

**Dr.-Ing. Thomas P. Zahn, M.Sc. / Dipl.-Inform.
Volker Wenning / Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert
/ Michaela Stevens / Patrick Nieswand /
Dr. phil. Albrecht Kloepfer / Univ.-Prof. Dr.
oec. Volker E. Amelung**

Akzeptanz von Hausnotrufsystemen bei Pflegebedürftigen

Das eigene Zuhause hat sich in den vergangenen Jahren zu einem bedeutsamen Gesundheitsstandort entwickelt (SVR 2014). Zahlreiche Studien belegen, dass Menschen eine weitgehende Versorgung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit präferieren (Rothgang et al. 2014; Kuhlmeier et al. 2010). Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen und der erhöhten Lebenserwartung verlängert sich die Dauer des Lebens mit körperlicher Einschränkung und altersbedingter Fragilität und damit auch der Bedarf an dauerhafter Unterstützung und Pflege. Verbunden ist damit der Wunsch, diese Pflege in der vertrauten Umgebung erfahren zu können und möglichst lange die eigene Selbständigkeit aufrechtzuerhalten (Kuhlmeier et al. 2010). Auch versorgungspolitisch gewinnen das eigene Zuhause und informelle Netzwerke als Kompensation für immer kürzere Krankenhausverweildauern und dem sich zuspitzenden Fachkräftemangel an Bedeutung (SVR 2014). Dazu muss Versorgung sich jedoch besser an den besonderen Erfordernissen der häuslichen Umgebung orientieren. Insbesondere die zunehmende Zahl alleinstehender Pflegebedürftiger – unter den älter als 85-Jährigen sind dies 63 % – stellt die häusliche Pflege vor Herausforderungen (Nowossadek/Engstler 2013). Bei den in ihrer Mobilität und den sozialen Kontakten häufig stark eingeschränkten Pflegebedürftigen kommt es immer wieder zu tragischem Zeitverlust bei der Alarmierung dringend notwendiger Hilfe (Sibley et al. 2014; Balzer et al. 2012). Der Einsatz von einfacher Kommunikationstechnik kann der hilfebedürftigen Person helfen, länger sicher in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

>> Der Hausnotruf (HNR) besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, der als Armband, Clip oder Kette am Körper getragen wird und auf Knopfdruck eine Verbindung zur Basisstation herstellt. Über eine Kopplung der HNR-Station an eine herkömmliche Telefonleitung nimmt das System bei Knopfdruck automatisch Kontakt zu einer Servicezentrale auf und stellt eine Freisprechverbindung zwischen ihr und dem Notrufenden her. Die Kommunikation ist dabei aus allen Bereichen der Wohnung möglich. Doch selbst wenn

Zusammenfassung

Mehr als die Hälfte aller Einwohner Berlins leben allein und das auch und vor allem im hohen Alter. Wenn gleichzeitig aufgrund der altersbedingt eingeschränkten Funktionsfähigkeit der Bedarf an Betreuung und Pflege zunimmt, stellt sich die versorgungspolitische Herausforderung, wie den Betroffenen möglichst lange ein sicherer und autonomer Verbleib in ihrer eigenen Häuslichkeit gewährleistet werden kann. Mit dem Ziel, Versorgungssicherheit bei Pflegebedürftigkeit mit dem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zusammenzubringen, wird das eigene Zuhause zum bedeutenden Gesundheitsstandort. Der Einsatz von Technologien kann erheblich dazu beitragen. Es stellt sich in diesem Zusammenhang jedoch die Frage, inwieweit technische Systeme wie der Hausnotruf, die den längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei gesteigerter Sicherheit unterstützen, von den Nutzern angenommen und genutzt werden.

Schlüsselwörter

Hausnotruf, Teleservices, ambulante Pflege, Akzeptanz, regionale Versorgungsunterschiede

der Notrufende nicht mehr sprechen kann, ist die Notrufzentrale in der Lage, diesen zu identifizieren. Die Servicezentrale verfügt über Basisinformationen zum Notrufenden, mithilfe derer das geschulte Personal das Problem, den notwendigen Hilfebedarf sowie die Dringlichkeit diagnostiziert und situationsangemessene Hilfsmaßnahmen einleitet.

Der HNR ist ein anerkanntes Hilfsmittel im Leistungskatalog der deutschen Pflegeversicherung. Somit können Berechtigte die Erstattung der Installation sowie der monatlichen Grundgebühr bei ihrer Pflegeversicherung beantragen, sofern bei ihnen eine Pflegestufe vorliegt. Darüber hinaus gelten weitere Kriterien, die von der Pflegekasse im Einzelfall zu prüfen und zu entscheiden sind. So sind HNR-Systeme vorrangig indiziert bei vollständig oder über weite Teile des Tages allein lebenden Pflegebedürftigen, bei denen aufgrund ihres Krankheits- bzw. Pflegezustandes jederzeit der Eintritt einer Notsituation erwartet werden kann (Hilfsmittelverzeichnis 2015).

