

„Länger zu Hause leben ...“

**Wirkungs- und Potenzialanalyse zum
Hausnotruf in Deutschland
-Kurzfassung der Studie-**

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. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Relevanz des Hausnotrufs	3
3. Die wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer	8
4. „Ambulant vor Stationär“ – Die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen.....	12
5. Die monetären Einsparungseffekte im Gesundheitswesen	15
6. „So lange wie möglich zu Hause leben“ – Die sozialen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer	24
7. Zugangswege zum Hausnotruf.....	27
8. Entscheidungsfördernde Motive für die Anschaffung des Hausnotrufs	31
9. Entscheidungshemmende Motive für die Anschaffung des Hausnotrufs	32
10. Die Disproportion zwischen privater Finanzierung und Sachmittelzuwendung	34
11. Die Preisbereitschaft.....	35
12. Die Bedarfsentwicklung unter heutigen Nutzergruppen....	37
13. Zukünftige Nutzergruppen und Anwendungsfelder	38

1. Einleitung

Menschen nicht aus dem Auge verlieren und für mehr Sicherheit im Alter sorgen sind die Ziele der 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 aproxima Gesellschaft für Markt- und Sozialforschung Weimar mbH in Zusammenarbeit mit der Initiative Hausnotruf eine Wirkungs- und Potenzialanalyse durchgeführt, in der Hausnotrufnutzer, Angehörige von Nutzern, bisherige Nichtnutzer, Anbieter von Hausnotrufdienstleistungen sowie verschiedene Experten des Gesundheitswesens (Pflegedienste, Pflegekassen, Hausärzte, klinische Sozialdienste und kommunale Institutionen) untersucht wurden.

Der vorliegende Kurzbericht beinhaltet die zusammengefassten Ergebnisse der Wirkungs- und Potenzialanalyse. Dargestellt werden:

- die gesellschaftliche Relevanz des Hausnotrufs
- die sozialen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer
- die wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer
- die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen
- die Zugangswege zum Hausnotruf
- fördernde und hemmende Faktoren bei der Anschaffung des Hausnotrufs
- Entwicklungsperspektiven des Systems.

Das Forschungsvorgehen bestand aus zwei Teilen. Begonnen wurde im Februar 2009 mit einer qualitativen Fallstudie in der zwei Nutzer des Hausnotrufs und deren Umfeld untersucht wurden. Dazu liegt ein Zwischenbericht, der im Juli 2009 erstellt wurde, vor. Darauf aufbauend wurde vom 27.05.2009 bis zum 28.09.2009 eine standardisierte Befragung unter Nutzern des Hausnotrufs, Angehörigen, Anbietern, Pflegediensten, Kommunen, Pflegekassen, Hausärzten,

Kliniken und Personen ab dem 65. Lebensjahr, die den Hausnotruf zwar kennen, ihn jedoch nicht nutzen, durchgeführt. Insgesamt fanden 696 telefonische Interviews statt. Die Tabelle 1 gibt an, wie sich diese auf die einzelnen Befragungsgruppen verteilen.

Tabelle 1: Anzahl geführter Interviews und durchschnittliche Interviewdauer

Gruppe	Anzahl	Durchschnittliche Interviewdauer in min.
Nutzer	326	10
Angehörige	100	15
Anbieter	57	18
<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	11
Gesamt	696	16

Tab. 1: Stichprobenstatistik

Bei der Durchführung der Interviews kooperierte approxima in folgenden Orten mit Einrichtungen zusammen, die Dienstleistungen des Hausnotrufs anbieten. Alle gehören der Initiative Hausnotruf an.

- DRK: Delitzsch: Herten, Kassel
- Die Johanniter: Tübingen, Nürnberg
- ASB: Bad-Doberan, Zweibrücken, Bonn/Rhein-Sieg
- MHD: Östrich-Winkel, Göppingen, München
- BeWo: Aurich, Baden-Baden, Bremen
- Sonotel: Selb, Schwerin, Hamburg
- Volkssolidarität: Güstrow, Chemnitz

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.

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

2. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Relevanz des Hausnotrufs

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, vor deren Hintergrund der Hausnotruf als effizientes Mittel der Kostensenkung im Gesundheitswesen und der Sicherstellung hoher Qualität der Betreuung vorwiegend älterer Menschen an Bedeutung gewinnt, sind im Wesentlichen durch drei Entwicklungsprozesse gekennzeichnet:

1. Die demografische Entwicklung führt zur wachsenden Überalterung unserer Gesellschaft.
2. Immer mehr ältere Menschen leben allein, vor allen in den neuen Bundesländern.
3. Die Anzahl der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigen wird weiter zunehmen.

Neben der Expansionsthese, die dieser Prognose zugrunde liegt, 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 ereignen¹. 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 ist jedoch unstrittig, 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.

Expansionsthese und Kompressionsthese sprechen für den Nutzen des Hausnotrufs

Zu 1. Die demografische Entwicklung führt zur wachsenden Überalterung unserer Gesellschaft

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 1). „Die Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wird (...) um rund 40 Prozent von knapp 16 Millionen im

¹ Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, S. 10; nach Fries, 1989.

Jahr 2005 auf über 22 Millionen Personen im Jahr 2030 ansteigen². 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 1: Altersaufbau in Deutschland 2005 und 2030

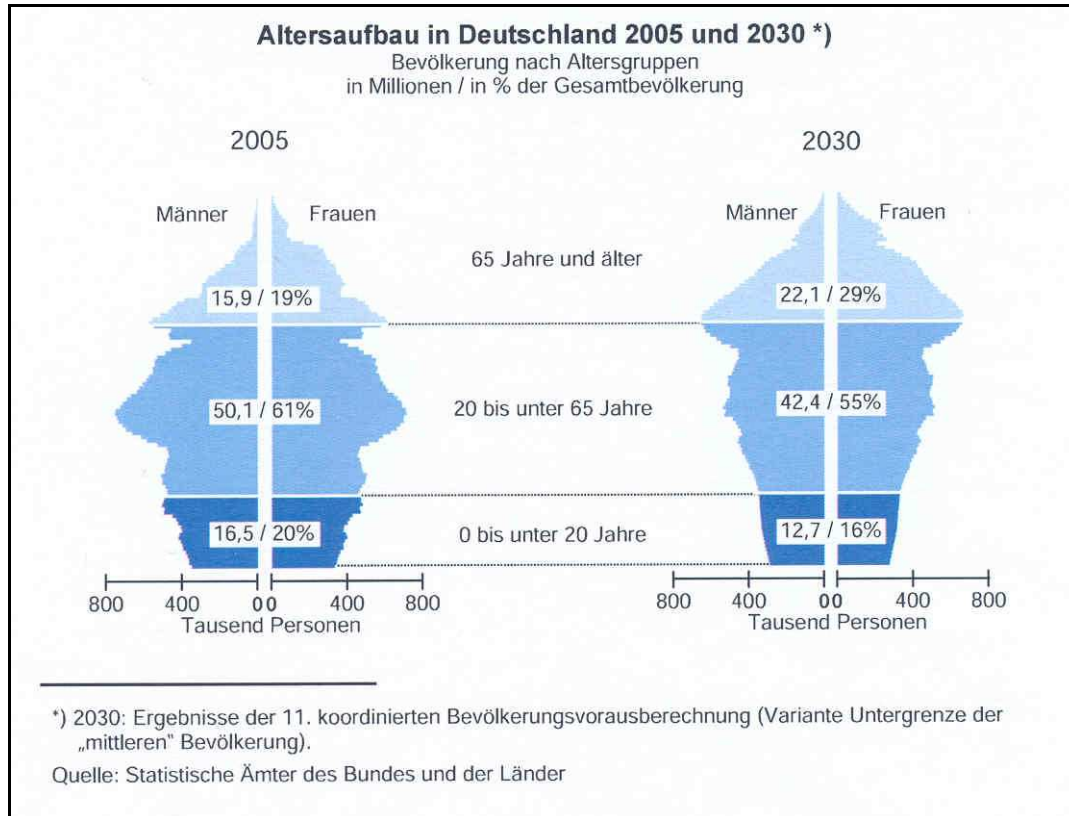


Abb. 1: Altersaufbau in Deutschland im Vergleich der Jahre 2005 und 2030³

Zu 2. Immer mehr ältere Menschen leben allein, vor allem in den neuen Bundesländern

„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“⁴ (Abbildung 2).

Mit der Zunahme der über 64-Jährigen wird auch die Zahl der Interessenten sowie Nutzer des Hausnotrufs mitwachsen

Der Anteil von Einpersonenhaushalten älterer Menschen steigt weiter und Vereinsamungs- sowie Isolationstendenzen nehmen zu

² Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 8.

³ Ebd., S. 23.

⁴ Ebd., S. 26.

Abbildung 2: Haushalte nach Haushaltsgröße in Deutschland

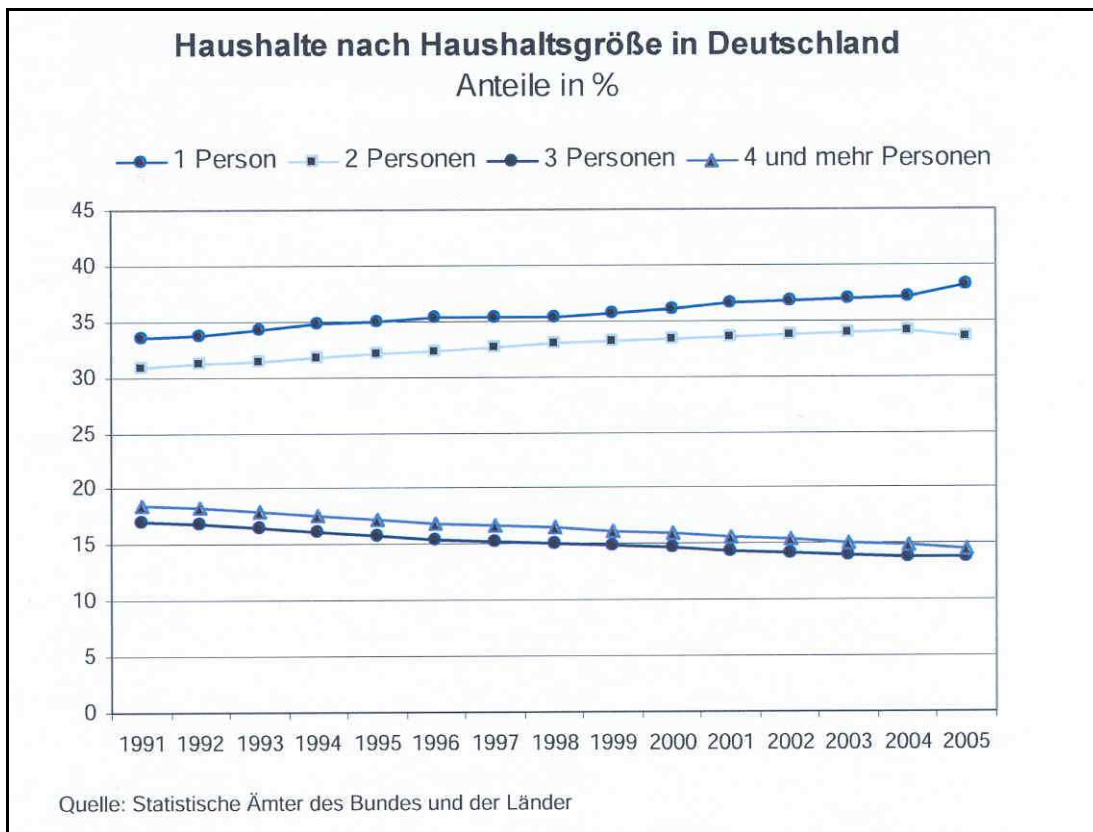


Abb. 2: Prozentualer Anteil der Haushalte nach Haushaltsgrößen in Deutschland⁵

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.“⁶.

