weiterempfehlungsrate deutlich wird (Abbildung 28).

Abbildung 26: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Experten
(Angaben in Prozent der Befragten, N=100)

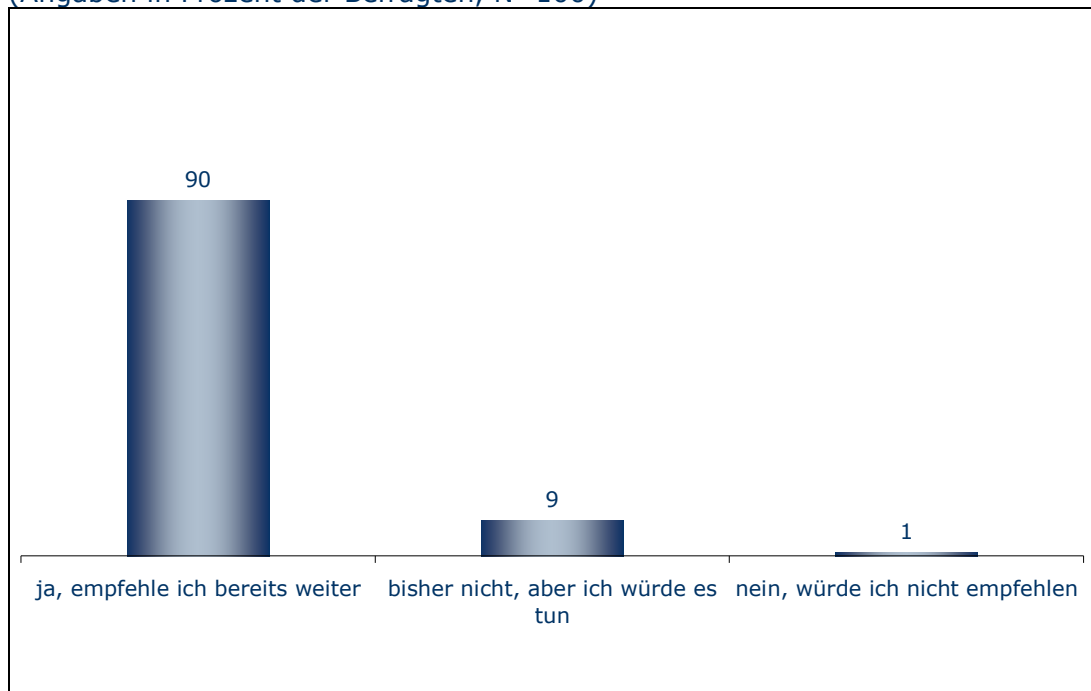


Abb. 26: Haben Sie schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Kapitel 6.3 beschreibt schließlich, wie die Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen den Hausnotruf verbreiten. Aufgezeigt wird hier, welche Werbekanäle die Anbieter nutzen und wer ihrer Ansicht nach die wichtigsten Multiplikatoren für die Verbreitung des Hausnotrufs sind.

6.1 Informationswege von Nutzern, Angehörigen und Nichtnutzern

6.1.1 Wie wurden Nutzer auf den Hausnotruf aufmerksam?

Pflegedienste bieten den hauptsächlichen Zugangsweg zur Informationen über den Hausnotruf. In 33 Prozent der Fälle gaben die befragten Nutzer an, durch einen Pflegedienst vom Hausnotruf erfahren zu haben. Auch wenn die Pflegedienste nicht zum sozialen Umfeld der Nutzer gehören, da sie vielmehr eine professionelle Funktion ausüben, haben die Mitarbeiter von Pflegediensten oft einen intensiven und persönlichen Kontakt zu den Betreuenden und gehören in vielen Fällen zu den Personen des Vertrauens.

Neben den Pflegediensten hat auch das familiäre Umfeld der Nutzer eine wichtige Multiplikatorenwirkung. Etwa 18 Prozent der Nutzer geben an, über Verwandte vom Hausnotruf erfahren zu haben, 14 Prozent wurden durch den Freundeskreis informiert (Abbildung 29).

Im sozialen Umfeld befinden sich die Hauptmultiplikatoren bei der Vermittlung des Hausnotrufs

Abbildung 27: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der Nutzer
(Angaben in Prozent der Befragten, N=304, Mehrfachnennungen möglich)

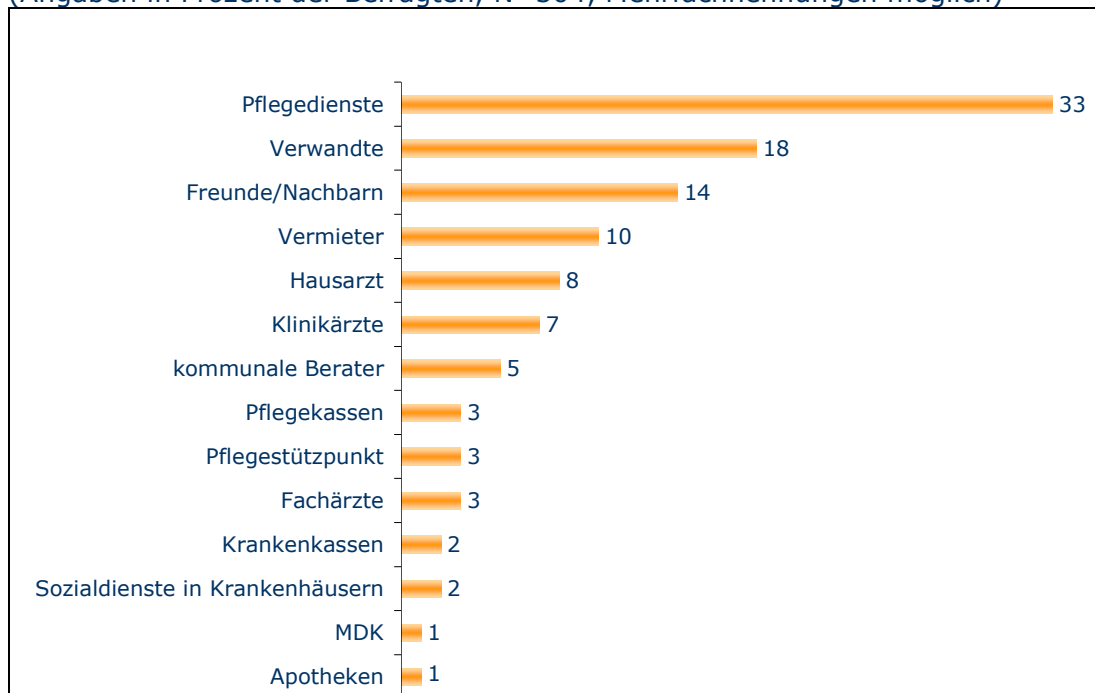


Abb. 27: Woher haben Sie als Nutzer vom Hausnotruf erfahren?

Abbildung 28: Werbekanäle aus Sicht der Nutzer
(Angaben in Prozent der Befragten, N=304, Mehrfachnennungen möglich)

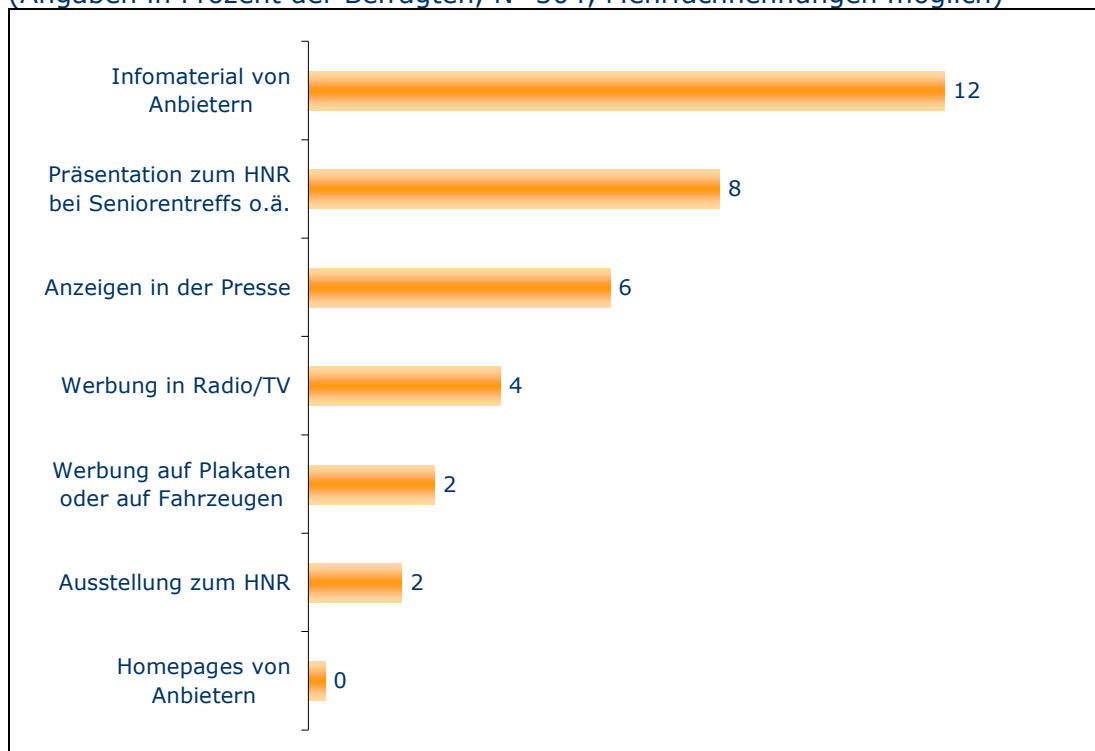


Abb. 28: Über welche Informationswege der Anbieter haben Sie als Nutzer von Hausnotruf erfahren?

Bei den Werbekanälen, über die Nutzer vom Hausnotruf erfahren haben (Abbildung 30), ist der Einfluss der Informationsmaterialien von Anbietern mit 12 Prozent am größten. Eine eher untergeordnete Rolle spielen die Präsentationen von Anbietern z. B. bei Seniorentreffs oder in Seniorenbegegnungsstätten. Lediglich acht Prozent der Nutzer haben über diesen Kanal vom Hausnotruf erfahren. Eine geringe Bedeutung in der Werbekommunikation haben die klassischen (Presseanzeigen, Rundfunk- und TV-Werbung, Plakate) wie auch die modernen Werbekanäle (Homepages).

6.1.2 Wie wurden Angehörige auf den Hausnotruf aufmerksam?

Bei den Angehörigen verläuft der Informationszugang etwas anders, wie in Abbildung 31 zu erkennen ist. Übereinstimmend mit den Nutzern ist lediglich, dass auch die Angehörigen am häufigsten über den Pflegedienst vom Hausnotruf erfahren haben. 42 Prozent der Angehörigen geben den Pflegedienst als Informationsquelle an. Er nimmt hier mehr Raum ein als bei den Nutzern (33 Prozent). Die zu betreuenden Angehörigen selbst (14 Prozent) und Freunde bzw. Nachbarn (12 Prozent) sowie die Hausärzte (12 Prozent) folgen mit deutlichem Abstand. Auch die Krankenkassen werden als Informationsquelle durch die Angehörigen mit zehn Prozent häufiger genannt als durch die Nutzer des Hausnotrufs (zwei Prozent).

Angehörige finden über den Pflegedienst schneller zum Anbieter

Abbildung 29: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der Angehörigen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

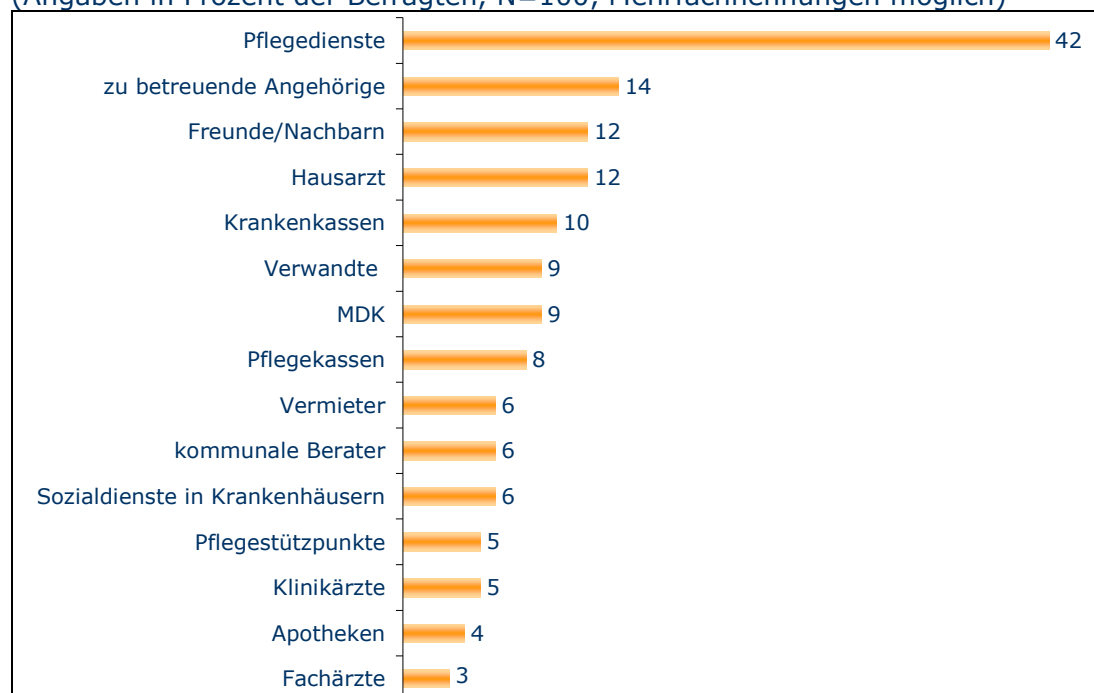


Abb. 29: Woher haben Sie als Angehöriger vom Hausnotruf erfahren?

Der einflussreichste Werbekanal für Angehörige ist das Informationsmaterial der Anbieter des Hausnotrufs. Fast jeder dritte befragte Angehörige informierte sich darüber (Nutzer nur 12 Prozent). Zudem wurden die Homepages der Anbieter von zehn Prozent der Angehörigen als Informationsquelle genutzt (Nutzer weniger als ein Prozent), während Präsentationen in Seniorenbegegnungsstätten durch Angehörige kaum genutzt wurden. Angehörige zeigen also ein anderes Informationsverhalten hinsichtlich der Nutzung der Werbekanäle als Nutzer des Hausnotrufs (Abbildung 32). Ihr Informationsverhalten ist auch deutlich intensiver als das der Nutzer.

Abbildung 30: Werbekanäle aus Sicht der Angehörigen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

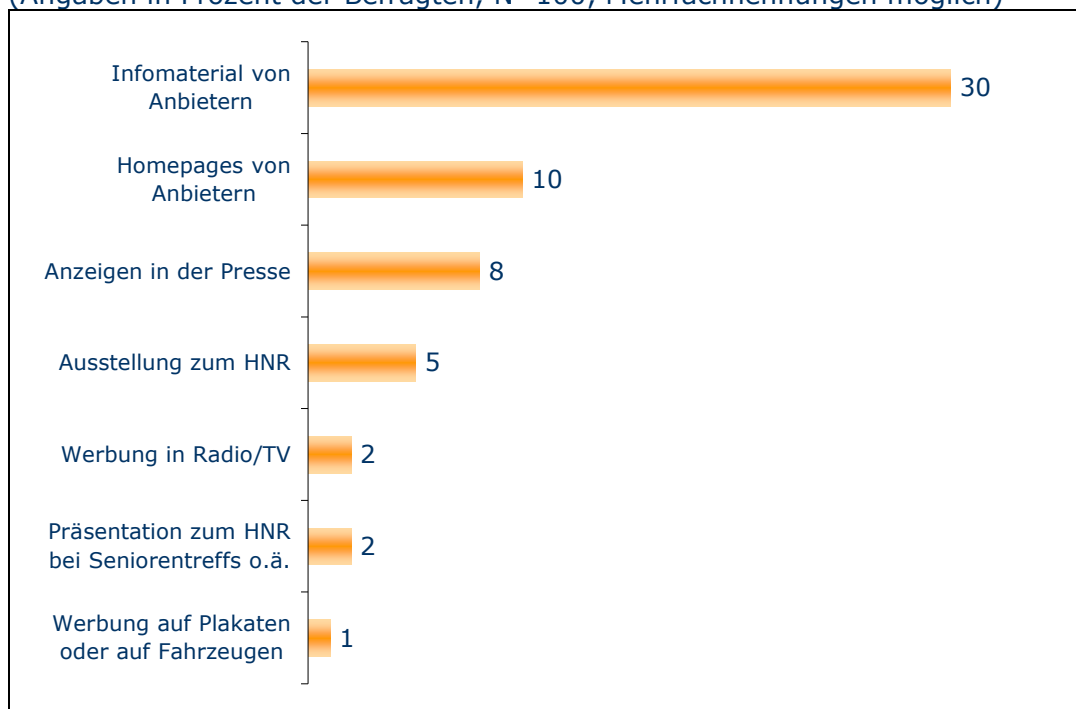


Abb. 30: Über welche Informationswege der Anbieter haben Sie als Angehöriger vom Hausnotruf erfahren?

6.1.3 Wie wurden Nichtnutzer auf den Hausnotruf aufmerksam?

Für Personen, die zwar vom Hausnotruf bereits gehört haben, diesen jedoch nicht nutzen, waren die hauptsächlichen Zugangswege persönlicher Natur. Am häufigsten wurden die Befragten über Patienten (18 Prozent), Pflegedienste (18 Prozent) und Verwandte von Patienten (rund 17 Prozent) auf den Hausnotruf aufmerksam (Abbildung 33). Erst auf dem vierten Platz folgen die Krankenkassen, die mit elf Prozent von den Nichtnutzern als Informationsquelle verwendet wurden und damit einen ähnlich hohen Wert aufweisen, wie bei den Angehörigen (zehn Prozent).

Derzeit stark personalisierte Werbekommunikation („Mund-zu-Mund-Propaganda“) bei Nichtnutzern

Abbildung 31: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der Nichtnutzer
(Angaben in Prozent der Befragten, N=104, Mehrfachnennungen möglich)

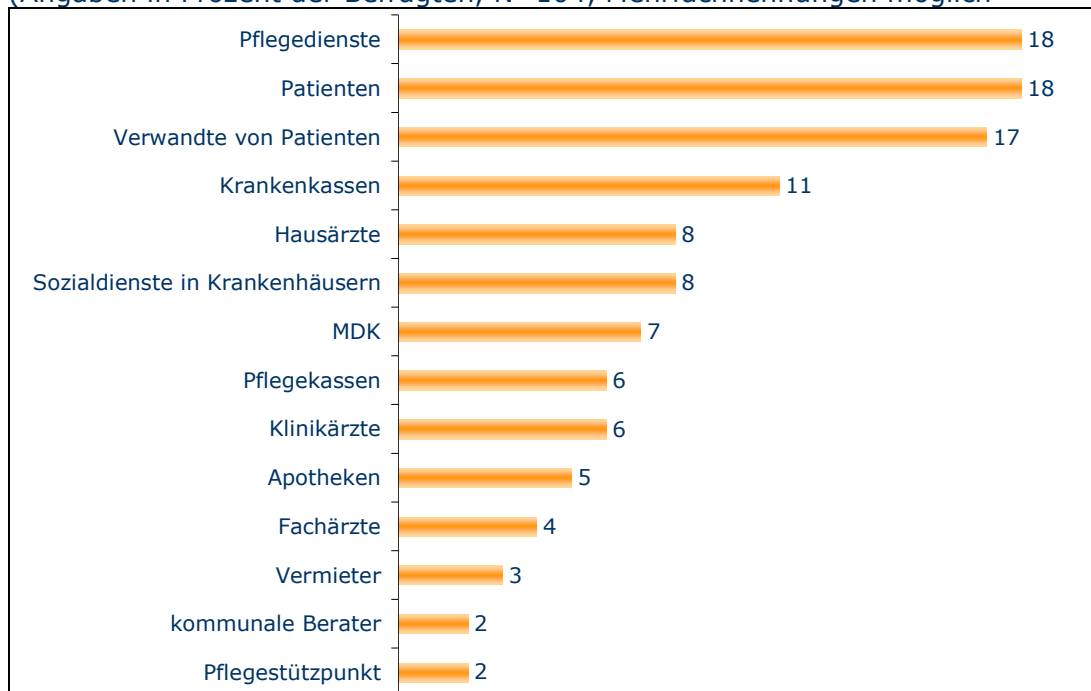


Abb. 31: Woher haben Sie als Nichtnutzer vom Hausnotruf erfahren?

Der mediale Zugang zum Hausnotruf erfolgt bei den Nichtnutzern anders als bei den Nutzern und deren Angehörigen. Mit rund 17 Prozent sind bei Nichtnutzern die Radio- und Fernsehwerbung sowie die Anzeigen in der Presse (rund 16 Prozent) wichtige Kommunikationskanäle für die Verbreitung des Hausnotrufs. Von Bedeutung sind auch die Informationsmaterialien der Anbieter (14 Prozent). Andere klassische Formen der Werbung, wie Plakatwerbung und Präsentationen in Seniorenbegegnungsstätten, spielen eine untergeordnete Rolle. Auch die Internetpräsentationen der Anbieter sind ein kaum genutzter Informationsweg (Abbildung 34).

