

Wilhelm Hormann

Erfahrungsbericht

1979 - 1983

Forschungsvorhaben

Haus-NotRuf

St. Willehad



Inhaltsverzeichnis:

| | <u>Seite:</u> |
|--|---------------|
| I. Vorwort | 1 |
| II. Philosophie des St.-Willehad-Hospitals und wie Haus-Notruf entstand | 2 |
| III. Historischer Abriß - Innovation | 6 |
| IV. Die Post, Unterstützung durch Journalisten und Politiker | 8 |
| V. Zusammenhänge, Auswirkungen der Philosophie | 9 |
| VI. Erfahrungsbericht/Erfolgskontrolle | 10 |
| 1. Die Probanden | 10 |
| 2. Erfahrungsbericht | 13 |
| a) aus technischer und organisatorischer Sicht | 13 |
| b) aus pflegerischer Sicht | 14 |
| c) aus ärztlicher und seelsorgerischer Sicht | 15 |
| d) Auswirkungen auf die Wohlfahrtsverbände in organisatorischer Hinsicht | 15 |
| 3. Kritische Stimmen | 17 |
| 4. USA-Kurzbericht | 18 |
| a) Einleitung | 18 |
| b) Gliederung der katholischen Krankenhausgesellschaft in den USA und die ambulanten Dienste | 18 |
| c) Reise-Route | 19 |
| d) Zusammenfassung | 21 |
| VII. Verbreitung der Idee Medienspiegel / Pressespiegel | 23 |
| VIII. Ausblick und künftige Forderungen | 24 |
| 1. Technische Entwicklung (Wilhelmshavener Sicherheitsschloß) | 24 |
| 2. Organisatorische Forderung | 24 |
| 3. Wohlfahrtsverbände | 25 |
| 4. Kommunale und staatliche Stellen | 26 |
| 5. Finanzielles | 26 |
| 6. Entwicklung im Gesundheitswesen | 27 |
| 7. Alte Menschen könnten sich um andere alte Menschen kümmern | 27 |
| 8. Ausblick - Entwicklung - Bedarf | 28 |
| IX. Abschließendes über Technisches und Organisatorisches sowie über den Funktionsvergleich mit anderen Haus-Notruf-Systemen | 29 |
| - Führungsmäßiges | 31 |
| - Organisatorisches | 33 |
| Verzeichnis der Anlagen | 35 |

I. Vorwort

Dieser Bericht über das Haus-Notruf-System soll einen Überblick über Entstehung und Entwicklung verschaffen und ist deshalb allgemeiner gehalten. Ein kurzer Bericht entsprechend den Förderrichtlinien ist unter Ziffer VI zusammengefaßt.

Unter IX wird noch einmal dargelegt, warum welche technischen Funktionen gefordert wurden und was ihr Fehlen auch in organisatorischer Hinsicht bedeutet. Der weiter unten zitierte strategische Satz, das **Kommunikationstechnologie** und **Führungsverhalten Organisationsstrukturen bedingen** oder diese erst **ermöglichen** (s. Seite 2 und Anlage 2), wird an diesem einen praktischen Beispiel erläutert.

Über moderne Technologien wieder Zeit für den Menschen zu haben ist das Ziel und nicht die Technologie an sich. Technologen erfreuen sich häufig am Objekt und vergessen das Subjekt, den Menschen. Das Prinzip der rechten Ordnung in seiner wahren Bedeutung ist anzuwenden (Anlage 6).

II. Philosophie des St.-Willehad-Hospitals und wie Haus-Notruf entstand

Vorstellung des Hospitals

Der eingetragene Verein St.-Willehad-Hospital e. V. ist 1903 gegründet worden als Träger des St.-Willehad-Hospitals und kann auf dem gesamten Gebiet der Caritas satzungsmäßig tätig sein (Anlage 1). Als Krankenhaus überprüft das Hospital auch seine Tätigkeit in der Zukunft. Bedeutsam war die Frage, inwieweit ein kirchliches Krankenhaus künftig noch tätig sein soll und auf welche Gebieten. Im Hospital ist man der Meinung, daß heute viele Strukturen und Arbeitsweisen nicht mehr zeitgemäß sind und auch nicht mehr den Bedürfnissen der betreuten Menschen gerecht werden. Nach der Überprüfung des eigenen Standortes und der Bedeutung der Soziallehren entwickelte sich eine Philosophie, nämlich **Transfer der alten Soziallehre in die Gegenwart, Kenntnisse über Menschenführung und moderne Technologie in den Dienst dieser Soziallehren zu stellen.** Das Hospital ist der Auffassung, daß es keine Differenzen geben kann im sozialen Verhalten der Menschen in den verschiedensten Bereichen, ob es in den Fabriken, Industriebetrieben, öffentlichen Verwaltungen, caritativen Einrichtungen oder Krankenhäusern ist. Auch wurde das Subsidiaritätsprinzip noch einmal dahingehend überprüft, ob und inwieweit sich wirtschaftliche Zwänge ergeben, sich Krankenhäusern aufdrängen, um in der bisherigen Form weiterzubestehen.

Da die stationäre Unterbringung von Langzeitkranken im wesentlichen aus organisatorischen Gründen und dem Fehlen geeigneter, moderner Kommunikationstechnologien und -strukturen erfolgte, waren andere Betreuungsformen bisher ohne Qualitätseinbuße nicht möglich.

So wurden die modernen Führungsmethoden und Technologien überprüft, inwieweit sie in den sozialen Bereich transferierbar wären. Eine zentrale Bedeutung hat ein strategischer Grundgedanke (Anlage 2), daß **Kommunikationstechnologien und Führungsverhalten Organisationsstrukturen ermöglichen.** Dies ist aus der Management-Lehre bekannt. Hier wurde ausgehend davon gefragt, ob und inwieweit die Betreuung von Patienten in einem Hospital stationär notwendig ist oder ambulant in den Wohnungen der Betroffenen erfolgen kann (Anlage 3). Das für den **out-house**-Bereich entwickelte Haus-Notruf-System war ursprünglich weitergehend konzipiert.

Es sollten Diabetiker, Infarkt Kranke, Epileptiker und chronisch Kranke zuhause betreut werden. Dafür wurde das Notruf-System konzipiert, das sich zur Zeit darauf beschränkt, Alleinlebende, Behinderte und ältere Menschen zu betreuen. Dies hat neben postalischen aber auch verfassungsrechtliche Gründe, um unproblematisch das Forschungsvorhaben durchzusetzen. Parallel dazu wurde im St.-Willehad-Hospital im **in-house**-Bereich im großen Umfange ein Kommunikationsnetz aufgebaut, das in seiner Form zunächst einzigartig ist: ein Laborrechner steuert sämtliche Analyse-Automaten, eine EKG-Datenbank ist verbunden mit einem weiteren Datenbankrechner, eine elektronische Telefonanlage schafft ein Verbindungsnetz und dient als Dateneingabemedium und ist mit einer zentralen Diktieranlage und einem Textbearbeitungssystem gekoppelt. Das Hospital verfügt heute über eine EDV-Konfiguration wie aus Anlage 4 zu ersehen. Dieses neu entwickelte System mit entsprechender Software wird mittlerweile von 8 großen Krankenhäusern unter Assistenz und Betreuung durch das St.-Willehad-Hospital eingesetzt.

Gleichzeitig ist man dabei, für den Krankenhausbereich neue Formen der verbalen Kommunikation und Führungsmethoden zu suchen, um die Technologie im Sinne des "Prinzips der rechten Ordnung der Dinge" (Anlage 5 und 6) einzusetzen, nur soweit also, wie sie den Menschen der Gemeinschaft dient. Dies ist immer der Grundgedanke des Hospitals.

Entscheidungsabläufe eines Hospitals oder eines Unternehmens werden maßgeblich von dem in diesem Hospital oder dieser Unternehmen vorhandenen Wertesystem (Philosophie) bestimmt (Anlage 5). Dies gilt insbesondere für Führungsinstrumente und Führungsstile. So wurden im St.-Willehad-Hospital etwa 19.000 Seiten entsprechender Fachliteratur gesichtet. Die konzentrierte Zusammenfassung wurde um Altruistisches ergänzt und auf den Hospitalbereich transformiert. So entsteht daraus ein über 400 Seiten umfassendes Führungshandbuch für die Hospital-Mitarbeiter.

Teil I befaßt sich mit dem caritativen-religiösen Wertesystem, aus dem letztlich Entscheidungen und Zielsetzungen abgeleitet werden. Ein Theologe einer römischen Ordenskongregation gibt wesentliche Formulierungshilfe.

- Teil II befaßt sich mit einer entsprechenden Studie aus den USA über Führungssysteme, während
- Teil III alles Wesentliche aus der Führungsliteratur konfektioniert und entsprechend für den Hospitalbereich wiedergibt. Es soll ein Nachschlagewerk für die Mitarbeiter sein.