Insbesondere in den Großstädten, aber auch in den entstandenen ländlichen Eigenheimsiedlungen, die in den 90er Jahren vor allem in den neuen Bundesländern heranwuchsen, 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 3). Hier kommen zusätzliche Langzeiteffekte der Abwanderung, insbesondere junger Menschen, hinzu.

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

⁵ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 26.

⁶ Ebd.

Abbildung 3: Altenquotient in Deutschland 2005 und 2020

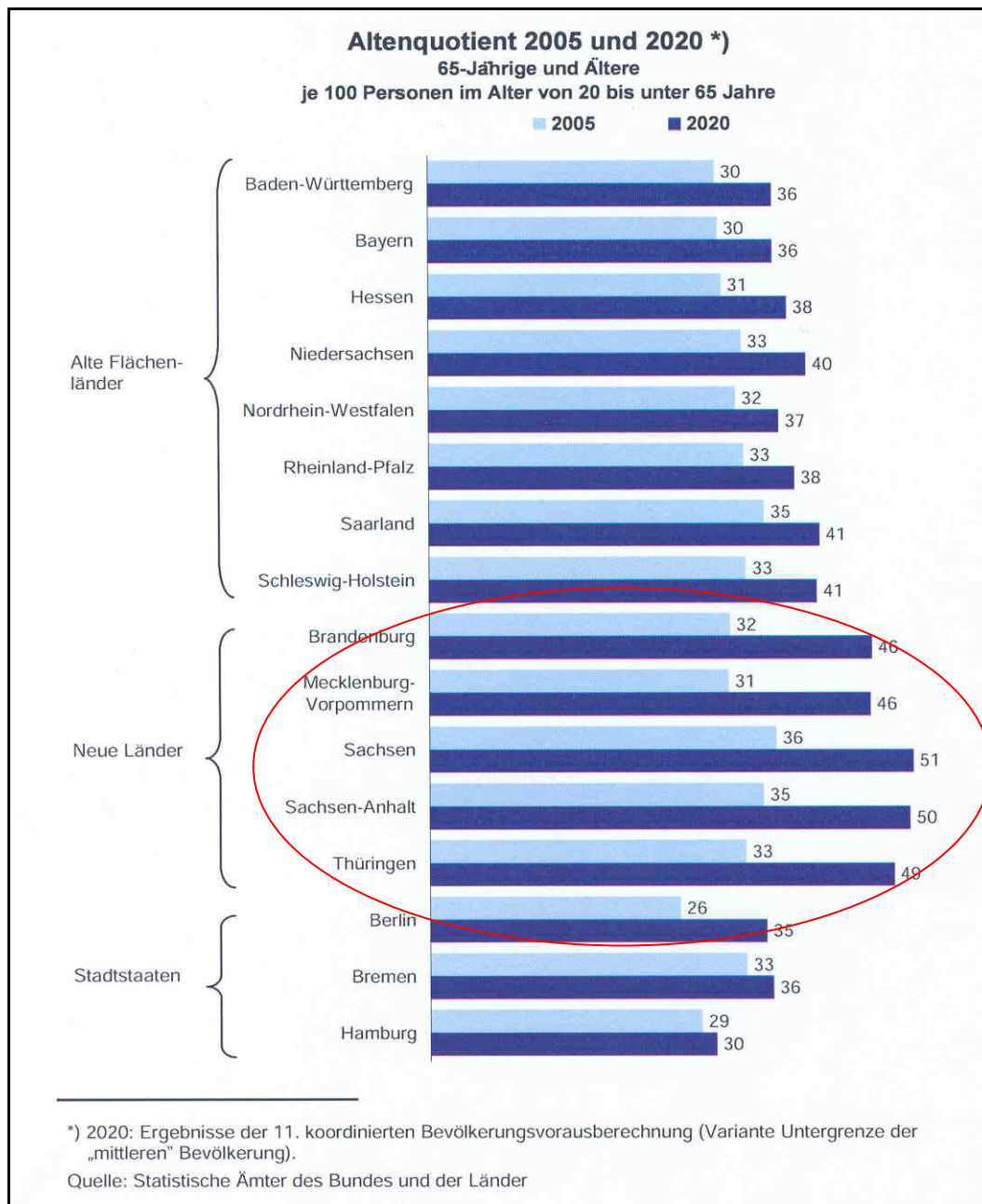


Abb. 3: Altenquotient in Deutschland nach Bundesländern im Vergleich der Jahre 2005 und 2020⁷

Hier 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.

⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 1, 2007, S. 25.

Zu 3. Die Anzahl der Krankenhausfälle und der Pflegebedürftigen wird weiter zunehmen

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“⁸. Deshalb ist zu erwarten, dass die Zahl der Krankenhausfälle sowie der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren ansteigen wird. Demnach ist, wie in Abbildung 4 verdeutlicht, in den kommenden Jahrzehnten ein Anstieg der Krankenhausfälle und, wie Abbildung 5 zeigt, auch der Pflegebedürftigen in Deutschland zu erwarten.

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

Abbildung 4: Entwicklung der Krankenhausfälle von 1995 bis 2030

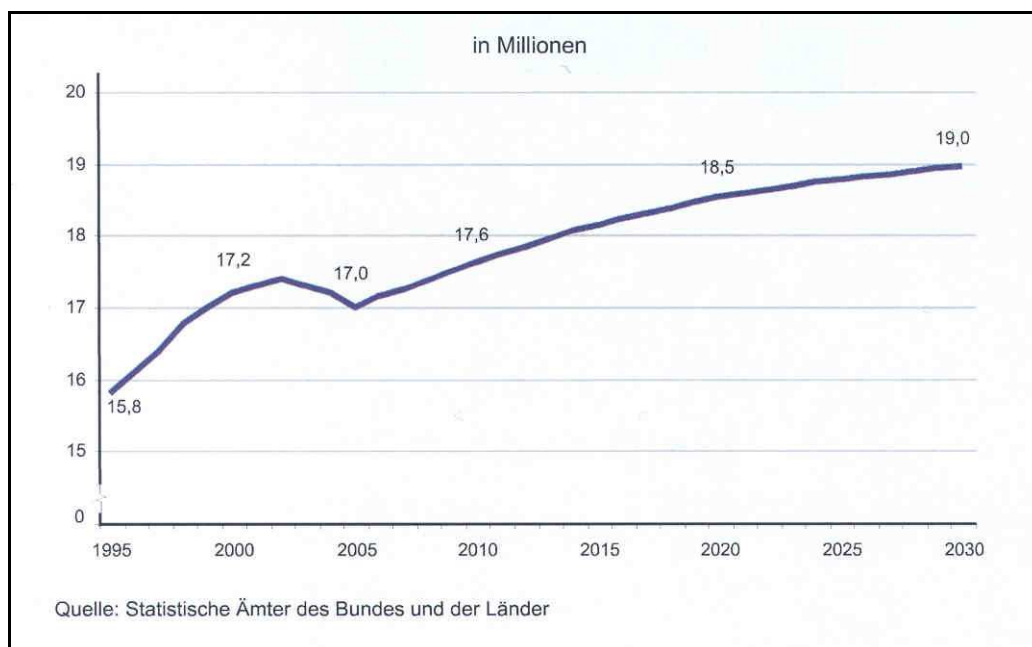


Abb. 4: Entwicklung der Krankenhausfälle von 1995 bis 2030⁹

⁸ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, S. 5.

⁹ Ebd., S. 11.

Abbildung 5: Entwicklung der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2030

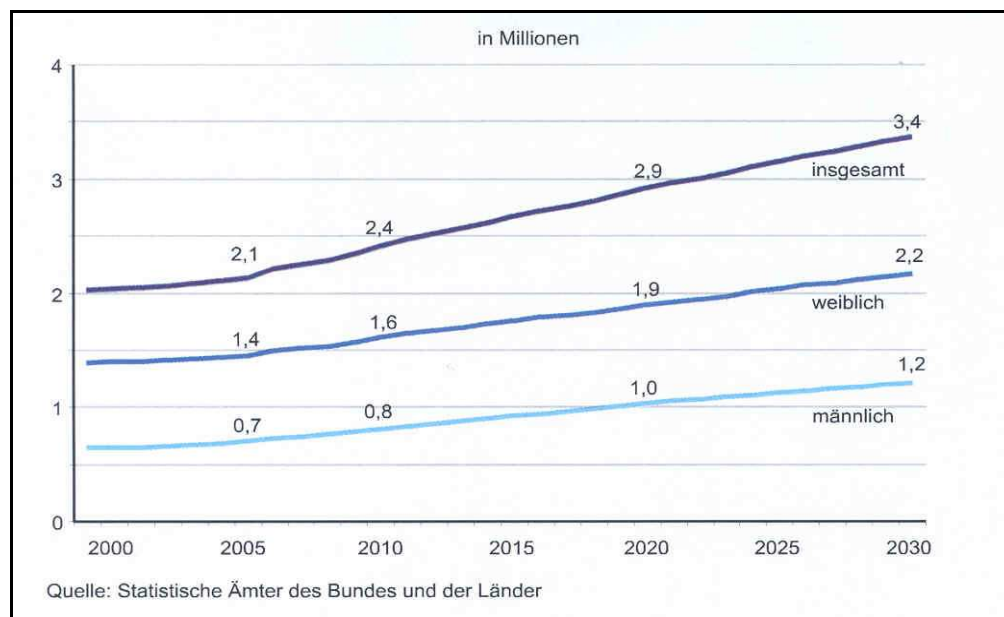


Abb. 5: Entwicklung der Pflegebedürftigen insgesamt und nach Geschlecht von 1999 bis 2030¹⁰