Der HNR birgt das Potenzial, die Versorgung in einigen wichtigen politischen Zielen, die unter anderem auch der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten aufgreift, zu unterstützen. So steht im Fokus der gesundheits- wie auch pflegepolitischen Agenda das Ziel der Stärkung der Versorgung in der Häuslichkeit (SVR 2014). Nicht nur hilft eine darauf ausgerichtete Pflege, die immer kürzeren Krankenhausverweildauern und zunehmend ambulanten Eingriffe zu kompensieren, auch aus Sicht der Betroffenen verspricht die häusliche Pflege größtmögliche Lebensqualität und Teilhabechancen (Kuhlmeier et al. 2010). Der HNR kann dabei wesentlich zur Anpassung der Versorgung an die Erfordernisse des Zuhauses beitragen. Auch setzt sich vermehrt die Idee durch, dass Gesundheitsförderung im hohen Alter nicht an Relevanz verliert, insbesondere dann nicht, wenn es die Prävention von Pflegebedürftigkeit betrifft (BMFSFJ 2005; FES 2009; Kruse 2014). Das HNR-System schafft die Rahmenbedingungen für schnelle Hilfe im Bedarfsfall, wodurch mögliche Komplikationen im Falle eines Sturzes vorgebeugt und die Progression der Pflegebedürftigkeit dabei potenziell verlangsamt werden.

Die Verlagerung der Versorgung von Pflegebedürftigen in den häuslichen Bereich geht jedoch einher mit einer stärkeren Inanspruchnahme informeller Netzwerke und Angehöriger. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, darunter

die große Mehrheit allein von Angehörigen (Statistisches Bundesamt 2015). Allerdings wird das informelle Pflegepotenzial aufgrund der demografischen Effekte und veränderter Familienstrukturen sinken (Rothgang 2014). Mehr als die Hälfte der Haushalte Berlins sind bereits Ein-Personen-Haushalte – in Brandenburg sind es über ein Drittel (Amt für Statistik BBR 2013). Die HNR-Technologie kann Familien in der Betreuung eines älteren Angehörigen entlasten und das sinkende Potenzial damit kompensieren. Der Gepflegte kann in seiner häuslichen Umgebung verbleiben, ohne dass die Betreuungsperson dauerhaft anwesend sein muss. Aber auch die professionellen Pflegeressourcen können möglicherweise durch den Einsatz der HNR-Technologie geschont werden. Über den zunächst telefonischen Kontakt zwischen dem Hilferufenden und der Servicezentrale kann der tatsächliche Hilfebedarf diagnostiziert werden. In vielen Fällen ist der Einsatz eines Pflegedienstes oder gar Notarztes nicht notwendig. Vermeidbarer Inanspruchnahme der Pflegeressourcen wird damit vorgebeugt, was in Zeiten des andauernden Pflegenotstands bzw. Fachkräftemangels, von dem mittlerweile nur noch wenige Regionen ausgenommen sind, von entscheidender Bedeutung ist (Rothgang 2014).

Letztlich kann die HNR-Technologie auch einen Beitrag leisten, Effizienzreserven im Pflege- wie auch Gesundheitssystem auszuschöpfen und die Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen (Roush et al. 1995; Hyer/Rudick 1994). Zwar verhindert der HNR keinen Sturz und keine Verletzung, aber er kann im Notfall schneller die notwendige medizinische Hilfe verfügbar machen. In Situationen eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts zum Beispiel, wo es auf wenige Minuten ankommt, kann schweren Komplikationen, die möglicherweise auch mit einer erhöhten Pflegebedürftigkeit einhergehen, vorgebeugt werden.

Forschungsstand im Bereich Hausnotruf

Der Blick in die Forschungsliteratur zeigt eine überschaubare Anzahl an Studien zu dem Thema Hausnotruf (im Englischen „personal emergency response system“). Neben sehr alten Studien aus den 1980er bis 90er Jahren, die aus der Entstehungszeit der Technologie stammen, gibt es vor allem internationale Studien aus den USA sowie Kanada, aber auch vereinzelt aus England und Australien. Im Untersuchungsfokus stehen Nutzereigenschaften und –verhalten sowie psychologische Effekte des HNR. Vereinzelt werden auch die Effekte des Services auf die Inanspruchnahme anderer Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie auf die Kosten untersucht. Insgesamt erweist sich die Studienlage jedoch als sehr heterogen mit zumeist sehr kleinen Stichproben aus neun bis maximal 900 Teilnehmern.

Aus der wissenschaftlichen Literatur geht hervor, dass das Durchschnittsalter der HNR-Nutzer zwischen 75 und 89 Jahren liegt (u.a. Fallis et al. 2007; Heinbüchner et al. 2010). Zudem sind die Nutzer überwiegend weiblich (71 bis 82%) und allein lebend (58 bis 100%) (u.a. Roush et al. 1995; Lee et al. 2007). Die Mehrzahl ist von Multimorbidität betroffen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie rheumatischen Erkrankungen als die häufigsten Leiden (Dibner 1990). Ältere entscheiden sich insbesondere für die Installation eines HNR-Systems, wenn sie in der Vergan-

genheit bereits als Folge eines Sturzes oder einer Verletzung länger ohne Hilfe blieben. Ähnliche Erfahrungen von Gleichaltrigen spielen hingegen eine untergeordnete Rolle, da die Personen häufig ihr eigenes Sturzrisiko unterschätzen (Johnston et al. 2010). Hausarzt und Familie nehmen meist eine beratende Funktion bei der Anschaffungsentscheidung ein (Porter/Lasiter 2012).