So soll ein Nebeneinander der einzelnen Mitarbeitergruppen, Ordensschwestern und verschiedener religiöser Gruppierungen ein optimales Arbeiten sowie mit Hilfe moderner Menschenführung und Kommunikationssysteme im Sinne des Wertsystems der Caritas eine hervorragende Patientenbetreuung ambulant aber auch stationär ermöglicht werden.

Wesentlicher Grundgedanke ist dabei das Prinzip der "dezentralisierten Koordination". Dies ist ein Begriff, der von dem ehemaligen Generaldirektor Sloan geprägt wurde ("My years with General Motors"). Hierbei wird berücksichtigt, daß hierarchische Strukturen sich nicht eignen, um die notwendigen Interaktionen entstehen zu lassen, die kleine Gruppen einfach hervorbringen. Anders ausgedrückt, nur Kleingruppen sind in der Lage, sich selbst zu steuern und sich den Bedürfnissen vor Ort anzupassen. Dabei ist allerdings eine grobe und generelle Zielvorgabe im Sinne einer (religiösen) Wertordnung eines Krankenhauses, z. B. beste medizinische und pflegerische Betreuung der Patienten, bedeutend. Die moderne Führungslehre in den USA und auch in Japan berücksichtigt die Tatsache, daß Kleingruppen und Sektionen sehr viel beweglicher einen Betrieb steuern. Deshalb sind die hierarchischen Betriebsstrukturen ansich mitarbeiter- und menschenfeindlich. Krankenhäuser, wie auch die ambulanten Betreuungsdienste, müssen dies wissen. Konsequenterweise hat das St.-Willehad-Hospital als erstes Krankenhaus in Deutschland sogenannte "Hospital-Lernstatt" eingeführt. Das sind fachbereichs- und abteilungs- wie auch gruppenübergreifende Diskussionszirkel, in denen Mitarbeiter ohne Vorgesetzte aus den verschiedensten Bereichen wöchentlich zusammenkommen und in Form von Kleingruppen Fachprobleme diskutieren, die dann später von der Unternehmens- oder Hospitalleitung umgesetzt werden. Im übrigen deckt sich diese Führungsform auch mit einer Forderung der alten Soziallehre, dem Subsidiaritätsprinzip. Das "Prinzip der rechten Ordnung der Dinge" wird also auch im externen Bereich, im out-house-Bereich angewandt. **Das Haus-Notruf-System schafft die notwendige, zentralisierte Information und bringt diese "vor Ort" und läßt dort Kleingruppen verschiedenster Form (Familie, Nachbarn, Gemeinde usw.) aktiv werden** (Anlage 3 - Philosophie und Strategie).

Die moderne Industriegesellschaft verlangt von ihren Gliedern eine hohe Mobilität. Verstärkt wird dies durch zunehmende berufliche Spezialisierung. Mit zunehmender beruflicher Spezialisierung verringern sich aber die beruflichen Chancen, allerorten eine adäquate Position zu erhalten. So müssen entweder berufliche oder familiäre Zugeständnisse erbracht werden. In der Regel sind es familiäre Zugeständnisse, bei denen dann die älteren Familienmitglieder "auf der Strecke" und am alten Standort verbleiben und dort weiterleben, während die jüngere Generation nun in Form einer Kleinfamilie an einem neuen Standort eine Erwerbsquelle aufsucht. Diese Problematik spielte z. B. in Schweden schon vorzeitig eine Rolle, jedoch in anderer Form, weil Fabriken und Produktionsstätten nach dem zweiten Weltkrieg im übrigen Europa zerstört waren, während das neutrale und unzerstörte Schweden ungehindert für den Welthandel produzierte. Dabei schaffte es volkswirtschaftliches Vermögen, benötigte allerdings dafür jede nur denkbare menschliche Arbeitskraft. So waren in Schweden Mann und Frau sehr viel früher als in Deutschland und anderen Ländern beruflich in das Erwerbsleben eingebunden. Es gab allein aus diesem Grunde vorzeitig viele soziale Organisations- und Betreuungsformen der Älteren (nicht mehr produktiv Tätigen) und der Jüngeren (Kinder und Schüler, also noch nicht produktiv Tätigen). Verschiedene Formen organisatorischer und betreuerischer wie aber auch baulicher Art wurden geschaffen, weil die Kommunikationstechnologien damals für andere Formen der situationsbedingten Betreuung fehlten.

So ist es nicht verwunderlich, daß auch in Schweden ähnliche Entwicklungen wie Haus-Notruf und Kommunikationssysteme für die Betreuung Älterer gesucht werden. Dort ist Dr. Samuelsson in Malmö führend tätig. Er war auch Mitglied unserer USA-Reisegruppe (s. Punkt VI, 4).

Ein weiterer Gedanke spielte für das Hospital eine Rolle: Bei **begrenzten sozialen Ressourcen sollten Kosten nur dann entstehen, wenn tatsächlich dies erforderlich ist. "Zu marginalen Kosten und mit begrenzten personellen Ressourcen arbeiten"** war die Überlegung, ehrenamtliche Tätigkeit zu ermöglichen, aber nur dann, wenn es erforderlich war. Ein Grundgedanke der Überlegungen ist, daß zu marginalen personellen und materiellen Ressourcen gearbeitet wird, wobei die "Klein-Gruppen" vor Ort, die Wohlfahrtsorganisationen in den einzelnen Gebieten nur dann tätig werden, wenn ein Notruf tatsächlich ausgelöst und der Einsatz von der Zentrale veranlaßt wird. Eine Betreuung ist von einer zentralen Stelle schlechterdings deshalb nicht möglich, weil die entsprechenden vor-Ort-Kenntnisse fehlen.

III. Historischer Abriß - Innovation

1973 erhielt ein inzwischen verstorbener Pfarrer testamentarisch eine Spende von DM 20.000,-- mit der Auflage, für die ambulante Betreuung Älterer eine Einrichtung zu schaffen. Der Pfarrer trat an das St.-Willehad-Hospital heran. Es wurde dann die weiter oben beschriebene Philosophie und Strategie konzipiert.

Personell wurden für den ambulanten Bereich Mitarbeiter engagiert und vor 10 Jahren die ambulante Pflege- und Beratungsstation (Sozialstation) mit damals schon über 20 Teilzeitbeschäftigten eröffnet.

Gleichzeitig wurde zusammen mit einer holländischen Firma ein Rufsystem konzipiert, das heute unter der Bezeichnung "Cass Elektronik" in England eingesetzt wird. Die Deutsche Bundespost verweigerte damals die erforderliche Genehmigung für die langwellige Funkfrequenz und verwies auf den Drahtweg, die Telefonleitung.

Um aber für die Betreuten einen hohen Mobilitätsgrad oder Bewegungsmöglichkeiten vor Ort zu behalten, war ein mobiler Funksender notwendig. Eine solche Mobilität vor Ort (mit kurzwelligem Funksender), kombiniert mit großer Reichweite durch den drahtgebundenen Übertragungsweg (Telefon) mußte notwendig zu einer neuen Dimension in der ambulanten - aber auch stationären - Patientenbetreuung führen. Das ist die eigentliche Innovation.

Mit dem so entwickelten Konzept, das mit Wilhelmshavener Ärzten, dem Direktor der Ortskrankenkasse, Schwestern etc. diskutiert war, begab sich das St.-Willehad-Hospital zunächst zu Firmen, die im Kommunikations- wie auch medizinisch-technischen Sektor tätig sind.

Das Ergebnis solcher Besuche war Unverständnis bis Ablehnung, weil den Firmen zum Teil Strategien fehlten oder sie nicht mit der Strategie des Hospitals konform gingen.

Zur Innovation gehört letztlich auch, eine Idee um- und durchzusetzen, Sponsoren zu suchen und Hersteller zu finden. Kreativität einerseits und Entwickeln von Geräten, auch Vorhaben, andererseits, unterscheiden sich aber deutlich von der Innovation.

Zwar wurde 1982/83 das Haus-Notruf-System mit dem Innovationspreis der Deutschen Wirtschaft ausgezeichnet. **Das St.-Willehad-Hospital** freut sich darüber sehr und wäre **als eigentlicher Innovator** neben dem Hersteller auch gern bei der Preisverleihung dabeigewesen. Letztlich geht es aber darum, für diejenigen, die kein Forum mehr haben, die Alten und Kranken, neue Chancen zu eröffnen, die sozialen Probleme in und mit den Methoden unserer Gesellschaftsordnung zu lösen. Der Mensch muß wieder in den Vordergrund treten und darf nicht von der Technik verdrängt werden. Sonst würde das Prinzip der "rechten Ordnung der Dinge" auf den Kopf gestellt (s. Anlage 6).