Abbildung 32: Werbekanäle aus Sicht der Nichtnutzer

(Angaben in Prozent der Befragten, N=104, Mehrfachnennungen möglich)

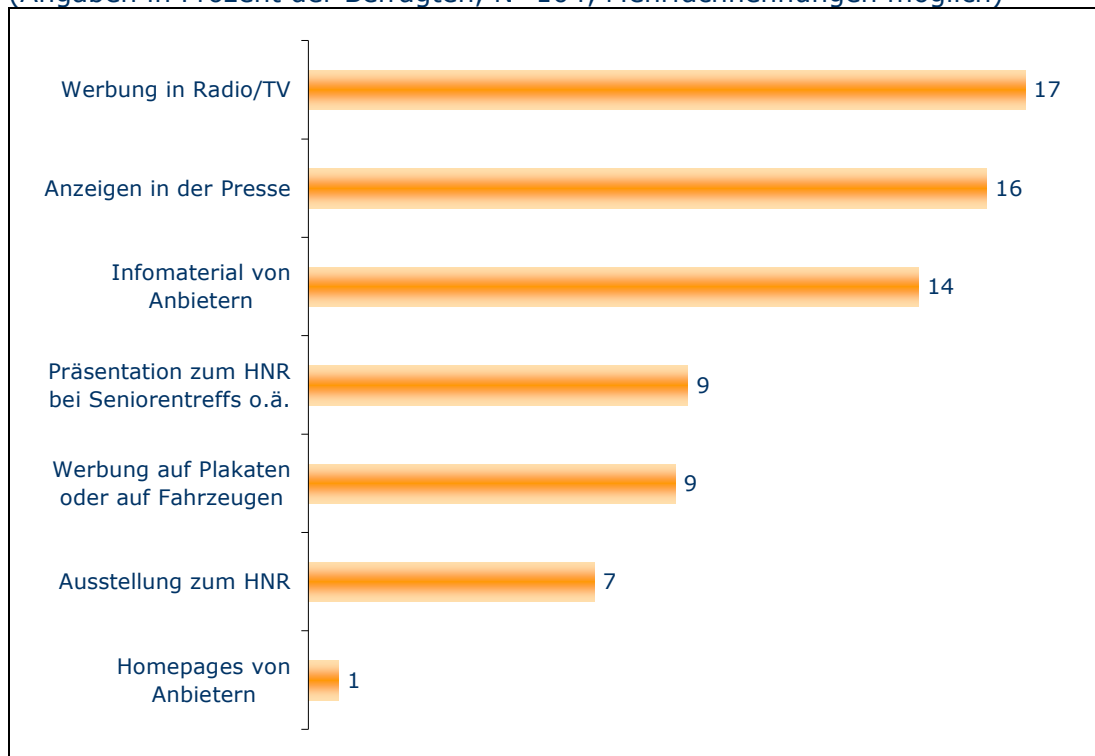


Abb. 32: Über welche Informationswege der Anbieter haben Sie als Nichtnutzer von Hausnotruf erfahren?

Die Bedeutung der verschiedenen Kommunikationsmittel für die Verbreitung des Wissens über den Hausnotruf hängt natürlich auch von der Intensität ihres Einsatzes ab. Eine Veränderung der Kommunikationsstrategie, etwa in Richtung verstärkter Plakatwerbung, würde sicher auch zur Neupositionierung dieses Mediums, beispielsweise in dem hier aufgezeigten Ranking, führen. Die Wirkung dieses Mediums auf die Zielgruppen bleibt aber einer Werbewirkungsanalyse vorbehalten und kann an dieser Stelle nicht geleistet werden. Tatsache ist aber, dass die derzeitige Werbestrategie der Initiative Hausnotruf vorrangig auf eine personalisierte Kommunikation, also „Mund-zu-Mund-Propaganda“, ausgerichtet scheint.

6.2 Verbreitung des Hausnotrufs durch Institutionen des Gesundheitswesens

6.2.1 Multiplikatorenwirkung der Hausärzte

Die meisten befragten Hausärzte haben den Hausnotruf bereits weiterempfohlen (18 von 20 Befragten). Die Akzeptanz des Hausnotrufs ist bei ihnen sehr hoch, denn auch diejenigen, die dies bisher nicht getan haben, würden bei entsprechender Indikation eine Empfehlung aussprechen (Tabelle 14).

Tabelle 14: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Hausärzte
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

	Anzahl	in Prozent
ja	18	90,0
bisher nicht, aber ich würde es tun	2	10,0
nein, ich würde den Hausnotruf nicht empfehlen	0	0,0
Gesamt	20	100,0

Tab. 14: Haben Sie als Hausarzt Patienten schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Der Personenkreis, der bei den Ärzten dabei im Fokus ist, scheint relativ groß zu sein. Die meisten Ärzte sehen es dabei als Entscheidungskriterium an, wenn Personen allein stehend sind. Auch Sturzgefährdungen oder Mobilitätseinschränkungen bzw. Pflegebedürftigkeit sind Indikatoren, die Ärzte zur Empfehlung des Hausnotrufs bewegen.

Finanzierungswege des Hausnotrufs sind unter den Hausärzten nur begrenzt bekannt. Gerade einmal reichlich die Hälfte der 20 befragten Hausärzte weiß, dass eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse möglich ist. Und nur jedem Fünften (20 Prozent) ist bekannt, dass auch kommunale Institutionen in bestimmten Fällen Kosten übernehmen (Tabelle 15).

Tabelle 15: Bekanntheit von Finanzierungswegen bei den Hausärzten
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

		Anzahl	in Prozent
Kostenübernahme durch die Pflegekasse	ja	11	55,0
	nein	9	45,0
Gesamt		20	100,0
Kostenübernahme durch das Sozialamt	ja	4	20,0
	nein	16	80,0
Gesamt		20	100,0

Tab. 15: Ist Ihnen als Hausarzt bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziell gefördert wird?

Hausärzte sind gegenüber dem Hausnotruf positiv eingestellt, wissen aber relativ wenig

Hausärzte haben wenig Kenntnis über Möglichkeiten der Finanzierung des Hausnotrufs

Die Quellen, aus denen Ärzte ihre Informationen zum Hausnotruf beziehen, sind nur wenige (vgl. Tabelle 16). Drei Viertel der 20 befragten Ärzte haben vom Hausnotruf über ihre Patienten und weitere 35 Prozent (sieben von 20 Ärzten) über die Verwandten von Patienten erfahren. Das ist die Hauptbezugsquelle von Informationen zum Hausnotruf. An zweiter Stelle stehen die Pflegedienste. Die Hälfte der befragten Ärzte gibt auch diese als Bezugsquelle an. Eine eher untergeordnete Rolle spielen die Sozialdienste von Krankenhäusern und Kliniken sowie die Anbieter. Lediglich jeder dritte bzw. jeder vierte Arzt hat darüber vom Hausnotruf erfahren. Alle anderen Quellen sind kaum oder nicht von Bedeutung. Da der Hausnotruf nicht im Heil- und Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen aufgeführt ist und somit für den Arzt nicht verschreibungsfähig ist, spielt er in seiner Praxis kaum eine Rolle, sofern er darüber nicht (und das geschieht in den meisten Fällen) über seine Patienten erfährt. Da der Hausnotruf eher ein präventives Hilfsmittel ist, das eine große Bedeutung im sozialen Umfeld des Patienten hat, erfolgt eine Weiterempfehlung durch den Hausarzt zumeist nur dann, wenn dieser das soziale Umfeld des Patienten bei dessen Behandlung in Betracht zieht. Die indirekte und mittelbare Bedeutung des Hausnotrufs für den Arzt schränkt seine Funktion als Multiplikator ein.

Hausärzte erfahren vorwiegend über ihre Patienten vom Hausnotruf

Tabelle 16: Multiplikatoren und Werbekanäle für die Hausärzte
 (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20,
 Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
Multiplikatoren		
Patienten	15	75,0
Pflegedienste	11	55,0
nahestehende Verwandte von Patienten	7	35,0
Sozialdienste in Kliniken	6	30,0
Krankenkassen	3	15,0
Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes	3	15,0
Hausärzte	2	10,0
Fachärzte	2	10,0
Klinikärzte	2	10,0
Pflegekassen	2	10,0
Wohnungsgesellschaften und Vermieter	2	10,0
Zeitungen für Fördermitglieder der Sozialverbände	1	5,0
MDK	1	5,0
Kommunaler Sozialarbeiter/Pflegeberater	0	0,0
Apotheken	0	0,0
Werbekanäle		
Infomaterial von Anbietern	5	25,0
Anzeigen in der Presse	5	25,0
Werbung auf Plakaten oder auf Fahrzeugen	3	15,0
Ausstellung zum Hausnotruf	2	10,0
Homepage von Anbietern	1	5,0
Präsentation zum Hausnotruf bei Seniorentreffs o. ä.	1	5,0
Werbung in Radio/TV	1	5,0

Tab. 16: Woher haben Sie als Hausarzt vom Hausnotruf erfahren?

In den meisten Fällen, in denen der Hausarzt eine Empfehlung für den Hausnotruf ausspricht, schickt er den Patienten zur Krankenkasse. 13 von 20 befragten Hausärzten (65 Prozent) verfahren so. Etwa die Hälfte der Hausärzte verweist die Patienten aber auch an eine Pflegekasse, an einen Wohlfahrtsverband oder einen Sozialarbeiter bzw. Pflegeberater der zuständigen kommunalen Institution (Tabelle 17). Nur wenige Ärzte geben selbst Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme oder der Beschaffung der Dienstleistung. Nur jeder Fünfte befragte Hausarzt hat bisher beispielsweise beim Ausfüllen der Förderanträge geholfen (Tabelle 18).

Delegation der Beschaffung an andere Institutionen

Tabelle 17: Empfehlung zur Beschaffung des Hausnotrufs an Patienten
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20,
Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
sich an seine zuständige Krankenkasse zu wenden	13	65,0
sich an seine zuständige Pflegekasse zu wenden	11	55,0
sich von einem Wohlfahrtsverband beraten zu lassen	11	55,0
sich an den zuständigen kommunalen Sozialarbeiter/Pflegeberater zu wenden	10	50,0
sich an einen Hausnotrufanbieter zu wenden	8	40,0
sich an den Pflegestützpunkt zu wenden	5	25,0
sich an seinen Vermieter zu wenden	2	10,0

Tab. 17: Was empfehlen Sie als Hausarzt einem Patienten, der bei sich zu Hause den Hausnotruf installieren lassen will?

Tabelle 18: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

	Anzahl	in Prozent
Ich führe eine Beratung durch.	3	15,0
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	5	25,0
Ich fülle die Anträge aus.	3	15,0
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	0	0,0
Das ist noch nicht vorgekommen.	9	45,0
Gesamt	20	100,0

Tab. 18: Inwieweit helfen Sie als Hausarzt Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

6.2.2 Multiplikatorenwirkung der klinischen Sozialdienste

Die befragten Sozialdienste der Kliniken sind mit dem Hausnotruf sehr gut vertraut. Alle Kliniken haben Patienten den Hausnotruf bereits empfohlen (Tabelle 19).

Alle befragten Sozialdienste der Kliniken empfehlen den Hausnotruf

Tabelle 19: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch Kliniken

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Anzahl
ja	10
bisher nicht, aber ich würde es tun	0
nein, ich würde den Hausnotruf nicht empfehlen	0
Gesamt	10

Tab. 19: Haben Sie als klinischer Sozialdienst Patienten schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Insbesondere allein stehenden Personen, Sturzgefährdeten und Personen in Angstsituationen wird der Hausnotruf empfohlen. Hier werden als Krankheitsbilder, bei denen der Hausnotruf vermittelt wird, psychische Erkrankungen, Schlaganfälle und schwere Spasmen genannt.

Die Sozialdienste der Kliniken sind deutlich besser über die Rechtslage in der Förderlandschaft des Hausnotrufs informiert als die Hausärzte. Fast alle befragten Experten wissen über die Kostenübernahme durch die Pflegekassen und kommunalen Institutionen bescheid (Tabelle 20).

Kliniken gut über Finanzierungswege informiert

Tabelle 20: Bekanntheit von Finanzierungswegen bei den Kliniken

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

		Anzahl
Kostenübernahme durch die Pflegekasse	ja	9
	nein	1
Gesamt		10
Kostenübernahme durch das Sozialamt	ja	8
	nein	2
Gesamt		10

Tab. 20: Ist Ihnen als klinischer Sozialdienst bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziell gefördert wird?

Zugang zum Hausnotruf in erster Linie über die Anbieter

Die Informationsbeschaffung über den Hausnotruf erfolgt hier vor allem über das Informationsmaterial von Hausnotrufanbietern (neun von zehn Befragten) sowie den Besuch von Ausstellungen zum Hausnotruf (vier von zehn Befragten) und in zweiter Linie über Fachkollegen (sechs von zehn Befragten). Auch die Information über die Patienten selbst wird in vier von zehn Fällen genutzt (Tabelle 21).

Tabelle 21: Multiplikatoren und Werbekanäle für die Kliniken

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
Multiplikatoren	
Sozialdienste in Kliniken	6
Patienten	4
Fachärzte	3
Pflegedienste	3
Apotheken	3
Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes	3
Zeitungen für Fördermitglieder der Sozialverbände	3
kommunaler Sozialarbeiter/Pflegeberater	2
nahestehende Verwandte von Patienten	2
Hausärzte	2
MDK	1
Klinikärzte	0
Krankenkassen	0
Pflegekassen	0
Wohnungsgesellschaften und Vermieter	0
Werbekanäle	
Infomaterial von Anbietern	9
Ausstellung zum Hausnotruf	4
Homepage von Anbietern	3
Anzeigen in der Presse	3
Werbung auf Plakaten oder auf Fahrzeugen	3
Präsentation zum Hausnotruf bei Seniorentreffs o. ä.	2
Werbung in Radio/TV	1

Tab. 21: Woher haben Sie als klinischer Sozialdienst vom Hausnotruf erfahren?

Die meisten Sozialdienste in den Kliniken helfen auf die eine oder andere Weise bei der Beantragung der Kostenübernahme. Entweder werden die Anträge von ihnen selbst ausgefüllt, sie helfen beim Ausfüllen oder führen zumindest eine Beratung dazu durch (Tabelle 22).

Tabelle 22: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Anzahl
Ich führe eine Beratung durch.	2
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	3
Ich fülle die Anträge aus.	2
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	0
Das ist noch nicht vorgekommen.	3
Gesamt	10

Tab. 22: Inwieweit helfen Sie als klinischer Sozialdienst Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

In den meisten Fällen erfolgt die Vermittlung direkt zum Hausnotrufanbieter (acht von zehn Befragten) oder zu den Beratern in kommunalen Institutionen (fünf von zehn Befragten). Hier zeigt sich eine Parallele zur Informationsquelle. Die Anbieter liefern in der Regel die Informationen über den Hausnotruf und die Sozialdienste wenden sich in den meisten Fällen schließlich an diese, wenn es um die Vermittlung von Nutzern geht (Tabelle 23).

Vermittlung erfolgt direkt zum Hausnotrufanbieter

Tabelle 23: Empfehlung zur Beschaffung des Hausnotrufs an Patienten
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
sich an einen Hausnotruf-Anbieter zu wenden	8
sich an den zuständigen kommunalen Sozialarbeiter/Pflegeberater zu wenden	5
sich von einem Wohlfahrtsverband beraten zu lassen	4
sich an seine zuständige Pflegekasse zu wenden	3
sich an den Pflegestützpunkt zu wenden	3
sich an seine zuständige Krankenkasse zu wenden	1
sich an seinen Vermieter zu wenden	1
ist noch nicht vorgekommen	1

Tab. 23: Was empfehlen Sie als klinischer Sozialdienst einem Patienten, der bei sich zu Hause den Hausnotruf installieren lassen will?

6.2.3 Multiplikatorenwirkung der Pflegekassen

Die Mitarbeiter der Pflegekassen sind relativ schwache Multiplikatoren. Nur vier der zehn befragten Experten geben an, Patienten den Hausnotruf zu empfehlen. Gleichwohl gibt die Hälfte (fünf von zehn) der Befragten an, eine Empfehlung auszusprechen, wenn die Gelegenheit dazu gegeben ist (Tabelle 24).

Pflegekassen sind schwache Multiplikatoren

Tabelle 24: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Pflegekassen
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Anzahl
ja	4
bisher nicht, aber ich würde es tun	5
weiß nicht	1
Gesamt	10

Tab. 24: Haben Sie als Pflegekasse Patienten schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Da die Pflegekassen auf gesetzlicher Grundlage über die Vergabe von Kostenübernahmen entscheiden, setzt die Kommunikation mit den möglichen Nutzern in der Regel einen Antrag auf Kostenübernahme voraus. Ihre Indikation für die Gewährung der Kostenübernahme konzentriert sich auf die Merkmale „Alleinstehend“ und „Pflegebedürftigkeit“. Sind diese Kriterien erfüllt, können die Antragsteller mit der Kostenübernahme für das Hausnotrufbasispaket rechnen.

Die Informationsangebote zu den Pflegehilfsmitteln und Pflegeleistungen erfolgen in der Regel erst dann, wenn ein Bedürftiger einen Antrag auf eine Pflegestufe gestellt hat. So gesehen führen die Informationswege, über die sich mögliche Nutzer zu Pflegeleistungen und -mitteln informieren, in der Regel über andere Dienstleister. Nur vier von zehn befragten Pflegekassen informieren im Rahmen der hier dargestellten eingeschränkten Möglichkeiten auch über den Hausnotruf (Tabelle 25). Als Multiplikator für den Hausnotruf haben die Pflegekassen daher, im Vergleich zu allen anderen hier untersuchten Institutionen des Gesundheitswesens, die geringste Wirkung.

Tabelle 25: Information über den Hausnotruf durch die Pflegekassen
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Anzahl
häufig	4
gelegentlich	1
selten	1
nie	3
weiß nicht	1
Gesamt	10

Tab. 25: Wie oft wird den Antragstellern von Pflegestufen Informationsmaterial zum Hausnotruf durch die Pflegekassen gegeben?

Wenn sich Bedürftige an die Pflegekassen wenden, erhalten sie aber in der Regel eine Beratung und auch Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge auf Kostenübernahme (Tabelle 26).

Tabelle 26: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
Ich führe eine Beratung durch.	7
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	6
Ich fülle die Anträge aus.	1
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	1
Das ist noch nicht vorgekommen.	2

Tab. 26: Inwieweit helfen Sie als Pflegekasse Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

6.2.4 Multiplikatorenwirkung der kommunalen Institutionen

Der Hausnotruf gehört in den kommunalen Beratungsstellen quasi zum Standardpflegehilfsmittel (vgl. Tabelle 27). Die befragten kommunalen Einrichtungen haben den Hausnotruf alle bereits weiterempfohlen. Auch hier werden vor allem allein lebende ältere Personen, Pflegebedürftige, und Personen mit Mobilitätsproblemen zum Hausnotruf beraten. Die Mitarbeiter der kommunalen Einrichtungen haben hier von den Krankheitsbildern her gesehen Menschen, die einen Schlaganfall erlitten haben, Tumorerkrankte und chronisch Kranke im Fokus.

Kommunale Beratungsstellen sind starke Multiplikatoren

Tabelle 27: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Kommunen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Anzahl
ja	10
Gesamt	10

Tab. 27: Haben Sie als kommunale Institution Patienten schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Auch ist die Informiertheit über die Kostenübernahme der Pflegekassen und der Sozialämter bei den Kommunen sehr hoch. Lediglich eine befragte Person konnte darüber keine Auskunft geben (Tabelle 28).

Tabelle 28: Bekanntheit von Finanzierungswegen bei den Kommunen
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

		Anzahl
Kostenübernahme durch die Pflegekasse	ja	9
	nein	1
Gesamt		10
Kostenübernahme durch das Sozialamt	ja	9
	nein	1
Gesamt		10

Tab. 28: Ist Ihnen als kommunale Institution bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziell gefördert wird?

Kommunale Berater nutzen relativ wenige Multiplikatoren, über die sie Informationen zum Hausnotruf beziehen. Hier spielen am ehesten noch die Patienten selbst, Sozialdienste der Kliniken und die Pflegekassen eine nennenswerte Rolle (Tabelle 29). Die Informationen über den Hausnotruf erfolgen hier fast ausschließlich über die Anbieter. Vor allem wird das Informationsmaterial genannt, das sechs von zehn befragte Experten aus dem kommunalen Bereich nutzen. Jeweils zwei von zehn nutzen auch die Homepages der Anbieter und beziehen Informationen über die Präsentationen in Seniorenbegegnungsstätten. Alle übrigen Informationsquellen sind marginal (Tabelle 30).

Informationen zum Hausnotruf direkt über die Anbieter

Tabelle 29: Multiplikatoren für die Kommunen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
Patienten	2
Sozialdienste in Kliniken	2
Pflegekassen	2
Krankenkassen	1
kommunaler Sozialarbeiter/Pflegeberater	1
Pflegedienste	1
Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes	1
Zeitungen für Fördermitglieder der Sozialverbände	1
Wohnungsgesellschaften und Vermieter	1
nahestehende Verwandte von Patienten	0
Hausärzte	0
Fachärzte	0
Klinikärzte	0
MDK	0
Apotheken	0

Tab. 29: Woher haben Sie als kommunale Institution vom Hausnotruf erfahren?

Tabelle 30: Werbekanäle für die Kommunen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
Infomaterial von Anbietern	6
Homepage von Anbietern	2
Präsentation zum Hausnotruf bei Seniorentreffs o. ä.	2
Ausstellung zum Hausnotruf	1
Werbung auf Plakaten oder auf Fahrzeugen	1
Werbung in Radio/TV	1
Anzeigen in der Presse	1

Tab. 30: Woher haben Sie als kommunale Institution vom Hausnotruf erfahren?

