

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.