Bei den Diskussionen mit unterschiedlichen Industrie-Unternehmen war es daher auch schwer, für den Gedanken des Haus-Notruf-Systems als neue soziale Aufgabe zu werben. Die häufig in Unternehmen als einziges Prinzip genannte Wertordnung der "Gewinn-Maximierung" sichert keinem sozialen Gebilde Zukunftschancen, ob nun Industrie-Unternehmen, Behörden oder sozialen, caritativen Einrichtungen.

Hier waren aber auch die größten Schwierigkeiten zu überwinden (siehe IV). Der von uns geprägte Begriff "Haus-Notruf" drückt insofern nur teilweise aus, um was es in Wirklichkeit geht.

IV. Die Post, Unterstützung durch Journalisten und Politiker

Die Bundespost wies wiederholt in den Jahren 1975 und 1976 auf die Probleme des Frequenzverteilungsplanes hin und auf den Drahtweg als Alternative. Leider wurde in Verkennung oder Ermangelung der sozialen Bedeutung das Vorhaben unnötig um einige Jahre verzögert, führte aber wiederum zu der besseren Lösung, wie jetzt dargestellt: **Gewährung hoher Mobilität vor Ort, große Reichweite des Notrufes!**

Aber erst die Journalisten der verschiedenen Medien erkannten die sozialen Zusammenhänge und unterstützen in Berichten seit 1975 laufend positiver die Absichten des Hospitals.

Auch die Politiker, wie der ehemalige Bundesarbeitsminister Ehrenberg, der Postminister Gscheidle wie auch der ehemalige Fraktionsvorsitzende Wehner sowie der niedersächsische Sozialminister Schnipkoweit unterstützten das Vorhaben.

V. Zusammenhänge, Auswirkungen der Philosophie

Die Auswirkungen der Philosophie und das konzipierte neue Kommunikationssystem ließen neue Organisationsstrukturen zu und verlangten entsprechende Menschenführung bei den Hilfsorganisationen (s. Anlage 2).

Das **zentrale Speichern der "sozialen Infrastruktur"** der zu Betreuenden und das jederzeitige Abrufen dieser Informationen sowie das **Festlegen und Absprechen von Hilfsmaßnahmen** hatte Auswirkungen auf das Aussuchen der Probanden für den Feldversuch.

Zunächst wurden für die unmittelbare Region Wilhelmshaven etwa 45 Teilnehmer ausgesucht und für den überregionalen Bereich 15 Personen, zum Teil über 300 km von Wilhelmshaven entfernt. Zudem wurden auch die Personen von den ostfriesischen Inseln angeschlossen. Bei den Personen in der Region Wilhelmshaven glaubten wir, eventuell selbst über unsere Sozialstation helfend eingreifen zu müssen, was allerdings ganz selten notwendig wurde, weil in erster Linie Nachbarn und Verwandte halfen. Bei den überregionalen 15 Probanden wollten wir die neue Dimension, die neue Organisations- und Betreuungsform über große Distanzen prüfen und klären, inwieweit auch insbesondere ländliche Bereiche einbezogen werden könnten. Es gab im wesentlichen keine Unterschiede, ob dieser Anschluß nach Wilhelmshaven, Münster, Hannover oder Hamburg ging. In keinem Falle konnten die Zentrale unmittelbar Hilfe leisten, sondern bei uns zuvor abgespeicherte und vereinbarte Hilfen durch Nachbarn, Verwandte, Wohlfahrtsverbände, Polizei oder Feuerwehr veranlassen.

Auf eine kleine regionale Zeitungsnotiz im Jahre 1979/80 meldeten sich ca. 300 Personen. Etwa 150 wollten selbst ein solches Gerät (Haus-Notruf-Posten), etwa 50 für Angehörige und etwa 100 Personen boten ihre aktive Unterstützung in Form von Nachbarschaftshilfe an.

VI. Erfahrungsbericht/Erfolgskontrollbericht

Der wissenschaftliche und technische Erfolg des Vorhabens, die erreichten Nebenergebnisse und die gesammelten wesentlichen Erfahrungen sind aus dem Schlußbericht der ANT (K16E211, Lißner) vom 28.12.1982 ersichtlich.

Auf die besonderen Auflagen der Deutschen Bundespost bezüglich Übertragungsgeschwindigkeit und FTZ-Nummern wurde ebenfalls in diesem und vorherigen Berichten der ANT hingewiesen.

Die vorgegebene Kosten- und Zeitplanung wurde eingehalten, die angeforderte, bewilligte und überwiesene Fördersumme wurde um DM 93.128,01 zu Lasten des Zahlungsempfängers überschritten.

Aus diesem Forschungsprojekt wurden bisher keine Patente und Lizenzen angemeldet.

Für die Zukunft bitten wir um Befreiung von der jährlichen Berichtspflicht, da der Feldversuch abgeschlossen ist.

Beschränken wir - das St.-Willehad-Hospital - uns auf die Berichtslegung unserer Erfahrungen vor Ort, d. h. sowohl bei den Probanden als auch an der Zentrale in unserem Hause.

1. Die Probanden

Im Rahmen des Feldversuches wurden Geräte an 60 Probanden ausgegeben. Die Betreuung alter und kranker Menschen sollte möglichst schnell, regelmäßig, persönlich und mit wenig Kosten verbunden sein. Je nach dem Grad der Behinderung sollte sogar ein 24-Stunden-Dienst gewährleistet sein.

Die Mobilität des alten Menschen ist extrem eingeschränkt, so daß eine gute Betreuung in den vertrauten, eigenen Räumen das Optimale darstellt. Alte Menschen sind zwar oft unsicher, bedingt durch die Lebenssituation, aber sie sind häufig aufgeschlossen und für jedes Gespräch dankbar. Sie suchen oft nur das Gespräch, den Rat und sind mit regelmäßiger, aber stets vollziehbarer Kommunikation zufrieden.

Die Untersuchung einiger wesentlicher Merkmale der Probanden ergab folgendes Bild:

a) Alter

| | |
|---------------|-------------|
| bis 50 Jahre | 7 Personen |
| 50 - 60 Jahre | 2 Personen |
| 60 - 70 Jahre | 10 Personen |
| 70 - 80 Jahre | 24 Personen |
| 80 - 90 Jahre | 19 Personen |
| über 90 Jahre | 9 Personen |

(Die Summe ergibt mehr als 60, weil von einem Notruf z. B. 2 Personen je Wohnung betreut wurden.)

b) Krankheiten/Behinderung

(Schwerpunktanalyse soweit Angaben vorhanden; oftmals Mehrfachdiagnosen)

| | |
|------------------------|-------------|
| Parkinson | 2 Personen |
| Multiple Sklerose | 6 Personen |
| Asthma | 5 Personen |
| Lähmung/Gehunfähigkeit | 11 Personen |
| Herzkrankheiten | 31 Personen |
| Rollstuhl | 6 Personen |
| Diabetes | 4 Personen |
| Alter allgemein | 4 Personen |
| Rheuma | 1 Person |

c) Lebenssituation/Familienstand

| | |
|---------------------------------|-------------|
| alleinlebend | 48 Personen |
| bei Verwandten/Wohngemeinschaft | 4 Personen |
| verheiratet | 12 Personen |

d) Regionale Verteilung (nach PLZ-Bereichen)
Standort der Zentrale ist Wilhelmshaven

| | |
|-----------|-----------|
| Bereich 2 | 56 Posten |
| Bereich 3 | 1 Posten |
| Bereich 4 | 2 Posten |
| Bereich 7 | 2 Posten |

e) Notrufe

bis Ende 1982: 25 (mit Feuerwehr/Notarzt),
 davon 15 Fälle mit Hilfe in letzter Sekunde,
 ein Fall mit 24-Stunden-Alarm, dieser kam jedoch
 zu spät.

bis Ende 1983: 20 Einsätze mit Feuerwehr/Notarzt.

Bekannte, Familienangehörige und Nachbarn waren in allen Fällen erleichtert und der neuen Technik sehr aufgeschlossen gegenüber. Sie wurde als große Entlastung, ja als Befreiung, empfunden, da man den alten Menschen grundsätzlich versorgt wußte.