Die Unterstützungsleistung bei der Beantragung von Kostenübernahmen ist hier sehr hoch. Fast alle befragten Experten führen dazu Beratungen durch, helfen beim Ausfüllen der Anträge oder füllen die Anträge selbst aus (Tabelle 31). Die Beschaffung geht in den meisten Fällen über die Anbieter des Hausnotrufs. Auch hier, ähnlich wie bei den Sozialdiensten der Kliniken, ist der Zusammenhang von Informationsbeschaffung über die Anbieter und der Vermittlung von möglichen Nutzern direkt an die Anbieter, evident (Tabelle 32).

Vermittlung erfolgt direkt zum Hausnotrufanbieter

Tabelle 31: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
Ich führe eine Beratung durch.	4
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	2
Ich fülle die Anträge aus.	2
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	0
Das ist noch nicht vorgekommen.	1
keine Angabe	1
Gesamt	10

Tab. 31: Inwieweit helfen Sie als kommunale Institution Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

Tabelle 32: Empfehlung zur Beschaffung des Hausnotrufs an Patienten

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
sich an einen Hausnotrufanbieter zu wenden	8
sich an den zuständigen kommunalen Sozialarbeiter/Pflegeberater zu wenden	5
sich an seine zuständige Pflegekasse zu wenden	4
sich von einem Wohlfahrtsverband beraten zu lassen	4
sich an seine zuständige Krankenkasse zu wenden	3
sich an den Pflegestützpunkt zu wenden	2

Tab. 32: Was empfehlen Sie als kommunale Institution einem Patienten, der bei sich zu Hause den Hausnotruf installieren lassen will?

6.2.5 Multiplikatorenwirkung der ambulanten Pflegedienste

Fast alle befragten ambulanten Pflegedienste empfehlen den Hausnotruf weiter. 96 Prozent der 50 befragten Pflegedienste haben den Hausnotruf bereits weiter empfohlen und die Übrigen würden dies tun, wenn sich die Gelegenheit dazu bietet (Tabelle 33). Obwohl die von uns befragten Pflegedienste den Hausnotruf nicht selbst betreiben, sind sie für dieses Thema sehr offen.

Pflegedienste unterstützen den Hausnotruf

Tabelle 33: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Pflegedienste
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50)

	Anzahl	in Prozent
ja	48	96,0
bisher nicht, aber ich würde es tun	2	4,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 33: Haben Sie als Pflegedienst Patienten schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Ihre Zielgruppen sind dabei allein stehende ältere Menschen, Sturzgefährdete, ältere Personen generell und Pflegebedürftige. Dabei halten die Pflegedienste bei deutlich mehr Krankheitsbildern den Hausnotruf als unterstützendes Pflegehilfsmittel für vorteilhaft:

- Neurologische Erkrankungen
- Schlaganfälle oder Schlaganfallgefahr
- Kreislauf- und Herzerkrankungen
- Diabetes
- Altersdemenz und Krebserkrankungen

Pflegedienste sehen breitere krankheitsbedingte Anwendungsmöglichkeiten des Hausnotrufs

Ähnlich wie den kommunalen Institutionen sind auch den Pflegediensten die gesetzlichen Möglichkeiten der Leistungsübernahme für den Hausnotruf gut bekannt. Etwa 88 bzw. 86 Prozent der befragten Pflegedienste wissen, dass die Pflegekasse bzw. in bestimmten Fällen auch das Sozialamt die Kosten für den Hausnotruf übernimmt (Tabelle 34).

Pflegedienste sind über Finanzierungsmöglichkeiten zum Hausnotruf gut informiert

Tabelle 34: Bekanntheit von Finanzierungswegen bei den Pflegediensten
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50)

		Anzahl	in Prozent
Kostenübernahme durch die Pflegekasse	ja	44	88,0
	nein	6	12,0
Gesamt		50	100,0
Kostenübernahme durch das Sozialamt	ja	43	86,0
	nein	7	14,0
Gesamt		50	100,0

Tab. 34: Ist Ihnen als Pflegedienst bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziell gefördert wird?

Auch hier - wie bei den Kommunen - gibt es eine enge Zusammenarbeit mit den Anbietern von Hausnotrufdienstleistungen. Aus Gesprächen mit ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Fallstudie vom Frühjahr 2009 wissen wir, dass ambulante Pflegedienste mitunter mit speziellen Anbietern zusammenarbeiten. Hier hat sich über die Jahre eine Kooperation entwickelt. Die meisten Pflegedienste (72 Prozent) beschaffen sich die Informationen über den Hausnotruf über das Informationsmaterial von Institutionen, die diese Dienstleistung anbieten. Immerhin noch fast jeder dritte Pflegedienst (30 Prozent) informiert sich auch über Ausstellungen der Anbieter über den Hausnotruf. 16 bzw. 14 Prozent nutzen auch Homepages oder Präsentationen von Anbietern. Der Austausch zwischen den Pflegediensten scheint ebenfalls eine wichtige Bedeutung für die Verbreitung der Informationen über den Hausnotruf zu haben. Rund 28 Prozent der befragten Pflegedienste geben andere Pflegedienste als Bezugsquelle für entsprechende Informationen an (Tabelle 35).

Tabelle 35: Multiplikatoren und Werbekanäle für die Pflegedienste
 (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50,
 Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
Multiplikatoren		
Pflegedienste	14	28,0
Patienten	11	22,0
Sozialdienste in Kliniken	9	18,0
Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes	6	12,0
nahestehende Verwandte von Patienten	6	12,0
Pflegekassen	5	10,0
kommunaler Sozialarbeiter/Pflegeberater	5	10,0
MDK	4	8,0
Krankenkassen	3	6,0
Apotheken	3	6,0
Zeitungen für Fördermitglieder der Sozialverbände	3	6,0
Wohnungsgesellschaften und Vermieter	3	6,0
Hausärzte	2	4,0
Fachärzte	2	4,0
Klinikärzte	1	2,0
Werbekanäle		
Infomaterial von Anbietern	36	72,0
Ausstellung zum Hausnotruf	15	30,0
Anzeigen in der Presse	13	26,0
Homepage von Anbietern	8	16,0
Präsentation zum Hausnotruf bei Seniorentreffs o. ä.	7	14,0
Werbung auf Plakaten oder auf Fahrzeugen	6	12,0
Werbung in Radio/TV	5	10,0

Tab. 35: Woher haben Sie als Pflegedienst vom Hausnotruf erfahren?

Die Unterstützung der möglichen Nutzer durch den Pflegedienst erfolgt zum Teil über die Beratung und zum Teil über direkte Hilfe beim Ausfüllen der Anträge (Tabelle 36). Fast genau so viele ambulante Pflegedienste, die eine Beratung durchführen (38 Prozent) helfen beim Ausfüllen der Anträge, füllen die Anträge aus oder erledigen die Antragsformalitäten per Vollmacht selbst (zusammen 36 Prozent).

Pflegedienste leisten bei der Beantragung von Kostenübernahme in den meisten Fällen Unterstützung

Tabelle 36: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50)

	Anzahl	in Prozent
Ich führe eine Beratung durch.	19	38,0
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	6	12,0
Ich fülle die Anträge aus.	8	16,0
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	4	8,0
Das ist noch nicht vorgekommen.	7	14,0
keine Angabe	6	12,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 36: Inwieweit helfen Sie als Pflegedienst Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

Folglich stellen die Pflegedienste dann, wenn sie einen Bedarf induziert haben, den Kontakt zwischen dem Interessenten am Hausnotruf und dem Anbieter dieser Dienstleistung (80 Prozent) oder einem Wohlfahrtsverband (34 Prozent), die ja in vielen Fällen Träger von Hausnotrufangeboten sind, her (Tabelle 37).

Bedürftige werden direkt an Hausnotrufanbieter empfohlen

Tabelle 37: Empfehlung zur Beschaffung des Hausnotrufs an Patienten
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
sich an einen Hausnotrufanbieter zu wenden	40	80,0
sich von einem Wohlfahrtsverband beraten zu lassen	17	34,0
sich an den zuständigen kommunalen Sozialarbeiter/Pflegeberater zu wenden	16	32,0
sich an seine zuständige Pflegekasse zu wenden	13	26,0
sich an den Pflegestützpunkt zu wenden	9	18,0
sich an seine zuständige Krankenkasse zu wenden	8	16,0
sich an den Vermieter zu wenden	3	6,0

Tab. 37: Was empfehlen Sie als Pflegedienst einem Patienten, der bei sich zu Hause den Hausnotruf installieren lassen will?

6.3 Die Verbreitung des Hausnotrufs durch die Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen

Die Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen verweisen in der Befragung auf einen sehr breites Spektrum von Nutzern und Anwendungsgebieten. Diese Anwendungsbreite sehen die Experten des Gesundheitswesens nicht in diesem Maße. Teilweise resultiert dies sicher aus der speziellen Rolle der Anbieter im Einsatzprozess des Hausnotrufs. Zum Teil verweisen die von den Anbietern thematisierten Einsatzgebiete aber durchaus auch auf Synergien, die beispielsweise bei ambulanten Pflegediensten oder in den kommunalen Beratungseinrichtungen nutzbar wären. Vor allem werden allein stehende Personen, sturzgefährdete Personen und Pflegebedürftige als Zielgruppe gesehen. Aber auch ältere Personen generell, Menschen mit Behinderung, Personen mit Mobilitätsproblemen und Personen mit Sicherheitsbedürfnis sind Personengruppen, denen der Hausnotruf durch die Anbieter empfohlen wird (vgl. Tabelle 38).

Anbieter sehen eine breite Palette von Einsatzmöglichkeiten; Synergien zu den Arbeitsgebieten der anderen befragten Expertengruppen bestehen.

Tabelle 38: Empfehlung des Hausnotrufdienstes durch die Anbieter

(Angaben in Anzahl und Prozent der Nennungen, N=54 Befragte, die geantwortet haben, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
alleinstehenden Personen	28	28,0
kranken Personen	19	19,0
sturzgefährdeten Personen	18	18,0
Pflegebedürftigen	12	12,0
älteren Personen	9	9,0
Personen mit Mobilitätsproblemen	5	5,0
behinderten Personen	4	4,0
Personen mit Sicherheitsbedürfnis	3	3,0
keine Angabe	2	2,0
Nennungen gesamt	100	100,0

Tab. 38: Welchen Personengruppen empfehlen Sie als Anbieter den Hausnotruf?

Die Anbieter geben noch häufiger als die befragten Expertengruppen (Kapitel 5.2) direkte Unterstützung bei der Beantragung der Leistungsübernahme durch die Pflegekasse oder eine kommunale Einrichtung (vgl. Tabelle 39). Rund 46 Prozent der befragten Anbieter füllen die Anträge aus. Ein knappes Drittel hilft beim Ausfüllen oder erledigt die Antragsformalitäten per Vollmacht selbst (zusammen 31 Prozent).

Tabelle 39: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=57)

	Anzahl	in Prozent
Ich führe eine Beratung durch.	6	10,0
Ich helfe beim Ausfüllen der Anträge.	8	14,0
Ich fülle die Anträge aus.	26	46,0
Ich erledige die Antragstellung (Vollmacht).	10	18,0
Das ist noch nicht vorgekommen.	3	5,0
keine Angabe	4	7,0
Gesamt	57	100,0

Tab. 39: Inwieweit helfen Sie als Anbieter Patienten bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

Hausnotrufanbieter sind in Bezug auf die Werbung für ihre Dienstleistungen am breitesten aufgestellt. Die größte Aufmerksamkeit wird jedoch auf die direkte Kommunikation mit den Zielgruppen (Patienten und deren Angehörige) gelenkt. Die Anbieter setzen also auf die Mund-zu-Mund-Propaganda, die personalisierte Empfehlungskultur durch Kunden und Angehörige. Etwa 53 Prozent der Anbieter bestätigen, dass die Verbreitung der Angebote durch Mund-zu-Mund-Propaganda sehr oft vorkommt (Tabelle 40).

Personalisierte Werbekommunikation, Pflegedienste, Sozialdienste in Kliniken, Informationsmaterial und Homepage sind die dominanten Kanäle

Tabelle 40: Personalisierte Werbekommunikation aus Sicht der Anbieter
(Angabe in Anzahl und Prozent der Befragten, N=57)

	Anzahl	in Prozent
häufig	30	53,0
gelegentlich	17	30,0
selten	6	11,0
nie	2	3,0
weiß nicht	2	3,0
Gesamt	57	100,0

Tab. 40: Wie häufig wird der Hausnotruf durch Mund-zu-Mund-Propaganda weiter empfohlen?

Da die personalisierte Werbekommunikation von den Anbietern favorisiert wird, überrascht es nicht, dass Patienten und ihre Angehörigen auch der hauptsächliche Multiplikator für die Verbreitung des Hausnotrufs sind (60 bzw. 47 Prozent). Wichtig sind zudem die Pflegedienste (47 Prozent) und Sozialdienste in Kliniken (39 Prozent). Die übrigen Experten des Gesundheitswesens spielen in der Werbekommunikation derzeit eine untergeordnete Rolle (Abbildung 35).

Abbildung 33: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der Anbieter
(Angaben in Prozent der Befragten, N=57, Mehrfachnennungen möglich)

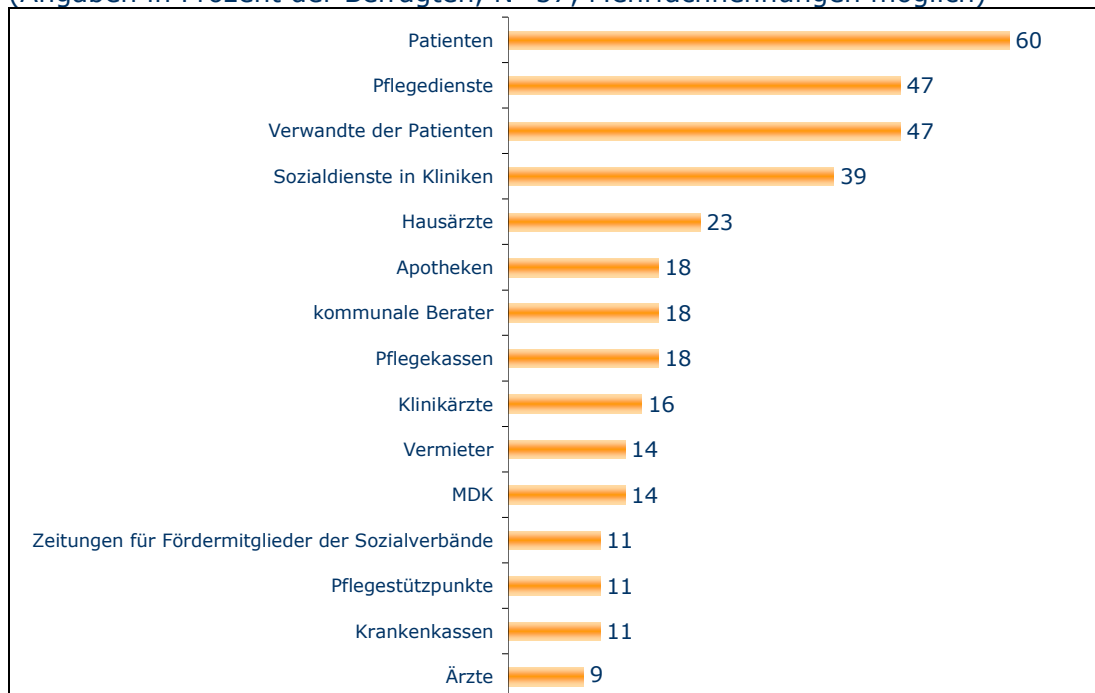


Abb. 33: Welche Möglichkeiten nutzen Sie als Anbieter, um den Hausnotruf bekannt zu machen?

Gedrucktes Info-Material und die eigene Homepage sind die favorisierten Werbekanäle, über die Anbieter ihre Dienstleistung kommunizieren (Abbildung 36).

Abbildung 34: Werbekanäle der Anbieter
(Angaben in Prozent der Befragten, N=57, Mehrfachnennungen möglich)

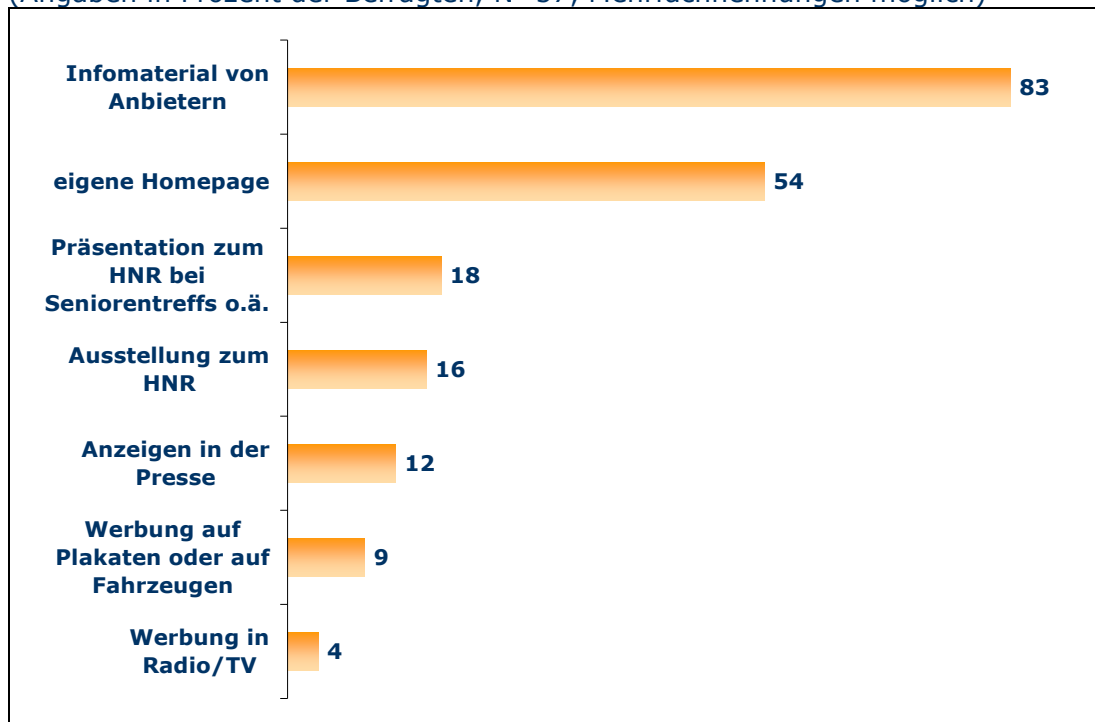


Abb. 34: Welche Werbemittel nutzen Sie als Anbieter, um den Hausnotruf bekannt zu machen?

7. Fördernde und hemmende Faktoren bei der Anschaffung des Hausnotrufs

Im folgenden Kapitel soll es um Faktoren oder auch Motive gehen, welche die Entscheidung für die Anschaffung des Hausnotrufs fördern, aber auch Faktoren, die diese Entscheidung hemmen. Hierfür betrachten wir die Gründe, die aus Sicht der Befragten für sowie gegen den Hausnotruf sprechen. Diese Gründe werden mit dem multivariaten Verfahren der Faktorenanalyse untersucht, um schließlich die hauptsächlichen Motive für und gegen den Hausnotruf herauszuarbeiten. Insbesondere ist hierbei die Gruppe der Nichtnutzer von Interesse. Weitere wichtige Themen in diesem Kapitel sind die Finanzierung des Hausnotrufs sowie die Preisbereitschaft der Nichtnutzer, da auch diese beiden Aspekte eine fördernde, aber auch hemmende Wirkung bei der Anschaffung der Dienstleistung haben können.

7.1 Entscheidungsfördernde Motive

Die Motive, die die Entscheidung für den Hausnotruf fördern, hängen eng mit dessen Nutzen zusammen. Um die Entscheidungsmotive herauszuarbeiten, wurden die Nutzenaspekte, die in Kapitel 4 vorgestellt wurden, noch einmal aufgegriffen und im Rahmen des multivariaten Verfahrens der Faktorenanalyse auf Zusammenhänge hin untersucht. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Faktorenanalysen zusammenfassend dargestellt. Ausführliche Informationen zu den statistischen Kennwerten sowie detailliertere Erklärungen zum Verfahren an sich, sind dem Anhang V zu entnehmen.

Um Motive herauszuarbeiten, welche die Entscheidung für den Hausnotruf fördern, nehmen wir Bezug auf die in der vorausgegangenen qualitativen Fallstudie herausgearbeiteten Gründe, die für die Anschaffung des Hausnotrufs sprechen und in der standardisierten Befragung durch die Probanden bewertet wurden. Dabei ging es in der Befragung im Einzelnen darum, dass der Hausnotruf

- die Verweildauer in der gewohnten Umgebung verlängert
- mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens schafft
- verhindert, dass man im Alter ganz allein dasteht
- verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben
- sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird
- Angst vor Einbrechern reduziert

Betrachtet man die Gruppe der Hausnotrufnutzer, ergibt die Faktorenanalyse, dass alle genannten Gründe in einem engen Zusammenhang stehen. Das größte Gewicht hat jedoch das Bedürfnis, möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu verweilen. Ebenso wichtig sind die Bedürfnisse, mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens zu haben, im Alter nicht ganz allein zu bleiben und in Notsituationen nicht unbemerkt zu bleiben. Relativ unwichtig ist die Angst vor kriminellen Übergriffen durch Einbrecher.

Stärkstes Entscheidungsmotiv der Nutzer ist das Bedürfnis einer möglichst langen Verweildauer in der gewohnten häuslichen Umgebung

Die Angehörigen weisen zwei wesentliche Motivstrukturen auf.

