

Therapeutische Umschau, 72(9), 577-570, ©2015 Verlag Hans Huber Hogrefe

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift veröffentlichten Artikel. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

Careum unterstützt Open Access und stellt diesen Artikel als Post-Print (letzte Manuskript-Fassung nach dem Peer Review-Verfahren) online zur Verfügung. Die Verlagsfassung darf aus urheberrechtlichen Gründen nicht online zugänglich gemacht werden. Sie ist unter der doi:10.1024/0040-5930/a000721 abrufbar.

Telemedizin für Ältere – Chancen mehren, kritische Punkte angehen!

Der Nutzen von Telemedizinanwendungen für Ältere ist daran zu messen, inwieweit sie erhöhte Potenziale für eine selbstständige Lebensführung bei guter Lebensqualität ermöglichen können. Idealerweise ist dieser Nutzen am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ abrufbar, eingebettet in einem bedarfs- und bedürfnis gerechten Gesundheitssystem, in welchem sämtliche medizinischen und pflegerischen Prozesse integrativ miteinander vernetzt sind. Ergänzt werden muss dieses System durch verstärkte Koproduktion mit den PatientInnen selbst und deren Angehörigen.

Um sich diesen Zielen zu nähern, braucht es ein Umdenken und die Bereitschaft aller AkteurInnen zu tiefgehenden Veränderungen. Medizinische Institutionen müssen sich als lernende Organisationen stärker an den PatientInnen und deren individuellen Bedarfen sowie an intersektoraler und interdisziplinärer Kooperation orientieren. In der Gesundheitspolitik ist es nötig, Verteilungs- und Gerechtigkeitsaspekte stärker zu gewichten. Dabei gilt es besonders, bildungsferneren Schichten und in ländlichen Regionen den Zugang zur Nutzung von Technologien zu erleichtern, um digital divide-Phänomene zu vermeiden. Der Einsatz neuer Gesundheitstechnologien muss deshalb durch flankierende Vorbereitungen und Begleitung durch schnell erreichbare AnsprechpartnerInnen beim Einsatz unterstützt werden. Hinzu kommen Anforderungen an Finanzierungsmodelle und erweiterte Krankenkassenleistungen.

von Ulrich Otto (Careum Forschung), Silvan Tarnutzer (FH St. Gallen),
Marlene Brettenhofer (FH St. Gallen)

Ho bringt es aktuell auf den Punkt: „*This is an exciting time in eHealth to accelerate health system reform, improve health service delivery, and build capacity with eHealth training*“ [1:8]. Allerdings hängt die weitere Ausbreitung telemedizinischer Anwendungen und ihre Akzeptanz in der älteren Bevölkerung von sehr vielen verschiedenen Einflüssen ab. Sie erfordert aktive Schritte und Umdenken bei allen beteiligten Akteursgruppen – den health professionals der unterschiedlichen Disziplinen und Hierarchieebenen ebenso wie den älteren Menschen selbst, ihren Angehörigen und weiteren informell Involvierten. Und Akzeptanz ist zwar ein wichtiges Qualitätskriterium, über das Erreichen wünschenswerter Gesundheitsoutcomes und ebenso wünschenswerter Entwicklungsschritte des Gesundheitssystems entscheiden aber weitere wichtige Faktoren mit. Im vorliegenden Aufsatz werden diesbezüglich ausgewählte Herausforderungen knapp beleuchtet, wobei eine erste – grosse – Herausforderung hier nur genannt wird, aber den Artikelrahmen sprengen würde: Nach wie vor werden die gesundheitlichen und systemischen Wirkungen entscheidend durch die Qualität der erarbeiteten technischen Komponenten und Lösungen beeinflusst.

