



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

Projektergebnisse

@vis – videogestützte Visite

Mit Abstand in Kontakt

Projektteam:

Rebecca Weiland M.Sc.

Johannes Isenbrandt M.Sc.

Annika Oberließen B.A.

Julia Terveen M.Sc.

Jill van de Louw M.Sc.

Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann

Kontakt: menzel-begemann@fh-muenster.de

Stand: 24.11.2022

münster.land.leben
GESUNDHEITSVERSORGUNG, TEILHABE UND WOHLBEFINDEN IM RURALEN RAUM

**Innovative
Hochschule**



EINE GEMEINSAME INITIATIVE VON

Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Gemeinsame
Wissenschaftskonferenz
GWK

Inhaltsverzeichnis

1. Kurzvorstellung des Projektes	3
Das Projekt im KWML	3
2. Methodisches Vorgehen im Projektverlauf	5
3. Ergebnisse im Projektverlauf	6
3.1 Baseline-Erhebung	6
3.2 Evaluation bestehender Kommunikationslösungen im KWML	6
3.3 Befragung von Gesundheitsprofessionellen und Patient*innen	7
4. Gesamtfazit	14

1. Kurzvorstellung des Projektes

Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Initiative „Innovative Hochschule“ (IHS) wurde von 2018 bis 2022 das Projekt „münster.land.leben“ durchgeführt. Die IHS ist eine Förderinitiative von Bund und Ländern, die neben Bildung und Forschung die "dritte Mission" – den Transfer bzw. die Kooperation und Innovation – in den Mittelpunkt rückt. Täglich entstehen neue Ideen und neues Wissen in der Hochschullandschaft. Nur durch einen direkten und wechselseitigen Austausch mit Akteur*innen aus Wirtschaft, Kultur und Gesellschaft können daraus Innovationen entstehen, die den Wohlstand und die Lebensqualität sichern.

Gefördert durch die IHS geht das Gesamtprojekt „münster.land.leben“ der FH Münster seit 2018 mit rund 80 Partner*innen in 13 Teilprojekten eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen an: Gesundheit, Teilhabe und Wohlbefinden im ländlich geprägten Raum. Nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels und den Auswirkungen der Globalisierung ist dies ein Zukunftsthema für die Region und somit inzwischen eines von drei zentralen Leitprojekten des Markenprozesses im Münsterland.

Eines dieser 13 Teilprojekte des Gesamtprojekts „münster.land.leben“ war von Oktober 2020 bis Dezember 2022 „@vis – videogestützte Visite“, welches das Ziel verfolgte beim Kooperationspartner, dem Klinikum Westmünsterland (KWML), partizipativ eine videogestützte Kommunikationslösung einzuführen, um die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen sowie zwischen den Patient*innen und den Gesundheitsprofessionen zu verbessern. Dabei sollten räumliche Distanzen überwunden, fachspezifische Expertise gemeinsam genutzt und Technik nutzer*innenorientiert eingesetzt werden, um Ressourcen zu schonen und vor allem die Patient*innenbehandlung zu verbessern. Das übergeordnete Ziel der wissenschaftlichen Begleitung war es, transferfördernde und -hemmende Faktoren des Technologieeinsatzes zu erheben und die Einsetzbarkeit von Videokommunikationslösungen in standortübergreifenden und ggf. interprofessionellen Visiten zu evaluieren. Vor- und Nachteile in der Versorgung per Videokontakt sollten sowohl aus Patient*innen- als auch aus Sicht von anwendenden Berufsgruppen und Betreibern eingeschätzt und Bedingungen benannt werden, unter denen die Einbindung der videogestützten Visite zielführend ist.

Das Projekt im KWML

Die videogestützte Visite wird seit Juni 2021 zwischen den Standorten Ahaus (Unfallchirurgie) und Vreden (Geriatric) bei Patient*innen auf der Unfallchirurgie mit geriatricem Visitenbedarf durchgeführt. Im Schnitt werden pro Woche ein bis drei Patient*innen mithilfe von Tablets und einer zertifizierten Videokommunikationssoftware gemeinsam, indikationsübergreifend und videogestützt visitiert. Hierfür wurde ein neuer Visitenprozess zusätzlich zur Präsenzvisite geschaffen. Aus der Zusammenarbeit mit dem KWML lassen sich die folgenden Aspekte ableiten: Die involvierten Ärzt*innen halten diese Art der Kommuni-