Im Laufe des zweijährigen Feldversuches konnte die Erfahrung gesammelt werden, daß die Nachbarn im Bereich eines installierten Notrufsystems eigentlich sehr glücklich über diese Einrichtung waren. Sie konnten von neuer Sicherheit ausgehen. Wenn der Nachbar z. B. seine eigene Wohnung verließ oder aus der unmittelbaren Nähe des betroffenen Patienten entfernt war, so war jetzt erstmalig trotzdem Sicherheit durch den Haus-Notruf gegeben. Darüber hinaus entwickelte sich erfreulicherweise so etwas wie ein kleines soziales Netz. Man sprach häufiger wieder miteinander, wohl zunächst einmal aus dem Hintergrund der Neugier, aber darüber hinaus entwickelte sich so etwas wie eine völlig neue Art und Weise der Interaktion. Man erkundigte sich nach dem Befinden, man bot an, kleine Einkäufe zu machen usw. Ein sekundärer Effekt des Haus-Notrufes war somit schließlich auch ein Kippen dieses - wie man so oft behauptet hat - zerbrochenen sozialen Netzes. Seitens der Technik wurden die Betreuten von uns einmal im Jahr aufgesucht (Wartung bzw. Postenüberprüfung, Batteriewechsel). Die Sozialstation besuchte unabhängig von Ärzten, Seelsorgern und den Betreuern der Wohlfahrtsverbände sporadisch, mehr als Stippvisite. Der generelle Besuchsrhythmus wurde jedoch nicht durch die neue Technik unterbrochen.

2. Erfahrungsbericht

a) Erfahrungsbericht aus technischer und organisatorischer Sicht

Die technische Sicherheit erwies sich als optimal. Die Geräte sowie die Zentrale arbeiteten am Ende des Feldversuches einwandfrei. Häufige Diskussionen haben wir 1983 erlebt beim Streit um den Standort der Zentralen. Wir halten sie am neutralsten und am fachlich kompetentesten untergebracht bei einem Krankenhaus, weil das Krankenhaus

- a) Kontakte zu allen Hausärzten hat,
- b) permanente Übersicht über den ärztlichen Notdienst hat,
- c) Kontakte zu allen Rettungsdiensten hat,
- d) im äußersten Fall auch über eigene Mitarbeiter verfügt, die Ruf- und Anwesenheitsbereitschaft ausüben,
- e) eine Rund-um-die-Uhr-Besetzung gewährleistet.

Dem Änderungsdienst muß eine große Bedeutung beigemessen werden, weil von den richtigen Daten in der Zentrale das Leben des Betreuten abhängt. Dieser Dienst muß regelmäßig vor Ort gemacht werden. Spätestens hier ist die Einbindung der Wohlfahrtsorganisationen, Pfarreien etc. erforderlich. Die vorhandenen Wohlfahrtsinstitutionen und privaten Verbände sollten insofern einbezogen werden, um neben dem Änderungsdienst die Betreuten, also Besitzer von Haus-Notrufposten, zu besuchen und auch vor Ort die Hilfe zu ermöglichen. Hier muß noch weitere Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um jenen Mißverständnissen und Fehlinterpretationen vorzubeugen, die da sagen, die Sozialstationen bekämen Konkurrenz oder würden überflüssig.

Diesbezügliche Diskussionen mit der Bundespost - insbesondere mit dem Wilhelmshavener Postamt - sind nicht weitergekommen. Die Frage ist, ob gegen Entrichtung einer Gebühr die Post diesen Änderungsservice für uns durchführen sollte. Diese Verhandlungen müssen noch einmal aufgenommen werden.

Die Einbindung der vorhandenen Institutionen könnte im Zusammenhang mit dem Änderungsdienst sein. Die vorhandenen Wohlfahrtsinstitutionen und privaten Verbände sollten insofern einbezogen werden, um neben dem Änderungsdienst die Betreuten, also Besitzer von Haus-Notrufposten, zu besuchen

und auch vor Ort die Hilfe zu ermöglichen. Hier muß noch Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um jenen Mißverständnissen und Fehlinterpretationen vorzubeugen, die da sagen, die Sozialstationen bekämen Konkurrenz oder würden überflüssig.

Die Mitarbeiter in der Zentrale können die anfallenden Arbeiten bewältigen. Im Laufe der Zeit kennen die Mitarbeiter der Zentrale die einzelnen Betreuten und umgekehrt.

Die Erfahrung der Mitarbeiter in der Zentrale ist, daß bei Notrufen allgemeiner Art die Betreuten nur nach Rat fragen. Wenn beispielsweise ein Hausarzt nicht erreichbar ist, wollen sie möglichst einen Krankenhausaufenthalt vermeiden.

b) Pflegerische Sicht

Seit 1974 haben wir unsere Sozialstation am St.-Willehad-Hospital. Diese hat 40 Außendienstmitarbeiter und betreut bis zu 90 Patienten täglich zu Hause (home-care) und während des Feldversuches die 60 Personen zusätzlich, ohne daß dafür etwa mehr Mitarbeiter erforderlich waren.

Die Meinung der Mitarbeiterinnen aus der ambulanten Krankenpflege ist zusammengefaßt folgende:

Eine außerordentliche Sicherheit des Patienten in seinem heimischen Bereich ist gegeben. Er kann im Notfall schnellstmöglich über dieses System Hilfe herbeirufen, diesen Hilferuf auch sehr differenziert abgeben. Diese Erkenntnis verleiht beiden, sowohl den Patienten als auch dem Dienstleistungsunternehmen Sozialstation bzw. dem Träger der Haus-Notrufeinrichtung, eine große Beruhigung. Die Aufgeschlossenheit von Ärzteschaft, von Rettungsorganisationen und von den Sozialstationen zeigt, daß nach dieser relativ kurzen Laufzeit des Haus-Notruf-Projektes dieses System eigentlich bei den Teilnehmern schon gar nicht mehr wegzudenken ist. Man kann das auch feststellen, wenn man sich bei Besuchen mit Angehörigen der Betroffenen unterhält, die auf gar keinen Fall mehr diese Anlage missen möchten.

c) Erfahrungsbericht aus ärztlicher/seelsorgerischer Sicht

Beim Start haben die Ärzte die Idee unterstützt und die Anlagen bei den Patienten propagiert. Die Verweildauern in den Krankenhäusern konnten verkürzt werden. Vor allem den Herz- und Asthmakranken konnte durch das System das Gefühl einer großen Sicherheit gegeben werden, da sie im Notfall innerhalb kürzester Zeit Hilfe erfahren. Die Probleme beim Entlassen der Patienten wurden weniger.

Ein Großteil der Hausärzte war bereit, seine Privat-Telefonnummern für die an das System Angeschlossenen bekanntzugeben, um im Notfall Tag und Nacht erreichbar zu sein. Viele Anträge werden direkt von den Hausärzten an die Sozialstation oder die Haus-Notruf-Zentrale für die Patienten gestellt.

Vom Standpunkt der Sozialstation aus gesehen erfolgt die Information der Ärzte sehr oft über die Angehörigen betroffener Patienten bzw. durch die Pflegerinnen und Mitarbeiterinnen der Sozialstation. Die Kritik der Ärzte richtete sich später sehr oft auf einen wesentlichen Punkt: man befürchtete trotz ausgefeilter Technik des Funkfingers, daß ein Patient in extremen Krankheitssituationen doch nicht in der Lage wäre, dieses Gerät entsprechend zu bedienen. Erfahrungen der letzten zwei Jahre im St.-Willehad-Hospital und in den Reihen der Sozialstation haben aber doch immer wieder erkennen lassen, daß diese Kritik an und für sich unbegründet ist.

Der Standpunkt der Seelsorger war im allgemeinen recht aufgeschlossen. Von seiten der lutherischen Kirche in Wilhelmshaven wurden sogar noch vermehrt Anfragen an die Sozialstation aufgrund von Informationen gestellt, als es von den katholischen Gemeinden der Fall war.

d) Auswirkungen auf die Wohlfahrtsverbände in organisatorischer Hinsicht

Man kann nicht deutlich genug machen, daß die Wohlfahrtsorganisationen in keiner Weise eingeengt sind. Im Vorfeld des Feldversuches war vor allem der Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände sehr dagegen, Status und Organisation der Hilfe zu verändern. Ursprünglich waren die Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände auch strikt gegen jede Veränderung. Besonderes "Sperrfeuer" kam von dem

Bundesverband der Alten- und Pflegeheime. Es wurden im wesentlichen humanistische Argumente vorgebracht. Wir vermuten aber, daß es aktive wirtschaftliche und finanzielle Gründe waren. Wenn wir jedoch die Alterspyramide der Bundesrepublik betrachten, dann brauchen Heime und soziale Einrichtungen keine Befürchtungen zu haben.

Weiterhin wurde vorgebracht, daß die einzelnen Wohlfahrtsorganisationen sehr unterschiedlich strukturiert seien und ihre gewachsenen Besonderheiten haben. Eine von uns ursprünglich gedachte übergeordnete Organisation, die alle Wohlfahrtsverbände umfaßt, komme deshalb nicht zustande. Die Wohlfahrtsorganisationen würden innerhalb ihrer Bereiche sektoral tätig werden.