- Das erste und stärkere Motiv bildet den Wunsch ab, dass die Bedürftigen möglichst lange in der vertrauten Wohnumgebung bleiben können und dabei mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens erfahren.
- Motiv zwei beinhaltet den Wunsch, dass die Bedürftigen nicht sozial isoliert werden und dadurch im Notfall möglicherweise unbemerkt bleiben.
- Auch hier spielt Motiv drei, die Reduzierung der Einbruchgefahr eher eine unbedeutende Rolle.

Angehörige motiviert die Erhaltung der gewohnten Umgebung und die Verhinderung von sozialen Isolations-tendenzen der Nutzer zur Anschaffung des Hausnotrufs

Für Personen, die den Hausnotruf bisher nicht nutzen, aber durchaus Interesse daran hätten, steht die Frage nach dem eventuellem Verlust der gewohnten Umgebung durch einen alters- oder gesundheitlich bedingten Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim, in eine Einrichtung des betreuten Wohnens oder in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung offenbar noch in weiter Ferne. Dies ist nicht in ihrem Fokus der Entscheidungsmotive für den Hausnotruf. Deshalb ist solch ein Entscheidungsmotiv ebenso unbedeutend für sie wie die Angst vor Einbrechern. Vielmehr gelten hier als Hauptbeweggründe für den Hausnotruf die Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens und die Verhinderung von Vereinsamungstendenzen und sozialer Isolation. Ein zweites Argument für den Hausnotruf ist für sie, dass man in Not nicht unbemerkt bleibt und dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird.

Nichtnutzer motiviert die Vereinsamungsprävention und der Sicherheitsgewinn bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens

7.1.1 Unterstützungsstrukturen bei den Nichtnutzern

In diesem Kapitel wird zunächst der Frage nachgegangen, welche Einflüsse sich positiv auf die Entscheidung für den Hausnotruf auswirken. Hierfür nähern wir uns der Personengruppe, die zwar vom Hausnotruf bereits gehört, aber sich bisher nicht für die Anschaffung des Systems entschieden hat.

Personalisierte Werbestrategie hoch effizient, aber Breitenwirkung fraglich

Etwa zwei Drittel der Nichtnutzer sind einer Anschaffung gegenüber positiv eingestellt (Tabelle 41). Dieser Befund zeigt zunächst an, dass die bisher von der Hausnotrufanbietern gewählten Werbemittel sehr effektiv sind, da das Marketing die richtigen Zielgruppen erreicht. Dieses Ergebnis sagt allerdings nichts darüber

aus, wie hoch der Grad der Breitenwirkung der bisherigen Kommunikationsstrategie ist. Gewöhnlich ist eine stark personalisierte Werbekommunikation gegenüber der medial gestützten Werbung (Radio, TV, Plakate, Presse) diesbezüglich im Nachteil.

Tabelle 41: Interesse an der Anschaffung des Hausnotrufs durch die Nichtnutzer

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=104)

	Anzahl	in Prozent
ja	66	64,0
nein	36	35,0
weiß nicht	1	1,0
Gesamt	104	100,0

Tab. 41: Könnten Sie sich als Nichtnutzer vorstellen, den Hausnotruf bei sich installieren zu lassen?

Dass personalisierte Werbekommunikation hoch effektiv ist, zeigt auch die folgende Tabelle. Wer Personen mit Hausnotruf kennt, ist offener für die eigene Anschaffung. Etwa 68 Prozent derer, die Personen kennen, die den Hausnotruf nutzen, würden sich auch selbst dafür entscheiden. Bei derzeitigen Nichtnutzern, die keine Nutzer kennen, sind es zehn Prozent weniger.

Tabelle 42: Interesse an der Anschaffung des Hausnotrufs bei Kenntnis eines Hausnotrufnutzers

(Angaben in Prozent der Befragten, N=104)

		Kennen Sie jemanden, der den HNR nutzt?	
		ja	Nein
Könnten Sie sich vorstellen, den HNR bei sich zu installieren?	ja	67,0	58,0
	nein	32,0	41,0
	weiß nicht	1,0	1,0
Gesamt		100,0	100,0

Tab. 42: Könnten Sie sich als Nichtnutzer vorstellen, den Hausnotruf bei sich installieren zu lassen *gekreuzt mit* der Kenntnis über einen Hausnotrufnutzer

Es ist schwierig, insbesondere mit jungen Alten (65 bis unter ca. 75 Jahren), darüber zu sprechen, was sie tun würden, wenn sich ihr Gesundheitszustand deutlich verschlechtert oder sie plötzlich, etwa durch Partnerverlust, auf sich allein gestellt wären. Hier finden natürliche Verdrängungsprozesse statt, die nur allmählich und durch einfühlsame Gespräche aufgelöst werden können. Das ist die Stärke der personalisierten Werbung. Wir können davon ausgehen, dass die Personen, die vom Hausnotruf bereits gehört haben, sich in den meisten Fällen schon diesem Thema genähert haben. Das Interesse am Hausnotruf in diesem Personenkreis ist relativ groß, wie Abbildung 37 zeigt. Etwa 63 Prozent aller be-

Hausnotruf ist die erste Wahl bei Personen, die zuvor davon gehört haben

fragten Nichtnutzer könnten sich vorstellen, den Hausnotruf anzuschaffen, wenn sich ihre gesundheitliche Situation verschlechtern würde. Auf Platz zwei folgt mit 42 Prozent die Entscheidung für das betreute Wohnen (Servicewohnen).

Abbildung 35: Handlungsoptionen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes

(Angaben in Prozent der Befragten, N=104, Mehrfachnennungen möglich)

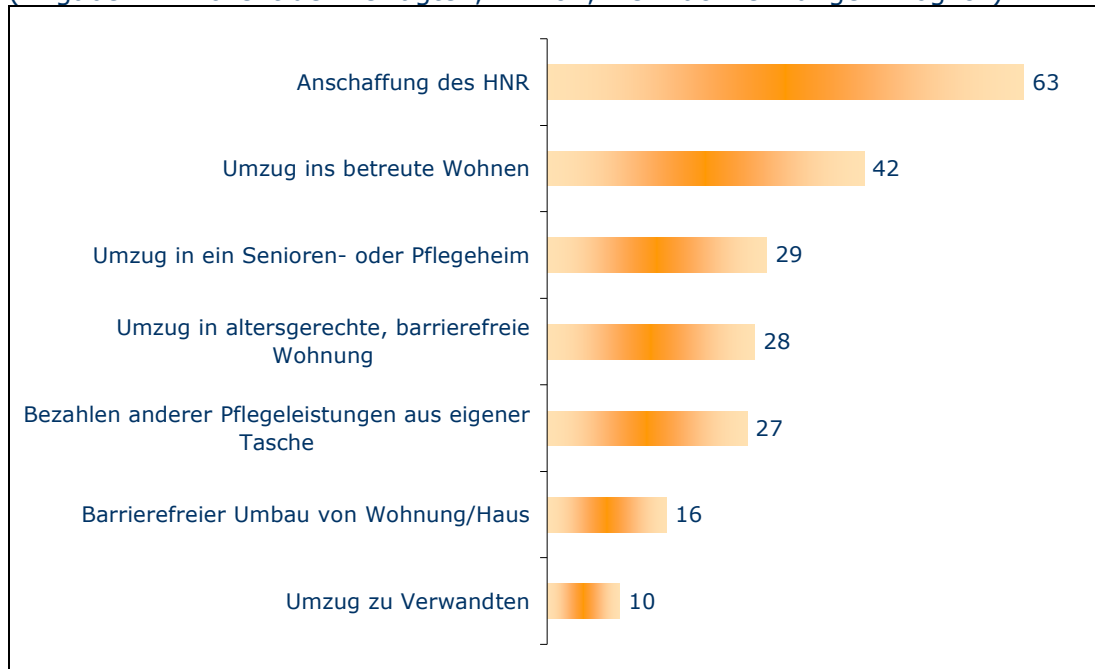


Abb. 35: Was käme für Sie als Nichtnutzer vorrangig in Betracht, wenn sich Ihr Gesundheitszustand einmal deutlich verschlechtern würde?

Diese hypothetische Möglichkeit sagt aber noch recht wenig darüber aus, ob diese Personen den Schritt zur Anschaffung des Hausnotrufs auch wirklich wählen würden. Wenn man die gerade beschriebenen Szenarien, die eintreten würden, wenn sich der Gesundheitszustand deutlich verschlechtert, wiederum mittels einer Faktorenanalyse in Beziehung zueinander setzt, fallen drei Entscheidungsszenarien auf.

- Im ersten Entscheidungsszenario konkurriert der Hausnotruf mit dem betreuten Wohnen, dem Umzug in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung und dem barrierefreien Umbau der eigenen Wohnung. Dieses Szenario zeigt ein **starkes handlungsorientiertes Vorgehen** der Personen.
- Im zweiten Handlungsszenario steht die Entscheidung zwischen dem Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim und der privaten Finanzierung von Pflegeleistungen bzw. Haushaltshilfen. Personen, die dieses Szenario bevorzugen, sind **eher auf Pflegeleistungen orientiert**.
- Das dritte Handlungsszenario präferiert den **Umzug zu Verwandten**. Es ist jedoch das schwächste Szenario und damit nur wenig wahrscheinlich.

Hausnotruf konkurriert mit betreutem Wohnen, Umzug in eine barrierefreie altersgerechte Wohnung und mit barrierefreiem Umbau der eigenen Wohnung

Senioren mit mittlerem und hohem Einkommen präferieren das handlungsorientierte Szenario

Im Kapitel 7.2 wird aufgezeigt, dass die Kosten ein starker Hemmfaktor für die Anschaffung des Hausnotrufs zu sein scheinen. Demnach ist davon auszugehen, dass die Entscheidung der Nichtnutzer für eines der drei Handlungsszenarien stark von den Kosten beeinflusst wird. Wie Tabelle 43 zeigt, präferieren vor allem die Haushalte mit hohem Einkommen das handlungsorientierte Szenario, also die Möglichkeit der Nutzung des Hausnotrufs oder den Umzug ins betreute Wohnen, in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung oder den barrierefreien Umbau der eigenen Wohnung (rund 58 Prozent). Hier besteht die größte finanzielle Beweglichkeit, die größere Investitionen möglich macht. Die mittlere Einkommensgruppe hat mit 74 Prozent der Nennungen auf das handlungsorientierte Szenario zumindest eine schwache Option. Die meisten Personen dieser Einkommensgruppe sehen dieses Szenario aus heutiger Sicht wenigstens als eine nachrangige Option und schließen es nicht völlig aus. Vor allem Argumente der Kostenersparnis bei gleichen Leistungen könnten Personen dieser Gruppe überzeugen, den Hausnotruf letztendlich als Alternative zu wählen. Szenario 3, zu Verwandten ziehen, erweist sich für alle Gruppen als ein nicht erstrebenswertes Ziel. Lediglich für 17 Prozent der Befragten aus der mittleren Einkommensgruppe wäre dies eine vorrangige Alternative. Szenario 3 stellt zum Hausnotruf also kaum eine Konkurrenzalternative dar. Dem pflegeorientierten Szenario 2 stehen die Senioren, die den Hausnotruf derzeit nicht nutzen, verhalten gegenüber. Es wäre hinter dem handlungsorientierten Szenario eher die zweite Option.

Tabelle 43: Abhängigkeit der Handlungsszenarien vom monatlichen Haushaltsnettoeinkommen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=104)

		Haushaltsnettoeinkommen		
		unter 1.100€	1.100-3.700€	mehr als 3.700€
Szenario 1: „Handlungsorientiertes Vorgehen“	vorrangig	17,0	6,0	58,0
	nachrangig	48,0	74,0	42,0
	käme nicht in Frage	36,0	20,0	0,0
Gesamt		100,0	100,0	100,0
Szenario 2: „Präferenz ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen“	vorrangig	6,0	13,0	20,0
	nachrangig	55,0	60,0	22,0
	käme nicht in Frage	39,0	27,0	58,0
Gesamt		100,0	100,0	100,0
Szenario 3: „Umzug zu Verwandten“	vorrangig	2,0	17,0	0,0
	nachrangig	21,0	35,0	0,0
	käme nicht in Frage	76,0	48,0	100,0
Gesamt		100,0	100,0	100,0

Tab. 43: Abhängigkeit der präferierten Handlungsszenarien vom monatlichen Haushaltsnettoeinkommen

Eine Reserve in der Werbekommunikation gegenüber den potenziellen Nutzern liegt darin, dass die meisten kaum Wissen über Finanzierungsmöglichkeiten haben. Nur rund einem Drittel der Nichtnutzer ist bekannt, dass die Pflegekasse für den Hausnotruf gegebenenfalls Sachleistungen übernimmt. Und weniger als jeder Fünfte (17 Prozent) weiß, dass auch die kommunalen Einrichtungen im Fall der Bedürftigkeit ebenfalls Kosten übernehmen. Mehr Informationen über die Leistungen der Pflegekassen und kommunalen Einrichtungen können Entscheidungshürden an dieser Stelle reduzieren.

Nichtnutzer haben wenige Informationen über Finanzierungsmöglichkeiten des Hausnotrufs

Tabelle 44: Bekanntheit von Finanzierungswegen bei den Nichtnutzern
(Angaben in Prozent der Befragten, N=104)

		Anzahl	in Prozent
Kostenübernahme durch die Pflegekasse	ja	34	32,0
	nein	63	61,0
	weiß nicht	7	7,0
Gesamt		104	100,0
Kostenübernahme durch das Sozialamt	ja	18	17,0
	nein	81	78,0
	weiß nicht	5	5,0
Gesamt		104	100,0

Tab. 44: Ist Ihnen als Nichtnutzer bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziell gefördert wird?

Während das Wissen um Bekannte, die bereits den Hausnotruf nutzen, kaum Einfluss auf die Entscheidung für eines der drei Szenarien hat, sind Alter und Geschlecht dabei jedoch von Bedeutung.

Die „jüngeren Alten“ (65 bis 74 Jahre) stehen dem handlungsorientierten Szenario (Szenario 1) aufgeschlossener gegenüber als die „alten Alten“. Die Präferenz für die private Finanzierung von Pflegeleistungen wird von ihnen im Vergleich zwischen den drei Altersgruppen am häufigsten abgelehnt. Das Szenario 3, der Umzug zu Verwandten, fällt bei allen drei Altersgruppen durch. Szenario 2, das pflegeorientierte Szenario, wird am ehesten noch von den 85-Jährigen und Älteren akzeptiert (Abbildung 38).

„Junge Alte“ (65-74 Jahre) präferieren das handlungsorientierte Szenario und sind für den Hausnotruf damit sehr offen

Abbildung 36: Ablehnung der Szenarien in Abhängigkeit vom Alter
(Angaben in Prozent der Befragten, N=104)

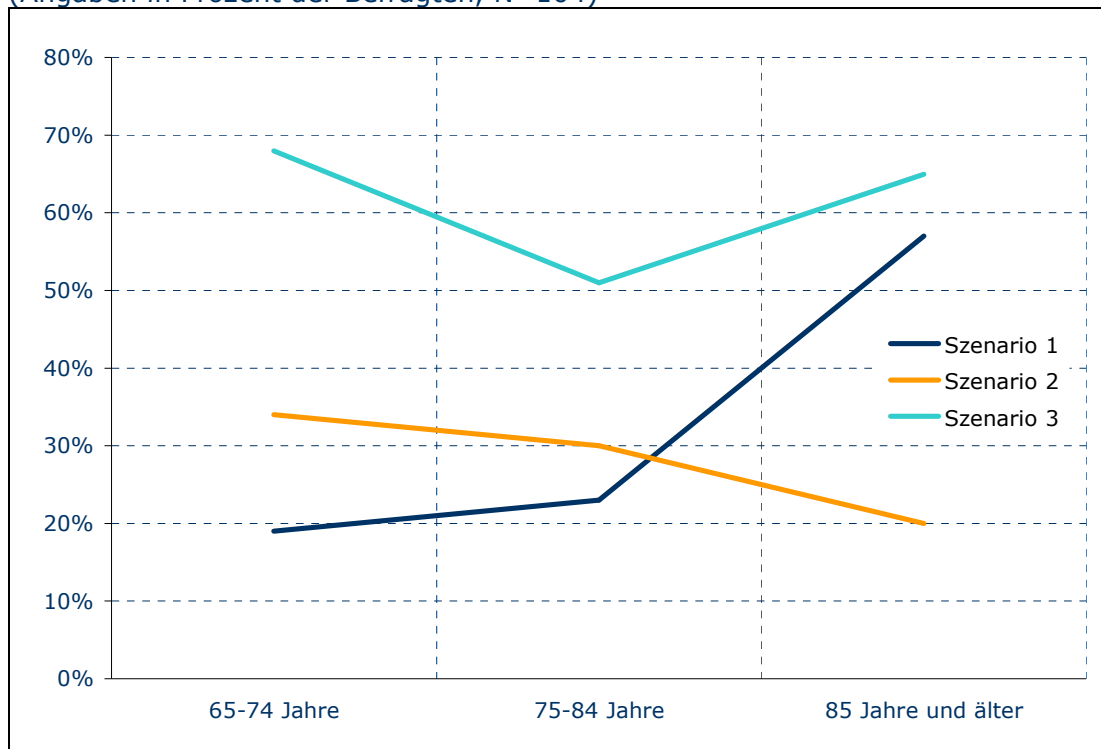


Abb. 36: Abhängigkeit der nicht in Frage kommenden Handlungsszenarien vom Alter

Legende:

- **Szenario 1:** Präferenz des Hausnotrufs, des betreuten Wohnens, eines Umzuges in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung oder eines barrierefreien Umbaus der eigenen Wohnung
- **Szenario 2:** Präferenz von ambulanten und stationären Pflegeleistungen und Unterstützungen
- **Szenario 3:** Umzug zu Verwandten

Frauen sind entscheidungsfreudiger, gerade, wenn es um die Frage geht, ob der Hausnotruf angeschafft wird oder alternativ ein Umzug ins betreuten Wohnen, in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung und der barrierefreie Umbau der eigenen Wohnung stattfinden soll. Doppelt so viele Frauen (15 Prozent) wie Männer würden sich für das Handlungsszenario 1 entscheiden. Im Szenario 2 unterscheiden sich Männer und Frauen nicht und im Szenario 3 erkennen wir wieder die starke Ablehnung der Variante, zu Verwandten zu ziehen, und zwar in beiden Gruppen (Tabelle 45).

Frauen sind
entscheidungsfreudiger

Tabelle 45: Abhängigkeit der Handlungsszenarien vom Geschlecht
(Angaben in Prozent der Befragten, N=104)

		Geschlecht	
		Männlich	Weiblich
Szenario 1: „Handlungsorientiertes Vorgehen“	vorrangig	7,0	15,0
	nachrangig	63,0	64,0
	käme nicht in Frage	30,0	21,0
	Gesamt	100,0	100,0
Szenario 2: „Präferenz ambulanter oder stationärer Pflegeleistungen“	vorrangig	11,0	13,0
	nachrangig	56,0	55,0
	käme nicht in Frage	33,0	33,0
	Gesamt	100,0	100,0
Szenario 3: „Zu Verwandten ziehen“	vorrangig	9,0	12,0
	nachrangig	34,0	23,0
	käme nicht in Frage	57,0	65,0
	Gesamt	100,0	100,0

Tab. 45: Abhängigkeit der Handlungsszenarien vom Geschlecht

7.1.2 Unterstützung bei der Antragstellung

An der Entscheidung für den Hausnotruf haben die Angehörigen maßgeblichen Anteil. Drei Viertel aller befragten Angehörigen bestätigen das, wie Tabelle 46 belegt.

Der Weg zum Nutzer führt maßgeblich über dessen Angehörigen

Tabelle 46: Entscheidung für den Hausnotruf
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=100)

	Anzahl	in Prozent
ja	75	75,0
nein	24	24,0
weiß nicht	1	1,0
Gesamt	100	100,0

Tab. 46: Haben Sie als Angehöriger an der Entscheidung, den Hausnotruf installieren zu lassen, teil gehabt?

Neben der Begleitung der Entscheidungsfindung unterstützen die Angehörigen, im Falle, dass Möglichkeiten zur Inanspruchnahme eine Sachleistung bestehen, in nicht unbedeutendem Maße die Betroffenen bei der Beantragung (Tabelle 47). Etwa jeder dritte Angehörige (35 Prozent) gibt das in unserer Befragung an. In gleichem Maße leisten aber auch andere Personen Hilfe (37 Prozent), vor allem die ambulanten Pflegedienste, wie sich weiter unten noch zeigen wird.

Angehörige und der Pflegedienst helfen meistens bei Beantragung von Kostenübernahme

Tabelle 47: Unterstützung bei der Antragstellung durch die Angehörigen
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, bei deren angehörigern Nutzern Möglichkeiten zur Kostenübernahme bestehen, N=43)

	Anzahl	in Prozent
Ich habe mitgeholfen.	15	35,0
Ein anderer hat mitgeholfen.	16	37,0
Nutzer hat Beantragung alleine vorgenommen.	5	12,0
weiß nicht/keine Angabe.	7	16,0
Gesamt	43	100,0

Tab. 47: Haben Sie als Angehöriger bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf geholfen?

Da, wo die Angehörigen mitgeholfen haben, erledigten sie in den meisten Fällen das Stellen des Antrages bei den entsprechenden Institutionen (Pflegekasse oder kommunale Einrichtung) selbst (Tabelle 48).