kation für eine sinnvolle Erweiterung des stationären Versorgungsangebots. Auch die Patient*innen haben diese innovative Kommunikationsform mit den Versorgenden gut angenommen. Der besondere Benefit dieser technischen Anwendung in der Versorgung ist die Möglichkeit der frühzeitigen interdisziplinären, gemeinsamen Planung der (Weiter-) Behandlungsmöglichkeiten der Patient*innen. Die Patient*innen rücken so in den Fokus der Versorgung, können einfacher an Entscheidungen beteiligt werden und stehen im Mittelpunkt der Kommunikation. Diese Nutzung digitaler Anwendungen zeichnet sich als besonders ressourcenschonend, einfach und effektiv im Versorgungsprozess aus. Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionellen und den Patient*innen sowie unter den Gesundheitsprofessionellen kann niederschwellig ermöglicht werden, Expertise kann zeit- und ressourceneffizient ausgetauscht und die Behandlung somit verbessert werden. Aus Sicht des Kooperationspartners bestehen diverse Ausweitungsbedarfe (u.a. Einbindung von Pflegekräften und Physiotherapeut*innen in bestehende oder zusätzliche videogestützte Visiten, Vernetzung von Intensivstationen der Standorte), die sie in Zukunft umsetzen möchten.

Aus der Begleitung und Initiierung des Implementierungsprozesses der videogestützten Visite im KWML und insbesondere mit der wissenschaftlichen Datenerhebung und -analyse lassen sich Empfehlungen für die Einführung, die Anwendung und den Nutzen von Videokommunikation in verschiedenen gesundheitlichen Versorgungssettings ableiten. Hiermit wurde u.a. das KWML dabei unterstützt, weitere innovative Technologien zu implementieren und bestehende Versorgungsprozesse zu digitalisieren oder zu hybridisieren, damit die Patient*innenbehandlung zu verbessern und so nicht zuletzt die Gesundheitsversorgung im ruralen Raum zu stärken.

2. Methodisches Vorgehen im Projektverlauf

Vor, während und nach dem Implementierungsprozess wurden transferhemmende und -fördernde Faktoren für die Einführung und Nutzung einer videogestützten Visite in bestehende, differenzierte Behandlungsprozesse zweier Standorte des KWML erhoben. Vor und während der Implementierung wurde untersucht: Welche allgemeinen und spezifischen, technischen, personalen, strukturellen sowie prozessualen Voraussetzungen für eine solche Implementierung bestehen und nötig sind (Literatur- und Umgebungsanalyse; Baseline-Erhebung) sowie die Einschätzungen und Wünsche der Mitarbeitenden des Kooperationspartners in Bezug auf Nutzen, Einsetzbarkeit und Erleben von Videokommunikation im professionellen Kontext (Evaluation bestehender Kommunikationslösungen des Kooperationspartners). Basierend auf diesen Ergebnissen wurde der Implementierungsprozess entworfen bzw. kontinuierlich angepasst und die weitere Datenerhebung geplant.

Nach dem Implementierungsprozess wurden Meinungen, Erwartungen, Wünsche und Einschätzungen zur Kommunikation, zur Patient*innenversorgung, zu Vor- und Nachteilen, zum Einsatz und zur Ausweitung der Videokommunikation erhoben (Interviews mit Gesundheitsprofessionellen und Patient*innen). Zur Sicherstellung der Multiperspektivität im Forschungsprozess und insbesondere in der Datenerhebung gehörten zu den befragten Zielgruppen: Patient*innen, die per Videokommunikation behandelt wurden, Gesundheitsprofessionelle, die im beruflichen Kontext Videokommunikation nutzen und Mitarbeitende des Kooperationspartners, die an der Implementierung der Videokommunikationslösungen beteiligt waren (z.B. IT, Projektmanagement) oder berufliches Interesse am Einsatz innovativer Kommunikationstechnik im KWML haben. Wobei insbesondere die Öffnung der samplingbezogenen Einschlusskriterien während der Datenerhebung hin zu diverseren gesundheitlichen Versorgungssettings mit Videokommunikation auch außerhalb des KWML besonders gewinnbringende Erkenntnisse lieferte.

3. Ergebnisse im Projektverlauf

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung dieses Implementierungsprojekts sollte die Hauptforschungsfrage des Projekts: Inwiefern die Videovisite die Versorgung beeinflusst (u.a. Wahrnehmung der Teilnehmenden als gleichberechtigte Kommunikationspartner*innen; Gesprächsführung / -verlauf; Autonomie des Wahrnehmungsbereiches der per Videovisite zugeschalteten Person; Zeiteffizienz), bzw. unter welchen normativen und lokalen Bedingungen eine Nutzung zielführend ist und welche Inhalte in welcher Form über ein elektronisches Medium transportiert werden sollten, beantwortet werden. Das übergeordnete Ziel war es, transferfördernde und hemmende Faktoren des Technologieeinsatzes zu erheben und die Einsetzbarkeit von Videokommunikationslösungen in standortübergreifenden und ggf. interprofessionellen Visiten zu evaluieren. Vor- und Nachteile in der Versorgung per Videokontakt sollten sowohl aus Patient*innen- als auch aus Sicht von anwendenden Berufsgruppen eingeschätzt und Bedingungen benannt werden, unter denen die Einbindung der videogestützten Visite zielführend ist. Hierzu wurden die verschiedenen Datenerhebungsmomente und -methoden genutzt.