Über 80% der HNR-Nutzer empfanden einen echten Nutzen und sind sehr zufrieden mit dem System (u.a. Heinbüchner et al. 2010; Fallis et al. 2007; Hyer/Rudick 1994). Zudem trägt der HNR entscheidend zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl bei, da die Zuversicht, in medizinischen Notfällen rechtzeitig Hilfe zu erhalten, steigt (Porter 2003; Dibner 1990). Auch Familie und Nachbarn empfinden weniger Angst bzgl. der Sicherheit des Betroffenen. Allerdings konnte die Angst vor Stürzen durch die Nutzung des Systems nicht reduziert werden (Lee et al. 2007).

Studien zeigen jedoch auch, dass ein nicht unbeträchtlicher Teil von Pflegebedürftigen das System trotz einer Installation nicht nutzte (Heinbüchner et al. 2010; Fleming et al. 2008). Ausschlaggebend für die Inanspruchnahme des HNR-Systems sind zum einen die Tragezeit des Alarmknopfes und zum anderen die Aktivierungsrate des Alarmes im Bedarfsfall. So trugen beispielsweise in der Studie von Heinbüchner et al. (2010) 27% der HNR-Besitzer ihren Alarmknopf nicht.

Als Gründe für die geringen Tragezeiten äußern die Nutzer den mangelnden Komfort des Alarmknopfes. Viele verkennen zudem das eigene Sturzrisiko und halten den HNR für unnötig, wobei sich Nicht-Nutzer selbst grundsätzlich weniger gefährdet sehen als andere Altersgenossen (Barrett 2008; Porter/Lasiter 2012). Häufig hängt dies auch mit einer mangelnden Kenntnis über die tatsächliche Wirkungsweise zusammen (Johnston et al. 2010). Unzufriedenheit entstand insbesondere dann, wenn die Nutzer dem Gerät misstrauten oder bei einer versehentlichen Alarmierung vor den Stimmen erschrecken (Hyer/Rudick 1994, Porter 2003). Darüber hinaus vergessen einige auch, den Funksender zu tragen (Heinbüchner et al. 2010; Porter/Lasiter 2012). Die geringe Aktivierungsrate nach Stürzen begründen die Betroffenen mit dem Wunsch nach Unabhängigkeit, die Situation selbst in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig möchten sie eine Einweisung ins Krankenhaus vermeiden (Heinbüchner et al. 2010; Fleming et al. 2008). Anbieter des Hausnotruf-Dienstes haben die Notwendigkeit erkannt, das Tragen des Notrufknopfes bei den Nutzern zu fördern. Neben zusätzlichen Dienstleistungen wie beispielsweise regelmäßigen Probeauslösungen werden die Nutzer verstärkt über die Funktionsweise informiert und die Wichtigkeit des Tragens aufgeklärt.

Akzeptanzentwicklung des Hausnotrufes und regionale Unterschiede

Um einen aktuellen Einblick in die Akzeptanzentwicklung des HNR und die regionalen Besonderheiten der Inanspruchnahme für Deutschland zu gewinnen, wurden Abrechnungsdaten von ca. 150.000 Versicherten der AOK Nordost-Pflegekasse aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern der Jahre 2010 bis Oktober 2014 analysiert. Eingeschlossen wurden Versicherte, die



Abb. 1: Entwicklung HNR-Nutzer ab 70 Jahre in häuslicher Pflege nach Land.

über 70 Jahre alt waren, eine anerkannte Pflegestufe besaßen und nicht dauerhaft in einem Pflegeheim, sondern in häuslicher Pflege versorgt wurden. Diese werden in der Folge als HNR-Berechtigte bezeichnet. Unter diesen Versicherten wurden alle diejenigen als HNR-Nutzer qualifiziert, die wenigstens in einem Monat des Jahres die Kosten für einen HNR erstattet bekamen. Bis zum Oktober 2014 ergab sich daraus eine Studienpopulation von 152.586 Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege, wobei die Daten für Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2010 nur teilweise vorlagen und ausgeblendet wurden.

