

Positionspapier Tele-Ergotherapie

Die Tele-Ergotherapie unterstützt Klient*innen unter Berücksichtigung ihrer persönlichen und gesundheitlichen Faktoren sowie äußeren Umstände, Ergotherapie in Anspruch zu nehmen. Sie ermöglicht Ergotherapeut*innen eine klient*innen-zentrierte Durchführung von orts- und zeitflexiblen Interventionen hinsichtlich bedeutungsvoller Betätigungen in der tatsächlichen Lebenswelt.

Folgende Personen haben an der Erstellung des Positionspapiers mitgewirkt:

Stefanie Holt, BSc; Lena Rettinger, BSc, MSc; Birgit Tevnan, MSc; Mag. Katrin Unterweger, MSc; Helga Vitecek-Kandolf, MSc; Mag. Rita Wania, BSc, PhD

Das Projekt wurde unterstützt durch:

Ergotherapie Austria – Bundesverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs.

Hintergrund

Im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens entstehen neue Chancen, den ergotherapeutischen Prozess mithilfe digitaler Medien zu ergänzen. Ergotherapie Austria sieht es als seine Aufgabe, diese Entwicklung aktiv zu fördern und Ergotherapeut*innen in der Umsetzung zu bestärken.

Tele-Gesundheit (Telehealth) ist die Erbringung von gesundheitsbezogenen Leistungen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) über eine räumliche Distanz und beinhaltet die Diagnostik, Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention, Therapie, Evaluation und das Monitoring von Klient*innen (AOTA, 2017).

Die Tele-Ergotherapie versteht sich als Teil der Tele-Gesundheit und unterstützt das Recht Ergotherapie in Anspruch zu nehmen (WFOT, 2021). Sie umfasst das im Gesetz des medizinisch-technischen Dienstes (MTD-Gesetz, 1992) verankerte ergotherapeutische Leistungsspektrum, welches mittels IKT orts- und/oder zeitflexibel erbracht werden kann.

Der Einsatz ist vielfältig und kann durch persönliche und gesundheitliche Faktoren oder äußere Umstände begründet sein. Tele-Ergotherapie empfiehlt sich dann, wenn sie im Rahmen des ergotherapeutischen Reasonings die bestmögliche ergotherapeutische Versorgung darstellt.

Voraussetzungen

Eine **klient*innenzentrierte Haltung** der Ergotherapeut*innen bildet die Basis für den Einsatz von Tele-Ergotherapie.

Die Umsetzung des MTD-Gesetzes und der damit verbundenen **ethischen, rechtlichen und datenschutzrechtlichen Berufspflichten**, insbesondere das Wohl der Klient*innen, ist stets zu beachten. Der Einbezug des neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstandes sowie die Zweckmäßigkeit der Therapie stellen Grundvoraussetzungen dar (Ergotherapie Austria, 2013; MTD Gesetz, 1992).

Die Verfügbarkeit der erforderlichen **technischen Infrastruktur** sowie die Kompetenz in deren Verwendung muss sowohl bei Ergotherapeut*innen als auch bei Klient*innen bzw. Bezugspersonen gegeben sein. Die durchführenden Ergotherapeut*innen besitzen die **Fähigkeiten und Ressourcen**, geeignete Methoden und deren praktische Anwendung zu ermitteln und umzusetzen. Die Auswahl der Klient*innen für die Tele-Ergotherapie berücksichtigt ihre Körperfunktionen, Aktivitäten, Partizipation, umwelt- und personenbezogene Faktoren (World Health Organization, 2001).

Die **Akzeptanz** der Tele-Ergotherapie, insbesondere die Motivation und das Vertrauen in diese, muss sowohl auf Seite der Therapeut*innen, als auch auf Seite der Klient*innen sowie gegebenenfalls der Bezugspersonen vorhanden sein. Dies bezieht sich auf den Einsatz der Technik im Allgemeinen, als auch auf

die konkret damit verbundenen tele-ergotherapeutischen Maßnahmen.