3.1 Baseline-Erhebung

Mittels teilnehmender Beobachtungen an Visiten in Präsenz wurde eine Baseline-Erhebung durchgeführt, die anschließend Basis für die Implementierungsstrategie war. Besondere Beobachtungen hierbei waren: die Art und Weise der Interaktion zwischen Ärzt*innen, anderen Gesundheitsprofessionellen und den Patient*innen; der Ablauf der stark getakteten, sehr zeiteffizienten Visite sowie die Einbindung verschiedener Hilfsmittel im Visitenprozess, wie beispielsweise die ePA. Eine Schlussfolgerung dessen war die Notwendigkeit des Entwurfs eines separaten, zusätzlichen Videovisitenprozesses.

3.2 Evaluation bestehender Kommunikationslösungen im KWML

Von Oktober 2021 bis Januar 2022 fand eine Survey-Befragung der Mitarbeitenden des Kooperationspartners statt. In diesem Rahmen wurden bestehende (Video-)Kommunikationslösungen des KWML zur betrieblichen Kommunikation evaluiert. Eine geringe Gesamtteilnahmequote (n=142 (2,7% bei 5500 adressierten Mitarbeitenden)) und eine hohe Dropout-Quote (n=57) verhinderten eine aussagekräftige Ergebnisinterpretation. Die Freitextantworten lieferten Hinweise für Themen, die in der anschließenden Interviewforschung näher betrachtet werden sollten und flossen entsprechend in die Entwicklung des Interviewleitfadens ein.

3.3 Befragung von Gesundheitsprofessionellen und Patient*innen

Kern der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts war die qualitative Interviewstudie. In diesem Rahmen wurden zwischen September 2021 und September 2022 17 qualitative Interviews mit Gesundheitsprofessionellen und Patient*innen geführt.

Methodik

Der Interviewleitfaden wurde literaturbasiert und gestützt auf die vorhergehende Datenerhebung entwickelt. Dem qualitativen, zirkulären Forschungsprozess folgend wurde der Interviewleitfaden und die Rekrutierungsstrategie kontinuierlich angepasst. Die Schritte der Datenerhebung und Datenauswertung verliefen parallel.

Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über berufliche wie private Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit. Einschlusskriterien für die Teilnahme waren als Patient*in mindestens einmal per Videovisite behandelt worden zu sein und als Gesundheitsprofessionelle*r mindestens einmal per Videovisite behandelt zu haben. Die anfängliche Konzentration der Datenerhebung auf Teilnehmende aus der stationären Versorgung mit der Videovisite im KWML ergab eine unzureichende Datenmenge. Darauf folgend wurden die Einschlusskriterien für Patient*innen und Gesundheitsprofessionelle hinsichtlich diverserer gesundheitlicher Versorgungssettings mit Videokommunikation auch außerhalb des KWML geöffnet. In diesem Zuge wurden sowohl der Interviewleitfaden als auch die Rekrutierungsstrategie angepasst.

Geführt wurden die halbstrukturierten, leitfadengestützten, qualitativen Interviews als Einzel- und Paarinterviews von Arbeitskolleg*innen; persönlich, per Videotelefonie oder telefonisch. Die Transkriptionen der Interviews wurden mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz¹ ausgewertet. Von der Forschungsfrage geleitet wurde entlang der Hauptkategorien kategorienbasiert analysiert und zusammengefasst.

Sampling

Es wurden insgesamt 17 Interviews geführt. Elf Interviews wurden mit **Gesundheitsprofessionellen** geführt, wovon eines die Antworten von zwei Personen beinhaltet. Von den zwölf Interviewpartner*innen arbeiten fünf im stationären Versorgungssetting, zwei arbeiten sektorenübergreifend und fünf im ambulanten Sektor. Sechs Interviewpersonen gehören einem ärztlichen Beruf an, sieben Personen üben einen nichtärztlichen Beruf, wie die Psychotherapie, Logopädie oder Ergotherapie aus. Von den Interviewpartner*innen arbeiten acht, jeweils zwei, in derselben Gesundheitseinrichtung. Sechs Interviews wurden mit **Patient*innen** geführt. Auf Wunsch einer Teilnehmenden wurde der Interviewleitfaden in einen qualitativen Fragebogen zur schriftlichen Beantwortung umgewandelt. Die Gruppe der interviewten Patient*innen ist homogen: Alle sind weiblich, vier von sechs Teilnehmerinnen

¹ Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Fünf Interviewpartnerinnen berichteten von Gesprächssituationen mit ambulantem psycho-sozialem Kontext. Eine Interviewte berichtete von einer Videovisite.