Zum Ende des Versuches und in 1983 waren die Stellungnahmen benachbarter Wohlfahrtsverbände, z. B. im Raum Wilhelmshaven, im allgemeinen positiv. Kritik hörte man so gut wie gar nicht, im Gegenteil, es wurde sehr oft um Informationsgespräche in der Sozialstation gebeten. Unsere Sozialstation kam diesen Wünschen in vielen Fällen nach, indem bei den Interessenten Vorträge - mit umfangreichem Informationsmaterial versehen - gehalten wurden.

3. Kritische Stimmen

Menschenführung hat immer etwas mit Verändern von Situationen zu tun und mit menschlichem Verhalten in Situationen. Menschliches Verhalten ist also auf eine Situation eine sinnvolle Antwort oder nicht.

Viele Gesprächspartner aus den Wohlfahrtsverbänden, insbesondere jene aus den strategischen Ebenen, waren daher zunächst gegen das Haus-Notruf-System, weil es ja notwendig neue Situationen schafft, auf die das Verhalten noch nicht abgestimmt war, es wurde also schlechthin deshalb Angst geäußert:

Die Wohlfahrtsorganisationen würden überflüssig. Technik vereinsame die Menschen noch mehr, mache Hilfe unpersönlich, sei zu anfällig. Areligiös bis unmoralische Einwände wurden erhoben. Auch die Krankenhäuser äußerten sich teilweise so, obwohl sie doch prall mit medizintechnischen Geräten gefüllt sind.

Das kognitive Lernen muß durch Praxis und Üben ergänzt werden. Eine Rolle, die wiederum auch den Journalisten durch fleißiges Berichten in den verschiedenen Medien zufiel.

Letztlich war ein strategischer Grundgedanke das **Lösen der sozialen Probleme mit den Methoden und Formen unserer Gesellschaftsordnung**. Dazu gehören auch die soziale Marktwirtschaft und der Leistungswettbewerb. Die sozialen Wohlfahrtsverbände erkannten dies aber später auch und die beschränkten finanziellen Ressourcen führten schnell zu einer hohen Akzeptanz.

Auch die technische Brillanz und vor allem das Sprechen mit den Betreuten wirkte letztlich überzeugend. Denn der Konzipierung des Systems, der Innovation also, lag jahrelange Praxis des St.-Willehad-Hospitals zugrunde, die letztlich bis auf die Gründung des St.-Willehad-Hospital e. V. im Jahre 1903 zurückreicht.

4. USA-Kurzbericht

a) Einleitung

1982 wurde eine USA-Reise durchgeführt. Ziel dieser Reise war, die organisatorische Verzahnung und Durchlässigkeit von ambulanter und stationärer Patientenbehandlung und die dabei eingesetzte Technologie in den USA zu studieren.

Die Reisegruppe bestand aus 14 Personen aus Deutschland, Österreich und Schweden, deren Interesse dem Haus-Notruf galt und die sich mit ähnlichen Überlegungen befaßten.

b) Gliederung der katholischen Krankenhäuser in den USA und die ambulanten Dienste

Die katholische Krankenhausgesellschaft hat ihren Sitz in St. Louis, beschäftigt 60 Mitarbeiter und verfügt über ein IBM/38-Datenbanksystem. Daneben gibt es wie in Deutschland auch noch die Gliederungen der Caritasverbände. Zur katholischen Krankenhausgesellschaft gehören 619 Krankenhäuser, davon 600 Akutkrankenhäuser, dort Short-term-Hospitals genannt, davon sind 10 geriatrische, 5 psychiatrische, 2 pädiatrische und 2 andere Hospitäler mit insgesamt 169.928 Betten (Stand 1981). Interessant ist, daß sie eben auch aufteilen in Short-term-Betten (163.000) und Langzeitbetten (6.500). Gesamtaufnahmen 6 Mio. Patienten. Totale Patiententage pro Jahr 47.800.000. Die durchschnittliche Belegung beträgt 77,1 %, die durchschnittliche Liegezeit in den Akutkrankenhäusern 7,3 Tage.

Die Hospitäler sind generell wie folgt strukturiert:

1. Abteilungen für Akuterkrankungen wie Chirurgie, Interne, Gynäkologie etc.
2. Geriatrische Abteilungen
3. Psychiatrische Abteilungen

Dabei waren diese Strukturen durchlässig und wurden unterstützt durch ambulante Einrichtungen für die poststationäre Versorgung. Dies geschah sehr pragmatisch und ohne großes Reglement.

Die Verweildauern liegen bei 7 - 8 Tagen, in der Geburtshilfe bei 1 bis 2 Tagen und nur bei Kaiserschnitten bei etwa 7 - 9 Tagen. Per Bundesgesetz ist jeder behandelnde Arzt verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen nach der Patientenentlassung dessen Krankengeschichte abgeschlossen zu haben.

c) Reise-Route

San Francisco - St. Mary's Hospital and Medical Center (500 Betten)

San Diego - Mercy Hospital and Medical Center (600 Betten)

Tucson - St. Joseph Hospital (200 Betten)

Salt Lake City - Red Cross Hospital (300 Betten)

New Orleans - Hotel de Dieu Hospital (300 Betten)

St. Louis - Kath. Krankenhausgesellschaft USA und Kanada

Washington - Gesundheitsministerium

New York - Cabrini-Hospital and Medical Center (400 Betten)

Das St. Mary's Hospital ist das älteste Krankenhaus in Kalifornien und betreut etwa 20.000 spanisch-sprechende Einwohner San Franciscos ambulant und kostenlos. Jeder Arzt stellt zu diesem Zweck seine Arbeitskraft einen Tag pro Woche kostenlos dem Hospital zur Verfügung. Die sozialen Dienste "Social-work-Departement" klären Familien und Arbeitskollegen der Patienten auf - zur besseren poststationären Betreuung. Es gibt einen Konsultationsausschuß und einen Chefarzt für Familienbetreuung und einen Ausschuß, der für die Schulung und Forschung der stationären und ambulanten Krankendienste zuständig ist.

Das Mercy-Hospital in San Diego gehört zur selben Ordenskongregation wie das St. Mary's Hospital in San Francisco. Die sozialen Dienste waren aber ausgeprägter, so "Essen auf Rädern". Das transportieren die Mitarbeiter des Hospitals außerhalb der Dienstzeit mit eigenem Pkw und Funksystem ohne Gegensprechmöglichkeit (war erst kürzlich installiert worden). Angeschlossen waren etwa 20 Personen.

Das St. Joseph Hospital in Tucson verfügt über gute medizinische Disziplinen und ein ausgeprägtes Führungssystem. Die ambulante Betreuung (home-care) bestand im wesentlichen darin, daß ein Mitarbeiter von Socialwork-Departement mit den externen ambulanten Diensten zusammenarbeitete und Patientenentlassungen vorbereitete. Notwendig war die Kommunikation im Krankenhaus entsprechend gut.

Das Red Cross Hospital in Salt Lake City arbeitete sehr umfangreich mit den externen sozialen Diensten zusammen, ähnlich wie das Hospital in Tucson. Da aber in Utah auch noch im wesentlichen Großfamilien wohnen, stellt sich das Problem der organisierten ambulanten Hilfe nicht in dem Umfange. Hingegen gab es auf dem Krankensektor (Krankenhäuser untereinander) größere Kooperationsabkommen. Das Red Cross Hospital war für 10 Hospitäler (einschließlich Universität und Armee) wie auch für niedergelassene Ärzte (out-Patient-Service) zuständig für Labor-Untersuchungen. Es verfügte naturgemäß über die notwendigen umfangreichen EDV-Systeme, zum Teil mit Standleitungen zu den anderen Hospitälern.

Beim Hotel de Dieu Hospital in New Orleans fanden wir genau dieselben Vorstellungen wie im St.-Willehad-Hospital in Wilhelmshaven vor. Eine krankenhauseigene Abteilung führte im größeren Umfange die vor- und nachstationäre Betreuung durch. Ferner wurde umfangreich mit anderen Einrichtungen, Alten- und Pflegeheimen zusammengearbeitet. In dieser Abteilung wurden in der Einsatzzentrale etwa 6 Mitarbeiter beschäftigt, die zum Teil selbst den Außendienst versahen, aber auch weitere Mitarbeiter leiteten. Von dem in Baltimore und New York in der Erprobung befindlichen "Life-Line-System" (eine US-Entwicklung eines Haus-Notrufes) hatte man gehört und wollte sich damit befassen.

Die Katholische Krankenhausgesellschaft in St. Louis vertritt die 619 kirchlichen Krankenhäuser, ist Verbindungsstelle zu kirchlichen wie auch staatlichen Stellen und stellt für die angeschlossenen Mitgliedskrankenhäuser umfangreiche Informationen zusammen. In die Organisationsstrukturen der Hospitäler wird nicht eingegriffen. Eine zusammenfassende Darstellung des Konzeptes des St.-Willehad-Hospitals (in-house-System, out-house-System und Philosophie) ist inzwischen mehrseitig und bebildert in den Verlautbarungen der Katholischen Krankenhausgesellschaft der USA erschienen.