- *Veränderungsbereitschaft von Organisationen und Personen:* Umsetzen lassen sich die positiven Möglichkeiten der Telemedizin nur, wenn die beteiligten AkteureInnen die „Bereitschaft zu tiefgehenden, möglicherweise sogar radikalen Veränderungen (mitbringen; die Verf.), die nicht nur PatientInnen, Ärzteschaft und andere LeistungsanbieterInnen und -erbringerInnen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie die dazugehörigen Kostenträger betreffen, sondern letztlich für jede/n BürgerIn spür- und erlebbar werden“ [2:304]. Ohne einen entsprechenden Kulturwandel in Organisationen und entsprechend veränderte Haltungen sowohl bei Fachkräften als auch bei primären und sekundären EndnutzerInnen (also den älteren Menschen selbst und ihnen nahestehenden Personen des informellen sozialen Netzwerks) [3] lassen sich die positiven Effekte aber nicht optimal mobilisieren.
- Insofern sehr grundlegend einerseits der Umgang mit kompetenten Älteren als auch anwendungs- und technikbezogenes Wissen gefordert sind – und auf beiden Ebenen entsprechend herauszubildende Handlungskompetenzen –, sind *lernende Organisationen* eine zentrale *conditio sine qua non* für einen positiven Wandel. Sie erfordern ganz praktisch entsprechende Aus- und Weiterbildungsaktivitäten, nicht zuletzt auch für ÄrztInnen [1]. Und nur solche lernenden und aktiv partizipierenden Organisationen werden in der Lage sein, die gerade auch für die Organisationen selbst bedeutsamen Entwicklungen vollziehen zu können, die sich durch Telemedizin sowie AAL-Anwendungen ergeben [4], insbesondere in puncto systematischer Ausrichtung auf Bedürfnisgerechtigkeit und PatientInnenorientierung.
- *Betriebs- und Geschäftsmodelle:* Weithin ungeklärt sind in vielen Bereichen – und zwar gerade da, wo es um komplexere und integriertere Leistungen geht, an denen ein besonderer gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Bedarf besteht – funktionierende Betriebs- und Geschäftsmodelle, zumal solche, die zugleich finanziell wie gesundheits- bzw. versorgungsbezogen nachhaltig sind. Mit Bezug auf *Finanzierungsmodelle* geht es dabei nicht zuletzt darum, auf sämtlichen Stufen der Wertschöpfungskette genau zu prüfen, wem welche Kosten und Nutzen zuzurechnen sind und dies möglichst in angemessenen Finanzierungsmodellen zu berücksichtigen. Eine wichtige Frage stellt sich mit Blick auf die Selbstzahlerbereitschaft einerseits, erstattungsfähige Kassenleistungen andererseits.
- Den prinzipiellen Möglichkeiten entsprechen zentrale Forderungen, die längst auf der Tagesordnung stehen, aber noch längst nicht eingelöst sind: „*Access, quality and affordability of health care for citizens – not only for patients living in urban, but particularly for those living in rural and remote areas*“ [1: 6]. Es sollten also sehr aufmerksam die *Verteilungs- und Gerechtigkeitsaspekte* im Auge behalten werden – nicht, dass es zu einer Potenzierung der *digital divide*-Phänomene kommt. Leitfragen heissen hier beispielsweise: wie ist es mit dem Zugang auch von Menschen mit Migrationshintergrund, profitieren auch hier wie so oft im Gesundheitssektor erneut die bei Bildung und Einkommen Bessergestellten – nach dem Matthäus-Prinzip „wer hat, dem wird gegeben“? Und wird das räumliche Entkoppelungspotenzial von Telemedizin wirklich positiv wirksam und aktiv genutzt, oder profitieren doch wieder Menschen in ländlichen und strukturschwächeren Gebieten weniger – nicht nur aufgrund schlechter ausgebauter Dateninfrastruktur, sondern auch aufgrund kulturell und im Netzwerk der lokalen Communities verankerter höherer Hürden gegenüber bestimmten Kommunikationsformen und Innovationen [5]?
- Analog zur Diskussion in der gesamten Altersbetreuung und Gesundheitsversorgung unter dem *Gesichtspunkt „integrierter Versorgung“ resp. „integrierter flexibler Hilfen“* interessieren vom Nutzen und der Wirkung her gedacht nicht Einzeltechnologien und entsprechende Applikationen oder Dienste – analog dem vielfach beklagten „Gärtchendenken“ mit seinen hochprofessionellen, aber segmentierten und versäulten Einzelleistungen. Sondern es interessiert insbesondere, ob Fortschritte mit Bezug auf übergreifende Versorgungsbedürfnisse und Ziele möglich werden: „*Rather than thinking of individual activities and devices, the focus should be primarily on what set of technological devices for the targeted function or environment is the most effective, reasonably priced, and easily coordinated and maintained to enhance aging in place*“ [6].
- Ohne eine deutlich erhöhte Fähigkeit und *Bereitschaft zur interprofessionellen und intersektoralen Kommunikation und Kollaboration* sind die Paradigmen integrierter Versorgung nicht voranzutreiben [1:8]. Eines der wichtigsten Ziele liegt in einem verstärkt vernetzten Denken und in der Zusammenar-

beit zwischen verschiedenen Leistungserbringern (ÄrztInnen, ApothekerInnen und Pflegenden [7:7]. Im Prinzip bieten hier unterschiedliche IuK-Anwendungen ausserordentliche Möglichkeiten – auch für eine systematisch patientInnen-zentrierte Praxis. Eingang finden sie aber nur mit entsprechenden Kompetenzen, die planvoll zu schulen und trainieren sind: Ho benennt – mit Blick auf die Fachkräfte – die Kerndomäne so: „*to improve communication between doctors, nurses and other health professionals in order to better coordinate patient care through seamless knowledge exchange, therapeutic decision making, and safe monitoring of patients' progress*“ [1:8]. Die Koproduktionskompetenz mit den Älteren und ihren Unterstützungspersonen muss systematisch hinzukommen. Und all diese Kompetenzen müssen komplementär gestützt und verstärkt werden durch dazu passende Organisations- und Versorgungskonzepte und dazu passende Haltungen aller Beteiligten. Der Kings Fund (UK) hat die Vision einer integrierten Unterstützungslandschaft kürzlich eindrucksvoll in einem Bericht beschrieben [8] und dabei überzeugend eine Lebenslaufperspektive eingenommen – von Lebensphasen des aktiven gesunden Alterns über akute, krisenhafte oder stabile Komplexsituationen sowie Rehabilitations- bzw. *re-ablement*-Prozesse bis hin zur Langzeit- und *End-of-Life*-Versorgung.