Ergebnisse

Aus den Interviewergebnissen ist ein differenziertes Kategoriensystem mit neun Haupt- und 39 Subkategorien entstanden. Die Kategorien enthalten sowohl prozessuale Rahmenbedingungen der Videokommunikation als auch inhaltliche Aspekte und versorgungsrelevante Effekte.

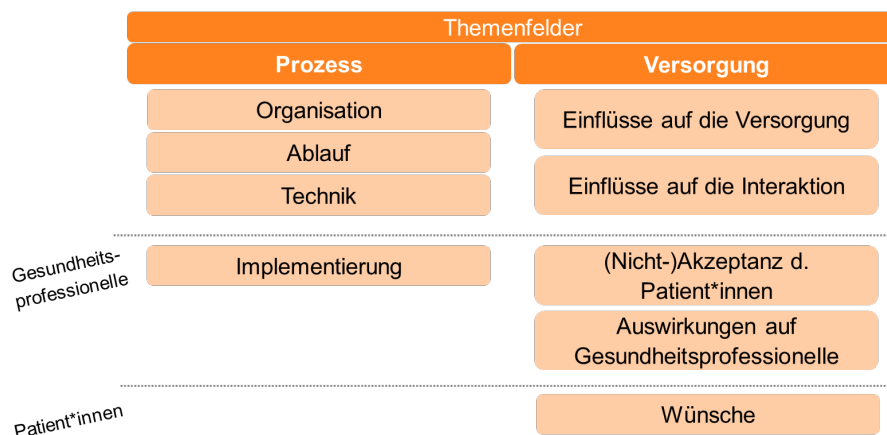


Abbildung 1 Hauptkategorien des Kategoriensystems.

Im versorgungsspezifischen Themenfeld werden unterschiedliche Fokusse der Interviewteilnehmenden deutlich. So betrachteten die Gesundheitsprofessionellen die Videokommunikation eher bezogen auf die veränderte Art und Weise sowie neue Möglichkeiten der Versorgung per Videokommunikation. Die Patient*innen berichteten vorrangig von Veränderungen in der Interaktion und dem eigenen Wohlbefinden in der Situation.

Im **prozessbezogenen Themenfeld** zeigt sich, dass eine differenzierte Planung und Umsetzung der Anschaffung der Technik, Schulung der Mitarbeitenden, eindeutige Festlegung von Datenschutz und Zulassung, die frühe Einbeziehung aller beteiligten Personen sowie die ausführliche Vorbereitung der Patient*innen als besonders Transfer förderlich auswirken. Dazu zählen auch organisatorische Elemente, wie die Terminierung oder Dokumentation der Videokommunikation. Eine Patientin beschreibt ihre Erfahrungen wie folgt: *„[...] dann wurden die Einladungen mit einem verschlüsselten E-Mail-Programm verschickt und einmal lief das über ein internes Patientensystem, das ich nicht kannte. Genau und, ja dann wurde ich meistens, haben wir vorher ein Termin vorher gemacht und dann wurde ich einfach angerufen und dann hat man so gesprochen, wie man das auch gemacht hätte, wenn man auch ein Präsenz-Termin gehabt hätte. (P4, Pos. 4).* Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r formuliert folgende Umsetzungsbedingungen: *„Dann müssten die [Gesundheitsprofessionellen] wissen, dass es eine telemedizinische Visite [gibt]. Und sie müssten auch wissen, dass das niederschwellig ist. Es darf nicht mehr sein als ein, zwei Telefonate. Und dann muss das laufen.“ (V3, Pos. 17).*