3. Die wirtschaftlichen Effekte des Hausnotrufs für die Nutzer

Abbildung 6: Folgen der Nichtanschaffung des Hausnotrufs aus Sicht der Nutzer und der Angehörigen

(Angaben in Prozent der Befragten, N=304/100, Mehrfachnennungen möglich)

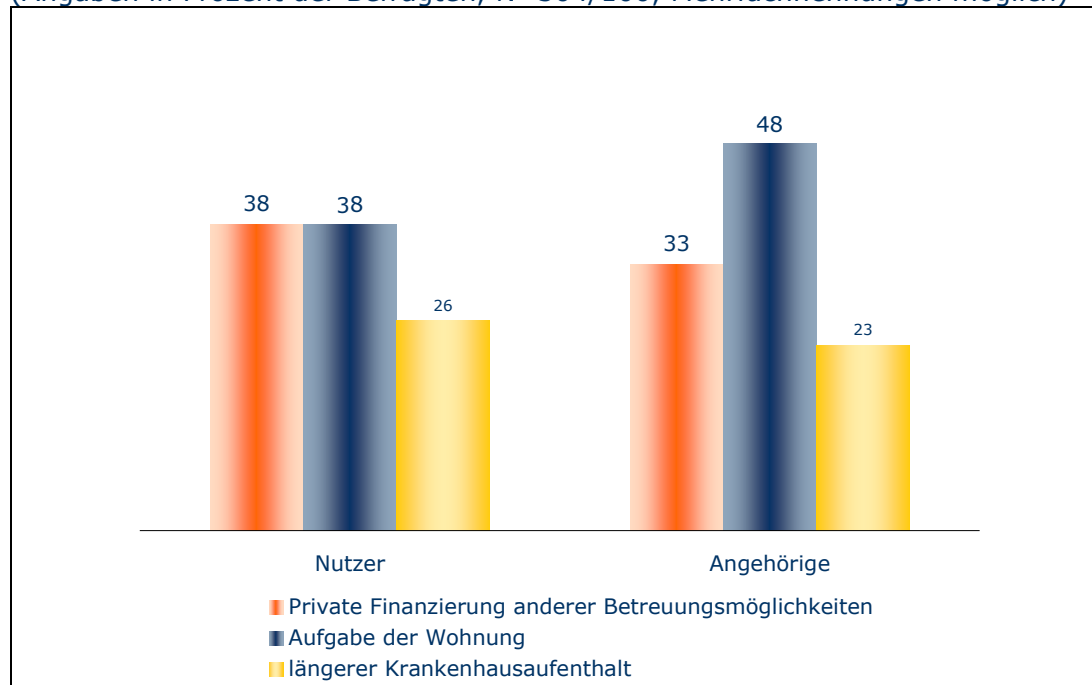


Abb. 6: Welche Folgen hätte eine Nichtanschaffung des Hausnotrufs für Sie/Ihren Angehörigen gehabt?

¹⁰ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2, 2008, Seite 25.

Unabhängig davon, ob die Aufgabe der vertrauten Wohnung oder die private Nutzung anderer pflegerischen Leistungen, was in den meisten Fällen in unserer Befragung die Alternative zum Hausnotruf gewesen wäre (Abbildung 6), vielfach hätten die Alternativen auch die Inkaufnahme höherer privater Kosten bedeutet. Zur Untermauerung dieser Annahme wird im Folgenden das Fallbeispiel der Hausnotrufnutzerin Frau F. herangezogen, die in der qualitativen Studie näher untersucht wurde.

Das Fallbeispiel zeigt, dass der längere Verbleib in der häuslichen Umgebung durch die Nutzung des Hausnotrufs Kostenersparnisse auf Seiten der Nutzer und im Gesundheitswesen ermöglicht.

Zunächst zur Situation von Frau F.

(Auszug aus der Fallstudie von 10.07.2009)

Lebenssituation

Frau F. ist 53 Jahre und lebt seit 2008 in Thüringen. 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.

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.

Längerer Verbleib in der Privatwohnung spart Kosten beim Nutzer des HNR

Fallbeispiel Frau F.:

Abschätzung der privaten monatlichen Kosten im Vergleich

Kostenpositionen	Derzeitige Wohnsituation: Betreutes Wohnen	Alternative: Barrierefreie 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	17,90€	17,90€
Fahren 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

Das Fallbeispiel macht deutlich, dass der Umzug in eine Privatwohnung mit Nutzung des Hausnotrufs die günstigere Alternative wäre. Es ist nicht nur der finanzielle Aspekt, der hier eine Rolle spielt, vielmehr auch das Empfinden einer erhöhten Lebensqualität bei Frau F, die für das Leben der Privatwohnung spricht.

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 und das Gefühl von Sicherheit nicht möglich. Gerade deshalb spielt der Hausnotruf in diesem realen Beispiel eine wichtige Rolle, da er Hilfe sichert, für den Fall, dass diese gebraucht wird.

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.

Betrachtet man die Situation von Frau F. noch einmal genauer, wird deutlich, dass sie die stationäre Pflege bei ihrem Krankheitsbild früher oder später wahrscheinlich nicht vermeiden kann. Die Kosten, die im Fall einer vollstationären Pflege entstehen, würden jedoch einen deutlichen finanziellen Mehraufwand für Frau F. bedeuten. Dies verdeutlicht die folgende Tabelle, in der ihre derzeitige Situation 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 erheblich¹¹.

¹¹ 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.

Modellrechnung 1: Monatliche Kosten für vollstationäre Pflege im Vergleich zum Verbleib der barrierefreien Privatwohnung (Pfleigestufe II)

Präferierte Wohnform: Barrierefreie 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€		
Fahren 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.psml

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

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

Um die Effekte des Hausnotrufs für das Gesundheitswesen und die nachhaltige gesellschaftlich Entwicklung im Bereich der Pflege einschätzen zu können, wurden 100 Experten aus dem Gesundheitswesen befragt. 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. 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.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die von uns untersuchten Experten größtenteils Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen sehen (Abbildung 7). Vorrangig entstehen diese für die Befragten durch kürzere Krankenhausaufenthalte, die Vermeidung von Notarzteinsätzen sowie den verzögerten Übergang in das Pflegeheim (Abbildung 8). 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 (Abbildung 9). Bezüglich der Einsparmöglichkeiten auf Seiten der Nutzer sind die Experten eher unschlüssig. Ein Großteil kann nicht einschätzen, ob für den Nutzer Kostenersparnisse entstehen (Abbildung 7).

Abbildung 7: Kosteneinsparung durch Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Experten

(Angaben in Prozent der Befragten, N=100)

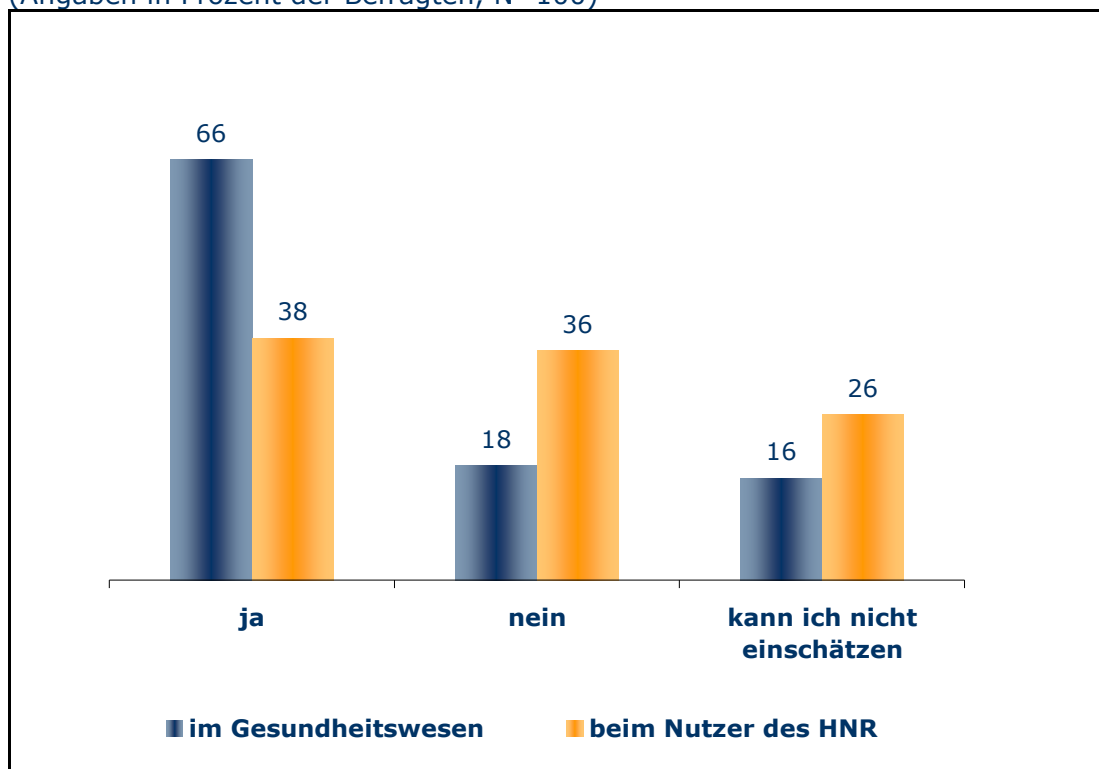


Abb. 7: Ist der Hausnotrufdienst Ihrer Meinung nach geeignet, um Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem bzw. bei den Nutzern des Hausnotrufs einzusparen?