Allgemeine und länderspezifische Akzeptanzentwicklung des Hausnotrufes

Der Hausnotruf wurde direkt nach seiner Einführung als Pflege-Hilfsmittel 1995 nur wenig genutzt. Seit 2010 ist nun ein deutlicher Anstieg der Akzeptanz des HNR in der Versorgungspraxis feststellbar. Es ist zu erkennen, dass sich die absolute Anzahl der Nutzer von HNR-Services zwischen 2010 und 2013 nahezu verdoppelt hat. Bis 2013 stieg die Zahl der Pflegebedürftigen im Alter über 70 in häuslicher Pflege, die eine HNR-Leistung von der AOK Pflegekasse erstattet bekamen auf 16.955, was einem Anteil von gut 10% an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen entspricht. Insgesamt ist bei den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege somit ein 65%-iger Anstieg in vier Jahren zu verzeichnen. Bis Oktober 2014 stieg die Anzahl der Hausnotruf-Nutzer noch weiter an. Diese Entwicklung zeigt, dass immer mehr Pflegebedürftige diese altersgerechte und durch die AOK Nordost seit vielen Jahren explizit geförderte Technologie akzeptieren, um das eigene Gesundheitsrisiko zu reduzieren.

Die Entwicklung der Nutzerzahlen verlief in den drei Bundesländern Brandenburg, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern (MV) zunächst sehr unterschiedlich (vgl. Abb. 1).

Während in Brandenburg 2010 bereits 5.627 Pflegebedürftige die HNR-Technik nutzten, waren es in Berlin nur 3.656 AOK-Versicherte. Im Jahr 2013 hat sich die Nutzerzahl in Brandenburg auf 6.773, also um 20%, erhöht. Dagegen stieg die Zahl in Berlin auf 5.648 was einem Anstieg um 54% entspricht.

Die dargestellte Entwicklung ist jedoch stark von der demografischen Alterung und der Entwicklung der Pflegebedürft-

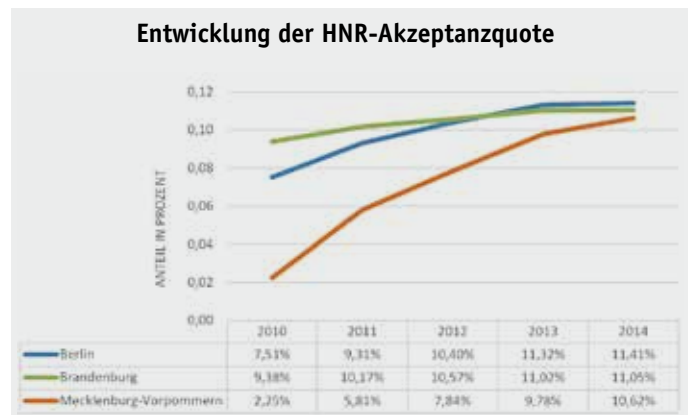


Abb. 2: Entwicklung der HNR-Akzeptanzquote nach Bundesland (2014 Jan-Okt).

tigkeit (entsprechend der Pflegestufen) beeinflusst. Seit Einführung der Pflegestatistik 1999 ist eine stetige Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland zu beobachten, wobei die Steigerungsraten regional höchst unterschiedlich verliefen. Insbesondere die östlichen Bundesländer erreichten durchweg Zunahmen von über 30% (SVR 2014).

Um den Einfluss der demografischen Alterung und der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu eliminieren, wurde im Folgenden die absolute Anzahl der HNR-Nutzer auf die jeweilige Anzahl der HNR-Berechtigten (Pflegebedürftige in häuslicher Pflege) bezogen und so eine HNR-Akzeptanzquote ermittelt.

Bezogen auf die HNR-Berechtigten bestätigt sich der Anstieg der Akzeptanzquote des HNR-Services jedoch noch deutlicher. Sie veränderte sich im Schnitt aller drei Bundesländer von 6,8% im Jahr 2010 auf 11,0% in 2014.

Anteilig an den HNR-Berechtigten ist der unterschiedliche, aber mittlerweile konvergente Verlauf der Nutzung von HNR-Services zwi-

Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer nach Landkreis

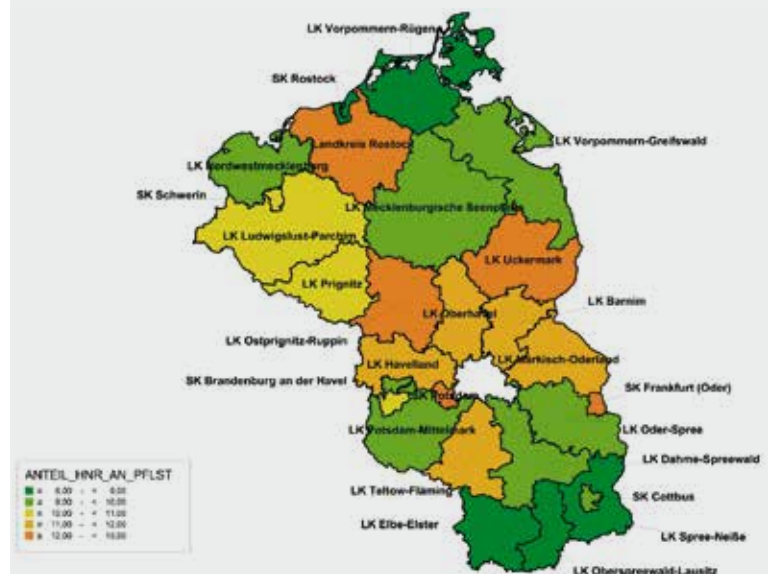


Abb. 3: Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer je Landkreis 2013.

schen 2010 und 2014 auch auf Länderebene sehr deutlich zu erkennen. In allen drei Bundesländern nutzten 2014 mehr als 10% der HNR-Berechtigten den HNR-Service. In Berlin lag dieser Anteil mit 11,4% am höchsten, in Brandenburg wurden 11,1% erreicht, aber auch Mecklenburg-Vorpommern hat sich mit 10,6% deutlich angenähert.