Im Gesundheitsministerium in Washington hatten wir auf Vermittlung des Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Deutschen Botschaft einen Gesprächstermin. Unser zusammenfassender Eindruck: Der Staat kümmert sich nicht um alles. Dies wurde uns ganz deutlich gesagt. Die Regierung ist interessiert, nimmt zur Kenntnis und empfiehlt. Sie ist niemals befaßt mit irgendetwas, sie dirigiert nicht. Weder Bundesregierung noch die Bundesstaaten. Es lagen auch keine Detailinformationen vor, lediglich von "Life-Line", einem Notruf-System, welches seit kurzem in Baltimore und New York eingesetzt wird.

Bei unserem Besuch im Cabrini-Hospital in New York hatten wir Kontakt mit verschiedenen Hilfsorganisationen, die in New York ambulante Hilfe anbieten. Da diese Dienste sehr umfangreich und unterschiedlich strukturiert sind, weil zum Teil freigemeinnützig und teilweise gewerblich als Dienstleistung, hat das Cabrini-Hospital eigens eine Abteilung, welche die Qualität und die Menge der auszuführenden Aufgaben und ferner die Abrechnung überprüft und auch vornimmt. Das heißt, das Hospital beauftragt einen externen Dienst mit der Ausführung, überprüft und rechnet die Leistungen mit den Versicherungen ab und bezahlt die ambulanten Dienstleistungsunternehmen.

d) Zusammenfassung

Die ambulanten wie stationären Strukturen der Patientenbetreuung sind absolut vergleichbar und vielfach ähnlich wie in der Bundesrepublik. Die Ausbildung der Krankenschwestern und -pfleger erfolgt zum Teil an Hochschulen und dauert etwa 4 Jahre. Während die Ärzte früher hausintern angestellt waren, ist dies heute nur noch bei den Radiologen und Anästhesisten so. Grundsätzlich müssen Ärzte gewisse Zulassungskriterien erfüllen, um stationäre Patienten als Konsiliar- oder Belegarzt betreuen zu dürfen (auf Wunsch und gegen Gebühr übersenden wir Statuten, Regeln und Bestimmungen des ärztlichen und zahnärztlichen Personals des St. Mary's Hospital aus San Francisco aus 1979, übersetzt im August 1983 vom St.-Willehad-Hospital).

Beeindruckend war die Führung der Hospitäler, administrativ wie auch medizinisch. Das Management wurde durch umfangreiche Computer, Informationssysteme, aber auch durch die verbale Kommunikation, unterstützt. Die Kenntnisse um die Probleme der Menschenführung beeindruckten. Obwohl die Verweildauer mit nur 7 - 8 Tagen, gemessen an deutschen Krankenhäusern, kurz ist, beeindruckt die warme und ruhige Atmosphäre in den Hospitälern. Und trotz einer hohen personellen Besetzung (doppelt so viel Mitarbeiter wie in deutschen Hospitälern) betragen die Personalkosten 50 - 60 %. **Großer Wert wird auf die ärztliche Qualität gelegt. Die Qualitätskontrolle der Ärzte wird ständig durchgeführt und wirkt verweildauerreduzierend und leistungssteigernd.** Ein Arzt kann nicht einfach - wie in Deutschland - frei therapieren und anordnen. Er muß sich vor einem Gremium verantworten. Wenn beispielsweise ein Patient mit operiertem Blinddarm statt 6 Tage zwei Tage länger liegt, wird genau nachgeforscht. Es kann daher zu Regreßansprüchen der Versicherungsgesellschaft oder des Patienten an den Arzt führen. **Diese strengen Kriterien führen auch dazu, daß eine intensivere vor- und nachstationäre Betreuung notwendig und vielfach schon ausgeübt wird. Notwendig ist man aber auch auf der Suche nach entsprechenden Kommunikationssystemen.**

Die Präsentation des vom St.-Willehad-Hospital konzipierten und von ANT hergestellten Haus-Notruf-Systems stieß bei den amerikanischen Gastgebern auf breite Zustimmung.

VII. Verbreitung der Idee
Medienspiegel/Pressespiegel

Wie unter VI.3. (Kritische Stimmen) angeführt, war neben der Akzeptanz-erprobung wesentliche Aufgabe, die Idee zu verbreiten. Auf Wunsch des Bundesministeriums für Forschung und Technologie veranstaltete das St.-Willehad-Hospital am 26. und 27.2.1980 in Wilhelmshaven ein internationales Symposium, um über bestehende und geplante Haus-Notruf-Systeme zu informieren und das Haus-Notruf-System "St. Willehad" vorzustellen. Ergebnis dieses Symposiums war, daß entsprechende Anlagen bzw. Planungen dafür in Frankreich, England, Schweden, der Schweiz und in Deutschland vorlagen, das vom St.-Willehad-Hospital innovierte und konzipierte System aber das ausge-reifteste und sicherste ist, allein das in Schweden benutzte war dem Haus-Notruf "St. Willehad" ähnlich.

Die 160seitige Zusammenfassung der Vorträge bei diesem Symposium kann für DM 19,80 beim Wirtschaftsverlag NW GmbH, Postfach 10 11 10, 2850 Bremerhaven, angefordert werden.

So kamen auf entsprechende Presseberichte in- und ausländische Delegationen in unser Hospital, um sich zu informieren. Fernseh- und Rundfunkstationen berichteten in verschiedenen Redaktionen und Sendungen regional wie über-regional.

Alle größeren europäischen wie auch überseeischen Printmedien berichteten. Wir erhielten Zuschriften und Anrufe von US-Bürgern, die in den dortigen Medien über das Haus-Notruf-System lasen.

So betrug beispielsweise in den Niederlanden die Auflage, in der berichtet wurde, per Mai 1980 etwa 1.020.000 Exemplare. Nahezu alle deutschen Zeitungen, Wochenzeitungen und viele Zeitschriften berichteten über das System. Sogar aus den USA wurde uns ein Ausschnitt aus der "Urban Innovation Ab-road, Washington" vom Oktober 1981 mit der Information über unser System zugesandt.

Die katholische Krankenhausgesellschaft in St. Louis/USA veröffentlichte im Jahre 1983 außerdem einen mehrseitigen, bebilderten Artikel über die gesamte Philosophie des St.-Willehad-Hospitals und die in- und out-house-Konzeption und hat dafür ca. 10 Manuskriptseiten bei uns angefordert.

VIII. Ausblick und künftige Forderungen

1. Technische Entwicklung (Wilhelmshavener Sicherheitsschloß)

Die soziale Betreuung ausschließlich Älterer und alleinlebender Behinderter ist zu eng. Um tatsächlich eine adäquate, breit gestreute Betreuung vornehmen zu können, ist es erforderlich, daß die Übertragungsrate erhöht wird und auch biomedizinische Daten übertragen werden können. Dann kann der Kreis der ambulant zu Betreuenden vergrößert werden.

Im Bereich des Funkfingers ist die Lebensdauer der Batterien unterschiedlich. Der schwedische Funkfinger löst einen automatischen Alarm aus, wenn eine bestimmte Spannung unterschritten wird. Dies sollte für unsere Funkfinger zukünftig auch vorgesehen werden.

Für einige Betreuten war das Handhaben der Tagestaste ein wenig kompliziert. Es sollte versucht werden, neben der Tagestaste direkte Aktivitätskontrollen durchzuführen (durch Bewegungsmelder, Radar o. ä.).

Alle Rufgeräte müssen Vorrichtungen für ein sogenannte "Wilhelmshavener Sicherheitsschloß" enthalten. Dieses für jedes Türschloß nachrüstbare Sicherheitsschloß ist mit einem Spezialmagneten und einer Verriegelung versehen. Mit Hilfe eines besonderen Notschlüssels, der bei der Polizei oder bei der Feuerwehr oder dem Rettungsdienst deponiert wird, ist es möglich, nach entsprechender Vorentriegelung von der Haus-Notruf-Zentrale aus die Wohnung zu betreten, dies aber erst nach Absetzen eines Notrufes. Andernfalls wäre ein aufwendiges Öffnen der Tür - häufig mit Beschädigungen - erforderlich.

2. Organisatorische Forderung

Beim Bau von Haustüren sollten die Hersteller von Schlössern generell vorsehen, daß eine Nachrüstung eines solchen Sicherheitsschlusses notwendig werden kann. Diese Anregung des St.-Willehad-Hospitals hat die Firma BKS aufgenommen und ein Schloß entwickelt, das zwischenzeitlich erprobt und patentmäßig geschützt wurde.