Abbildung 8: Einsparungsmöglichkeiten durch Nutzung des Hausnotrufs aus Sicht der Experten (offene Frage ohne Antwortvorgaben)
(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich, N=100)

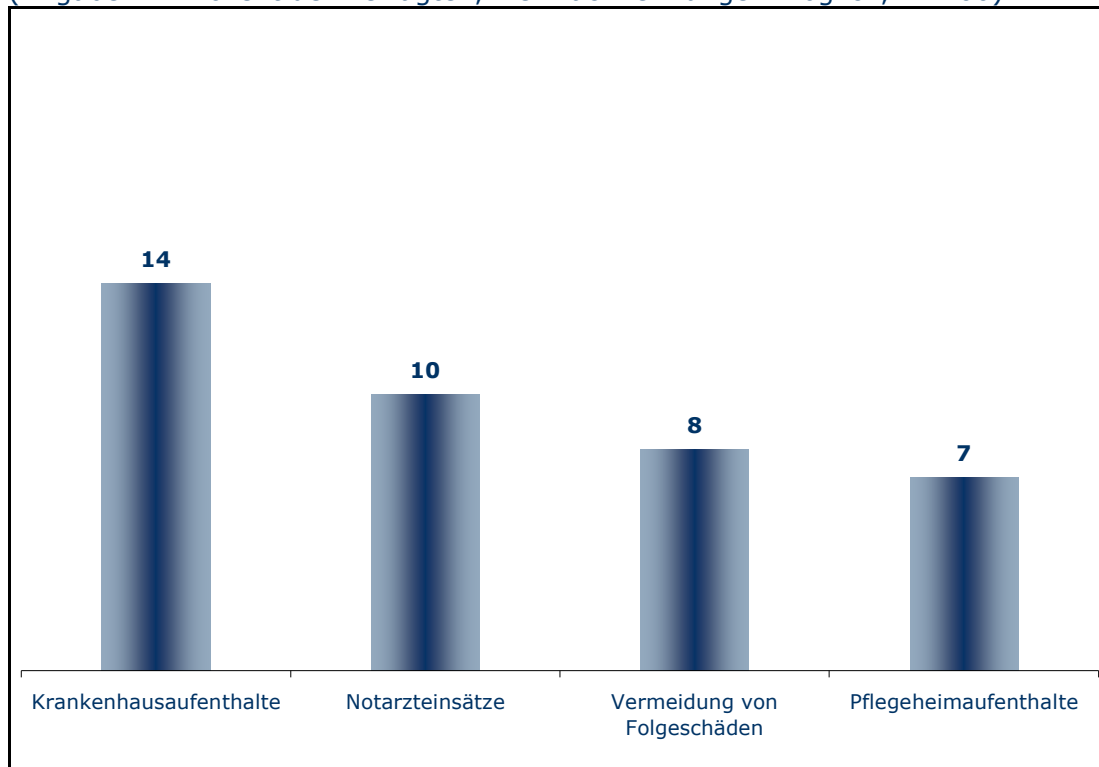


Abb. 8: In welchen Fällen werden Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem eingespart?

Abbildung 9: Vorrangige Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Experten
(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich, N=100)

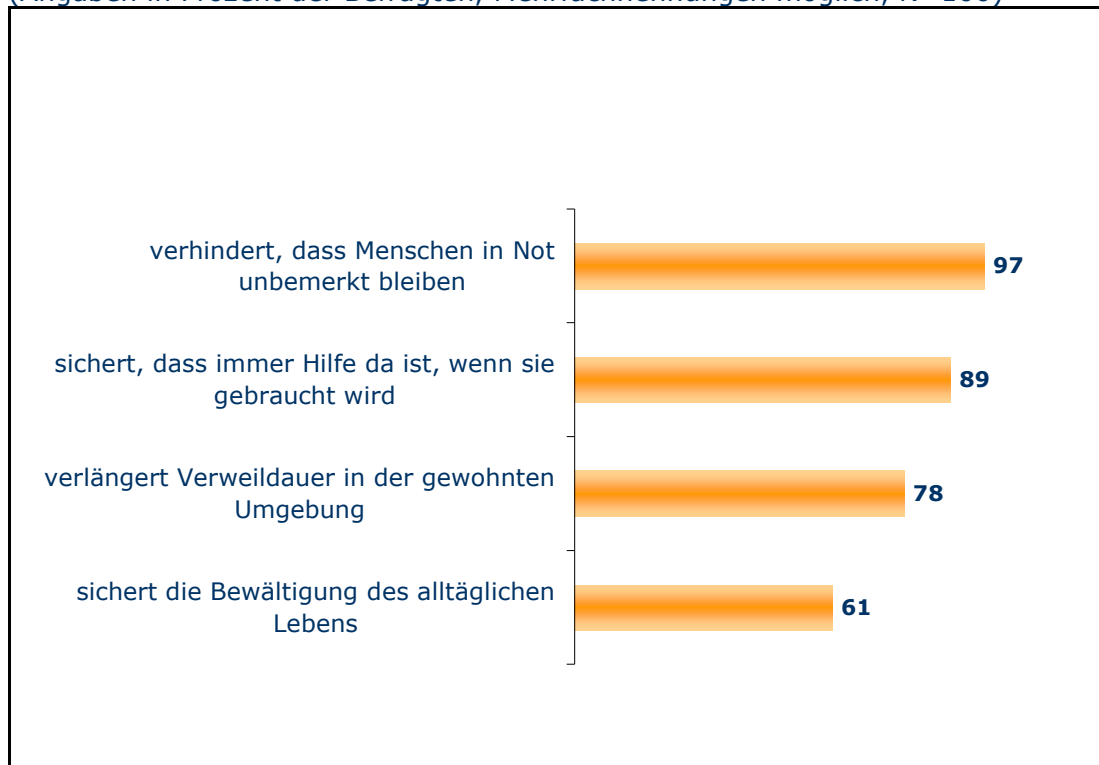


Abb. 9: Welche Gründe tragen für Sie vorrangig zur Entscheidung für den Hausnotruf bei?

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).

5. Die monetären Einsparungseffekte im Gesundheitswesen

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 Gesundheit¹². 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).

¹² 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/leistungsfaele_2007__templateId=raw,property=publicationFile.pdf/leistungsfaele_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 10: Einsparungseffekte im Fall von Frau F. bei Verzögerung des Übergangs in ein Pflegeheim

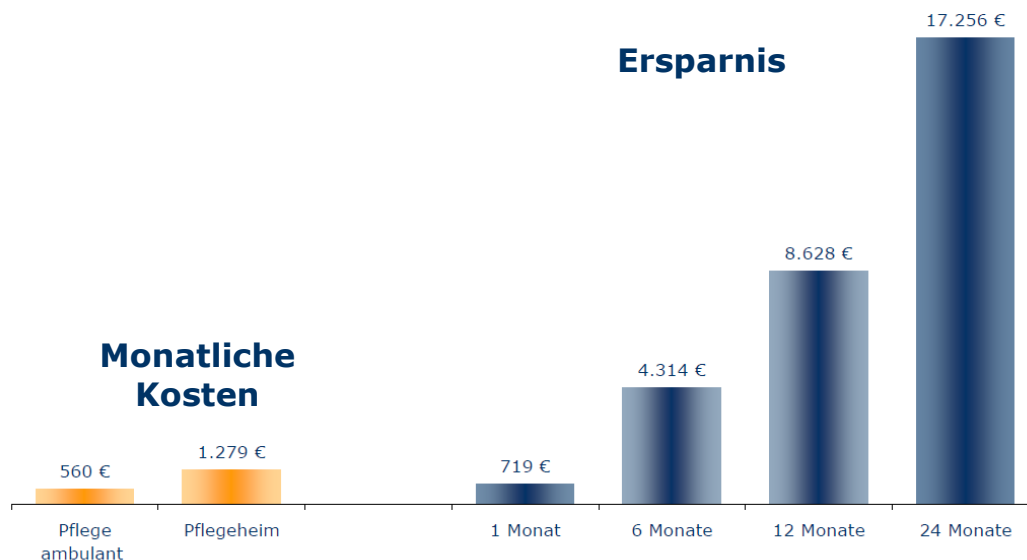


Abb. 10: Einsparungen bei Verzögerung des Pflegeheimübergangs

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%.¹³ 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.¹⁴ 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.

¹³ 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

¹⁴ 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 ¹⁵	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 2007¹⁶ 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).

¹⁵ Ohne Berücksichtigung der einmaligen Anschlussgebühr von 10,49 Euro

¹⁶ 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)“¹⁷ 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)¹⁸ 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“.¹⁹ 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.

¹⁷ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Pflegeeinrichtungen (MuG IV); 2007

¹⁸ Freiburg im Breisgau (Amt für Bürgerservice und Informationsverarbeitung): „Die Struktur und Entwicklung der Pflegebedürftigen 2006“; 2007; www.freiburg.de/statistik

¹⁹ 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 11: 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

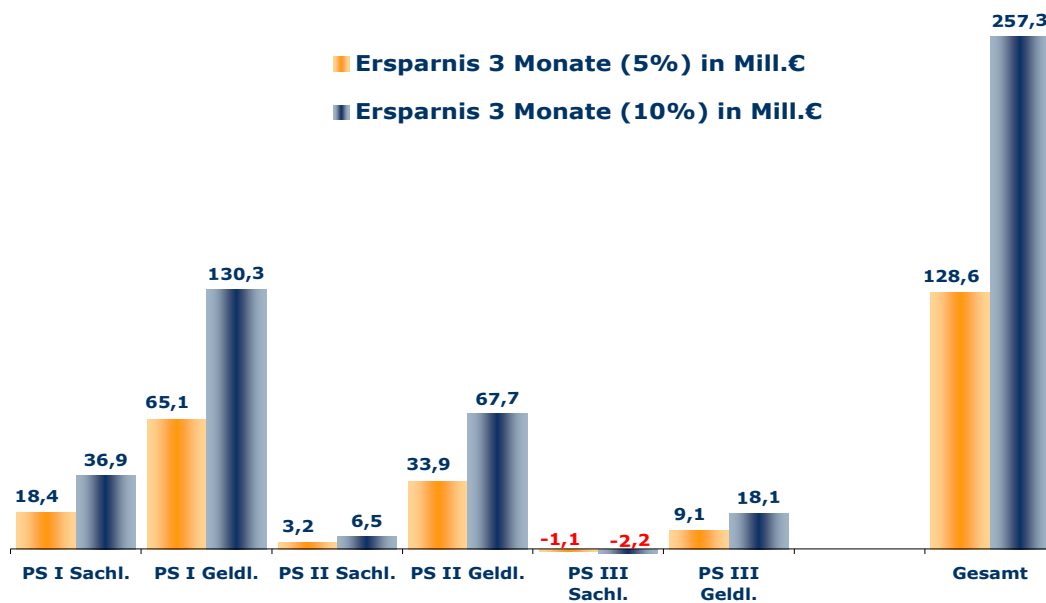


Abb. 11: Einsparungen durch den Hausnotruf bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich (Verzögerung des Heimeinzugs um drei Monate)