Tabelle 48: Art der Unterstützung bei der Antragstellung

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, die bei der Antragstellung mitgeholfen, N=15)

	Anzahl	in Prozent
Ich habe beratend zur Seite gestanden.	2	13,0
Ich habe beim Ausfüllen der Verträge geholfen.	1	7,0
Ich füllte die Verträge aus.	7	47,0
Ich erledigte die Antragstellung.	5	33,0
Gesamt	15	100,0

Tab. 48: Inwieweit haben Sie Ihren Angehörigen bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf unterstützt?

Wo die Angehörigen oder die Betroffenen sich nicht selbst um den Antrag kümmern, übernahm das in den meisten Fällen der Pflegedienst. Jeder vierte Antrag wurde, nach Angaben der Angehörigen, vom Pflegedienst gestellt (Abbildung 39).

Abbildung 37: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme (Angaben in Prozent der Befragten, bei deren angehörigern Nutzern Möglichkeiten zur Kostenübernahme bestehen, N=43, Mehrfachnennungen möglich)

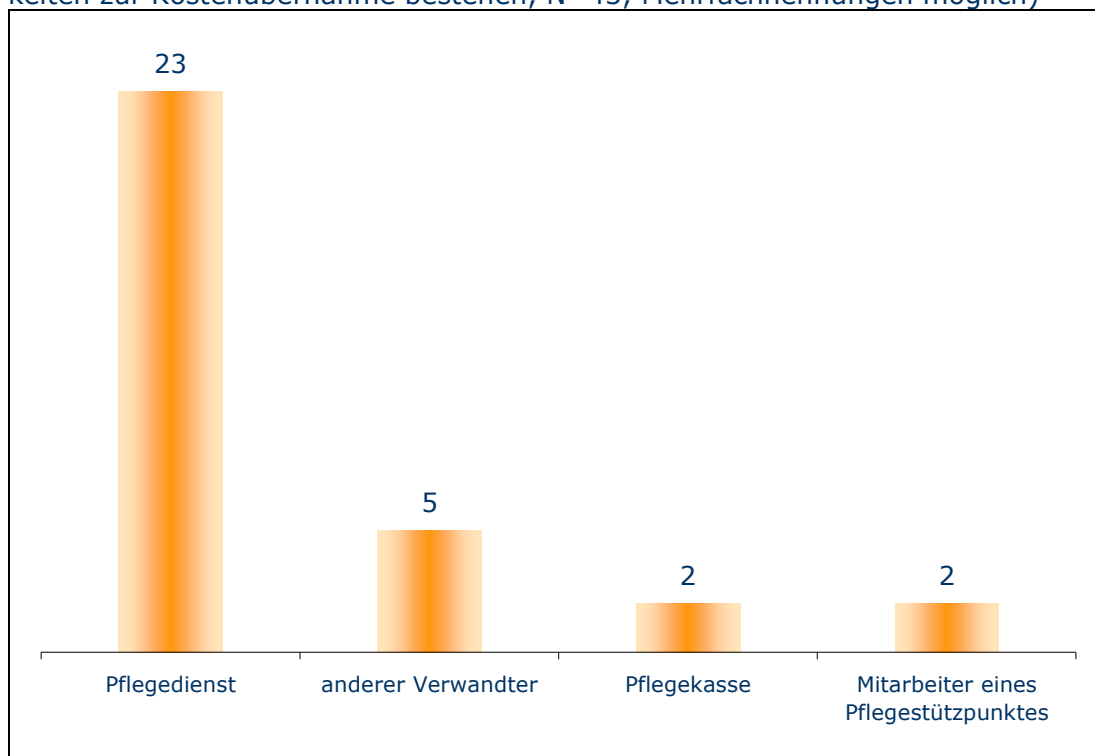


Abb. 37: Wer hat Ihrem angehörigern Nutzer bei der Beantragung der Sachleistung mitgeholfen?

Jeder fünfte Nutzer, der eine Kostenübernahme von der Pflegekasse oder einer kommunalen Einrichtung erhält, meint, dass er die Beantragung selber vorgenommen hat (Tabelle 49).

Tabelle 49: Beantragung von Kostenübernahme durch die Nutzer (Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, bei denen Möglichkeiten zur Kostenübernahme bestehen, N=77)

	Anzahl	in Prozent
ja	17	22,0
ich hatte Hilfe	50	65,0
weiß nicht	10	13,0
Gesamt	77	100,0

Tab. 49: Haben Sie als Nutzer die Beantragung der Sachleistung Hausnotruf alleine vorgenommen?

Die Abweichung zur Aussage der Angehörigen (hier sind 12 Prozent der Meinung, dass ihre bedürftigen Angehörigen die Beantragung selbst vorgenommen haben) lässt sich durch das zum Teil unterschiedliche Verständnis der Fragestellung ableiten. Sicher ist auf jeden Fall, dass der übergroße Teil der Nutzer fremde Hilfe in Anspruch genommen hat. 65 Prozent der Nutzer erklären dies. Die Unterstüt-

Menschen im sozialen Umfeld der Nutzer haben großen Einfluss beim Antrag auf Kostenübernahme

zung erfolgt, wie Abbildung 40 zeigt, vor allem durch enge Verwandte (35 Prozent), durch die Pflegekasse (22 Prozent) und den Pflegedienst (elf Prozent).

Abbildung 38: Unterstützung bei der Beantragung von Kostenübernahme (Angaben in Prozent der Befragten, die bei der Beantragung der Kostenübernahme Hilfe hatten, N=50, Mehrfachnennungen möglich)

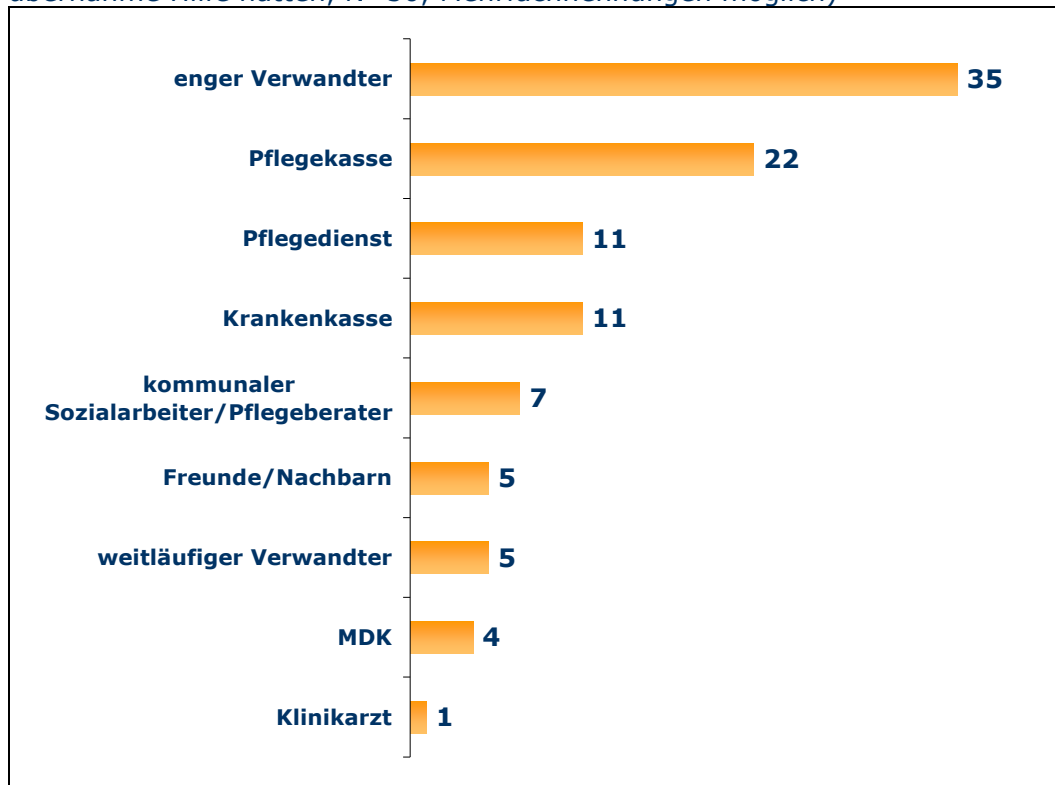


Abb. 38: Wer hat Ihnen als Nutzer bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf geholfen?

Sowohl Angehörige als auch Nutzer sind sich über die vorrangigen Helfergruppen einig. Das unterstreicht noch einmal die wichtige Rolle, die Menschen im sozialen Umfeld von Interessenten am Hausnotruf einnehmen.

7.2 Entscheidungshemmende Motive

Es gibt verschiedene psychologische und kulturelle Faktoren, die gegen die Anschaffung des Hausnotrufs sprechen und somit als kaufhemmende Einflüsse wirken.

In einer geschlossenen Frage, die aus den Ergebnissen der Fallstudien vom Frühjahr 2009 zu den hemmenden Einflüssen gewonnen wurde, ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 41). Die Angehörigen nehmen wahr, dass vor allem eine falsche Einschätzung der Situation durch die Betroffenen zur Ablehnung des Hausnotrufs führt. 67 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Angehörigen schätzen ein, dass die „Personen verkennen, wie ernst es um ihren gesundheitlichen Zustand steht“ und aus diesem Grund die Einrichtung des Hausnotrufs abwehren. Damit

Sparsamkeit und Unterschätzung der eigenen Situation hemmen die Anschaffung des Hausnotrufs

geht auch einher, dass die betreffenden Personen mitunter zu stolz sind, sich einzugestehen, dass sie fremde Hilfe benötigen (56 Prozent). Auch den „Sparsamkeitssinn“ führen 53 Prozent der Angehörigen als Hemmnis bei der Entscheidung für den Hausnotruf an. Eine besondere Rolle spielt auch das Preisargument. Dieses wird im Anschluss an diesen Abschnitt ausführlicher besprochen. Die Angst, dass fremde Menschen Zutritt zur eigenen Wohnung bekommen und die Technikscheu spielen eine untergeordnete Rolle. 40 bzw. 41 Prozent der Angehörigen geben dies als Hemmnis an.

Abbildung 39: Vorrangige Gründe gegen den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100, Mehrfachnennungen möglich)

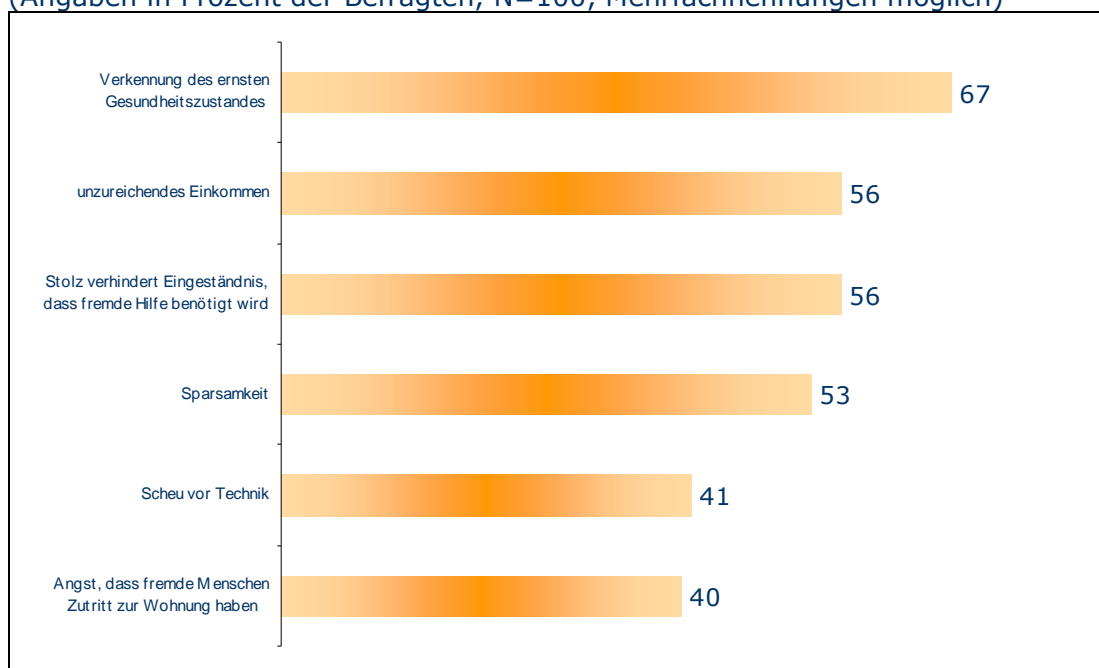


Abb. 39: Was meinen Sie als Angehöriger, warum gibt es Menschen, die sich gegen den Hausnotruf entscheiden?

Untersucht man die verschiedenen hemmenden Einflussfaktoren mittels einer Faktorenanalyse auf Zusammenhänge, ergeben sich zwei Motivstrukturen. Das dominante Motiv für die Ablehnung des Hausnotrufs wird durch den Zusammenhang von „Sparsamkeit“, „geringem Einkommen“ und „dem Verkennen der Ernsthaftigkeit des Zustandes, in dem sich die Bedürftigen befinden“, gespeist. Die Betroffenen lehnen in Gesprächen über den Hausnotruf nicht selten mit diesen Argumenten dessen Anschaffung ab. Dieses Motivmuster beruht auf einer mentalen Einstellung der heutigen Kernzielgruppe des Hausnotrufs, den über 65-Jährigen.

Wie bereits im Kapitel 3 zum Thema demografischer Wandel ausgeführt wurde, gehört ein Großteil der Nutzer und der gegenwärtigen Kernzielgruppe zur Kriegs-

und unmittelbaren Nachkriegsgeneration. Moral und Mentalität dieser Menschen sind sehr stark durch Pflicht- und Akzeptanzwerte gekennzeichnet.

Schicksalsbestimmtheit, Sparsamkeit und Entbehrungsbereitschaft prägen ihre Verhaltensweise. Dadurch werden die hemmenden Einflüsse auf die Kaufbereitschaft des Hausnotrufs determiniert. Die folgenden Geburtenjahrgänge der heute 45- bis 60-Jährigen gehören bereits zu den Generationen, die in der Zeit der wirtschaftlichen und sozialen Prosperität und des kulturellen Wandels der 50er und 60er Jahre sozialisiert wurden. Es ist deshalb davon auszugehen, dass sich der Einfluss der hier aufgezeigten hemmenden Motivstruktur auf die Kaufbereitschaft zum Hausnotruf in den kommenden fünf bis 15 Jahren abschwächen wird, wenn diese Generationen in das Zielgruppenalter hineinwachsen.

Ein weiteres Motiv aus Sicht der Angehörigen, das sich eher hemmend auf die Beschaffung des Hausnotrufs auswirkt, könnte man mit dem Begriff „Souveränitätsanspruch“ der Menschen beschreiben. Es ist der Stolz, sich einzugestehen, fremde Hilfe zu benötigen, gepaart mit der Angst, fremden Menschen Zutritt in die private Wohnung zu gewähren sowie die Technikscheu, die dieses Motiv stützen. Es ist davon auszugehen, dass die Technikscheu bei den nachrückenden Generationen der heute 45- bis 60-Jährigen keine Rolle mehr spielen wird. Bleiben wird allerdings der Souveränitätsanspruch, sein Leben unabhängig und aktiv gestalten zu können, verbunden mit Mobilität und Genuss (Hedonismus). Wenn also bereits heute auf diese zukünftige Zielgruppe die Aufmerksamkeit gelenkt werden soll, so muss die Werbekommunikation diese Bedürfnisse thematisieren und Möglichkeiten zu deren Befriedigung durch den Hausnotruf aufzeigen. Spätestens in den kommenden fünf bis 15 Jahren werden diese Inhalte werberelevant.

Ungestützt, also ohne Antwortvorgaben, nach Argumenten gegen den Hausnotruf gefragt, fallen den Angehörigen von Nutzern spontan relativ wenige Argumente ein (Tabelle 50). Nur elf von 100 Befragten konnten darauf in einer offen gestellten Frage antworten. Fünf von elf Befragten nannten Probleme der Praktikabilität im Umgang mit den Geräten und drei die Kosten.

Erhaltung von Mobilität und Lebensgenuss werden Werbebotschaften der Zukunft

Preis und Unkenntnis von Finanzierungsmöglichkeiten hemmen die Kaufbereitschaft

Tabelle 50: Gründe gegen den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Anzahl der Befragten, die hierauf antworteten, N=11)

	Anzahl
Praktikabilität	5
Kosten	3
Missbrauch	1
Sonstiges	2
Gesamt	11

Tab. 50: Was spricht aus Ihrer Sicht gegen den Hausnotruf?

Im Personenkreis derer, die zwar vom Hausnotruf gehört haben, ihn jedoch nicht nutzen, ist die Bereitschaft, spontan Einwände gegen die Anschaffung zu finden, größer. 48 Befragte, und damit fast die Hälfte, fanden hier Argumente. Abgesehen von 15 Nennungen, die nicht weiter inhaltlich kategorisiert werden konnten, und neun Befragten, die keinen Bedarf am Hausnotruf sahen, dominiert der Kostenaspekt als hemmender Faktor bei der Anschaffung des Hausnotrufs (Tabelle 51). Dies wird auch durch die Angehörigen von Nutzern bestätigt. Mehr als die Hälfte (56 Prozent) meint, dass als Hemmnis für die Anschaffung des Hausnotrufs das nichtausreichende Einkommen der Betroffenen verantwortlich ist (vgl. Abbildung 41).

Tabelle 51: Gründe gegen den Hausnotruf aus Sicht der Nichtnutzer (offene Frage ohne Antwortvorgaben)

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, die hierauf antworteten, N=48)

	Anzahl	in Prozent
Kosten	9	19,0
Missbrauch	5	11,0
Bezugspersonen vorhanden	5	10,0
Schlüsselübergabe	2	4,0
schlechte Erfahrungen	2	4,0
Sonstiges	15	32,0
kein Bedarf	9	20,0
Gesamt	48	100,0

Tab. 51: Was spricht aus Ihrer Sicht gegen den Hausnotruf?

Wie Tabelle 51 zeigt, sind die Kosten ein nicht unwesentlicher Grund, der für die Nichtnutzer gegen die Anschaffung des Hausnotrufs spricht. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass lediglich zehn Prozent der Nichtnutzer eine Pflegestufe und die übrigen 90 Prozent entsprechend keinen Anspruch auf Kostenübernahme haben (Tabelle 52). Hinzu kommt, dass die Nichtnutzer sehr wahrscheinlich nicht über die Möglichkeit der Kostenübernahme informiert sind.

Tabelle 52: Pflegestufe der Nichtnutzer

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=104)

	Anzahl	in Prozent
ja	10	10,0
nein	94	90,0
Gesamt	104	100,0

Tab. 52: Haben Sie eine Pflegestufe?

In Kapitel 4.2.3 haben wir beschrieben, dass Personen mit einer Pflegestufe keinen zwingenden Anspruch haben, die Sachleistung des Hausnotrufs gewährt zu bekommen. Insgesamt gaben nur 60 Prozent der von uns befragten Nutzer mit Pflegestufe an, dass die Pflegekasse die Kosten für den Hausnotruf übernimmt. Der Großteil der Nutzer unserer Stichprobe finanziert den Hausnotruf vollständig selbst. Von den Nichtnutzern wissen fast zwei Drittel nicht, dass die Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Pflegekasse oder kommunale Institutionen besteht. Diese Tatsache verstärkt die Rolle des Preises als Hemmfaktor bei der Anschaffung des Hausnotrufs. Mehr Informationen über Finanzierungsmöglichkeiten, aber auch den Nutzen des Hausnotrufs, können die Preishürde relativieren.

7.3 Die Preisbereitschaft

Die Preisbereitschaft bezüglich des Hausnotrufs wird anhand der Befragungsgruppe der Nichtnutzer analysiert. Diese wurden gefragt, ab welchem monatlichen Preis sie die Gebühr für den Hausnotruf als günstig bewerten würden. Demgegenüber wurde auch erfragt, ab welcher monatlichen Gebühr sie den Hausnotruf als teuer, aber dennoch akzeptabel einschätzen würden. Den Befragten wurde durch die Interviewer jeweils eine Skala vorgelesen, die in Fünferschritten von 50 abwärts bzw. von fünf aufwärts verlief. Die Skala wurde so lange vorgelesen, bis man bei der in den Augen der Befragten günstigsten bzw. teuersten Gebühr angelangt war. Die folgende Graphik verdeutlicht den Verlauf der Preisbereitschaft bei den Nichtnutzern. Von links oben nach rechts unten verläuft dabei die Kurve der monatlichen Gebühr, die von den Befragten als günstig eingeschätzt wird. Dem gegenüber steht die Kurve der teuren Gebühr, die von links unten nach rechts oben verläuft. Der Schnittpunkt der beiden Kurven wird als Ankerpreis bezeichnet. Er gilt hinsichtlich der Akzeptanz als optimaler Preis, da ihn jeweils gleich viele Personen als günstig bzw. teuer bewerten – er bildet also den bestmöglichen Kompromiss.