Potentiale

Tele-Ergotherapie ermöglicht Ergotherapeut*innen Interventionen hinsichtlich bedeutungsvoller Betätigungen in der tatsächlichen Lebenswelt der Klient*innen zu gestalten. Vergleichbar mit einem Hausbesuch findet dadurch der Transfer und die Integration der Therapieinhalte in den Alltag unmittelbar statt. Weitere Bezugspersonen können einfach in den Prozess integriert werden. Die räumliche Distanz fördert die Autonomie und Eigenverantwortung der Klient*innen. Dies eröffnet die Chance auf ein verstärktes Patient-Empowerment und Adhärenz zu gesundheitsfördernden Maßnahmen außerhalb der Therapie (Cowper-Ripley et al., 2019; McGloin et al., 2020; Yacoby, Zeilig, Weingarden, Weiss & Rand, 2019).

Ein weiterer Vorteil der Tele-Ergotherapie ist die **örtliche Flexibilität** (Russel, 2007). Durch ein anpassungsfähiges und breites Angebot steigt die Versorgungsgerechtigkeit. Der Zugang zur Ergotherapie und bei Bedarf zu Ergotherapeut*innen mit Spezialisierung wird für die Bevölkerung verbessert (WFOT, 2021). Das punktuelle Hinzuziehen von weiteren relevanten Personen sowie die Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen kann niederschwellig realisiert werden.

Unterschiedliche und individuelle Kombinationen aus **synchronen und asynchronen** Therapie-Anteilen stellen ein wesentliches Potential der Tele-Ergotherapie dar (AOTA, 2017; WFOT, 2021). Die vereinbarte asynchrone Informationsweitergabe in mündlicher, schriftlicher und bildlicher Form bietet die Möglichkeit, den Therapieprozess kontinuierlich zu gestalten. Ausgewählte Angebote der Tele-Ergotherapie können somit **zeitlich flexibel** umgesetzt werden. Durch eine individuelle Aufteilung der Therapiezeit kann eine bedarfsorientierte therapeutische Intervention und Evaluierung zwischen den synchronen Therapieeinheiten stattfinden.

Fazit

Tele-Ergotherapie stellt eine Erweiterung des klient*innenzentrierten ergotherapeutischen Angebots, unter Berücksichtigung der Effektivität und Ökonomie, dar (Llórens, Noé, Colomer & Alcaniz, 2014; Tcheró, Teguo, Lannuzel & Rusch, 2018). Das Potential liegt in einer modernen, individualisierten Klient*innenversorgung. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden gemeinsam mit der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitsbereich in den ergotherapeutischen Alltag inkludiert.

Glossar

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) sind technische Medien, die zur Kommunikation herangezogen werden und umfassen z.B. Video- und Audiokonferenzen, Chat-Nachrichten, Wearables (z.B. Smartwatch), Sensortechnologien, Patientenportale oder -plattformen, Gesundheits-Apps, Virtuelle Realität (VR), Robotik und therapeutische Spieltechnologien (Richmond et al., 2017).

Ergotherapie: Ziel der Ergotherapie ist es, Menschen bei der Durchführung von für sie bedeutungsvollen Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit/Erholung in ihrer Umwelt zu stärken. Die Handlungsfähigkeit im Alltag steht dabei im Zentrum der Ergotherapie. Deshalb unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind und/oder ihre Handlungsfähigkeit erweitern möchten (Ergotherapie Austria, o.J.).

Bedeutungsvolle Betätigung: Unter bedeutungsvollen Betätigungen werden in der Ergotherapie Handlungen verstanden, die für eine selbstständige Lebensführung und Erfüllung aller Rollen der Klient*innen wesentlich sind. Das Definieren von bedeutungsvollen Betätigungen sowie das Wiederherstellen, Anbahnen, Unterstützen und/oder Adaptieren dieser ist Ziel und Inhalt der Ergotherapie.

Ergotherapeutischer Prozess: Der ergotherapeutische Prozess ist ein interaktiv und zirkulär gestaltetes Verfahren, das Ergotherapeut*innen mit ihren Klient*innen für die Dauer der Therapie durchlaufen. Er umfasst folgende Schritte: die Anamnese und Diagnose, die Analyse und Interpretation der erhobenen Daten, die Zielsetzung und Planung der Intervention hin zum angestrebten Sollzustand, die Durchführung ergotherapeutischer Maßnahmen und deren Evaluation sowie die Dokumentation aller Schritte (Haase, F. C., 2015).

Ergotherapeutisches Reasoning: Klinisches Reasoning ist ein Prozess, der von Ergotherapeut*innen angewandt wird, wenn sie Therapie planen, durchführen, Patient*innen anleiten, Angehörige beraten und wenn sie über ihre ergotherapeutische

Arbeit reflektieren. Es ist ein Prozess, bei dem Therapeut*innen an Vieles denken, über Vieles nachdenken und unterschiedliche Standpunkte mit einbeziehen (Feiler, 2003).