Die Einschätzung einzelner Aspekte, wie Datenschutz oder die Digitalisierung von Abläufen, als hinderliche oder förderliche Faktoren unterscheidet sich je nach individuellen Voraussetzungen oder Vorlieben und mehr oder weniger eindeutigen Festlegungen der Institutionen. Eindeutig ist aber, dass ein guter technischer Support ein elementarer Erfolgsfaktor für eine gelungene Videokommunikation in der Praxis ist. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r äußert sich wie folgt dazu: *„Und es gibt immer wieder auch bei dieser Technik Hindernisse, dass der Wagen nicht hochfährt [...]. Und wenn es beim ersten Mal nicht klappt, dann lassen wir's sein. Weil dafür haben wir keine Zeit, ja? [...] man [muss] sich auf sein Equipment verlassen können, muss sicher sein, es muss eingespielt sein.“* (V3, Pos. 9). Eine Patientin berichtet von folgenden Erfahrungen: *„Also bei mir gabs da zwischendurch auch mal Schwierigkeiten, wenn ich keine gute Verbindung hatte, zum Beispiel. Einmal erinnere ich mich hat das Gespräch zwischendurch mehrmals abgebrochen und dann mussten wir tatsächlich auch telefonisch weitersprechen, weil es über das Videosystem nicht geklappt hat. [...] Das lag an der Internetverbindung.“* (P4, Pos. 66-68). Die Möglichkeit der Nutzung von Videokommunikation im häuslichen Umfeld hängt maßgeblich von der verfügbaren Infrastruktur ab.

Im **versorgungsbezogenen Themenfeld** zeigt sich, dass die Auswirkungen der Videokommunikation auf die Patient*innenversorgung insgesamt positiv bewertet werden. Nach Einschätzung der Gesundheitsprofessionellen sind ausschlaggebende Akzeptanzfaktoren der Patient*innen hierfür die verbesserte organisatorische Effizienz, vereinfachte Kontinuität von und Zugänglichkeit zur, als besser oder gleich gut bewerteten, Versorgung sowie die Begeisterung für die verwendete Technik. Relevante Einflüsse auf die Versorgung sind die überwiegende Behandlungsfreiheit, die durch strukturelle Hindernisse, wie Datenschutz und Abrechnungsunterschiede beschränkt wird. Auch die Methodenvielfalt in der Behandlung kann je nach Disziplin eingeschränkt sein bzw. müssen durch die Adaptation beruflichen Handelns neue Videoversorgungsmethoden entwickelt werden. Hierzu wird angemerkt, dass dadurch Kreativität, berufliche Reflexion sowie kommunikative Fähigkeiten gestärkt werden. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r beschrieb dabei folgende Erfahrungen: *„Ich sag mal so, wir waren glaube ich alle überrascht, wie gut es funktioniert hat und wir mussten alle wieder kreativer werden, weil man ja schon so seine Routine in der Art und Weise der Behandlung hat, wie man auch bestimmte Medien anordnet oder ja Karten präsentiert wie auch immer, [...] wir haben dann auch gelernt, den Raum mehr mit in die Therapie einzubinden. Also das hat sich dann vielleicht auch nochmal geändert, da ist auch wieder gut so eine schwenkbare Kamera, dass auch wir uns im Raum mehr bewegt haben und dann mit dieser Kamera besser filmen konnten.“* (V4, Pos. 15).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch die niederschwellige Vernetzung und Kommunikation als gestärkt empfunden, der Austausch von Expertise findet mehr auf Augenhöhe statt. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r berichtet in diesem Zusammenhang: *„[...] alle haben übereinstimmend eigentlich gesagt, dass das auch die Kommunikation unter den Krankenhäusern [...], dass das ein ganz anderes Klima der Kommunikation macht. Und das halt auch und das fand ich auch eine besonders spannende Erkenntnis [...], dass*

die Videokommunikation, man guckt sich gemeinsam Bilder an, aber man sieht sich natürlich auch, wenn man miteinander spricht, dass das einen enormen Mehrwert darstellt. Im Vergleich zum reinen Telefonat. [...] natürlich man [kann] sagen [...] mein Gott wir haben ein Telefon warum jetzt so ein Videotool? Aber es macht halt doch einen Unterschied.“ (V8, Pos. 20).

Die **Einflüsse auf die Interaktion** mit den Patient*innen oder anderen Gesundheitsprofessionellen per Video wird von den Gesundheitsprofessionellen als verändert aber (auch) durch die Niederschwelligkeit der Vernetzung und Kommunikation als überwiegend positiv bewertet. So wandelt sich zwar die Art und Weise des Kontakts, der Beziehungsaufbau zu den Patient*innen ist aber möglich. Der **Einsatz** von Videokommunikation erfolgt vor allem für die Betreuung, Behandlung und Edukation der Patient*innen sowie das Einholen von Zweitmeinungen und den kollegialen Austausch. Das Patient*innenklientel ist dabei weit gefächert. Einschränkungen für die Teilnahme sind zu starke kognitive oder motorische Defizite bzw. mangelnde Technikkompetenz, die auch mit Unterstützung durch Angehörige oder z.B. Pflegepersonal nicht ausgeglichen werden kann. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r berichtet erlebte Umsetzbarkeit wie folgt: *„Aber ich sage mal theoretisch ist das alles möglich, ne wenn da Eltern gerade unterstützend dabei sind oder Pflegepersonal oder andere Angehörige [...] wenn man entsprechendes Personal oder Unterstützung dabei hat, dann kann das auch mit Patienten durchgeführt werden, die motorische und kognitive Einschränkungen haben.“ (V4, Pos. 35).*