Ein regelmäßiger **Änderungsdienst** der Stammdateien ist erforderlich. Dieser Änderungsdienst muß aber schriftlich erfolgen, um zu vermeiden, daß telefonische Auskünfte unberechtigterweise gegeben worden sind. Die Haus-Notruf-Zentralen müssen in regelmäßigen Abständen die abgespeicherten Stammdaten überprüfen. Darüber hinaus ist aber auch der periphere Dienst der Wohlfahrtsorganisationen, der Verbände, Nachbarn und Angehörigen notwendig, die die gespeicherten Daten noch einmal überprüfen und Änderungen der Haus-Notruf-Zentrale mitteilen müßten (z. B. Telefon-Nummern-Änderungen, Wohnungswechsel von genannten Nachbarn und Verwandten).

Im übrigen soll die Zentrale eine wöchentliche Datensicherung vornehmen.

Zweckmäßigerweise sollten sich auch bei allen Haus-Notruf-Posten die Zentralenmitarbeiter jeweils mit Namen melden. Eventuelle Wünsche oder Ergänzungen, die ein Betreuer hat, sind dann besser vorzunehmen im Rahmen des Servicegedankens. Hierbei ist auch erforderlich, daß die ambulanten Hilfsdienste der Wohlfahrtsorganisationen entsprechend mit tätig werden, sowohl bei der Überprüfung der Stammdateien als auch bei den persönlichen Wünschen der Betreuten. Die Deutsche Haus-Notruf-St.-Willehad GmbH in Wilhelmshaven bietet hier den Wohlfahrtsverbänden durch Kurse entsprechende Schulungen und Unterweisungen an.

3. Wohlfahrtsverbände

Die bisher vorherrschende **Trennung** von ambulanten und stationären Diensten muß zugunsten einer besseren sozialen und medizinischen **Betreuung aufgehoben** werden, d. h. **Verzahnung von ambulanter und stationärer Betreuung, bessere Durchlässigkeit beider Systeme.** Moderne Kostenrechnungsmethoden lassen es zu, daß Mitarbeiter sowohl im stationären wie auch ambulanten Bereich tätig sein können und eventuelle Personalkosten günstiger abgrenzbar sind, wie dies z. B. im St.-Willehad-Hospital bereits seit über 10 Jahren der Fall ist.

Die Wohlfahrtsverbände sollten diese Form der Betreuung Älterer und Alleinlebender nutzen und ihre Mithilfe anbieten. Diese Mithilfe ist erforderlich für das Einrichten und Überprüfen der Stammdaten, das regelmäßige Aufsuchen älterer Leute sowie das Hinweisen auf das Vorhandensein von Haus-Notruf-

Einrichtungen. Dabei ist nicht unbedingt erforderlich, daß die betreffenden Wohlfahrtsverbände auch Zentralen betreiben. Durch eine geschickte Gestaltung von Miet- und Untermietverträgen ist jeder Wohlfahrtsverband in der Lage, ohne große Eigenmittel vor Ort Hilfe und Posten anzubieten. Die eigens für diesen Fall gegründete Deutsche Haus-Notruf-St.-Willehad-GmbH als freigemeinnützig-kirchliche Einrichtung will gerade in diesen Fällen in dünn besiedelten Gebieten und in ländlichen Bereichen Hilfe anbieten. Sie stellt für diesen Zweck Geräte zur Verfügung, ohne daß die Wohlfahrtsverbände hier vorfinanzieren müssen.

Die Hilfe der einzelnen Einrichtungen und Verbände sollte ohne große Hierarchie erfolgen und insbesondere beim Haus-Notruf mehr auf ehrenamtliche Hilfe subsidiär zurückgreifen und auch die Nachbarschaftshilfe entsprechend organisieren. Die Wohlfahrtsverbände sollten ihre bisher häufig geäußerten Bedenken, daß ihre Hilfe etwa überflüssig würde, zurückstellen. Das Gegenteil ist der Fall, nur mit ihrer Mithilfe, das hat sich erwiesen, ist im Grunde eine bundesweite Einführung des Haus-Notruf-Systems auf Dauer im großen Umfange sichergestellt.

4. Kommunale und staatliche Stellen

Das Handeln staatlicher und kommunaler Stellen kann nur auf entsprechender gesetzlicher Grundlage geschehen. In unserem demokratischen Staat erfordert dies immer eine entsprechende, lange Entscheidungsprozedur, die aber häufig den kurzfristigen Entscheidungssituationen entgegensteht. Deshalb sollte gelten: weniger Staat, mehr Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe, Familienhilfe. Der Staat und die kommunalen Stellen sollten das Subsidiaritätsprinzip mehr unterstützen, eventuell bei den generellen Beschaffungsinvestitionen behilflich sein, aber darüber hinaus mehr Flexibilität statt Bürokratie zeigen.

5. Finanzielles

Der zur Zeit gültige Preis der Haus-Notruf-Posten und Zentralen wird beeinflußt durch die Menge der hergestellten Geräte. Wünschenswert wäre eine preisgünstigere Konfiguration durch die Hersteller. Der Staat sollte hier eine Umsatz- sowie Körperschaftssteuerbefreiung gewähren, soweit diese Geräte und Zentralen von freigemeinnützigen Institutionen der Wohlfahrtsverbände betrieben werden. Inwieweit hier der Preis durch Mitbewerber korrigierbar ist,

muß sich zeigen. Das derzeitige System hat keine Mitbewerber mit vergleichbaren Leistungsmerkmalen, insbesondere die absolute Sicherheit betreffend.

Die Sozialämter sollten zur Mitfinanzierung gewonnen werden. Dafür ist möglicherweise eine Änderung des Bundessozialhilfegesetzes bzw. der Reichsversicherungsordnung nötig. Eine solche Unterstützung durch die Sozialämter könnte z. B. bei der Mietsubvention des Endgerätebenutzers (des Haus-Notruf-Postens) sein. Eine solche Unterstützung dürfte auf jeden Fall günstiger sein als die Kosten für einen Heimplatz.

6. Entwicklung im Gesundheitswesen

Die Leistungsgrenze unseres Sozialstaates ist sehbar. Bei knappen finanziellen Ressourcen kommt es immer mehr auf die Leistungsfähigkeit sowohl der ambulanten Dienste als auch der Krankenhäuser an sowie auf die Rückbesinnung auf die alten Prinzipien der Soziallehre. Die Krankenhäuser werden bei zunehmendem Einsatz von Kommunikationstechnologien zum Kommunikationsmittler zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und den Wohlfahrtsverbänden, die im ambulanten Bereich tätig sind. Dies erfordert auch eine Komplementierung der Personalkosten im ambulanten/stationären Bereich, weil die Patienten zunehmend in den Wohnungen versorgt werden. Ein weiterer Schritt wäre, daß nicht nur - wie im bisherigen Notruf-System vorgesehen - einfache Daten übertragen werden und ein verbaler Kommunikationsaustausch erfolgt, sondern daß das gleichzeitige Übertragen biomedizinischer Daten ermöglicht wird.

7. Alte Menschen könnten sich um andere alte Menschen kümmern (eine These aus den USA) s. Anlage 8

Im Jahre 1900 waren 70 % der amerikanischen Männer über 65 Jahre berufstätig. Bis 1960 ist die Zahl auf 35 Prozent abgesunken - und seitdem um noch weitere 20 %. Es wird die Frage aufgeworfen, warum dieses Problem nicht die Antwort in sich selbst birgt; nämlich warum sich nicht alte Menschen um andere alte Menschen kümmern könnten.

Eine Frage, die sich an jeden einzelnen, an die Familien, aber auch an die Organisationsstrukturen der Wohlfahrtsorganisationen und sonstige Einrichtungen, stellt und beantwortet werden sollte.

Eine Antwort ist die vom St.-Willehad-Hospital dargestellte und seit Jahren praktizierte Konzeption.

8. Ausblick - Entwicklung - Bedarf

Wir schätzen den Bedarf an Haus-Notruf-Posten, gemessen an den vielen regionalen und überregionalen Nachfragen, auf wenigstens 1 bis 2 Prozent der Einwohner. Diese Zahl wird aber auch noch durch den örtlichen Bekanntheitsgrad eines solchen Systems in allen Bevölkerungsgruppen beeinflusst. Das drückt sich häufig darin aus, daß ausführliche Erläuterungen nicht mehr notwendig sind, weil die An- und Nachfragen gezielt gestellt werden.

Obwohl alle Teilnehmer während des gesamten Feldversuches von 1980 bis 1983 (und auch heute noch) kostenlos am Haus-Notruf "St. Willehad" angeschlossen waren, würde ein großer Teil eine Monatsmiete zahlen. Da die Zentrale in Wilhelmshaven seit einem Monat parallel neue Geräte mit zugelassener FTZ-Nummer gegen Miete anbietet und betreibt, werden für diese Geräte Monatsmieten von zur Zeit DM 75,-- gezahlt. Wir halten es im übrigen für sehr wichtig, eine Gebühr zu erheben, weil dies eine Filterwirkung hat und sich nur diejenigen melden, die ein solches Gerät wirklich benötigen. Ob dann der Mietpreis beim Anwender durch Spenden oder nach den ab 1.1.1984 geltenden neuen Bestimmungen des BSHG subventioniert wird, muß im Einzelfall geprüft werden.