Abbildung 12: 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

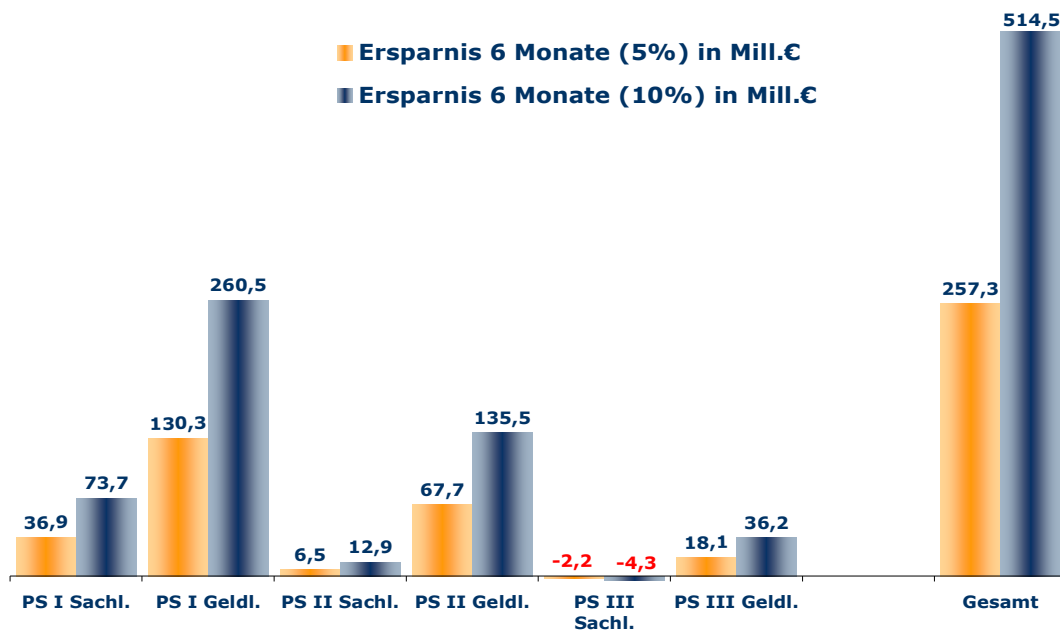


Abb. 12: Einsparungen durch den Hausnotruf bei fünf oder zehn Prozent der Pflegebedürftigen aus dem ambulanten Bereich (Verzögerung des Heimeinzugs um sechs Monate)

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.

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)²⁰.

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.

„Ein konkreter Fall ist zum Beispiel ein Patient, der einen Schlaganfall hatte und 36 Stunden in seinem Badezimmer lag, ausgekühlt und schon mit Nekrosen befallen. Wenn seine Schwester, die ihn regelmäßig anruft, nicht misstrauisch geworden wäre, weil er nicht an das Telefon ging und den Schlüssel hatte, wäre er mit Sicherheit daran gestorben. (...) waren Haut und Muskelschäden entstanden, wobei es dann zu verstopften Nierenkanälen kam, also zu Nierenschäden, es kam Dialyse und eine sehr lange Rehabilitation hinzu. Also der Unterschied ist markant. Der Aufwand der dann entsteht, wenn ein Mensch eben den ganzen Tag da liegt, ausgetrocknet ist und so weiter, der ist ungleich höher, als wenn er in einer Stunde erlöst werden könnte. Mal von den psychischen Schäden ganz abgesehen. Die Angst die einer da aussteht, ich bleib jetzt hier liegen bis ich sterbe, schrecklich.“ (Hausarzt Dr. M – Fallstudie)

²⁰ Quellen: Rettungsdienstsatzen der Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen, Zentrale Abrechnungsstelle für den Rettungsdienst Bayern GmbH

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

Der Hausnotruf besitzt eine hohe Akzeptanz unter den Personengruppen, die dessen Nutzen persönlich erleben. Die Zufriedenheit mit dem Hausnotruf als auch die Bereitschaft zur Weiterempfehlung sind unter Nutzern und Angehörigen sehr hoch, wie die beiden folgenden Abbildungen 15 und 16 zeigen.

Hausnotruf genießt hohe Akzeptanz bei Nutzern und Angehörigen

Abbildung 13: Zufriedenheit mit dem Hausnotruf von Nutzern und Angehörigen (Angaben in Prozent der Befragten)

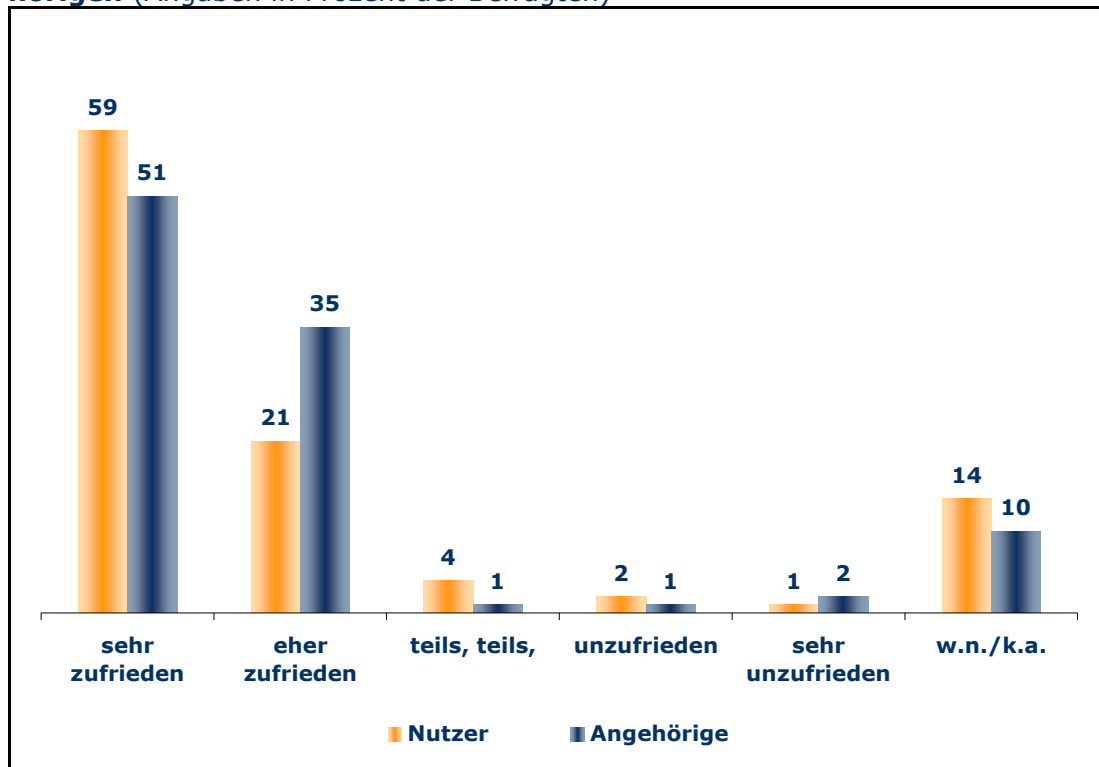


Abb. 13: Wie zufrieden sind Sie mit dem Hausnotruf?

Abbildung 14: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch Nutzer und Angehörige

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

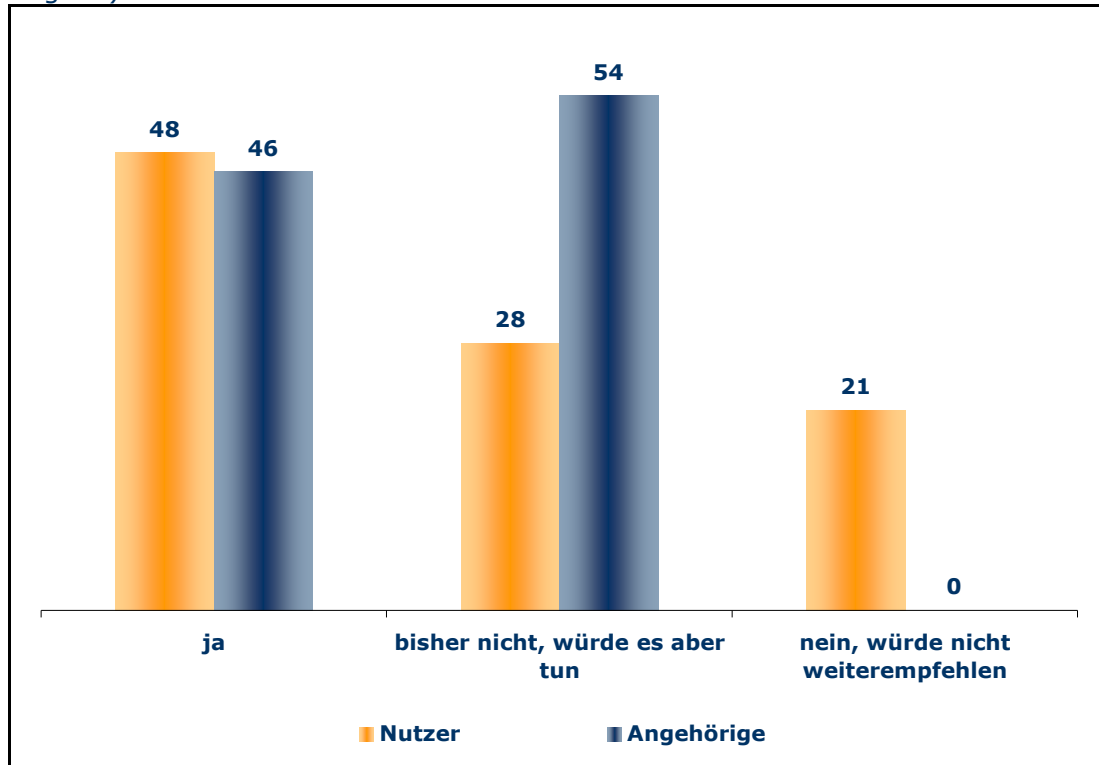


Abb. 14: Haben Sie den Hausnotruf schon anderen Personen weiterempfohlen bzw. würde Sie dies tun?

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 17).