Aus Sicht der Patientinnen spielt insbesondere der indikationsbezogene Einsatz der Versorgung mit Videokommunikation eine Rolle, wobei die Einschätzung geeigneter und ungeeigneter Indikationen sehr individuell ist. So stellt beispielsweise ein psychotherapeutisches Beratungsgespräch für manche Patient*innen einen geeigneten Einsatzbereich für Videokommunikation dar, während für andere lediglich organisatorisch geprägte Kontakte zu Versorgenden, wie das Ausstellen von Rezepten, per Video stattfinden sollten. Als akzeptanzhemmender Faktor wurde von den Patientinnen dabei mehrfach die fehlende körperliche Nähe beschrieben: *„Aber es fehlt einfach diese körperliche Anwesenheit. Ich meine damit nicht mal irgendwelche körperlichen Berührungen, aber das ist nochmal eine andere Qualität! Gerade wenn es dann so emotional wird.“ (P2, Pos. 16).* Einheitlich beschriebene Förderfaktoren für die Akzeptanz von Videokommunikation in der Versorgung sind jedoch, die freie Entscheidung für oder gegen die Videokommunikation und eine hybride Versorgung.

Die Gesundheitsprofessionellen schätzen den **Benefit** der zusätzlichen Versorgungsmöglichkeit vor dem Hintergrund der Versorgungseffektivität für die Patient*innen als groß ein. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r aus der ambulanten Versorgung beschreibt folgende Versorgungschancen: *„Genau das ermöglicht es uns [...] auch mal in den Alltag des Patienten zu gehen. Also wenn man es gut aufstellt, kann man uns auch mit in die Kita nehmen und uns mal den Morgenkreis zeigen [...] oder mit in die Fabrik, in die Firma, [...] und uns da zeigen [...] ‘so muss ich gerade meine Stimme einsetzen‘ und ich weiß: okay, daran*

*liegt es, dass du es nicht kannst.“ (V6, Pos. 68). Hinzu kommt die gestiegene Versorgungseffizienz mit einer besseren Auslastung von Versorgungsstrukturen, Einsparung von Ressourcen, wie Geld und Zeit sowie einer erhöhten Flexibilität der Versorgung. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r machte dabei folgende Erfahrungen: „Also wir haben dadurch teilweise erhebliche Einsparnisse natürlich auch an Ressource hier [...]. Patientenbesuche, man kann keine Gespräche [mit den Angehörigen] führen, das kann man per Video dann natürlich eben doch. Wir haben einen Radius abgedeckt mit den Gesprächen bis zu 200 km. Also es ist zwar keine Veränderung für mich, aber für die Patientin bedeutet das natürlich einen enormen Zugewinn an ich sag mal Spritkosten, Fahrzeit, Notwendigkeit der Kinderbetreuung für diese Beratung. Das ist ein enormer Zugewinn.“ (V8, Pos. 22).*

Ein ähnliches Stimmungsbild zeichnen die Äußerungen der Patientinnen. Grundsätzlich sehen sie den Einsatz von Videokommunikationstools positiv, denn die Versorgung kann zuhause, in einem Schutzraum stattfinden und so die Behandlung schwieriger Themen erleichtern. Eine Patientin beschreibt den Benefit aus ihrer Sicht wie folgt: *„It reduces time to start trust your therapist because it allows the patient to stay in their safe place.“ (P6, Pos. 21).* Die meisten interviewten Patientinnen empfinden die Versorgung per Video als genauso gut im Vergleich zur Präsenzversorgung. Die Unzuverlässigkeit der verwendeten Technik wirkt sich jedoch negativ auf das Versorgungserleben aus. Dies kann dazu führen, dass manche Patient*innen sich gar nicht erst auf die Gesprächs- oder Gefühlsebene begeben können, die für die Behandlung nötig wäre. Eine Patientin reflektiert dies wie folgt: *„Und ich denke, die Psyche eines Menschen weiß schon ganz genau, wenn denn die Möglichkeit gar nicht vorhanden ist, dann öffnet sie sich auch nicht. Das ist so ein unbewusster Vorgang.“ (P5, Pos. 53).* Außerdem haben einige der interviewten Patientinnen das Gefühl, dass es bei einer Versorgung per Video einfacher ist, z.B. Emotionen zu verstecken. Insbesondere die hybride Versorgung bietet aber vielen Patient*innen die erforderliche Flexibilität, Zeit- und Kostenersparnis in ihrer Versorgung, ohne den Verlust einer vertrauensvollen Beziehungen zu den Versorgenden.