Bei künftig weiterhin zurückgehenden Krankenhausverweildauern (im St.-Willehad-Hospital betragen sie 10,7 Tage) durch Aufenthaltsbegrenzungen sowie fallbezogener Vergütung und Betrachtungsweise werden noch mehr Krankenhauskapazitäten frei. Dies kann langfristig nur einhergehen mit vermehrten vor- und nachstationären Maßnahmen.

IX. Abschließendes über Technisches und Organisatorisches sowie über den Funktionsvergleich mit anderen Haus-Notruf-Systemen

Beim Erstellen des **Anforderungsprofils** gingen wir davon aus, daß ein Höchstmaß an Sicherheit erreicht wird. Das System muß auch dann funktionieren, wenn an beiden Enden des Kommunikationsweges menschliches Versagen vorliegt, bedingt durch Unfall, Ohnmacht usw. Es muß sichergestellt werden, daß ein so ausgelöster Notruf auch registriert wird und die Vorgänge müssen reproduzierbar sein, d. h. es muß eine akustische (zeitlich begrenzte) und digitale Dokumentation möglich sein.

Eine Forderung ist und war, daß ein solcher Alarmposten intelligent und programmierbar sein muß, weil sich die Situationen häufig ändern und eine Anpassung vor Ort erforderlich wird. Darüber hinaus soll auch ein Haus-Notrufposten auch sicherheitstechnische Kontrollfunktionen ausüben können, d. h. sich selbst überwachen, ob er funktionsfähig ist. Eine Passiv-Alarmeinrichtung soll gewisse Aktivitätsbewegungen in den Räumen des Haus-Notruf-Anwenders registrieren, ohne daß dies jeweils von einer Zentralstelle erforderlich wäre.

Eines der wichtigsten Merkmale ist, daß die Lautstärken steuerbar sind und im Rahmen von Wechselsprechen Rückkopplungen vermieden werden, wie sie notwendig bei Gegensprechanlagen auftreten. Der Hilferufende muß in jedem Winkel seiner Wohnung die Stimme aus der Zentrale durch den Haus-Notruf-Posten hören können. Die Sprechentfernung vom Haus-Notruf-Posten ist also ein wesentliches Funktionsmerkmal. Daher muß z. B. für Schwerhörige die Grundlautstärke einstellbar sein, um dann von der Zentrale über Fernwirktechnologie zusätzlich noch höhenverstellbar zu sein.

Die einzelnen Alarmarten, z. B. Notruftaste, Notruffinger, An- und Abmeldung, Passivalarmeinrichtung usw., müssen automatisch über den Drahtweg bei der Zentrale einlaufen, um sofort zu erkennen, welche Art von Alarm ausgelöst worden ist und was möglicherweise für Hilfsmaßnahmen einzuleiten sind.

Beim Verändern von Rufnummern muß möglich sein, über Fernprogrammierung diese entsprechende Rufnummernänderung in den Alarmposten einzuspielen.

Abhörmöglichkeiten müssen ausgeschlossen sein, weil nur dann eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Zentrale möglich ist.

Wechselsprechen darf nur dann möglich sein, wenn zuvor ein Notruf ausgelöst wurde. Die Zentrale darf mit dem Teilnehmer nur per normalem Telefon von sich aus sprechen können, sie muß die normale Telefon-Nummer des Haus-Notruf-Teilnehmers wählen. Ein Anschalten des Haus-Notruf-Postens muß ausgeschlossen bleiben.

Die Funkfrequenz muß in einem gesicherten Frequenzbereich untergebracht sein, um zu verhindern, daß andere Einrichtungen hier störend wirken können, z. B. Verkehrsampeln, CB-Funk usw. CB-Funker und viele andere Einrichtungen sind z. B. im Bereich von 20 - 40 Mhz angesiedelt. Technische Fehler und Fehlbedienungen sind dann nicht ausgeschlossen, wenn beispielsweise der Funkfinger betätigt wird, der Ruf jedoch wegen anderer Störeinflüsse nicht ankommt.

Sowohl Blinde wie auch Taubstumme müssen in den Kreis der zu Betreuenden eingezogen werden. Aus diesem Grunde muß der Alarmposten sowohl akustische als auch optische Signale geben und die Funkfinger müssen eine Codierung beinhalten, die verhindert, daß versehentlich aus der Nachbarschaft oder durch Fremde Alarm ausgelöst wird.

Letztlich muß die Installation einer solchen Anlage möglichst simpel sein. Nach dem Setzen der Anschlußdose ADO 8 dürfen keine weiteren Arbeiten und Verkabelungen notwendig sein. Eine einfache Installationsmöglichkeit hat nämlich Auswirkungen auf die Folgekosten, wie z. B. Service, Reparaturen oder Austausch defekter Geräte und Anlagen. Sind die Anlagen kompliziert durch Fachleute zu installieren, so treten hohe Service-, Garantie- und Reparaturkosten auf.

Diese Forderung wurde von uns deshalb erhoben, um einen reibungslosen bundesweiten Service zu ermöglichen.

Führungsmäßiges

Eine Haus-Notruf-Zentrale darf nicht unnötig belastet werden mit zusätzlichen Funktionen. Im Rahmen der aus dem Wertesystem hergeleiteten Zielsetzung soll ja auch eine übergroße Zentrale nicht mit neuen Betreuungsformen Dienste aufnehmen, sondern nur gewisse Informationen aufnehmen, dann diese nach erfolgter Kommunikation mit dem Haus-Notruf-Teilnehmer diese Informationen an die Kleingruppe vor Ort weiterleiten. Sie soll also nur aktiv werden, wenn wirklich "etwas los ist". Generell kann festgehalten werden, daß je komfortabler die Technik ist, desto einfacher das Durchführen von Hilfsmaßnahmen vor Ort und in der Zentrale wird.

So z. B. das Sicherheitsschloß. Von der Zentrale wird ein Relais in der Wohnung des Hilfssuchenden durch den Haus-Notruf-Posten angesteuert. Dadurch läßt sich mit einem speziellen Sicherheitsschlüssel, der bei der Polizei oder Feuerwehr liegen kann, die Wohnungstür entriegeln, um so in die Wohnung zu gelangen. Die Wohnungstür braucht zum Öffnen nicht beschädigt zu werden. Alle derartige Vorgänge werden in der Zentrale registriert und kontrolliert. Raub und Diebstahl sind so nahezu ausgeschlossen. Dieses Öffnen der Tür ist allerdings nur nach erfolgtem Notruf möglich, sonst nicht.

Das Organisieren von Hilfe ist auch deshalb weniger aufwendig, weil technisch und akustisch gesichert eine verbale Kommunikation erfolgen kann. Dadurch kann letztlich ohne große zusätzliche Belastung der traditionellen Wohlfahrtsorganisationen durch viele andere Gruppen unserer Bevölkerung (sonstige regionale Vereine, Familien usw.) Hilfe organisiert und mobilisiert, also klassische Subsidiarität ausgeübt werden. Die Kooperation mit Wohlfahrtsorganisationen wäre sicherlich dienlich, ist aber zum Funktionieren nicht notwendig.

Der laufende Änderungsdienst der abgespeicherten Infrastruktur z. B. eines Haus-Notruf-Teilnehmers muß regelmäßig durchgeführt werden und die möglicherweise geänderten Daten in das System zentral korrigiert und abgespeichert werden. Je komfortabler ein zentrales System, um so sicherer ist die Betreuung durch die Zentrale, um so geringer die Belastung der Mitarbeiter einer Zentrale.

Die externen Kleingruppen (s. Seite 4) können so auch unabhängig von den Wohlfahrtsverbänden eingebunden werden. Allerdings fällt den Wohlfahrtsverbänden ein zusätzliches Potential pflegerisch zu Betreuender zu. Eine weitergehende Einbindung der Wohlfahrtsverbände in das Haus-Notruf-Betreuungssystem ist an sich nicht erforderlich, es sei denn, sie betrieben selbst solche Haus-Notruf-Systeme.

Der ländliche Bereich kann so flächendeckend betreut werden. Die bestehenden Familiengenerationen können zusammenbleiben, ohne daß beispielsweise der Wohnsitz wegen fehlender sozialer Betreuungsformen aufgegeben und deshalb die Stadtnähe aufgesucht werden muß.

Nachbarschaftliche und pfarrgemeindliche Betreuung wird so um vieles erleichtert und denkbare Sicherheitsrisiken werden minimiert.