Akzeptanzunterschiede des Hausnotrufes in den Kreisen und Stadtbezirken 2013

Bevölkerungsanteile pflegebedürftiger Menschen unterscheiden sich grundsätzlich auch auf Ebene der Städte und Landkreise teils erheblich, wobei sich dies nicht allein durch die jeweilige Altersstruktur erklären lässt (SVR 2014). Daher wurde die absolute Zahl der HNR-Nutzer beim Vergleich der Regionen jeweils auf die dort vorhandene Zahl der HNR-Berechtigten bezogen, um eine regionale HNR-Akzeptanzquote zu ermitteln. Wie in Abb. 3 zu erkennen ist, zeigen die regionalen HNR-Akzeptanzquoten für das Jahr 2013 deutliche Unterschiede zwischen den Regionen.

In Brandenburg ist der höchste Anteil von HNR-Nutzern mit 14,4% in der Stadt Frankfurt/Oder zu verzeichnen. Dicht danach folgen die Abwanderungsregionen Uckermark (14,2%) und Ostprignitz-Ruppin (13,7%) im Norden Brandenburgs. Am geringsten ist der Anteil der HNR-Nutzer im Süden Brandenburgs mit 6,1% im Landkreis (LK) Spree-Neiße 6,3% in Oberspreewald-Lausitz und 7,9% in Elbe-Elster.

In Mecklenburg-Vorpommern sind anteilig die meisten HNR-Nutzer im Landkreis Rostock ansässig (12,5%), gefolgt von der Landeshauptstadt Schwerin mit 10,3%. Hingegen ist in der Stadt Rostock selbst der Anteil mit 8,3% am geringsten. Auch im Hohen Norden (LK Vorpommern-Rügen) sind mit 8,8% vergleichsweise wenige Pflegebedürftige bereit, sich durch altersgerechte Technologie beim möglichst langen Verbleib in ihrer Häuslichkeit unterstützen zu lassen.



Abb. 4: Akzeptanzquoten der Hausnotruf-Nutzer je Berliner Stadtbezirk 2013.

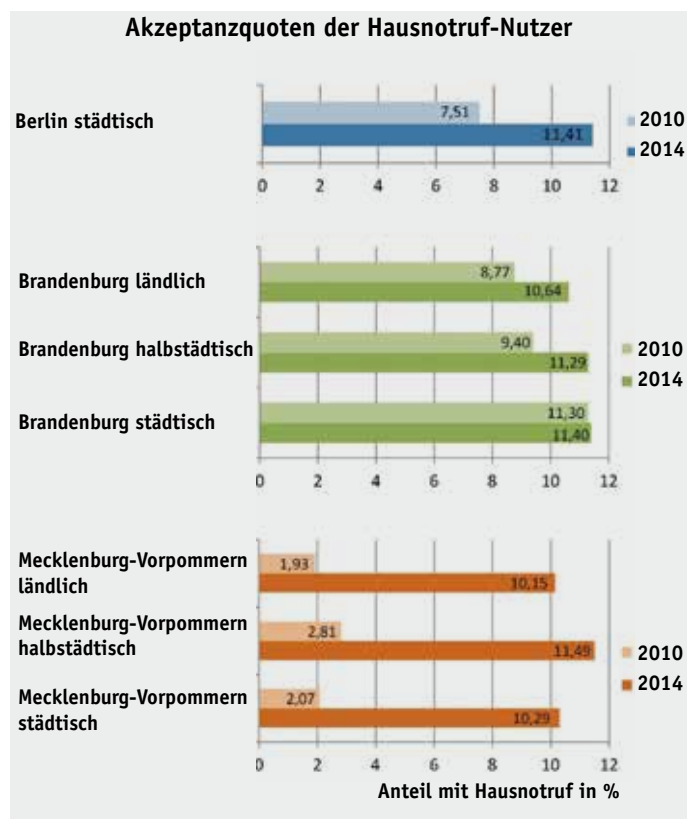


Abb. 5: Entwicklung der HNR-Akzeptanzquoten je Bundesland und EU-Gemeindetyp 2010 und 2014.

Abbildung 4 zeigt die Verteilung des Anteils der HNR-Nutzer an den HNR-Berechtigten in der Bundeshauptstadt Berlin. Hier ist ein deutlicher Unterschied zwischen den östlichen und westlichen Stadtbezirken zu erkennen. Trotz der höheren Altersstruktur in den östlichen Stadtbezirken lag die Akzeptanzquote 2013 dort mit 10,2% um genau 2% niedriger als in den westlichen Stadtbezirken mit 12,2%. Während im Stadtbezirk Reinickendorf mit 13,6% der höchste Anteil an HNR-Systemen zu verzeichnen ist, liegt dieser in Lichtenberg nur bei 9,5%.

