

TELEMEDIZIN UND ASSISTENZSYSTEME

Lösungen, die sich rechnen

Das Förderprojekt E-Health@Home hat Geschäftsmodelle zur Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft entwickelt und erforscht.



Foto: Linde AG

Telemedizin und technische Assistenzsysteme, unter dem Begriff Ambient Assisted Living (AAL) zusammengefasst, gelten als wichtige Ansätze, um die Probleme der alternden Gesellschaft zu lösen. Viel Geld fließt bereits seit mehreren Jahren in Forschung und Entwicklung entsprechender Produkte und Dienstleistungen, ohne dass ein breiter Durchbruch zu erkennen wäre. Zwar gebe es eine lebhaftere Forschungslandschaft und zahlreiche „living labs“, aber „es fehlen bezahlbare AAL-Lösungen, die zum Beispiel im Sanitätshaus zu bekommen sind“, konstatierte der Leiter des Konzerngeschäftsfelds Gesundheit der Deutschen Telekom, Dr. Axel Wehmeier, bei der Abschluss-tagung des Forschungsverbunds E-Health@Home* in Berlin. Es gebe bislang nur sehr wenige AAL-Produkte auf dem Markt, von einer Produktvielfalt ganz zu schweigen.

In seinem Impulsvortrag gab Wehmeier einige Beispiele für die informationstechnische Rückstän-

Langzeitbeatmeter Patient, der von einer pflegerischen Fachkraft im REMEO-Center versorgt wird

* gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Förderschwerpunkt „Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel“ von September 2008 bis August 2011

digkeit des Pflege- und Gesundheitssektors: So liegt die Nutzung von IT an den Arbeitsplätzen in der ambulanten Pflege bei nur zwei Prozent – in der Automobilbranche beträgt die IT-Diffusionsrate 60 Prozent, im Bankenbereich 100 Prozent. Ebenso kommen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Aufbau einer Telematikinfrastruktur seit Jahren nur schleppend voran.

Vor dem Hintergrund, dass viele Projekte das Ende ihrer Förderphase nicht überleben, hat man im Rahmen von E-Health@Home die Akzente von vornherein anders gesetzt: Ziel war es nicht nur, innovative technologiegestützte Alternativen vor allem für ältere Menschen zu entwickeln, die bislang aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden, sondern hierfür auch tragfähige Geschäftsmodelle zu erarbeiten (www.e-health-at-home.de).

Ausgangspunkt dafür sei die Prämisse, dass sich bei der medizinischen und pflegerischen Betreuung

eine stärkere Verzahnung von stationärer und zunehmend mehr ambulanter Versorgung abzeichne und das Zuhause als Gesundheitsstandort grundlegend aufgewertet werde, erläuterte Joachim Liesenfeld vom Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Universität Duisburg-Essen, das den Projektverbund koordiniert.

Spezialisierte Leistung

Eines der Projekte, das mit einem erfolgreichen Geschäftsmodell inzwischen auf dem Markt agiert, ist REMEO (lat.: „ich kehre nach Hause zurück“) zur außerklinischen Versorgung langzeitbeatmeter Patienten. Derzeit gibt es bundesweit fünf Zentren, in denen beatmete Patienten, die stabil genug sind, die Intensivstation der Klinik zu verlassen, auf ein mobiles Leben in einem ambulanten Umfeld, möglichst dem eigenen Zuhause, vorbereitet werden. Betroffen sind beispielsweise Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, zystischer Fibrose oder neuromuskulären und neurologischen Erkrankungen.

Über das von der Linde AG entwickelte Konzept sind je nach individuellem Bedarf verschiedene Versorgungsmodelle möglich – sie reichen von regelmäßigen Hausbesuchen oder einer 24-stündigen Betreuung zu Hause durch pflegerische Fachkräfte bis zur vollstationären Versorgung im Zentrum. Im Unterschied zum Aufenthalt auf Intensivstationen erhöhe sich für die Patienten und deren Angehörige die Lebensqualität, etwa durch geringere Infektionsraten, angenehmere Unterbringung und unlimitierte Besuchszeiten in den Zentren, berichtete Konrad Bengler, Linde AG. Zudem verringere sich die stationäre Wiedereinweisungsrate. Die ärztliche Versorgung wird im „REMEO Center“ durch einen Arzt für Allgemeinmedizin und einen Facharzt, etwa für Lungenheilkunde, sichergestellt. Die Kostenträger profitieren von dem Versorgungsmodell, weil es preiswerter ist als eine lange Verweildauer auf der Intensivstation.