Der Hausnotruf bietet Sicherheit und längere Verweildauer in der häuslichen Umgebung

Abbildung 15: Gründe für den Hausnotruf aus Sicht der Nutzer, der Angehörigen und der Nichtnutzer
(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

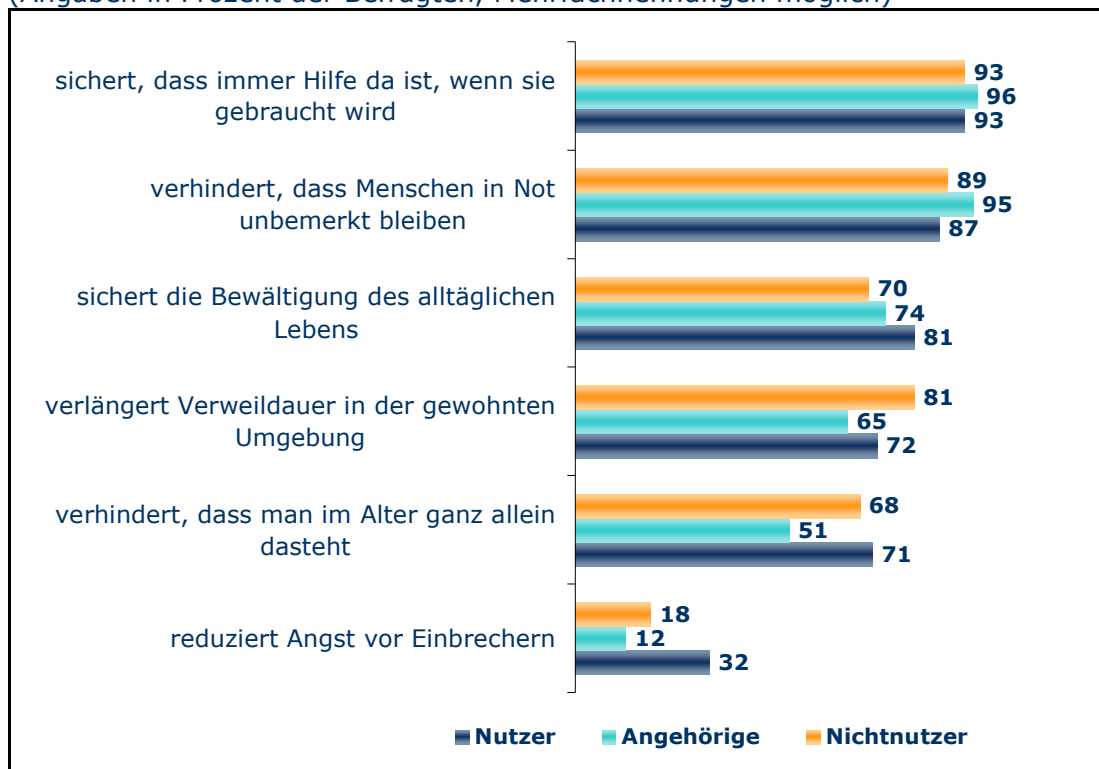


Abb. 15: Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht vorrangig für den Hausnotruf?

Antrieb zur Entscheidung für den Hausnotruf sind bei dessen Nutzern gesundheitliche Probleme (27 Prozent der Nennungen). Gleichauf mit den gesundheitlichen Problemen werden Aspekte der Sicherheit genannt („zur Sicherheit“, „vorangegangene Unfälle“ und „Sturzgefahr“). Danach folgt der Umstand, dass die Betroffenen allein lebend sind (rund 22 Prozent der Nennungen). Diese drei, für viele Nutzer miteinander zusammenhängenden Bedingungen, bilden den Hintergrund der Entscheidung für den Hausnotruf und die oben beschriebenen erwarteten sozialen Effekte seiner Nutzung (Abbildung 18).

Abbildung 16: Entscheidungsmotive für den Hausnotruf aus Sicht der Nutzer und der Angehörigen (offene Frage ohne Antwortvorgaben)
(Angaben in Prozent der Befragten, N=304/100, Mehrfachnennungen möglich)

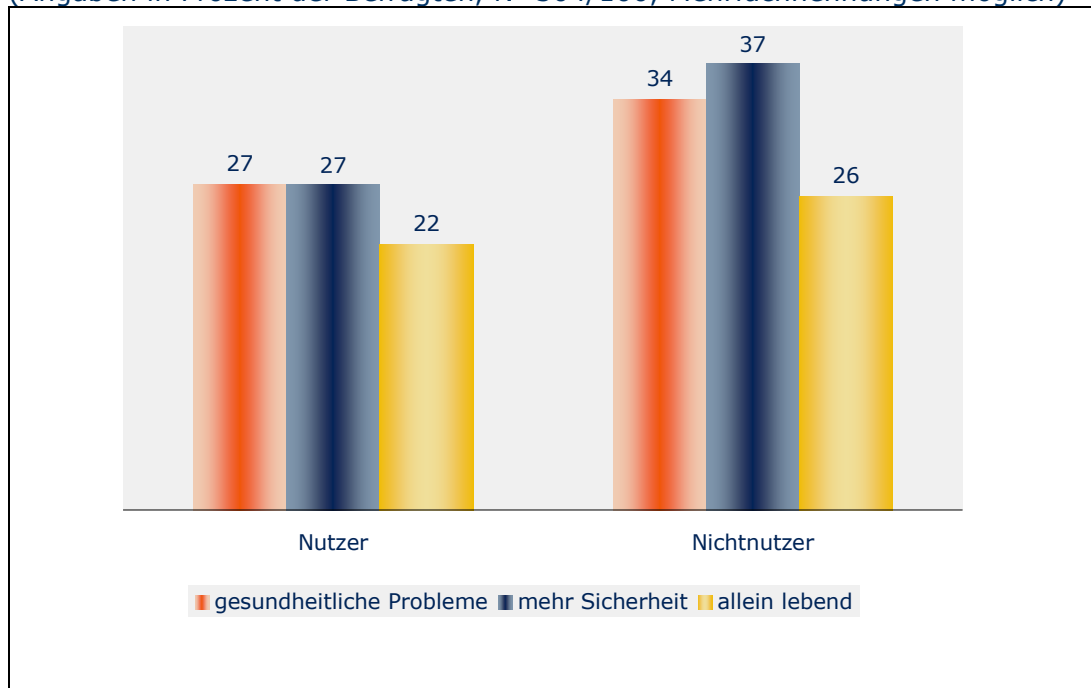


Abb. 16: Aus welchen Gründen haben Sie sich für den Hausnotruf entschieden?

7. Zugangswege zum Hausnotruf

Die hauptsächlichen Multiplikatoren für die Nutzer, die Angehörigen und die Nichtnutzer befinden sich in deren unmittelbaren Umfeld. Die Abbildung 19 verdeutlicht, dass es in den drei Befragungsgruppen vorrangig die Pflegedienste sind, die über den Hausnotruf informieren. Zudem spielen Freunde und Nachbarn eine wichtige Rolle. 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 (Abbildung 20).

Persönliche Kontakte sind der verbreitete Zugangsweg

Abbildung 17: Multiplikatoren des Hausnotrufs aus Sicht der (potenziellen) Nutzerschaft

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

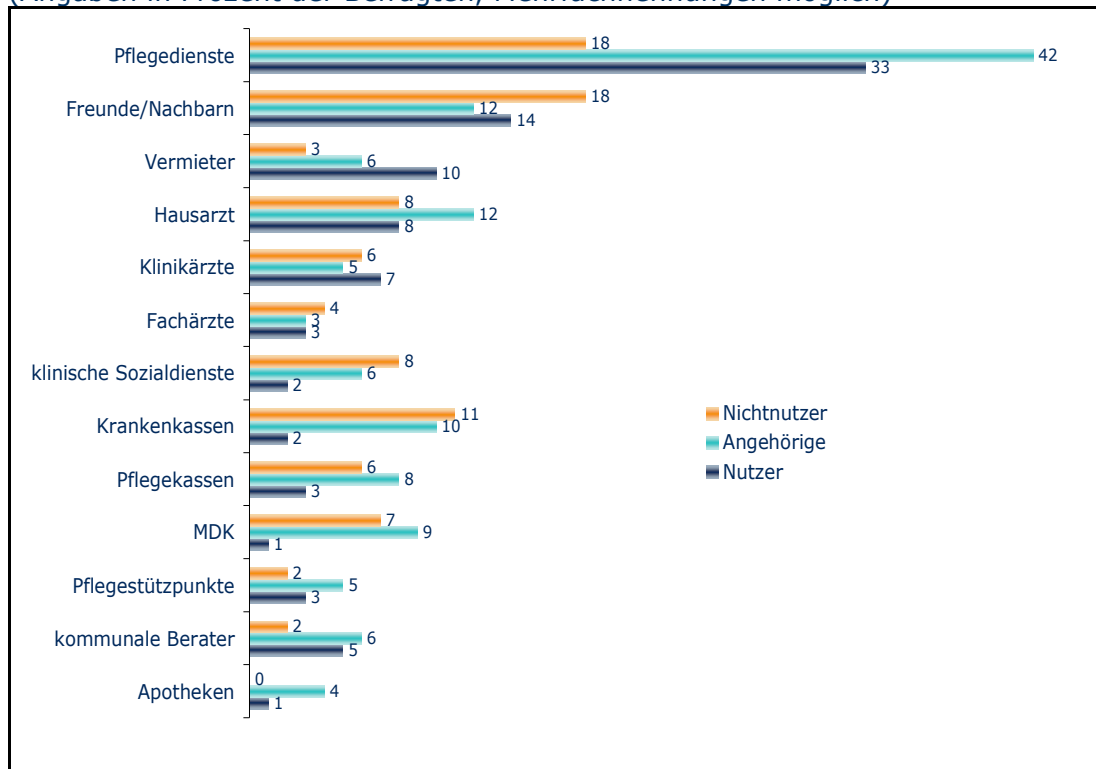


Abb. 17: Woher haben Sie vom Hausnotruf erfahren?