Abbildung 40: Preisbereitschaft der Nichtnutzer insgesamt

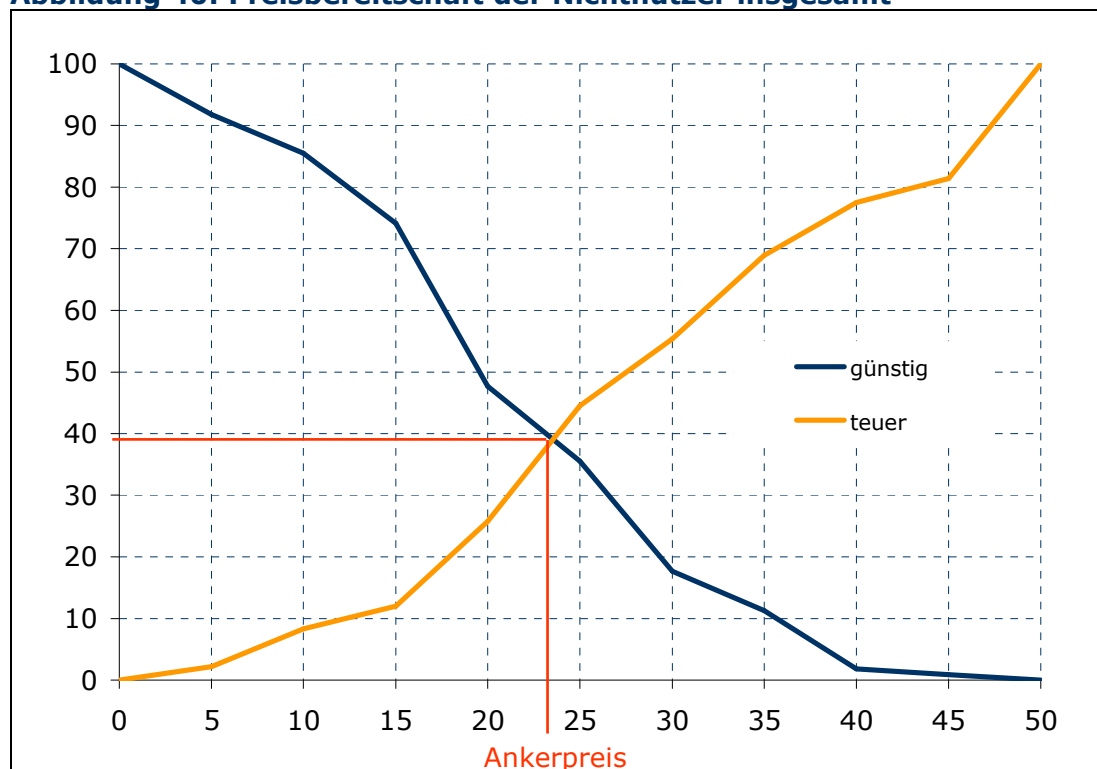


Abb. 40: Preisbereitschaft der Nichtnutzer insgesamt

Die Abbildung macht deutlich, dass die optimale monatliche Gebühr aus Sicht der Nichtnutzer für den Hausnotruf zwischen 20 und 25 Euro liegt und eher zum höheren Wert tendiert. Die tatsächliche monatliche Gebühr für den Hausnotruf beläuft sich in den meisten Fällen auf 18,36 Euro monatlich (Preis für den Hausnotruf gemäß Pflegeversicherung). Zudem fällt eine einmalige Anschlussgebühr von 10,49 Euro an. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, ein Servicepaket anzuschaffen, welches, je nach Anbieter, in den meisten Fällen monatlich zwischen 25 und 50 Euro kostet.

Vergleicht man die tatsächliche monatliche Gebühr für das Grundleistungspaket mit der für die Nichtnutzer optimalen Gebühr, wird deutlich, dass der tatsächliche Preis für das Grundleistungspaket noch unterhalb der Akzeptanzgrenze der Nichtnutzer liegt. Dies liefert Hinweise darauf, dass der Preis für das Grundleistungspaket unkritisch ist und das Kaufinteresse der potenziellen Nutzer nur unwesentlich beeinflusst. Bedenkt man darüber hinaus, dass das Grundleistungspaket des Hausnotrufs als Sachleistung durch die Pflegekassen gewährt werden kann oder das Sozialamt diese Leistung übernimmt, unterstützt das zusätzlich unser Argument, dass es nicht der Preis zu sein scheint, der gegen eine Anschaffung des Hausnotrufs spricht.

Unter Berücksichtigung der Befunde aus Kapitel 7.2 wird die Ambivalenz des Preises als kaufhemmender Faktor hier nochmals verstärkt. Zum einen ist zumindest die Preisakzeptanz in Bezug auf das Grundleistungspaket vorhanden, zum anderen prägt jedoch gerade die gegenwärtige Zielgruppe der über 65-Jährigen ein starker Sparsamkeitsdrang, gepaart mit der Unterschätzung der eigenen gesundheitlichen Lage. Dies wiederum relativiert die Rolle des Preises als kaufhemmenden Faktor und macht deutlich, dass nicht ein niedriger Preis, sondern eher die positive Überzeugung vom Nutzen des Hausnotrufs kauffördernd ist.

Nicht ein niedriger Preis, sondern die Überzeugung vom Nutzen des Hausnotrufs ist kauffördernd

Neben der Preisbereitschaft aller Nichtnutzer ist es auch interessant, die Gruppe der Nichtnutzer nach bestimmten Merkmalen zu differenzieren. Dabei wird deutlich, dass die Preisakzeptanz durchaus nicht homogen ist. Im Fall des Hausnotrufs zeigen sich beispielsweise unterschiedliche Preisbereitschaften zwischen Männern und Frauen.

Abbildung 41: Preisbereitschaft der Nichtnutzer nach Geschlecht

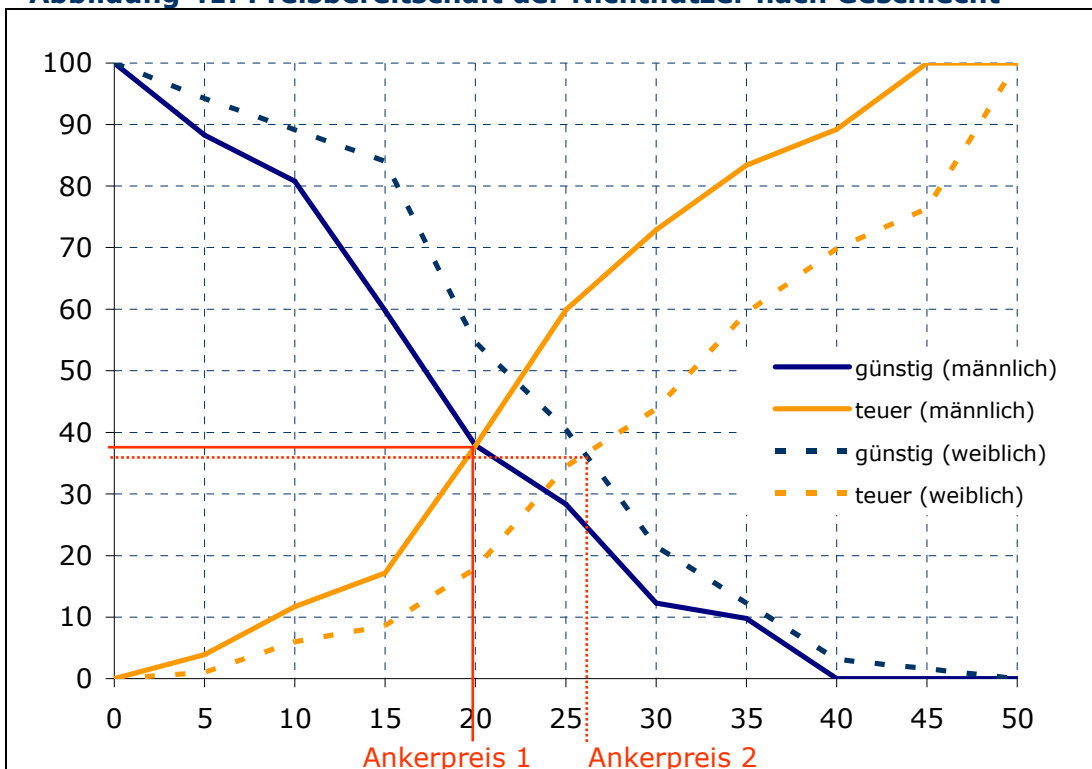


Abb. 41: Preisbereitschaft der Nichtnutzer nach Geschlecht

Die Abbildung zeigt, dass für die männlichen Nichtnutzer die optimale monatliche Gebühr für den Hausnotruf mit 20 Euro unterhalb des akzeptablen Durchschnitts aller Nichtnutzer liegt. Bei den weiblichen Befragten ist dies umgekehrt. Sie würden eine monatliche Gebühr akzeptieren, die etwas über dem eigentlichen Durchschnitt liegt. Dieses Ergebnis geht mit der Aussage zur Struktur der Nutzerschaft konform, dass es vorrangig Frauen sind, die den Hausnotruf nutzen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass auch die Preisbereitschaftsanalyse gezeigt hat, dass die Kaufbereitschaft der Interessenten nicht primär durch den Preis gehemmt wird. Vielmehr spielt die Prägung der gegenwärtigen Kernzielgruppe eine wichtige Rolle, die wiederum Auswirkungen auf die Kaufbereitschaft hat (Sparsamkeitsdrang, ein Leben mit Entbehrungen). Deutlich wurde jedoch auch, dass der Preis für das Grundleistungspaket unkritisch ist, und sich insbesondere bei Frauen sogar ein Spielraum für zusätzliche Serviceleistungen zeigt. Dennoch wird es in Zukunft wichtig sein, eine positive Überzeugung vom Nutzen des Hausnotrufs bei den Interessenten zu fördern, da diese die im Grunde vorhandene Preisakzeptanz zusätzlich unterstützt.

8. Entwicklungsperspektive des Hausnotrufs

8.1 Die Bedarfsentwicklung unter den heutigen Nutzergruppen

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungstendenzen und der Entwicklung der Haushaltsstrukturen in der deutschen Bevölkerung in den kommenden 15 Jahren, wurde bereits im Kapitel 2 über die objektiven Wachstumsfaktoren des Hausnotrufeinsatzes geschrieben. In diesem Abschnitt soll es nun um die Einschätzung der Entwicklungspotenziale des Bedarfs in den aktuellen Zielgruppen für den Einsatz des Hausnotrufs gehen. Dabei werden die Schätzungen aller befragten Experten aus den Bereichen

- Pflegedienste
- Anbieter von Hausnotrufdiensten
- Hausärzte
- Kommunen
- Pflegekassen
- Kliniken

zusammengefasst ausgewertet. An der Schätzung haben sich allerdings nicht alle befragten Institutionen der o. g. Expertengruppen beteiligt. Betrachtet man das gewichtete arithmetische Mittel aller Einzelschätzungen, die abgegeben wurden, so sehen die in den betreuenden Einrichtungen befragten Experten bei pflegebedürftigen älteren Menschen mit und ohne Pflegestufe einen zusätzlichen Bedarf von 172 Personen. Durchschnittlich werden zurzeit in diesen Einrichtungen ca. 180 Personen vom Hausnotruf betreut. Damit wird also allein in diesen Einrichtungen ein zusätzlicher Bedarf von durchschnittlich 95 Prozent des aktuellen Kundenbestandes angenommen. Allein die errechnete Proportion spricht für sich. Fast noch einmal so viele potenzielle Nutzer, wie derzeit den Hausnotruf nutzende Personen, werden im Umfeld dieser Einrichtungen vermutet. Der Markt wird also sehr optimistisch eingeschätzt.

8.2 Zukünftige Nutzergruppen und Anwendungsfelder

Die Expertengruppen und auch die Angehörigen von Nutzern des Hausnotrufs wurden abschließend danach gefragt, für welche Personengruppen sie den Hausnotruf zusätzlich zu den bisherigen Nutzerkreisen für praktikabel erachten. Einen Teil der genannten Personenkreise wird durch die Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen bereits beginnend erschlossen. Wir gehen aber davon aus, dass die Experten, wie auch die Angehörigen von Nutzern, gerade bei diesen in den kommenden Jahren einen wachsenden Bedarf sehen.

Die Experten schätzen das Wachstum des traditionellen Marktes optimistisch ein.

Generell – und das entspricht den Prognosen zur Entwicklung alter und allein stehender Menschen in Deutschland, die in Kapitel 2 getroffen wurden – sehen die Angehörigen, und fast alle befragten Expertengruppen, ältere Menschen und ältere allein lebende Menschen als Kernzielgruppe für den Hausnotruf an. Darüber hinaus sehen einige in diesen Befragtengruppen den Hausnotruf geeignet für allein lebende Menschen, die krankheitsbedingt oder bedingt durch ihre körperliche oder psychische Verfassung, in Notfällen nicht für sich alleine sorgen können. Das Thema „Alleinlebend“ ist hier zum Teil vom Alter unabhängig zu verstehen.

Generell sind Angehörige von Nutzern, wie auch die meisten Experten, der Auffassung, dass die Pflegebedürftigkeit zunehmen wird, so dass der Einsatz des Hausnotrufs als Pflegehilfsmittel an Bedeutung gewinnen kann.

Eine weitere Zielgruppe mit wachsender Bedeutung sehen die Angehörigen von Nutzern und die befragten Experten in der Gruppe der Menschen mit physischen oder psychischen Krankheiten.

Außer den befragten Pflegekassen sehen alle anderen Expertengruppen in Menschen mit Behinderung eine potenziell an Bedeutung gewinnende Zielgruppe.

Einige Anbieter des Hausnotrufdienstes, Pflegedienste und Angehörige von Nutzern sehen aber auch noch in bisher kaum erschlossenen Einsatzfeldern Potenziale des Hausnotrufs.

- **Einsatz bei Schwangerschaft:** Zwei befragte Hausnotrufanbieter thematisieren die Möglichkeit, allein stehenden oder die größte Zeit des Tages allein lebenden schwangeren Frauen, insbesondere mit einer Risikoschwangerschaft, durch den Hausnotruf mehr Sicherheit zu bieten.
- **Kinderbetreuung von allein stehenden Elternteilen oder dort wo Kinder längere Zeit des Tages ohne Aufsicht sind:** Angehörige von Nutzern, Anbieter und Pflegedienste sehen hier ein weiteres Einsatzfeld für den Hausnotruf. Dem Trend der wachsenden Einzelhaushalte folgend (siehe Kapitel 2), nimmt auch die Zahl der Alleinerziehenden zu. Der Wandel der Arbeitswelt verursacht zudem eine zunehmende Flexibilisierung der Beschäftigten und stellt damit immer häufiger Familien vor die Situation, dass Kinder längere Zeit unbeaufsichtigt sind. Hier kann der Hausnotruf ebenfalls Sicherheiten bieten.
- **Absicherung von Menschen in Nachtarbeit in großen Industriegebäuden und in Verkaufseinrichtungen:** Einige Anbieter von Hausnotrufdiensten nennen dieses Einsatzfeld beispielsweise bei der Absicherung von Verkäuferinnen in Tankstellen im Nachtverkauf.

Die Betriebsorganisation der Hausnotrufanbieter ist derzeit vor allem auf den Einsatz im Gesundheitswesen eingestellt. Sie sind sehr stark am Pflegeumfeld orientiert. Um sich insbesondere in den letztgenannten drei Einsatzfeldern zu profilieren, sind Maßnahmen zur Organisationsentwicklung erforderlich, die diese Organisationen beispielsweise im Bereich von Sicherheitsdienstleistungen zum Einsatz befähigen. Für die Hersteller von Hausnotrufsystemen ist der Einsatz im Sicherheitsdienst dabei einfach, da das System auf Sicherheitsdienste leichter übertragbar ist, als die Profilierung der meisten Hausnotrufdienstleister auf solche Leistungen. Hier bleiben noch eine Reihe strategischer Fragen der Geschäftsentwicklung offen, die aber nicht Gegenstand dieser Studie sind.

9. Methodenbericht

Die Durchführung der Feldphase lag in der Verantwortung von aproxim Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung mbH. Die Erstellung des Fragekonzeptes sowie die Auswertung der Daten erfolgte in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen der Initiative Hausnotruf. Als Ansprechpartner für diesbezügliche Fragen steht zur Verfügung:

Dr. Henry Kreikenbom (Geschäftsführer)

Tel.: 03643 74024-0

E-Mail: kreikenbom@aproxima.de

Als Befragungsmethode wurden computergestützte Telefoninterviews (CATI) gewählt. Die Hauptstudie war als repräsentative standardisierte Befragung der Akteure (Nutzer, Anbieter, Kostenträger) des Hausnotrufsystems angelegt. Repräsentativuntersuchungen erfordern die Verwendung der Stichprobentechnik, d. h. aus der vorhandenen Grundgesamtheit wird eine bestimmte Anzahl an Probanden ausgewählt, die ein Modell der Grundgesamtheit darstellt und so eine zuverlässige Ermittlung von Ergebnissen über die gesamte Branche und den dazugehörigen Markt zulässt. Der Zugang zu den Probanden der einzelnen Befragungsgruppen erfolgte teilweise durch Adressenlieferungen des Auftraggebers. Im folgenden Methodenbericht wird die Stichprobenziehung für die einzelnen Befragungsgruppen erläutert und die Feldarbeit beschrieben. Darüber hinaus werden Aussagen zur Stichprobengüte getroffen.

9.1 Das Stichprobendesign und die Organisation der Stichprobenziehung

Für die einzelnen Befragungsgruppen wurde jeweils ein Stichprobenumfang vereinbart, der als Grundlage für das Stichprobendesign sowie die Organisation der Stichprobenziehung diente. Der vereinbarte Stichprobenumfang für die einzelnen Befragungsgruppen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 53: Stichprobenumfang für die einzelnen Befragungsgruppen

4**	CATI-Befragung der Anbieter (15-20 Min.) N=50
5**	CATI-Befragung (15-20 Min.) Pflegekassen N=10 CATI-Befragung (15-20 Min.) Kommunen N=10 CATI-Befragung (15-20 Min.) Ambulante Pflegedienste N=50 CATI-Befragung (15-20 Min.) Hausärzte N=20 CATI-Befragung (15-20 Min.) Krankenhäuser Sozialdienste N=10
6**	CATI-Befragung von Nutzern (10 Min.) N=300 CATI-Befragung von Angehörigen (10 Min.) N=100 CATI-Befragung von Senioren (Nichtnutzer) (10 Min.) N=100

** Telefonate auf Basis einer Adressvorlage, die mit Hilfe des Auftraggebers vorher in ausreichender Zahl erstellt wurde.

Tab. 53: Stichprobenumfang für die einzelnen Befragungsgruppen

9.1.1 Die Befragung der Nutzer

Die Grundgesamtheit aller Hausnotrufnutzer ist nicht genau bestimmbar, weil eine statistische Auswertung der Kundendateien der sieben Partner der Initiative Hausnotruf aus organisatorischen und technischen Gründen nicht möglich ist. Deshalb fehlte in diesem Fall ein Maßstab, an dem Repräsentativität gemessen werden kann, so dass eine Zufalls- oder Quotenauswahl nicht umsetzbar war. Aus diesem Grund wurde die Klumpenerhebung als Stichprobenverfahren gewählt. Dessen Anforderungen an die Zuarbeit der Partner der Initiative Hausnotruf waren zum einen realistisch erfüllbar, zum anderen ist vom methodischen Ansatz her eine angemessene Verteilung der Befragten sichergestellt, welche die Breite der Nutzer abdeckt.

Für die Realisierung der Klumpenerhebung war es in einem ersten Schritt notwendig, dass jeder Partner der Initiative Hausnotruf aus seinem Bereich drei Standorte auswählt, die in Städten oder Gemeinden bis unter 30.000 Einwohnern, zwischen 30.000 und 100.000 Einwohnern sowie ab 100.000 Einwohnern liegen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass an diesen Standorten eine Kundendatei existiert, die neben der Telefonnummer und Adresse auch Angaben zu Alter und Geschlecht der Nutzer enthält. Insgesamt sollten die sieben Partner der Initiative Hausnotruf neben den Informationen zur jeweiligen Grundgesamtheit 30 Nutzeradressen in den drei Ortsgrößen bereitstellen, so dass sich folgende Stichprobenverteilung ergibt:

Tabelle 54: Gesamtzahl der zu liefernden Kundenadressen

Partner	Orte bis unter 30.000 Ew.	Orte 30.000 bis unter 100.000 Ew.	Orte ab 100.000 Ew.	Gesamt
Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	30	30	30	90
Malteser Hilfsdienst e. V.	30	30	30	90
Arbeiter-Samariter-Bund e. V.	30	30	30	90
Deutsches Rotes Kreuz e. V.	30	30	30	90
Volkssolidarität e. V.	30	30	30	90
BeWo Begleitet Wohnen gGmbH	30	30	30	90
Sonotel gGmbH	30	30	30	90
Gesamt	210	210	210	630

Tab. 54: Gesamtzahl der zu liefernden Nutzeradressen durch die Partner der Initiative Hausnotruf

Für die Stichprobenziehung wurden die Ansprechpartner in den ausgewählten Orten vom Auftraggeber des Projekt gebeten, sich eine Übersicht darüber zu verschaffen, wie viel Prozent ihrer Kunden Männer bzw. Frauen sind und wie viel Prozent dieser Männer und Frauen unter 50 Jahren, zwischen 50 und 64 Jahren sowie 65 Jahre und älter sind. Die Anzahl der Nutzer sowie die prozentuale Verteilung waren in folgender Tabelle zu vermerken:

Tabelle 55: Erfassung von Anzahl und prozentualer Verteilung aller Nutzer

Männer			Frauen		
Anzahl ...			Anzahl ...		
% ...			% ...		
bis unter 50 Jahre	50 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre	bis unter 50 Jahre	50 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...
... %	... %	... %	... %	... %	... %

Tab. 55: Erfassung der Anzahl und prozentualen Verteilung aller Nutzer am Ort

Anhand dieser Tabelle konnten wir eine Grundgesamtheit von Nutzern des Hausnotrufs modellieren, die als Grundlage für das Gewichtungsverfahren dient und darüber hinaus Aussagen über das Klientel der Nutzer des Hausnotrufs ermöglicht. Insgesamt erhielten wir aus 19 der 21 Orte die Übersichten zur Grundgesamtheit. Die Grundgesamtheit, von der wir in unserer Untersuchung ausgegangen sind, charakterisiert sich wie folgt:

Tabelle 56: Gesamtübersicht zur verfügbaren Grundgesamtheit der Nutzer

Partner	Ort	OGK	männlich gesamt	bis unter 50	50-64	ab 64	weiblich gesamt	bis unter 50	50-64	ab 64
DRK	Delitzsch	bis 30.000	8	0	1	7	46	0	2	44
	Herten	30.000-100.000	102	0	11	91	354	1	8	345
	Kassel	über 100.000	161	5	6	150	554	5	20	529
Johanni- ter	Northeim	bis 30.000	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tübingen	30.000-100.000	74	2	8	64	276	3	5	268
	Nürnberg	über 100.000	147	0	9	138	649	4	12	633
ASB	Bad-Doberan	bis 30.000	88	3	2	83	307	0	6	301
	Zweibrücken	30.000-100.000	29	1	3	25	138	0	2	136
	Bonn/Rhein- Sieg	über 100.000	49	2	3	44	170	0	7	163
MHD	Östlich-Winkel	bis 30.000	90	2	6	82	360	1	10	349
	Göppingen	30.000-100.000	16	1	0	15	64	0	0	64
	München	über 100.000	544	10	33	501	2619	14	57	2548
BeWo	Aurich	bis 30.000	27	1	1	25	119	0	4	115
	Baden-Baden	30.000-100.000	13	0	0	13	70	0	2	68
	Bremen	über 100.000	711	5	22	684	2466	11	128	2327
Sonotel	Selb	bis 30.000	11	0	0	11	68	0	3	65
	Schwerin	30.000-100.000	19	1	1	17	98	0	5	93
	Hamburg	über 100.000	61	2	6	53	316	11	18	287
Volkssoli- darität	Güstrow	bis 30.000	63	0	2	61	149	0	5	144
	Suhl	30.000-100.000	0	0	0	0	0	0	0	0
	Chemnitz	über 100.000	172	2	10	160	728	7	40	681
Summe			2385	37	124	2224	9551	57	334	9160
Nutzer insgesamt			11936							

Tab. 56: Gesamtübersicht zur verfügbaren Grundgesamtheit (Schriftfarbe „Grau“ = Diese Orte haben nicht an der Befragung teilgenommen)

Entsprechend der prozentualen Verteilung in Tabelle 57 konnte nun die Anzahl der zu befragenden Nutzer auf der Basis von insgesamt 30 Personen durch die Ansprechpartner ermittelt werden. Diese wurden dann in der folgenden Übersicht abgetragen:

Tabelle 57: Prozentuale Verteilung der Stichprobe

Männer			Frauen		
Anzahl ...			Anzahl ...		
bis unter 50 Jahre	50 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre	bis unter 50 Jahre	50 bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...	Anzahl ...