Ein ganz anders geartetes Beispiel für ein erfolgreiches E-Health-Geschäftsmodell liefert das Netz-

werk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. (www.fussnetz-koeln.de). Das Netzwerk, das 2002 aus der Initiative engagierter Ärzte entstanden ist, hat sich zum Ziel gesetzt, das Wundmanagement von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom zu verbessern. Technische Unterstützung bietet eine sichere IT-Plattform für die medizinische Dokumentation und für konsiliarische Online-Anfragen an andere Ärzte innerhalb des Netzwerks, die das Fraunhofer-Institut für Software und Systemtechnik (ISST) entwickelt hat. Die ärztlichen Leistungen werden über einen Versorgungsvertrag nach § 140 Sozialgesetzbuch V finanziert, an dem sich in Nordrhein derzeit 80 Prozent der Krankenkassen beteiligen.

Vom Netz profitieren viele

Das Modell hat inzwischen auch Nachahmer in anderen Regionen wie etwa in Hamburg, München und im Nordschwarzwald gefunden. Der Vorteil: „Die Anzahl der Amputationen oberhalb des Knöchelgelenks wurden deutlich reduziert zugunsten von kleineren Amputationen; die Patienten bleiben mobil“, erläuterte Oliver Koch, Fraunhofer-ISST. Durch eine intensivere Betreuung und Beratung der Patienten lassen sich Fehlentwicklungen zudem früher erkennen und vermeiden. Die Netz-Ärzte profitieren von dem kollegialen Austausch, internen Assessments und Fortbildungen sowie einer besseren Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen.

Diese und knapp 260 weitere Telemedizin- und AAL-Modellprojekte sind auch auf der interaktiven E-Health@Home-Landkarte zu finden, die das Institut Arbeit und Technik Gelsenkirchen erstellt hat (www.iat.eu/ehealth). Die Datenbank ermöglicht einen systematischen Überblick über die bislang in Deutschland vorhandenen Dienste und Anwendungen einschließlich der jeweils zugrundeliegenden Geschäftsmodelle. Die Pflege und Weiterentwicklung der Datenbank nach Abschluss des Projekts sind mangels finanzieller Förderung allerdings noch offen.

Heike E. Krüger-Brand

PRIVATE KRANKENHAUSTRÄGER

Der Ärztemangel wird zum Problem

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken warnt vor Versorgungsengpässen und wehrt sich gegen jegliche Pläne des Gesetzgebers, die Zulassung von Krankenhaus-MVZ zu beschränken.

Auch für die privaten Krankenhausträger, auf die in vielen Regionen bereits mehr als 50 Prozent aller Kliniken entfallen, wird der Fachkräftemangel zu einem zunehmend existenziellen Problem. Nach Feststellungen des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) haben bereits zwei Drittel aller Krankenhäuser akute Schwierigkeiten, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. „Bloße Änderungen der Arbeitszeitorganisation, Streckung der Personaldecke über Schichtdienste und mehr Teilzeitarbeit, wie sie noch unter der Ägide der verflochtenen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zum Programm erhoben wurden, sind kaum ausreichend und wirken nur palliativ“, sagte die Verbandspräsidentin, Dr. med. Katharina Nebel, Anfang Juli beim BDPK-Jahreskongress in Dresden.

Dramatische Prognosen

Der sich verstärkt abzeichnende Ärztemangel im ambulanten und im stationären Sektor könnte bis zum Jahr 2019 dramatische Formen annehmen: Nach einer Prognose des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), die Studienleiter Dr. Karl Blum vorstellte, werden in den nächsten zwei Dezennien mehr als 37 000 Ärztinnen und Ärzte zusätzlich benötigt. Dabei dürfte sich der seit Jahren größer werdende Ärztemangel besonders im stationären Sektor verschärfen. Die Gründe: Die demografische Entwicklung, die gestiegene Lebenserwartung und die zunehmende Multimorbidität im Zusammenhang mit



den wachsenden Möglichkeiten einer raschen Realisation des medizinischen Fortschritts beanspruchen die personellen wie strukturellen Infrastrukturen zum Teil über die Belastungsgrenzen hinaus.

Es gibt vor allem im Kliniksektor seit kurzem zu beobachtende überraschende Trends, wie Blum berichtete: Sei bis vor einigen Jahren der Klinikärztemangel in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer noch besonders deutlich spürbar gewesen, so gebe es zwischen West und Ost inzwischen kaum noch Unterschiede in der Dringlichkeit des Zusatzbedarfs. Vielmehr sei zum Teil ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten mit dem Ergebnis, dass die Versorgung mit medizinischem Fachpersonal