Da die Landkreise in den Flächenländern Brandenburg und MV mitunter sehr große Unterschiede bezüglich des konkreten Lebensumfeldes aufweisen, wurde eine zusätzliche Analyse der HNR-Akzeptanzquoten auf Basis der Wohnort-Gemeinden und deren Einstufung nach EU-Gemeindetypen – städtisch, halbstädtisch oder ländlich – vorgenommen.

Betrachtet man die HNR-Akzeptanz-Entwicklung nach Gemeindetypen, zeigt sich, dass in den halbstädtisch eingestuften Gemeinden Mecklenburgs im Jahr 2014 bereits das Niveau der Städte und Halbstädte in Berlin und Brandenburg erreicht wurde. In den ländlichen Gemeinden Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns liegt das Akzeptanzniveau mit 10,6% bzw. 10,2% noch um ca. 1% niedriger. Auffällig ist die mit 10,3% noch relativ geringe HNR-Quote in den als städtisch eingestuften Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns.

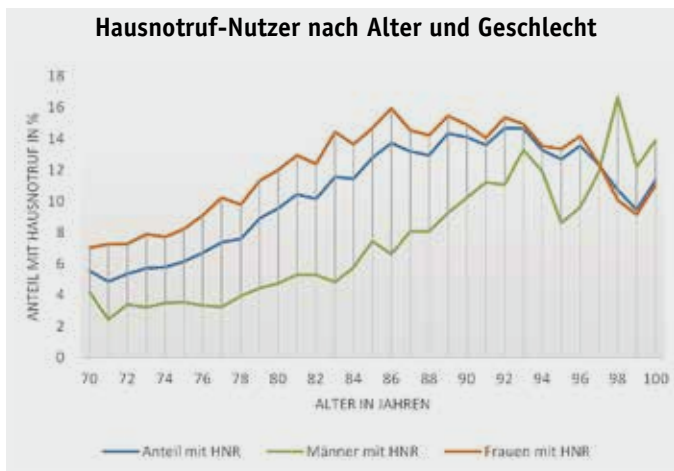


Abb. 6: Anteil der Hausnotruf-Nutzer nach Alter und Geschlecht 2014.

Alters- und Geschlechtsverteilung von Hausnotruf-Nutzern 2014

Schließlich wurde auch der Einfluss von Alter und Geschlecht auf die Nachfrage nach HNR-Services für das Jahr 2014 untersucht. Das Durchschnittsalter der HNR-Nutzer lag 2014 bei 85,4 Jahren. Die 14.040 weiblichen HNR-Nutzer waren im Mittel 85,8 Jahre alt, die 2.513 männlichen HNR-Nutzer waren im Mittel 83,8 Jahre alt. Dabei zeigt sich – wie in Abb. 6 dargestellt – in fast allen Altersstufen ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen. Frauen nutzen den HNR-Service in nahezu allen Altersstufen deutlich häufiger als Männer. Besonders zwischen dem 85. und 95. Lebensjahr nutzen mehr als 14% der weiblichen HNR-Berechtigten die HNR-Technik. Bei Männern steigt der Anteil zwar kontinuierlich mit dem Alter, jedoch auf deutlich niedrigerem Niveau. Im Alter von 97 Jahren erreichen die Männer erstmalig das Niveau der Frauen. Da in den Altersstufen ab 98 Jahre jeweils weniger als 100 Männer als HNR-Berechtigte analysiert werden konnten, lassen die berechneten HNR-Anteile bei