Klient*innenzentrierung: Die Betätigungsziele der Klient*innen stehen in der Ergotherapie im Mittelpunkt. Wünsche, Vorstellungen und Überzeugungen von Klient*innen werden respektiert und situativ passend in den Therapieprozess implementiert.

MTD-Gesetz: Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (BGBl. Nr. 460/1992). Das MTD-Gesetz trat mit 1. September 1992 in Kraft. Es regelt unter anderem das Berufsbild der Ergotherapie, die Voraussetzungen für die Berufsberechtigung, die selbständige und freiberufliche Berufsausübung, die Berufspflichten und so weiter.

Patient-Empowerment: Patient-Empowerment ist der Prozess, durch den Patient*innen mehr Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen ihre Gesundheit betreffend gewinnen (World Health Organization, 1998).

Adhärenz: Adhärenz bezeichnet in wie weit das Verhalten einer*s Klient*in mit den gemeinsam vereinbarten Therapieempfehlungen übereinstimmt (World Health Organization, 2003).

Synchron/asynchron: Unter asynchron versteht man eine zeitlich versetzte Kommunikation oder Datenübertragung. Im Gegensatz dazu steht die synchrone oder direkte (live) Kommunikation.

ICF: Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden (World Health Organization, 2001).

Quellen

- AOTA- American Occupational Therapy Association (2017). *The American Occupational Therapy Association Advisory Opinion for the Ethics Commission- Telehealth*. <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Ethics/Advisory/telehealth-advisory.pdf>
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), BGBl. Nr. 460/1992 idF 148/2021. https://www.ris.bka.gv.at/Geltende_Fassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010701 (abgerufen am 8.7.2021)
- Cowper-Ripley, D. C., Jia, H., Wang, X., Freytes, I. M., Hale-Gallardo, J., Castaneda, G., Findley, K., & Romero, S. (2019). Trends in VA Telerehabilitation Patients and Encounters Over Time and by Rurality. *Federal Practitioner: For the Health Care Professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36(3), 122–128.
- Ergotherapie Austria (2013). *Ethisches Leitbild der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten Österreichs* (2. Auflage). Wien.
- Ergotherapie Austria (o. J.). Definition der Ergotherapie. <https://www.ergotherapie.at/definition-der-ergotherapie>
- Feiler, M. (2003). *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. <http://link.springer.com/openurl?genre=book&isbn=978-3-540-67698-0>
- Haase, F. C. (2015). Ergotherapeutischer Behandlungsprozess In C. Scheepers, U-Steding-Albrecht, & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie: Vom Behandeln zum Handeln*. (5. Auflage, S. 187–212). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Llöréns, R., Noé E., Colomer C., Alcaniz M. (2015). Effectiveness, Usability, and Cost-Benefit of a Virtual Reality-Based Telerehabilitation Program for Balance Recovery After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 418–425.

- McGloin, H., O'Connell, D., Glacken, M., Mc Sharry, P., Healy, D., Winters-O'Donnell, L., Crerand, K., Gavaghan, A., & Doherty, L. (2020). Patient Empowerment Using Electronic Telemonitoring With Telephone Support in the Transition to Insulin Therapy in Adults With Type 2 Diabetes: Observational, Pre-Post, Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*, 22(5), e16161.
- Richmond, T., Peterson, C., Cason, J., Billings, M., Terrell, E. A., Lee, A. C. W., Towey, M., Parmanto, B., Saptano, A., Cohn, E. R., & Brennan, D. (2017). American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(2), 63–68.
- Russell, T. G. (2007). Physical rehabilitation using telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(5), 217–220.
- Tchero, H., Teguo M.T., Lannuzel A., Rusch E. (2018). Telerehabilitation for stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 20(10), e10867, p.1. <https://doi:10.2196/10867>
- World Federation of Occupational Therapists. (2021). *Position Statement. Occupational Therapy and Telehealth*. <https://wfot.org/resources/occupational-therapy-and-telehealth>
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action / [edited by Eduardo Sabaté]. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Yacoby, A., Zeilig, G., Weingarten, H., Weiss, R., & Rand, D. (2019). Feasibility of, Adherence to, and Satisfaction With Video Game Versus Traditional Self-Training of the Upper Extremity in People With Chronic Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(1), 7301205080p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.026799>