Abbildung 18: Werbekanäle aus Sicht der (potenziellen) Nutzerschaft

(Angaben in Prozent der Befragten, Mehrfachnennungen möglich)

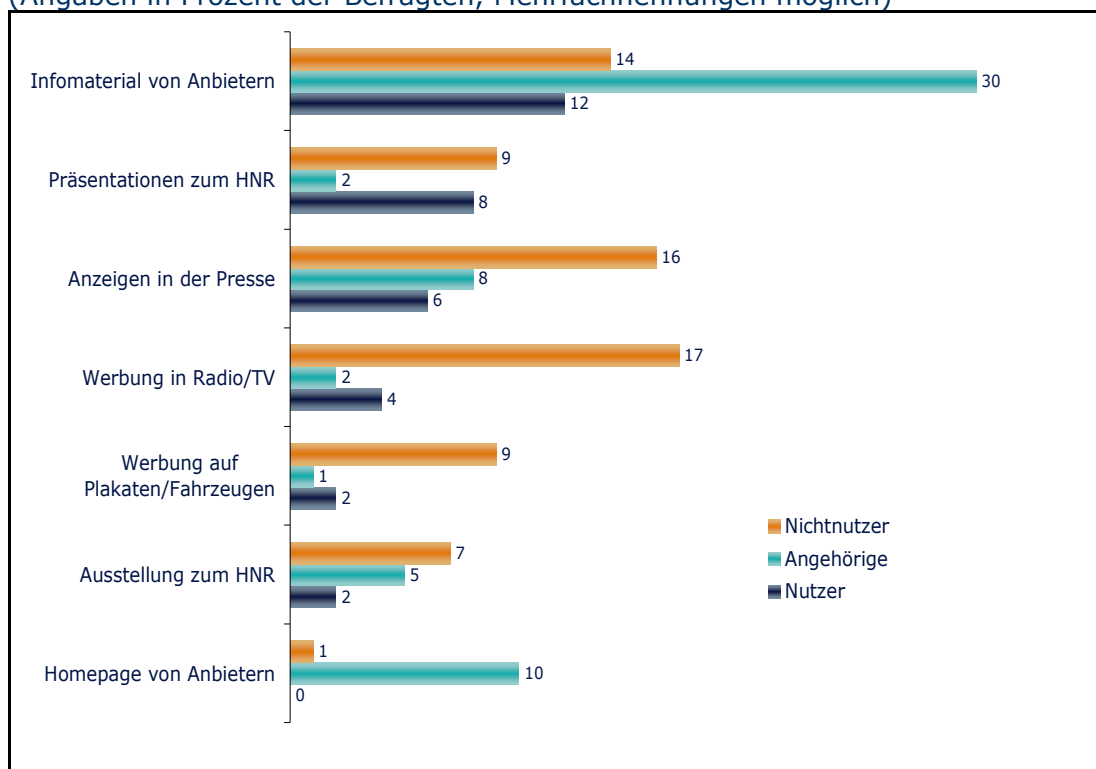


Abb. 18: Über welche Informationswege der Anbieter haben Sie vom Hausnotruf erfahren?

Auch die Experten des Gesundheitswesens (Hausärzte, Sozialdienste der Kliniken, Pflegekassen, kommunale Institutionen, Pflegedienste) unterstützen den Zugang zum Hausnotruf mit großer Mehrheit (Abbildung 21). Dabei zeigt sich, dass insbesondere die Pflegedienste, die Sozialdienste der Kliniken und die kommunalen Beratungsstellen starke Multiplikatoren sind, während Hausärzte den Zugang zum Hausnotruf bisher eher weniger unterstützen. Ihr Wissen über die Antragstellung für die Kostenübernahme und ihre Unterstützung bei der Beantragung hält sich in Grenzen (Abbildung 22 und 23). Alle Experten zusammengekommen, zeigt sich insgesamt eine erhebliche Multiplikatorenwirkung, die an einer hohen Weiterempfehlungsrate deutlich wird (Abbildung 21).

Abbildung 19: Weiterempfehlung des Hausnotrufs durch die Experten
(Angaben in Prozent der Befragten, N=100)

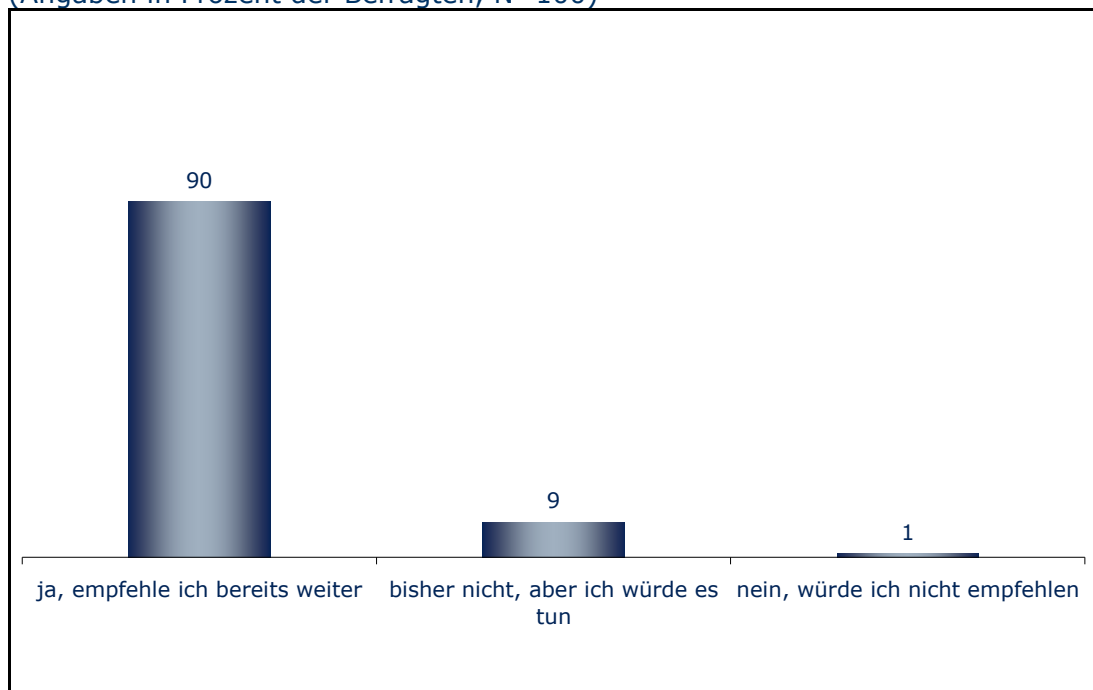


Abb. 19: Haben Sie schon einmal den Hausnotruf empfohlen bzw. würden Sie dies tun?

Abbildung 20: Bekanntheit der Wege der Leistungsbeantragung des Hausnotrufs
(Angaben in Prozent der Befragten)

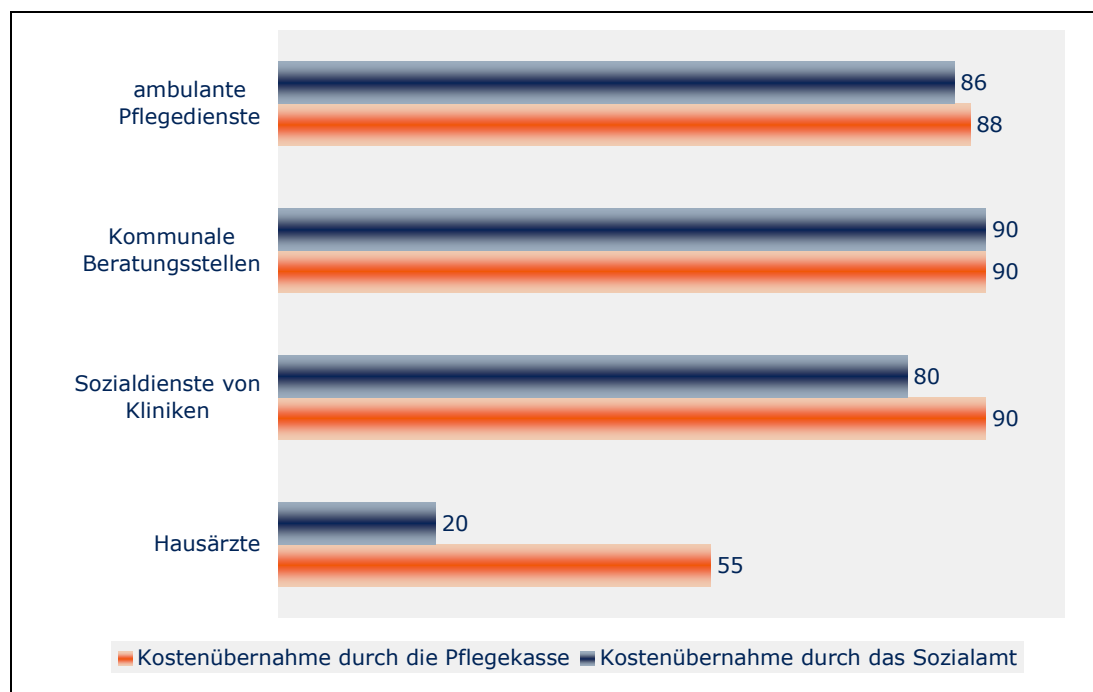


Abb. 20: Ist Ihnen bekannt, dass die Anschaffung und Nutzung des Hausnotrufs durch die Pflegekasse/das Sozialamt finanziert werden kann?

Abbildung 21: Unterstützung bei der Beantragung der Kostenübernahme
(Angaben in Prozent der Befragten)

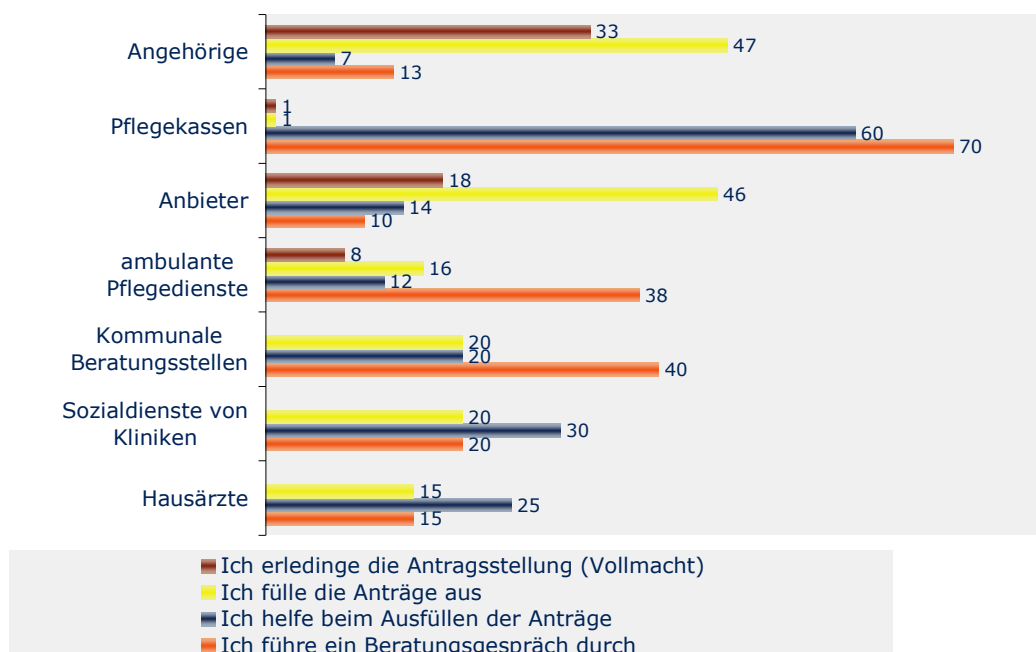


Abb. 21: Inwieweit helfen Sie bei der Beantragung der Sachleistung Hausnotruf?