Die Videokommunikation verbessert nach Einschätzung der Gesundheitsprofessionellen und der Patient*innen die **Chancengleichheit** der Gesundheitsversorgung einerseits aufgrund der Schließung örtlicher, fachlicher, fachkräftemangelbezogener oder persönlich bedingter Versorgungslücken, dem Entfallen von Wegzeiten und -kosten sowie der Notwendigkeit von Kinderbetreuung. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r hat diesbezüglich folgende Erfahrung gemacht: *„Also ich habe Patienten, die kommen aus [Ort], das ist mit dem Zug eine halbe, Dreiviertelstunde sind sie unterwegs und da haben wir jetzt besprochen, [...]dass] wir uns online, weil ich denen den Weg ersparen kann, weil ich weiß, ich kann das genauso gut online machen und die haben nicht anderthalb Stunden Fahrt insgesamt [...] Oder wenn die halt sagen, wir haben kein Auto da, [...] ich habe keinen für die Kinderbetreuung, können wir es auch irgendwie anders regeln. Und da sind die richtig dankbar.“ (V6, Pos. 18).* Andererseits birgt sie auch neue Hürden der Zugänglichkeit zu dieser Versorgungsform mit der Voraussetzung als Patient*in im Besitz geeigneter technischer Aus-

stattung und Infrastruktur zu sein. Das kann sich insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Menschen als Herausforderung darstellen. Eine Patientin berichtet: *„Wir haben ja zuhause nicht sowas. Wir haben kein Internet und gar nichts. Dann ist das für uns ja auch nichts.“* (P1, Pos. 58).

Insbesondere in der **ambulanten Versorgung** zeigt sich der Videokontakt als vorteilhaft, die Patient*innen befinden sich zuhause in einer für sie bekannten Umgebung, sie können sich z.T. besser öffnen, größeres Vertrauen entwickeln und sind in der Kommunikation entspannter und aufnahmefähiger. Die durch den alleinigen Videokontakt eingeschränkten Sinne können und müssen dabei durch vermehrte Verbalisierung ausgeglichen werden. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r löste dies wie folgt: *„Ja, also das ist ja letztendlich was man auch aktives Zuhören auch nennen würde. Das, also selbst wenn man das nicht bewusst einsetzt, man macht es automatisch. [...] wenn man dann in einem heimischen Wohnzimmer landet, die Ehefrau dann auch noch irgendwie dazwischen redet, [...] man wiederholt auch mehr. 'Habe ich das jetzt richtig verstanden?' und so.“* (V7, Pos. 37).

Die Einschränkung der Kommunikation wird von den interviewten Patientinnen als schwerwiegender eingeschätzt. Im Besonderen wird die erschwerte Wahrnehmung der Kommunikationspartner*innen z. B. in Bezug auf die Körpersprache oder Emotionen angesprochen. Eine Patientin formuliert ihre Sorge wie folgt: *„also manchmal erfährt man ja auch Dinge so ein bisschen über die Körpersprache oder wenn man den anderen halt sieht. [...] irgendwie jemand verletzt sich [...] dann sieht die [Therapeutin] das Pflaster und fragt dann vielleicht mal nach. Aber wenn man jetzt halt so eine Videotherapie macht, dann kann man das natürlich auch gut verstecken.“* (P7, Pos. 102).

Wie die Gesundheitsprofessionellen beschreiben auch einige Patientinnen ihr Zuhause als Schutzraum in der Behandlung, was sich positiv auf das Versorgungserleben auswirkt.

Die **Arbeitszufriedenheit** wird, durch die sich durch die Videokommunikation veränderten Arbeitsbedingungen beeinflusst. Im positiven: Durch den Eindruck mit Videokommunikation die Versorgungsqualität in dafür geeigneten Versorgungsbereichen aufrechtzuerhalten und z.T. zu verbessern oder weitere Versorgungsmöglichkeiten dazu zu gewinnen. Im negativen: Durch die veränderungstypische Mehrbelastung und den veränderten Arbeitsplatz. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r beschreibt die aktuelle Arbeitsbelastung wie folgt: *„Also da muss man sagen der Terminkalender mit Videovisiten, das ist also brutal geworden.“* (V7, Pos. 7). Gesundheitsprofessionelle, die sich ihren Beruf aufgrund des engen persönlichen Kontakts mit Patient*innen ausgesucht haben, kann die Arbeitszufriedenheit sinken. So ist sich ein*e Gesundheitsprofessionelle*r sicher: *„Deswegen wäre [Videokommunikation] für mich als ausschließliches Therapieverfahren mit all meinen Klienten gar nichts, da würde bei mir der Spaß an der Arbeit verloren gehen.“* (V9, Pos. 57). Als besonders positiv stellen die Gesundheitsprofessionellen allerdings das Potential der Videokommunikation heraus, ihre Arbeit örtlich und zeitlich zu flexibilisieren. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r stellt sich zukünftig digitalisierte Arbeit wie folgt vor: *„Ja das würde ich auf jeden Fall machen, weil wenn man [...] an Flexibilität denkt, dann hätte man auch eventuell eine Flexibilität als Therapeut, nennen wir es mal ‚Online-Therapeut‘ und dann könnte der*