Tab. 57: Prozentuale Verteilung der Stichprobe auf der Basis von 30 Personen

Für die jeweils 30 ermittelten Personen wurden uns von den Ansprechpartnern der 19 Orte Adressdateien zur Verfügung gestellt. Dabei war darauf zu achten, dass die ausgewählten Personen auch in der Lage sind, ein Telefoninterview zu führen.

Mit einem von uns vorgefertigten Ankündigungsschreiben wurden die ausgewählten Personen durch die Ansprechpartner vor Ort angeschrieben und über das anstehende Telefoninterview informiert. Den Personen wurde eine angemessene Widerspruchsfrist eingeräumt. Im Falle des Widerspruchs wurden sie nicht angerufen. Dafür mussten neue Ersatzadressen rekrutiert werden.

9.1.2 Die Befragung der Angehörigen

Bei der Befragung der Angehörigen wurde ähnlich verfahren wie bei den Nutzern des Hausnotrufs. Um das Prozedere für die Partner der Initiative Hausnotruf zu vereinfachen, wurden die Angehörigen der bereits ausgewählten Nutzer befragt. So konnten die Ansprechpartner neben der Nutzeradresse gleich die Adresse eines Angehörigen auswählen und in die an uns zu liefernde Adressdatei übertragen. Zusätzlich zu den Adressen, die uns von den Ansprechpartnern zu Verfügung gestellt wurden, fragten wir die Nutzer, mit denen wir ein Telefoninterview führten, ob die Möglichkeit besteht, einen Angehörigen zum Hausnotruf zu befragen. Dies eröffnete uns einen weiteren Weg, um eine ausreichende Anzahl an Personen für eine Befragung akquirieren zu können.

9.1.3 Die Befragung der Anbieter des Hausnotrufs

Zu den Anbietern wurde uns vom Auftraggeber eine Adressliste von etwa 150 Anbietern übergeben, die sich über die sieben Partner der Initiative Hausnotruf proportional verteilen. Die Anbieter wurden durch den Auftraggeber mit einem Ankündigungsschreiben über die Befragung informiert. Zusätzlich zu der Adressliste wurden über Recherchen in unserem Hause weitere Befragte für die Untersuchung geworben.

9.1.4 Die Befragung der Kostenträger, Hausärzte und Krankenhäuser

In dieser Befragungsgruppe wurden neben Hausärzten und Krankenhäusern Pflegekassen, ambulante Pflegedienste und Kommunen befragt. Hier lagen die Adressrecherchen sowie die Ankündigung der Befragung in Form eines Briefes zu großen Teilen in den Händen des Auftragnehmers. Grundlage der Probandenauswahl waren hierbei die 19 Orte, in denen auch Nutzer befragt wurden.

Für die Befragung der Hausärzte und der Kliniken wurden aus den 19 Orten zehn Orte ausgewählt – fünf aus den neuen und fünf aus den alten Bundesländern. Die Hausärzte und die Kliniken wurden dann aus dem Telefonbuch recherchiert und eine einfache Zufallsauswahl getroffen.

Die Befragung der ambulanten Pflegedienste führten wir auf der Grundlage Adresslisten durch, die uns von den Ansprechpartnern aus den 19 Orten zur Verfügung gestellt wurden. Aufgelistet wurden hier die in der jeweiligen Region tätigen Pflegedienste. Per Ankündigungsschreiben wurden die Pflegedienste von uns über die Befragung informiert und einige Tage später das Interview durchgeführt.

Auch bei den Kommunen griffen wir auf die 19 Orte zurück, aus denen uns die Ansprechpartner Adressen lieferten. Die Recherche der Kommunen sowie das Ankündigungsschreiben wurden vom Auftragnehmer übernommen.

In der qualitativen Fallstudie, die wir in Weimar im Frühjahr 2009 durchführten, haben wir erfahren, dass die Mitarbeiter der Pflegekassen vor Ort keine Entscheidungen treffen und deshalb an die jeweiligen Zentralen verweisen. In diesen Zentralen gibt es Mitarbeiter, die für die Bewilligung von technischen Pflegehilfsmitteln verantwortlich sind. Für die Befragung der Pflegekassen haben wir uns auf diese konzentriert und die Recherche sowie Auswahl der zu Befragenden übernommen. Wir haben dabei eine Auswahl aus gesetzlichen Kassen, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Industrie- und Landeskrankenkassen vorgenommen. Auch das Ankündigungsschreiben wurde von unserer Seite versandt.

9.1.5 Die Befragung der Senioren aus dem Nichtnutzer-Bereich

Für die Befragung der Nichtnutzer wurde eine klassische Bevölkerungsumfrage nach dem Zufallsprinzip durchgeführt. Grundlage der Probandenauswahl waren aber auch hier die 19 Orte, aus denen die Ansprechpartner Adressen lieferten.

9.2 Die Feldzeit und die Organisation der Feldarbeit

Die Hauptfeldphase erstreckte sich vom 27.05.2009 bis zum 28.09.2009. Die Interviews mit den Befragungsgruppen aus dem Gesundheitswesen – Anbieter, Pflegedienste, Pflegekassen, Kommunen, Hausärzte, Kliniken – fanden an den Wochentagen (Montag bis Freitag) von 10 bis 18 Uhr statt. Die Privathaushalte, also Nutzer, Angehörige und Nichtnutzer, wurden an den Wochentagen (Montag bis Freitag) von 10 bis 19 Uhr sowie an Samstagen von 13 bis 19 Uhr kontaktiert. Wunschtermine außerhalb dieser Zeiten wurden selbstverständlich – zwischen 8 und 21 Uhr – realisiert.

Insgesamt konnten 696 Interviews durchgeführt werden. Die folgende Tabelle gibt an, wie sich diese auf die einzelnen Befragungsgruppen verteilen. Darüber hinaus ist die durchschnittliche Interviewdauer für jede Befragungsgruppe angegeben.

Tabelle 58: Anzahl geführter Interviews und durchschnittliche Interviewdauer

Gruppe	Anzahl ungewichtet (gewichtet)	Durchschnittliche Interviewdauer in min.
Nutzer	326 (304)	10
Angehörige	100	15
Anbieter	57	18
Experten	100	
<i>Pflegedienste</i>	<i>50</i>	<i>18</i>
<i>Kommunen</i>	<i>10</i>	<i>18</i>
<i>Pflegekassen</i>	<i>10</i>	<i>18</i>
<i>Hausärzte</i>	<i>20</i>	<i>16</i>
<i>Kliniken</i>	<i>10</i>	<i>18</i>
Nichtnutzer	113 (104)	11
Gesamt	696	16

Tab. 58: Anzahl geführter Interviews und durchschnittliche Interviewdauer je Befragungsgruppe

Die 696 Interviews wurden ausgehend von etwa 5000 vorliegenden Kontakten realisiert. Die hohe Anzahl der Kontakte lässt sich über verschiedene, zum Teil gruppenspezifische Gründe, erklären. Für die Gruppe der Nutzer wurden bei-

spielsweise von Auftraggeberseite 647 Adressen geliefert. Hier waren vor allem gesundheitliche Probleme der Grund dafür, dass Interviews nicht geführt werden konnten. Von den Angehörigen lagen 270 Adressen vor. Diese wurden teilweise von den Auftraggebern geliefert. Darüber hinaus wurden weitere Angehörige über die Nutzer rekrutiert. Ausfälle kamen hier vor allem durch fehlendes Interesse und fehlende Erreichbarkeit zu Stande. Im Fall der Nichtnutzer wurde eine Zufallsstichprobe von 2500 Personen aus der gesamtdeutschen Bevölkerung gezogen. In dieser Gruppe traten zwei wesentliche Einschränkungen auf. Zum einen sollten nur Senioren befragt werden, die älter als 65 Jahre sind. Deren Anteil an der gesamtdeutschen Bevölkerung beträgt etwa 17 Prozent. Somit erfüllte ein großer Anteil der Personen der Zufallsstichprobe nicht die Kriterien einer Zielperson. Eine weitere Einschränkung gab es zum anderen dadurch, dass die Grundlage der Probandenauswahl die 19 Orte waren, aus denen von Seiten des Auftraggebers Adressen geliefert wurden. Auch bei den Befragungsgruppen aus dem institutionellen Bereich gab es verschiedene Einschränkungen. Für die Gruppe der Hausärzte lagen insgesamt 520 Adressen vor. Hier kam das Problem auf, dass die Ärzte nicht bereit waren, ohne eine entsprechende Aufwandsentschädigung an einem Interview teilzunehmen. Aus diesem Grund wurde nachträglich eine Incentivierung von 15 Euro für die Interviewteilnahme eingeführt. Bei den Pflegekassen und den Kommunen lagen jeweils 35 Adressen vor. Für die Gruppe der ambulanten Pflegedienste und der Anbieter standen insgesamt 750 Adressen zur Verfügung. Hier trat das Problem auf, dass nicht von vornherein erkennbar war, welcher Pflegedienst gleichzeitig ein Anbieter ist. Bei den Kliniken konnte auf 270 Adressen zurückgegriffen werden. Hier gab es jedoch die Einschränkung, dass nur Kliniken befragt werden sollten, die über einen Sozialdienst verfügen. Demzufolge war mit einem gewissen Ausfall zu rechnen.

Abgesehen von diesen gruppenspezifischen Erklärungen ist für alle Gruppen zu bedenken, dass es bei jeder Stichprobenziehung einen Anteil an qualitätsneutralen Ausfällen gibt. Hierzu zählen fehlerhafte Nummern, die Nichterreichbarkeit von Personen sowie der Fall, dass Personen unbekannt verzogen oder gar verstorben sind.

9.3 Die Gewichtungungsverfahren und die Stichprobengüte

Im Fall der vorliegenden Studie wurde eine Reihe verschiedener Akteure befragt. Dabei ist für die Befragungsgruppen aus dem Gesundheitswesen zu bedenken, dass keine klaren Strukturübersichten vorlagen, so dass für diese Gruppe einfache Zufallsauswahlen von Experten durchgeführt wurden und diese Experten standardisiert befragt wurden.

Dies führt dazu, dass in diesen Befragungsgruppen so genannte Strukturgewichtungen, die Stichprobenverzerrungen ausgleichen, nicht angewendet werden können.

Voraussetzung für die Anwendung von Strukturgewichtungen ist die repräsentative Anlage der Untersuchung, die in der vorliegenden Studie im Fall der Nutzer des Hausnotrufs sowie der Nichtnutzer umgesetzt wurde. Für die Nutzer wurde die Repräsentativität durch die Realisierung einer so genannten Klumpenstichprobe erreicht, d. h. die Grundgesamtheit wurde anhand von Teilgesamtheiten (drei verschiedene Ortsgrößen jedes Partners der Initiative Hausnotruf) modelliert. Die Stichprobe der Nutzer wurde anhand der üblichen Parameter Alter, Geschlecht und Ortsgrößenklasse gewichtet. Wie in folgender Tabelle zu erkennen ist, entspricht die gewichtete Stichprobe der demografischen Verteilung in der Grundgesamtheit.

Tabelle 59: Übersicht zur Stichprobengewichtung der Nutzer

	Grund- gesamtheit	Stichprobe	
		gewichtet	ungewichtet
Alter			
bis 50	0,8	0,8	2,5
50-64 Jahre	3,8	3,8	9,8
64+	95,4	95,4	87,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0
Geschlecht			
männlich	20,0	20,0	20,9
weiblich	80,0	80,0	79,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0
OGK			
<30.000 Einw.	11,2	11,2	29,9
30.000-100.000	10,5	10,5	30,6
100.000+	78,3	78,3	39,5
Gesamt	100	100,0	100,0

Tab. 59: Übersicht zur Stichprobengewichtung der Nutzer

Auch die Stichprobe der Nichtnutzer wurde anhand der Parameter Alter, Geschlecht und Ortsgrößenklasse gewichtet. In folgender Tabelle ist die Verteilung dieser Parameter in der Grundgesamtheit sowie der ungewichteten und gewichteten Stichprobe angegeben.

Tabelle 60: Übersicht zur Stichprobengewichtung der Nichtnutzer

	Grund- gesamtheit	Stichprobe	
		gewichtet	ungewichtet
Alter			
65-74	57,8	57,8	60,8
75-84	32,1	32,1	35,3
85+	10,1	10,1	3,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0
Geschlecht			
männlich	41,7	41,7	35,4
weiblich	58,3	58,3	64,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0
OGK			
<30.000 Einw.	51,0	51,0	33,6
30.000-100.000	19,5	19,5	32,8
100.000+	29,5	29,5	33,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Tab. 60: Übersicht zur Stichprobengewichtung der Nichtnutzer

Es zeigt sich auch hier, dass die gewichtete Stichprobe der demografischen Verteilung in der Grundgesamtheit entspricht.

Anhang

9.3.1 Anhang I: Merkblatt zum Hausnotrufdienst

Merkblatt des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Berlin

zur Versorgung der Pflegebedürftigen mit Hausnotrufsystemen

Zur Sicherstellung einer wirtschaftlicheren Versorgung mit Hausnotrufsystemen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen, in denen die leihweise Überlassung von Hausnotrufsystemen vereinbart ist.

Umfang der Leistungen der Pflegekassen

Die Leistung der sozialen Pflegeversicherung ist eine komplette Leistung. Sie berücksichtigt alle notwendigen Komponenten, die es einem Pflegebedürftigen ermöglichen, einen Notruf abzugeben und dadurch Hilfe herbeizurufen. **Die Sachleistung „Hausnotrufsystem“ der Pflegekassen stellt keine Zuschussleistung dar.**

Bei Hausnotrufgeräten mit Anschluss an eine Notrufzentrale beträgt die monatliche Pauschale den in der Anlage 1 zum Vertrag vereinbarten Höchstpreis (inklusive Mehrwertsteuer). Dieser Betrag wird von den jeweiligen Leistungserbringern direkt mit der Pflegekasse abgerechnet (Sachleistungsprinzip). **Seitens der Pflegekasse erfolgt keine Erstattung von Leistungen an Versicherte. Kostenvoranschläge für Hausnotrufsysteme sind nicht nötig, da es sich bei den Mietgebühren um einen vereinbarten Vertragspreis (Höchstpreis) handelt.**

Die nachfolgende Aufzählung enthält diejenigen Leistungen, die im Vertragspreis enthalten sind und die der Anbieter eines Hausnotrufsystemes ohne Zuzahlung des Pflegebedürftigen zu erbringen hat:

- die leihweise Bereitstellung eines betriebsbereiten Hausnotrufsystemes, das den Qualitätsstandards des Pflegehilfsmittelverzeichnis entspricht. Zu diesen Standards gehören unter anderem
 - Selbsttestfunktion, die mindestens einmal wöchentlich alle Funktionen automatisch überprüft,
 - Raumüberwachungsfunktion, mit der auch ein "Hineinhören" in Räume möglich ist,
 - Stromausfallsicherung,

- Wasserdichter Funksender gemäß IP X7 nach IEC 60529 (IP Code).
- **die Einweisung des Pflegebedürftigen sowie aller beteiligten Personen in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes und des Funksenders**
- die Überprüfung der Betriebsbereitschaft des Hausnotrufgerätes und des Funksenders
- die einwandfreie Beschaffenheit und technische Funktionsfähigkeit des Hausnotrufsystemes, die vom Leistungserbringer zu gewährleisten ist
- die unverzügliche Beseitigung von Mängeln durch eine kostenlose Instandsetzung oder den Ersatz des Gerätes
- die Programmierung der anzuwählenden Rufnummern entsprechend dem Auftrag des Pflegebedürftigen bzw. einer von ihm beauftragten Person sowie die Absprache, ob die Zentrale an erster, zweiter, dritter oder vierter Stelle angewählt werden soll
- der Anschluss **über das Telefonnetz** an eine Zentrale, die 24 Stunden besetzt ist, ist sichergestellt
- Abstimmung eines Maßnahmenplans
- **Entgegennahme der Notrufe durch die Zentrale und** Einleiten der erforderlichen Maßnahmen entsprechend der jeweiligen Situation

Zusätzlich zum monatlichen Höchstpreis für die Bereitstellung des Hausnotrufsystemes ist vertraglich eine einmalige Anschlussgebühr in der Anlage 1 des Vertrages vereinbart. Diese beinhaltet die Aufstellung und Inbetriebnahme der Hausnotrufgeräte sowie die Einweisung des Pflegebedürftigen sowie aller an seiner Betreuung beteiligten Personen in deren Gebrauch durch den Leistungserbringer oder ein von ihm beauftragtes Unternehmen.

In den genannten Beträgen sind keine Kosten enthalten, die durch eine Änderung der Telefondose der Deutschen Telekom für den Anschluss eines Hausnotrufgerätes oder das Anbringen eines Adapters notwendig sind. Vielmehr fällt dies in den Eigenverantwortungsbereich des Versicherten. Die Kosten sind vom Versicherten zu übernehmen.

So genannte Komforttelefone, bei denen die Alarmmeldung über die Tastatur ausgelöst wird, entsprechen nicht den Qualitätsstandards des Pflegehilfsmittelverzeichnis und können daher nicht von der Pflegekasse übernommen werden.

Bei Einstellung der Leistung (bspw. bei Tod) hat die Pflegekasse dem Leistungserbringer einen Rückholauftrag zuzusenden. Die Leistungspflicht der Kasse endet gemäß § 4 Abs. 3 des Vertrages erst 7 Tage nach Zusendung des Rückholauftrages. Verspätete Rückholaufträge dürfen nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen.

Mit der Zahlung der monatlichen Pauschale gemäß Anlage 1 des Vertrages durch die Pflegekassen ist dem Pflegebedürftigen eine zuzahlungsfreie Versorgung mit einem Hausnotrufsystem entsprechend des oben aufgeführten Leistungsumfanges zur Verfügung zu stellen. Sollte der Leistungsanbieter zusätzliche Leistungen, wie z. B. Medikamentendienst, elektrische Türöffnung, regelmäßige Besuche, Hinweise auf kulturelle Veranstaltungen, Weckdienst, zusätzlicher Funkfänger oder Lautsprecher anbieten, so sind die dadurch entstehenden Kosten von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Es gibt Fälle, in denen dem Pflegebedürftigen die zuzahlungsfreien Leistungen und die außerhalb der Leistungspflicht der Pflegekassen liegenden Zusatzleistungen in Leistungspaketen angeboten

werden. Durch diese Vermischung ist für den Pflegebedürftigen bzw. den Nutzer nicht mehr erkennbar, welche zusätzlichen Leistungen er in Anspruch nimmt und welche Gebühr er hierfür zu entrichten hat. Von daher müssen die darüber hinausgehenden – vom Versicherten gewünschten – Leistungen sowie die hierfür zu entrichtende Gebühr in einem gesonderten Vertrag mit dem Pflegebedürftigen vereinbart werden. Darin dürfen jedoch die Leistungen, die durch die Pflegekasse bereits abgegolten sind, nicht enthalten sein.