8. Entscheidungsfördernde Motive für die Anschaffung des Hausnotrufs

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 eine Faktorenanalyse, welche die verschiedenen Merkmale auf Zusammenhänge hin untersucht, dass alle genannten Gründe in einem engen Zusammenhang stehen. Relativ unwichtig ist lediglich nur die Angst vor kriminellen Übergriffen durch Einbrecher. Das größte Gewicht hat 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 und in Notsituationen nicht unbemerkt zu bleiben.

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 Einbruchsfahr, eher eine unbedeutende Rolle.

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

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 die Befragten, 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

9. Entscheidungshemmende Motive für die Anschaffung des Hausnotrufs

In einer geschlossenen Frage, die aus den Ergebnissen der Fallstudien vom Frühjahr 2009 zu den hemmenden Einflüssen gewonnen wurde, ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 24). 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 geht auch einher, dass die betreffenden Personen mitunter zu stolz sind, um 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.

Sparsamkeit und Unterschätzung der eigenen Situation hemmen die Anschaffung des Hausnotrufs

Abbildung 22: Vorrangige Gründe gegen den Hausnotruf aus Sicht der Angehörigen

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

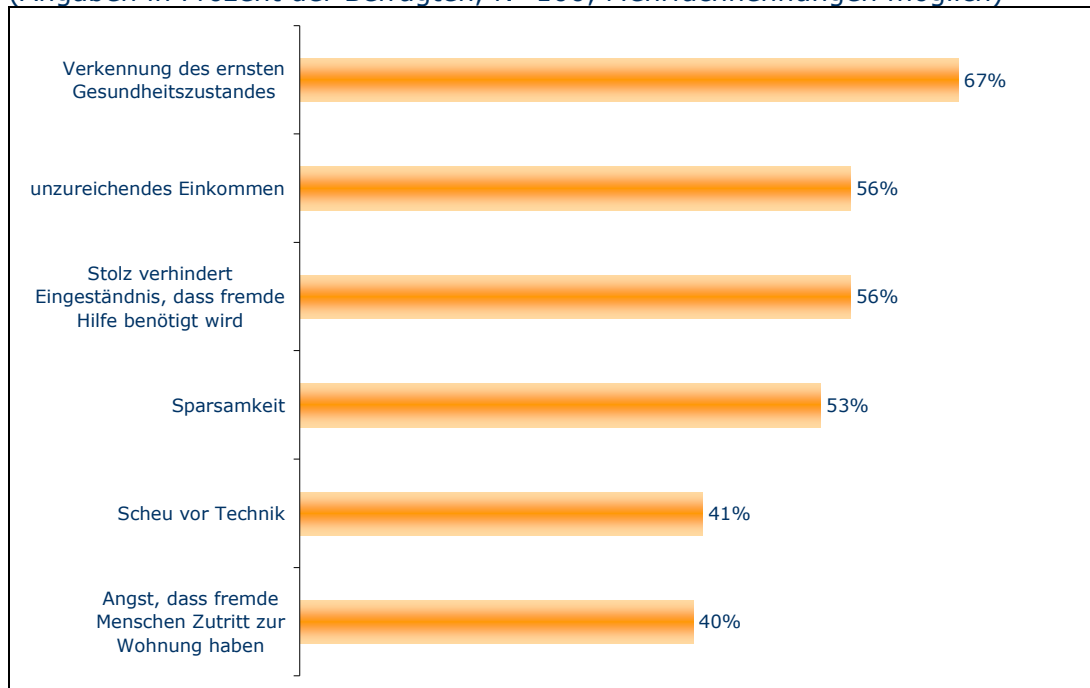


Abb. 22: Was meinen Sie als Angehöriger, warum gibt es Menschen, die sich gegen den Hausnotruf entscheiden?

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 der über 65-Jährigen, die durch die Kriegs- und Nachkriegssozialisation geprägt ist.

Ein weiteres Motiv, welches aus Sicht der Angehörigen derzeit relativ schwach bei den Nutzern ausgeprägt ist, beschreibt ein anderes Argumentationsmuster. Man könnte es mit dem Begriff des „Souveränitätsanspruchs“ 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.

10. Die Disproportion zwischen privater Finanzierung und Sachmittelzuwendung

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). Diese 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
- 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 Maßnahmen²¹

Nutzer mit Pflegestufe können also die Sachleistung Hausnotrufsystem 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.

Weit über die Hälfte aller Nutzer des Hausnotrufs finanzieren diesen selbst. In Tabelle 2 ist ersichtlich, dass nach unserer Erhebung mehr als 50 Prozent der Nutzer ohne Pflegestufe und weitere 17 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe den Hausnotruf vollständig selbst finanzieren. Somit ergeben sich ca. 69 Prozent der Nutzer, die den Hausnotruf privat finanzieren.

Ein sehr geringer Teil der Nutzer (in unserer Erhebung ein Prozent) ist in einer solch sozial schwierigen Lage, dass hier kommunale Unterstützungsleistungen greifen. Etwa 24 Prozent der Nutzer in unserer Befragung sind Pflegebedürftige

²¹ Nähere Informationen sind Anhang I der Langfassung des Reports zu entnehmen.

mit einer Pflegestufe, die von ihrer zuständigen Pflegekasse die Sachleistung Hausnotrufsystem erhalten. Zusammen erhält also ein Viertel der Nutzer (25 Prozent) eine Sachleistung oder eine andere Unterstützung für den Hausnotruf.

Tabelle 2: 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. 2: Erhalten Sie über die Pflegekasse eine Zuzahlung zum 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.

11. Die Preisbereitschaft

Der Preis für die monatliche Nutzungsgebühr besitzt als kaufhemmender Faktor eine hohe Ambivalenz. 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.

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 Befrag-

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

ten 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 Abbildung 25 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 23: Preisbereitschaft der Nichtnutzer insgesamt

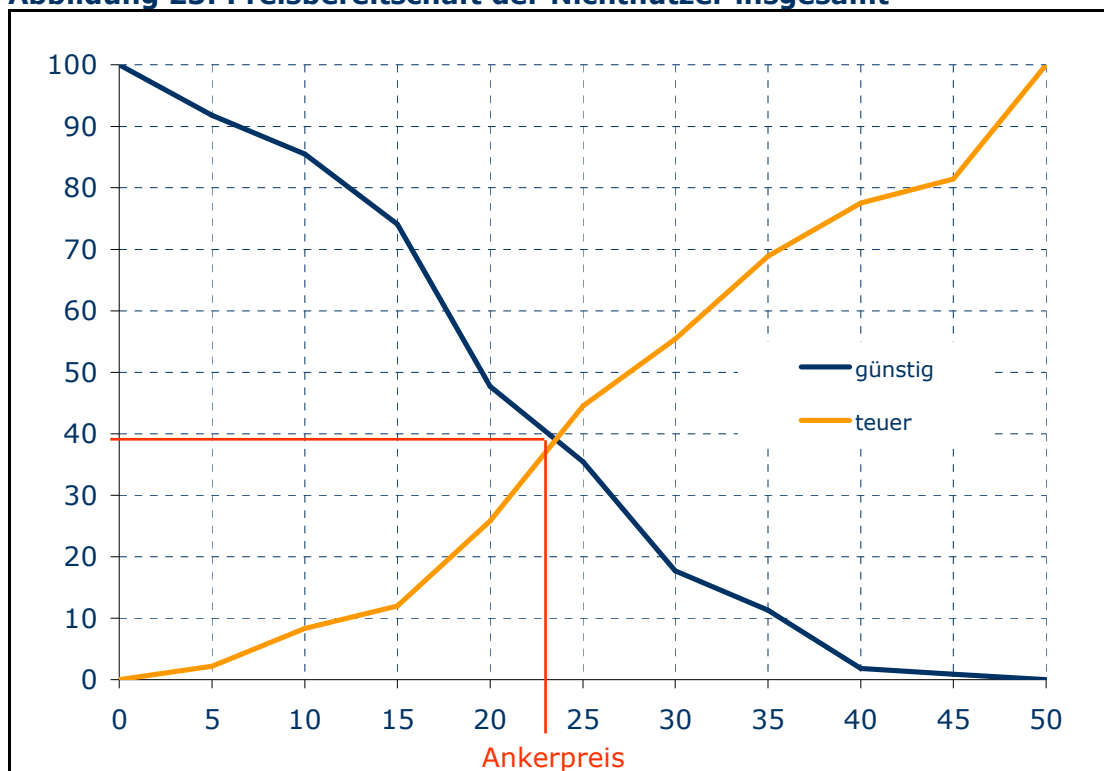


Abb. 23: Preisbereitschaft der Nichtnutzer insgesamt

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.

12. Die Bedarfsentwicklung unter heutigen Nutzergruppen

Zur Einschätzung der Entwicklungspotenziale des Bedarfs in den aktuellen Zielgruppen für den Einsatz des Hausnotrufs 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.

Die Experten schätzen das Wachstum des traditionellen Marktes optimistisch ein.

13. 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. Ein Teil der hierbei 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.

Generell – und das entspricht den Prognosen zur Entwicklung alter und allein stehender Menschen in Deutschland – 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 Befragten Gruppen den Hausnotruf für allein lebende Menschen geeignet, 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.

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 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, 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 Industriebäuden und in Verkaufseinrichtungen:** Einige Anbieter von Hausnotrufdiensten nennen dieses Einsatzfeld beispielsweise bei der Absicherung von Verkäuferinnen in Tankstellen im Nachtverkauf.