- Die *Implementation* insbesondere integrierterer Anwendungen stellt hohe Anforderungen an die Akteure, und entscheidet wesentlich über die *out-comes* mit. Sie kann aber zugleich im besten Falle genutzt werden zu wesentlichen Lernschritten hin zu einem besser integrierten systemischen Zusammenwirken im oben beschriebenen kollaborativen Sinne. Allerdings sind dabei strukturelle Bedingungen (u. a. Finanzierung, politische Steuerungen) usw. mächtige kritische Faktoren.
- *Telemedizin erhöht die Anforderungen an Security und Privacy*: Der Schutz der Privatsphäre sowie der personenbezogenen Informationen ist von höchster Bedeutung – nicht zuletzt für die nötige Akzeptanz bei allen Usergruppen – und muss in technischen Designspezifikationen ebenso beachtet werden wie in sämtlichen Prozessen. Die Leitperspektive sollte die sichere, selbstbestimmte und eigene Verfügung der Älteren über ihre Daten sein.
- *Dauerbrenner: Verhältnis von Technik und persönlicher Interaktion*: Unverändert wird „über sämtliche technische und regulatorische Massnahmen hinaus (...) auch in Zukunft eine flankierende Vorbereitung und Begleitung des Technikeinsatzes durch qualifizierte menschliche Ansprechpartner erforderlich sein“ [2:305]. Nicht zuletzt ist immer neu Sorge zu tragen, dass Technologien nicht direkte Kommunikation, Pflege und Sorge (*Care*) zurückdrängen, nicht zu Isolation und Einsamkeit beitragen und nicht das Vertrauen bspw. in die Arzt-PatientInnen-Beziehung gefährden [9:586].

Viele der Entwicklungen im Bereich der Telemedizin sind einerseits technikgetrieben, andererseits motiviert durch Markthoffnungen. Während aber oft allzusehr Verbreitung, Machbarkeit und Akzeptanz bereits als Erfolg betrachtet werden, geht es aus übergeordneter gesundheits- und alternspolitischer Sicht um die systematische Orientierung an den tatsächlichen Wirkungen: um erhöhte Potenziale selbständiger Lebensführung älterer Menschen auf der Basis gestärkter Selbstmanagementfähigkeiten, um Beiträge zu guter Lebensqualität sowie um die bedarfsgerechtere Ausrichtung des Gesundheits- und Versorgungssystems, seine Orientierung an integrierten, intersektoralen Prozessen einschliesslich der viel besseren Verzahnung sämtlicher medizinischer und pflegerischer Prozesse mit dem rasant an Bedeutung gewinnenden „Gesundheitsstandort Zuhause“. In den Worten des King's Fund geht es ums Ganze. Und vor allem darum, das Ganze zu realisieren: „*Making it happen – integrated care to support older people and their families*“ [8:54]. In dieser Perspektive sind sowohl die Health Professionals als auch die Organisationen aufgefordert, sich an dieser Entwicklungsaufgabe aktiv zu beteiligen. Und dabei alle relevanten User – allen voran die älteren Menschen selbst – aktiv einzubeziehen.

Literatur

1. Ho K. Key Trends in eHealth to Propel Health Transformation and Education. UBCMJ 2014; 5:6–9.
2. Norgall T. Fit und selbstständig im Alter durch Technik. Von der Vision zur Wirklichkeit? Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2009; 52:297–305.
3. Otto U. Soziale Netzwerke. In: Otto H-U, Thiersch H, Hg. Handbuch Soziale Arbeit. 4./5. Aufl. München: Reinhardt, 2011:1376–1389.

4. Siegel C, Hochgatterer A, Dorner TE. Contributions of ambient assisted living for health and quality of life in the elderly and care services – a qualitative analysis from the experts' perspective of care service professionals. *BMC Geriatr* 2014; 14:112.
5. Wathen CN, Harris RM. "I try to take care of it myself." How rural women search for health information. *Qual Health Res* 2007; 17:639–651.
6. Satariano WA, Scharlach AE, Lindeman D. Aging, Place, and Technology: Toward Improving Access and Wellness in Older Populations. *J Aging Health* 2014; 26:1373–1389.
7. Schmid, A. Ein besserer Datenaustausch erhöht die Sicherheit jedes Einzelnen. Interview mit C. Weiss und U. Tremp. *Curaviva* 2014:7–14.
8. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund, 2014.
- Rashidi P, Mihailidis A. A Survey on Ambient-Assisted Living Tools for Older Adults. *IEEE Journal of Biomedical and health informatics* 2013; 17:579–590.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer.soc. habil. Ulrich Otto
Careum Forschung
Forschungsinstitut der Kalaidos FH Gesundheit
Pestalozzistrasse 3
8032 Zürich
ulrich.otto@careum.ch