Literatur

- Amt für Statistik BBR (Berlin-Brandenburg) (2013): Ergebnisse des Mikrozensus im Land Berlin 2012. Haushalte, Familien und Lebensformen. Statistischer Bericht. Potsdam
- Balzer, K./Bremer, M./Schramm, S./Lühmann, D./Raspe, H. (2012): Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. DIMDI HTA-Bericht 116
- Barrett, L.L. (2008): Healthy @ Home. AARP Foundation.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Fünfter Bericht zu Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. Bericht der Sachverständigenkommission. Berlin
- Dibner AS (1990): Personal Emergency Response Systems: Communication Technology Aids Elderly and Their Families. In: Journal of Applied Gerontology 1990, 9, 4: 504-510
- Fallis, W.M./Silverthorne, D./Franklin, J./McClement, S. (2007): Client and Responder Perceptions of a Personal Emergency Response System: Lifeline. In: Home Health Care Services Quarterly 2007, 26, 3: 1-21
- FES (Friedrich-Ebert-Stiftung) (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Berlin
- Fleming, J./Brayne, C./the Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration (2008): Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. In: BMJ 2008, 337: a2227
- Heinbüchner, B./Hautzinger, M./Becker, C./Pfeiffer, K. (2010): Satisfaction and use of personal emergency response systems. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2010, 43: 219-223
- Hilfsmittelverzeichnis (2015). In: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action> (abgerufen am 21.01.2015)
- Hyer, K./Rudick, L. (1994): The Effectiveness of Personal Emergency Response Systems in Meeting the Safety Monitoring Needs of Home Care Clients. In: JONA, 24, 6: 39-44
- Johnston, K./Grimmer-Somers, K./Sutherland, M. (2010): Perspectives on use of personal alarms by older fallers. In: International Journal of General Medicine, 3: 231-237
- Kruse, A. (2014): Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hrsg.) (2014)
- Kuhlmey, A./Dräger, D./Winter, M./Beikirch, E. (2010): COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. In: Informationsdienst Altersfragen 2010, 37, 4: 4-11
- Lee, J.S./Hurley, M.J./Carew, D./Fisher, R./Kiss, A./Drummond, N. (2007): A Randomized Clinical Trial to Assess the Impact on an Emergency Response System on Anxiety and Health Care Use among Older Emergency Patients after a Fall. In: Academic Emergency Medicine 2007, 14, 4: 301-308
- Nowossadeck, S./Engstler, H. (2013): Familie und Partnerschaft im Alter. In: Report Altersdaten 2013, 3. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
- Porter, E.J. (2003): Moments of Apprehension in the Midst of a Certainty: Some Frail Older Widows' Lives with a Personal Emergency Response System. In: Qualitative Health Research, 13, 9: 1311-1323
- Porter, E.J./Lasiter, S. (2012): Older Homebound Women's Perceived Risk of Being Unable to Reach Help Quickly: Influence of Situations Involving Age-Peers. In: Research in Nursing & Health, 35: 624-633
- Rothgang, H./Müller, R./Mundhenk, R./Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegerreport 2014. Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger
- Roush, R.E./Teasdale, T.A./Murphy, J.N./Kirk, M.S. (1995): Impact of a Personal Emergency Response System on Hospital Utilization by Community Residing Elders. In: Southern Medical Journal, 88,9: 917-922
- Sibley, K.M./Voth, J./Munce, S.E./Straus, S.E./Jaglal, S.B. (2014): Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. In: BMC Geriatrics, 14:22
- Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. In: <https://www.destatis.de/> (abgerufen am 21.01.2015)
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin.

Männern über 97 keine statistisch signifikanten Aussagen zu.

Erkennbar ist jedoch, dass die Akzeptanz des HNR mit dem Lebensalter steigt. Bedingt durch die in der Regel mit dem Alter einhergehende Steigerung der Morbidität und Pflegebedürftigkeit sowie der Reduktion der Mobilität ist dies zwar erklärbar. Dennoch ist hervorzuheben, dass auch hochbetagte Menschen über 90, denen häufig eine grundsätzliche Ablehnung technischer Hilfsmittel unterstellt wird, auf die HNR-Technik vertrauen.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der HNR als Teleservice für ältere Menschen mit Pflegestufe, die vorrangig allein in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, hat sich in den vergangenen vier Jahren zunehmend im Versorgungsalltag etabliert. Als innovative Technik, die die Distanz zwischen einem im Notfall Hilfesuchendem und einer Betreuungsperson überbrückt, trägt sie großes Potenzial in sich, eine Vielzahl versorgungspolitischer Ziele der Zukunft zu unterstützen.

Die in dieser Studie erkennbare deutlich positive Akzeptanzentwicklung des HNR in allen Altersstufen der AOK Nordost-Pflegekasse zeigt, dass immer mehr hochbetagte Pflegedürftige bereit sind, technische Hilfsmittel zu nutzen, um im Notfall schnelle und professionelle Unterstützung herbeirufen zu können. Die Akzeptanz des HNR korreliert erkennbar mit dem zunehmenden Alter. Hervorzuheben ist, dass auch hochbetagte Menschen über 90 auf die HNR-Technik vertrauen. Die Durchsetzungsfähigkeit des Systems auch unter Hochbetagten liegt wohl vor allem in der Einfachheit der Grundfunktion – eine Telefonverbindung per Knopfdruck – sowie der Aufrechterhaltung der Kommunikation und des menschlichen Kontaktes begründet. Die identifizierten Unterschiede in der Inanspruchnahme von HNR-Systemen auf der Ebene der Gemeindetypen und Regionen zeigt eine höhere Akzeptanz der HNR-Technik im urbanen Umfeld und gibt Anlass dazu, den Einsatz technischer Hilfsmittel in ländlichen Gemeinden mit eher höheren Risiken der häuslichen Pflege noch stärker zu fördern.

Obwohl ein gewisser Einfluss der regionalen Altersstruktur und der Pflegequote auf die Inanspruchnahme von HNR-Systemen zu erwarten ist, zeigt sich, dass die regionalen Unterschiede bei der Akzeptanz der HNR-Technik auch mit anderen Faktoren zusammenhängen. So können z.B. der variierende Gesundheitszustand älterer Menschen, regionale Abweichungen des Antragsverhaltens, unterschiedlich stabile informelle Hilfenetze oder Unterschiede des Versorgungsangebots die regionale HNR-Akzeptanzquote beeinflussen. Deutlich wird hieraus einmal mehr die Notwendigkeit einer regional differenzierten Beurteilung im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung.