Versorgung im Rahmen "Betreuter Wohnanlagen"

Bei "Betreuten Wohnanlagen" handelt es sich in der Regel um größere Einheiten von barrierefreien bzw. behinderten- oder altersgerecht eingerichteten Wohnungen. Bewohner einer Betreuten Wohnanlage werden in der Regel verpflichtet, mit dem Mietvertrag obligatorisch einen Dienstleistungsvertrag zu schließen, der die soziale, gesellschaftliche Integration der Bewohner der Wohnanlage zum Inhalt hat und sicherstellt.

Grundsätzlich kann die Pflegekasse die Kosten für das Hausnotrufsystem, die von Bewohnern einer Betreuten Wohnanlage genutzt werden, übernehmen. Dabei müssen jedoch folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Die Pflegekassen haben nach Prüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen – der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat eine Empfehlung hinsichtlich der Notwendigkeit der Versorgung abgegeben – eine Kostenübernahme positiv beschieden.
- Der Leistungserbringer hat den Versorgungsvertrag nach § 78 Abs. 1 SGB XI akzeptiert und ist damit Vertragspartner der Pflegekassen.
- Es gelangen nur die im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelisteten nicht fest installierbaren Hausnotrufgeräte zum Einsatz.
- Die vom Bewohner einer Betreuten Wohnanlage zu entrichtende Dienstleistungspauschale ist mindestens um den von der Pflegekasse übernommenen monatlichen Betrag i. H. des in der Anlage 1 des Vertrages vereinbarten Höchstpreises zu kürzen.

9.3.2 Anhang II: Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung

(Stand: 18. April 2008)

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu € monatlich	384	921	1 432 (1 918)
	ab 01.07.2008	420	980	1 470 (1 918)
	ab 01.01.2010	440	1 040	1.510 (1 918)
	ab 01.01.2012	450	1 100	1 550 (1 918)
	Pflegegeld € monatlich	205	410	665
	ab 01.07.2008	215	420	675
	ab 01.01.2010	225	430	685
	ab 01.01.2012	235	440	700
Pflegevertretung <ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen <ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen <ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen <ul style="list-style-type: none"> • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen 	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis zu €	205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1 432	665 ¹⁾ 1 432
	ab 01.07.2008	215 ¹⁾ 1.470	420 ¹⁾ 1 470	675 ¹⁾ 1 470
	ab 01.01.2010	225 ¹⁾ 1.510	430 ¹⁾ 1 510	685 ¹⁾ 1 510
	ab 01.01.2012	235 ¹⁾ 1 550	440 ¹⁾ 1 550	700 ¹⁾ 1 550
	¹⁾ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstaussfall, Fahrtkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.			
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu € im Jahr	1 432	1 432	1 432
	ab 01.07.2008	1 470	1 470	1 470
	ab 01.01.2010	1 510	1 510	1 510

- 2 -

- 2 -

	ab 01.01.2012	1 550	1 550	1 550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege ²⁾ Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein häftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten	Pflegeaufwendungen bis zu € monatlich	384	921	1 432
	ab 01.07.2008	420 ²⁾	980 ²⁾	1 470 ²⁾
	ab 01.01.2010	440 ²⁾	1 040 ²⁾	1 510 ²⁾
	ab 01.01.2012	450 ²⁾	1 100 ²⁾	1 550 ²⁾
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ³⁾ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 9 SGB XI werden künftig bis zu 1.200 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 € (erhöhter Betrag) gewährt	Leistungsbetrag bis zu € jährlich	460	460	460
	ab 01.07.2008	2 400 ³⁾	2 400 ³⁾	2 400 ³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich	1 023	1 279	1 432 (1 688)
	ab 01.07.2008	1 023	1 279	1 470 (1 750)
	ab 01.01.2010	1 023	1 279	1 510 (1 825)
	ab 01.01.2012	1 023	1 279	1 550 (1 918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu € monatlich	31		
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 € Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2 557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen ⁴⁾ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.	je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	131,87 ⁴⁾ (111,44)	263,74 ⁴⁾ (222,88)	395,61 ⁴⁾ (334,32)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	ab 01.07.2008 € monatlich (Beitrittsgebiet)	8,20 (6,93)		
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	ab 01.07.2008 € monatlich	durchschnittlich ca. 140		

9.3.3 Anhang III: Die Sicht der Experten des Gesundheitswesens im Einzelnen

1. Die Pflegekassen

Sechs der zehn befragten Experten von Pflegekassen schätzen ein, dass der Hausnotruf für das Gesundheitswesen Kosten einspart. Im Unterschied zur Frage, ob der Hausnotruf auch bei den Nutzern Kosten spart, sind sich die Experten hier in den meisten Fällen sicher. Bezüglich der Kostenersparnis bei den Nutzern sehen nur drei der zehn Experten finanzielle Vorteile. Der Einsparungseffekt beim Nutzer lässt sich aus Sicht der Pflegekassen schwer einschätzen.

Tabelle 61: Kosteneinsparung aus Sicht der Pflegekassen
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Im Gesundheitswesen	Bei den Nutzern des HNR
ja	6	3
nein	2	3
kann ich nicht einschätzen	2	4
Gesamt	10	10

Tab. 61: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem bzw. bei den Nutzern des Hausnotrufs einzusparen?

Einsparungseffekte werden vor allem hinsichtlich

- der Vermeidung von Krankenhaus- und Klinikaufenthalten
- der Vermeidung von Folgeschäden nach Unfällen und den damit verbundenen Folgekosten
- sowie hinsichtlich der Reduzierung von Notarzteinsätzen

gesehen.

Möglich wird dies aus Sicht der Experten vorrangig dadurch, dass die Nutzer des Hausnotrufs schnelle Hilfe erhalten, im Notfall nicht unbemerkt bleiben, sie mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens durch die Betreuer erleben und sich die Verweildauer in der gewohnten Umgebung verlängert.

Tabelle 62: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Pflegekassen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen)

	Anzahl
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	5
Verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	7
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	9
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	9

Tab. 62: Welche Gründe tragen für Sie als Pflegekasse vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

2. Die Sicht der Kommunen

Die befragten Experten aus den kommunalen Institutionen schätzen die Effekte für das Gesundheitswesen in gleicher Weise ein. Auch hier sind sechs der zehn Befragten der Meinung, dass der Einsatz des Hausnotrufs Kosten im Gesundheitswesen spart. Vier von zehn Experten im kommunalen Bereich sehen Kosteneinsparungen auf Seiten der Nutzer.

Tabelle 63: Kosteneinsparung aus Sicht der Kommunen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Im Gesundheitswesen	Bei den Nutzern des HNR
ja	6	4
nein	4	5
kann ich nicht einschätzen	0	1
Gesamt	10	10

Tab. 63: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem bzw. bei den Nutzern des Hausnotrufs einzusparen?

Bezüglich der Einsparungspotenziale für das Gesundheitswesen stimmen die Kommunen mit den Pflegekassen überein. Sie thematisieren darüber hinaus Pflegeheimaufenthalte. Auch was die Gründe für den Hausnotruf betrifft, zeigen sich ähnliche Einschätzungen wie bei den Pflegekassen (Tabelle 4).

Tabelle 64: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Kommunen

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen)

	Anzahl
verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	8
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	8
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	8
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	6

Tab. 64: Welche Gründe tragen für Sie als Kommune vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

3. Die Sicht der ambulanten Pflegedienste

Die Mehrheit der Pflegedienste ist ebenfalls der Auffassung, dass es einen Einsparungseffekt für das Gesundheitswesen gibt. Ein Drittel der Pflegedienste sieht zudem Einsparungsmöglichkeiten auf Seiten der Nutzer.

Tabelle 65: Kosteneinsparung für das Gesundheits- und Sozialsystem

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50)

	Anzahl	in Prozent
ja	33	66,0
nein	8	16,0
kann ich nicht einschätzen	8	16,0
weiß nicht	1	2,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 65: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem einzusparen?

Tabelle 66: Kosteneinsparung auf Seiten der Nutzer

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50)

	Anzahl	in Prozent
ja	16	32,0
nein	20	40,0
kann ich nicht einschätzen	13	26,0
weiß nicht	1	2,0
Gesamt	50	100,0

Tab. 66: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten beim Nutzer einzusparen?

Bezüglich der Einsparungsmöglichkeiten und der Ursachen für diese Einsparungseffekte äußern sich die Pflegedienste ebenso wie die Pflegekassen und kommunalen Vertreter (Tabelle 7). Bei den Einsparungsmöglichkeiten werden zudem explizit Pflegedienstleistungen genannt.

Tabelle 67: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Pflegedienste

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=50, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
Verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	38	76,0
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	47	94,0
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	50	100,0
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	31	62,0

Tab. 67: Welche Gründe tragen für Sie als Pflegedienst vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

4. Die Sicht der Sozialdienste der Kliniken

Am häufigsten aber sind die befragten Experten der Sozialdienste in befragten Kliniken der Meinung, dass der Hausnotruf Kosten im Gesundheitswesen einsparen hilft. Hier kommen acht der zehn befragten Experten zu dieser Auffassung. Noch häufiger als die Vertreter der Kommunen sehen die Sozialdienste der Kliniken Spareffekte beim Nutzer (Tabelle 8).

Tabelle 68: Kosteneinsparung aus Sicht der Sozialdienste der Kliniken

(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10)

	Im Gesundheitswesen	Bei den Nutzern des HNR
ja	8	5
nein	0	2
kann ich nicht einschätzen	2	3
Gesamt	10	10

Tab. 68: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem bzw. bei den Nutzern des Hausnotrufs einzusparen?

Die genannten Einsparungspotenziale gehen konform mit denen der anderen befragten Expertengruppen. Auch in Bezug auf die Ursachen für diese Einsparungseffekte zeigen sich gleiche Argumentationsmuster (Tabelle 9).

Tabelle 69: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Kliniken
(Angaben in Anzahl der Befragten, N=10, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl
verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	8
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	7
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	10
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	7

Tab. 69: Welche Gründe tragen für Sie als Klinik vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

5. Die Sicht der Hausärzte

Die Mehrheit der Hausärzte reiht sich in das Meinungsbild der vorher dargestellten Expertengruppen ein. Auch hier sehen 65 Prozent der Ärzte im Hausnotruf Potenziale der Kosteneinsparung für das Gesundheitswesen. Etwas weniger Befragte sehen monetäre Vorteile für die Nutzer.

Tabelle 70: Kosteneinsparung für das Gesundheits- und Sozialsystem
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

	Anzahl	in Prozent
ja	13	65,0
nein	4	20,0
kann ich nicht einschätzen	3	15,0
Gesamt	20	100,0

Tab. 70: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem einzusparen?

Tabelle 71: Kosteneinsparung auf Seiten der Nutzer
(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20)

	Anzahl	in Prozent
ja	10	50,0
nein	6	30,0
kann ich nicht einschätzen	4	20,0
Gesamt	20	100,0

Tab. 71: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten beim Nutzer einzusparen?

Auch hier werden Einsparungen vor allem bei Krankenhaus-, Klinik- und Pflegeheimaufenthalten, Notarzteinsätzen sowie der Vermeidung von Folgeschäden und Folgekosten gesehen. Die vorrangigen Gründe für die Einsparungen zeigen eine ähnliche Struktur wie bei den übrigen Expertengruppen (Tabelle 12).

Tabelle 72: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Hausärzte

(Angaben in Anzahl und Prozent der Befragten, N=20, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl	in Prozent
Verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	17	85,0
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	18	90,0
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	20	100,0
sichert die Bewältigung des alltäglichen Lebens	12	60,0

Tab. 72: Welche Gründe tragen für Sie als Klinik vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

9.3.4 Anhang IV: Pflegebedürftige zum Jahresende 2007

Pflegestatistik 2007 – Deutschlandergebnisse –

1. Pflegebedürftige zum Jahresende 2007
 1.1 Art der Versorgung

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung	Pflegebedürftige		Pflegestufe			Bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	jeweiliger Anteil der Pflegestufe III
	Insgesamt	Veränderungen zu 2005	I	II	III 1)			
	Anzahl	%	Anzahl					%
Pflegebedürftige zu Hause versorgt.....	1 537 518	5,9	63,8	903 373	487 529	146 616	68,4	9,5
davon:								
allein durch Angehörige 2)	1 033 286	5,4	61,3	638 846	308 997	85 443	46,0	8,3
durch ambulante Pflegedienste	504 232	6,9	68,8	264 527	178 532	61 173	22,4	12,1
Pflegebedürftige in Heimen	709 311	4,8	75,8	253 406	299 936	145 136	31,6	20,5
Insgesamt	2 246 829	5,6	67,6	1 156 779	787 465	291 752	100,0	13,0
Veränderungen zu 2005 in %				8,2	2,5	3,9	0,1	

1) Einschl. Härtefälle.

2) Entspricht den Empfängern /-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI, Empfängern /-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

9.3.5 Anhang V: Ergebnisse der Faktorenanalysen zur Motivstruktur

Die Faktorenanalyse ist ein multivariates Verfahren, welches dazu dient, latente Variablen (Faktoren) herauszuarbeiten, die hinter manifesten, d. h. untersuchten, Variablen liegen. Diese latenten Faktoren dienen dazu, Informationen aus einer Vielzahl von Variablen auf eine Kernaussage zu reduzieren. Die Faktorenanalyse ist damit ein dimensionsreduzierendes, multivariates Verfahren.

Im vorliegenden Bericht wurde das Verfahren der Faktorenanalyse angewendet, um hinter den Gründen für und gegen den Hausnotruf Motive zu entdecken, die eine Entscheidung für diesen begünstigen bzw. hemmen.

In einem ersten Schritt wurden die Gründe für den Hausnotruf anhand der Gruppe der Hausnotrufnutzer untersucht. Die folgende Tabelle gibt an, welches Gewicht jeder einzelne Grund am Gesamtmotiv der Anschaffung hat. Dieses Gewicht wird ausgedrückt durch den so genannten Ladungswert, der zwischen -1 und +1 liegen kann, wobei negative Werte immer für einen nicht vorhandenen Zusammenhang sprechen. Ladungswerte, die kleiner als 0,3 sind, stehen für einen geringen Zusammenhang. Zusammenhang meint hier, wie stark sich die untersuchte manifeste Variable durch den latenten Faktor replizieren lässt.

Tabelle 73: Ladungswerte zur Motivstruktur bei den Nutzern

Gründe für den Hausnotruf	Ladungswert
	Motiv 1
verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	0,8
mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens	0,7
verhindert, dass man im Alter ganz allein dasteht	0,7
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	0,7
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	0,6
reduziert Angst vor Einbrechern	0,5

Tab. 73: Struktur der Gründe für den Hausnotruf bei den Nutzern

Schauen wir uns dieses Beispiel genauer an, wird deutlich, dass sich hinter den untersuchten manifesten Variablen, also den Gründen für die Anschaffung des Hausnotrufs, ein latenter Faktor verbirgt (ein Motiv), auf den die Informationen reduziert werden können. Die Tatsache, dass es nur diesen einen Faktor gibt, sagt auch aus, dass die einzelnen Gründe, sich den Hausnotruf anzuschaffen, stark zusammenhängen.

Betrachtet man nun die Einschätzung, die die Angehörigen zu den Gründen für die Anschaffung des Hausnotrufs abgeben und unterzieht diese eine Faktorenanalyse, zeigt sich ein etwas anderes Bild.

Tabelle 74: Ladungswerte zur Motivstruktur bei den Angehörigen

Gründe für den Hausnotruf	Ladungswert	
	Motiv 1	Motiv 2
mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens	0,8	-
verhindert, dass man im Alter ganz allein dasteht	-	0,5
verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	0,7	
reduziert Angst vor Einbrechern	-	-0,7
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	-	-
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	-	0,6

Tab. 74: Struktur der Gründe für den Hausnotruf bei den Angehörigen

Hier wird deutlich, dass sich hinter den Gründen für den Hausnotruf zwei latente Faktoren, oder auch Motive, verbergen, die für die Anschaffung des Hausnotrufs sprechen. Das erste Motiv setzt sich aus den beiden Gründen „mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens“ sowie „verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung“ zusammen. Versucht man nun diese beiden Items auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen, könnte man sagen, dass eine durch Sicherheit geprägte Verweildauer in der gewohnten Umgebung ein entscheidendes Motiv ist, sich den Hausnotruf anzuschaffen. Betrachtet man nun Motiv 2, zeigt sich, dass sich dieses aus den Gründen „verhindert, dass man im Alter ganz allein dasteht“ und „verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben“ zusammensetzt. Damit kann als zweites wesentliches Motiv für die Anschaffung des Hausnotrufs die Verhinderung des Alleinseins herausgearbeitet werden. Die sechs Gründe zur Anschaffung des Hausnotrufs konnten also zu zwei wesentlichen Aussagen zusammengefasst werden: der sicheren Verweildauer in der gewohnten Umgebung und der Verhinderung des Alleinseins. Diese beiden Hauptaussagen können nun wiederum genutzt werden, um für die Anschaffung des Hausnotrufs zu werben, da sie die Kernaussagen enthalten, die für – in diesem Fall die Angehörigen – entscheidend sind.

Bei den Nichtnutzern lassen sich, wie die folgende Tabelle zeigt, aus den sechs Gründen für die Anschaffung des Hausnotrufs drei wesentliche Motive herausarbeiten.

Tabelle 15: Ladungswerte zur Motivstruktur bei den Nichtnutzern

Gründe für den Hausnotruf	Ladungswert		
	Motiv 1	Motiv 2	Motiv 3
mehr Sicherheit bei der Bewältigung des alltäglichen Lebens	0,9	-	-
verhindert, dass man im Alter ganz allein dasteht	0,6	-	-
verlängert die Verweildauer in der gewohnten Umgebung	-	-	-
reduziert Angst vor Einbrechern	-	-	-
sichert, dass immer Hilfe da ist, wenn sie gebraucht wird	-	-	0,9
verhindert, dass Menschen in Not unbemerkt bleiben	-	0,9	-

Tab. 75: Struktur der Gründe für den Hausnotruf bei den Nichtnutzern

Wichtig sind im Fall der Nichtnutzer die Sicherheit im Alltag, gepaart mit der Verhinderung des Alleinseins im Alter, sowie die Sicherheit, dass immer Hilfe da ist, und dass die Personen im Notfall nicht unbemerkt bleiben.

Zu der Frage nach möglichen Handlungsoptionen, falls sich der Gesundheitszustand von bisherigen Nichtnutzern verschlechtern würde, haben wir eine weitere Faktorenanalyse durchgeführt.

Tabelle 76: Ladungswerte zu den Handlungsoptionen der Nichtnutzer

	Ladungswert		
	Sz. 1	Sz. 2	Sz. 3
Anschaffung des Hausnotrufs	0,5		
Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim		0,8	
Umzug ins betreute Wohnen	0,8		
Umzug in eine altersgerechte, barrierefreie Wohnung	0,8		
Bezahlung anderer Pflegeleistungen aus eigener Tasche		0,6	
Barrierefreier Umbau Wohnung/Haus	0,5		
Umzug zu Verwandten			0,9

Tab. 76: Struktur für die Handlungsoptionen bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Nichtnutzer

Hier wird deutlich, dass sich drei Handlungsszenarien herauskristallisieren lassen. Im ersten Szenario konkurriert der Hausnotruf mit dem betreuten Wohnen, dem Umzug in eine altersgerechte barrierefreie Wohnung und dem barrierefreien Umbau der eigenen Wohnung. Dieses Szenario zeigt ein starkes handlungsorientiertes Vorgehen der Personen. Im zweiten Szenario steht die Entscheidung zwischen dem Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim und der privaten Finanzierung von Pflegeleistungen bzw. Haushaltshilfen. Personen, die dieses Szenario

bevorzugen, sind eher auf Pflegeleistungen orientiert. Das dritte Handlungsszenario präferiert den Umzug zu Verwandten. Es ist jedoch das schwächste Szenario und damit nur wenig wahrscheinlich.

Schließlich wurde eine Faktorenanalyse auch für die Gründe, die gegen den Hausnotruf sprechen, durchgeführt. Für diese Analyse wurde die Sicht der Angehörigen ausgewählt.

Tabelle 77: Ladungswerte zu den Gründen gegen den Hausnotruf

Gründe gegen den Hausnotruf	Ladungswert	
	Motiv 1	Motiv 2
Personen sind zu stolz, um sich einzugestehen, dass sie fremde Hilfe benötigen		0,7
Sparsamkeit	0,8	
unzureichendes Einkommen	0,9	
Angst, dass fremde Menschen Zutritt zur Wohnung haben		0,8
Personen scheuen sich vor Technik		0,6
Personen verkennen, wie ernst es um ihren gesundheitlichen Zustand steht	0,7	

Tab. 77: Struktur der Gründe gegen den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen

Aus den verschiedenen Gründen, die gegen den Hausnotruf sprechen, lassen sich zwei wesentliche Motive ableiten. Das erste Motiv lässt sich durch die Aspekte Sparsamkeit und Entbehrungsbereitschaft erklären – zwei wesentliche Eigenschaften der Nachkriegsgeneration, die ja aktuell die hauptsächliche Nutzerschaft ausmacht. Das zweite Motiv könnte man mit dem Begriff des Souveränitätsanspruchs der Personen beschreiben.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die verschiedenen Gründe gegen den Hausnotruf durch das Verfahren der Faktorenanalyse auf drei wesentliche Aussagen reduziert werden konnten: Sparsamkeit, Entbehrungsbereitschaft (Motiv 1) und Souveränitätsanspruch (Motiv 2).