Die Zufriedenheit unter den HNR-Nutzern hat sich in anderen Studien mehrheitlich als hoch erwiesen. Vorteile liegen insbesondere in der Steigerung des Sicherheitsgefühls und der Erhaltung der Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit. Zusätzlich profitieren Angehörige davon, den Pflegebedürftigen rund um die Uhr betreut zu wissen und im Notfall informiert zu werden.

Die zunehmende Akzeptanz des HNR stimmt zuversichtlich, dass der Ausbau innovativer technischer Lösungen in Verbindung mit pro-

Acceptability of personal emergency response systems among elderly in need of long-term care

More than half of the population of Berlin lives by themselves, particularly during old age. With age, functional capabilities decrease, which in turn increases the demand for support and care. In terms of health care provision, this creates the challenge of enabling the elderly to live safely and autonomously within their own homes for as long as possible. Combining the goals of secure healthcare supply for those in need of care with their desire to remain at home for as long as possible means the home arises an important centre for healthcare. Various technologies can help tremendously in meeting this challenge. However, within this context the question arises: what is the extent of the acceptance and use of technical systems such as personal emergency response systems which support a longer stay within the own home under secure conditions.

Keywords

personal emergency response systems, home alarm systems, user acceptance, health insurance data, home care, regional disparities

fessionellen Serviceangeboten in Zukunft dazu beitragen kann, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu verlängern, eine Progression der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen und den Übergang in eine Institution der stationären Langzeitpflege zu verzögern oder sogar ganz zu vermeiden. Weiterführende Studien werden sich diesen Fragestellungen genauer widmen. <<

Autorenerklärung

Dr. Thomas P. Zahn ist Geschäftsführer des Gesundheitswissenschaftlichen Institutes (GeWINO) der AOK Nordost. Dr. Zahn und Herr Wenning als Mitarbeiter des GeWINO haben unentgeltlich an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet.

Die Studie wurde vom Institut für angewandte Versorgungsforschung inav unter Leitung von Prof. Dr. Volker Amelung in Berlin in Zusammenarbeit mit der AOK-Nordost-GeWINO unter Leitung von Dr. Thomas Zahn in Berlin durchgeführt. Das inav wurde dabei finanziell durch die Initiative Hausnotruf unterstützt.

Dr. Thomas P. Zahn, M.Sc.

leitet seit 2013 das Gesundheitswissenschaftliche Institut Nordost der AOK Nordost (GeWINO). Ein Forschungsschwerpunkt des GeWINO bezieht sich auf die Versorgungsabläufe an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Kontakt: Thomas.Zahn@nordost.aok.de



Dipl.-Inform. Volker Wenning

arbeitet seit 2006 für die AOK Nordost und ist im GeWINO für datenbasierte Analyseanwendungen zuständig. Als technischer Projektleiter verantwortet er den Aufbau eines unternehmensweiten Berichtswesens für die AOK Nordost.

Kontakt: Volker.Wenning@nordost.aok.de



Dipl.-Ges.ök. Anika Reichert

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am inav – Institut für angewandte Versorgungsforschung. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte liegen in ökonomischen, ordnungspolitischen Analysen im Gesundheitswesen sowie gesundheitsökonomischen Evaluationen und Versorgungsstudien.

Kontakt: reichert@inav-berlin.de



Michaela Stevens

ist seit 1995 bei Sonotel Gemeinnützige Gesellschaft für Hausnotruf und Soziale Kommunikation, bundesweiter Leistungserbringer aller Pflegekassen, tätig und ist seit 2007 Mitgeschäftsführerin der Gesellschaft. Seit 2013 ist Stevens zudem Geschäftsführerin der Initiative Hausnotruf, ein Zusammenschluss namhafter Hausnotrufanbieter und Hausnotrufgerätehersteller in Deutschland.

Kontakt: stevens@initiative-hausnotruf.de



Patrick Nieswand

ist Krankenpfleger und hat Politikwissenschaft studiert. Seit 2008 arbeitet er als Referent für ambulante Dienste im ASB-Bundesverband. Gemeinsam mit ambulanten Pflegediensten und Hausnotrufdiensten erarbeitet er Modelle und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur und der Verbesserung der Organisationsstruktur ambulanter Dienste insbesondere im Qualitäts- und Personalmanagement. Kontakt: p.nieswand@asb.de



Dr. phil. Albrecht Kloepfer

ist Politikberater, Publizist und gelernter Literaturwissenschaftler, unterrichtete von 1987 bis 1999 in Berlin und Tokyo an verschiedenen Universitäten. Seit 2013 ist er ehrenamtlicher Geschäftsführer des gemeinnützigen Vereins „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“. 2014 gründete er das „iX - Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung“, dessen Leitung er seitdem verantwortet. Kontakt: kloepfer@albrecht-kloepfer.de



Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung

ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig und ist Geschäftsführer des Instituts für angewandte Versorgungsforschung GmbH, Berlin.

Kontakt: amelung@inav-berlin.de