sich seine Zeit auch so sehr flexibel einteilen.“ (V4, Pos. 69). Auch die vereinfachte kollegiale Zusammenarbeit fördert die Arbeitszufriedenheit.

Neben einer Veränderung des Arbeitsplatzes bringt der Einsatz der Videokommunikation in der Versorgung auch eine Spezifizierung der **Kompetenzen** Gesundheitsprofessioneller mit sich. Als notwendige Kompetenzen kristallisierten sich neben den veränderungstypischen Kompetenzen, wie Offenheit für Neues und methodische Kreativität, heraus, dass fehlende haptische Eindrücke durch Kommunikation kompensiert werden müssen. Wobei die Kommunikation zusätzlich durch die technischen Bedingungen limitiert ist. Es bedarf demnach sehr guter kommunikativer Fähigkeiten, z.B. zur fachlich korrekten, aber laienverständlichen Anleitung der Patient*innen zu Selbstdiagnostik. Ein*e Gesundheitsprofessionelle*r berichtet von folgender Erfahrung: *„Man muss halt unglaublich viel umdenken, man muss wirklich nachvollziehen, wie der Patient sich gerade fühlt, man muss selbst so ein bisschen erfühlen, wo könnten die [Trigger-]Punkte sein, die jetzt gedrückt werden müssten.“ (V12, Pos. 20).* Aus dem Zitat wird auch deutlich, dass Empathiefähigkeit eine besondere Rolle spielt. Weiter formuliert ein*e Gesundheitsprofessionelle*r hierzu folgende Anforderungsbeschreibung: *„[Gesundheitsprofessionelle brauchen] ein gewisses virtuelles Einfühlungsvermögen [...] für den Patienten, dass er wirklich auch merkt, ich werde gehört, da wird nicht nur abgefragt, sondern da werde ich als Patient auch im Rahmen einer Videokonferenz wahrgenommen.“ (V7, Pos. 63).* Hiermit ist eine besondere Art von Einfühlungsvermögen gemeint, die die speziellen Bedingungen in der Kommunikation berücksichtigt und kompensiert. Es umfasst u.a. eine sensible Beobachtungsgabe für non-verbale Kommunikation sowie Zustand und Handlungen von Patient*innen in der virtuellen Kommunikation richtig und vollständig zu erfassen, kommunikativ zu bestätigen oder korrigieren zu lassen sowie Gespräche trotz der mangelnden körperlichen Nähe emotional stützend zu führen.

Fazit

Videokommunikation birgt vielseitiges **Potential für die Gesundheitsversorgung**. Der Einfluss auf Versorgung muss aber settingspezifisch untersucht werden. Die Gesundheitsprofessionellen müssen gemeinsam mit den Patient*innen situationsspezifisch im Hinblick auf Bedingungen, Ziel und persönliche Wünsche abwägen ob und in welcher Form Videokommunikation in ihrer Versorgung sinnvoll ist. Patient*innen sprechen sich vor allem für eine hybride Versorgungsform und die Wahlfreiheit für die Versorgungsform aus. Als Basis für diesen beschriebenen Abwägungsprozess bedarf es rechtlicher und technischer Rahmenbedingungen, die Patient*innen schützen, breite und flexible Inanspruchnahme ermöglichen und Versorgung per Video als Option in der Regelversorgung aller Versorgungssettings ermöglicht.

4. Gesamtfazit

Insgesamt decken sich die Ergebnisse des Projekts „@vis – videogestützte Visite“ mit denen im Projektantrag formulierten Zielen. Die Implementierung der videogestützten, interdisziplinären Kommunikation samt wissenschaftlicher Begleitung und Erhebung der Transferförder- und -hemmnisse konnte erfolgreich umgesetzt werden. Lediglich die verfolgte Interprofessionalität der Videovisite konnte aufgrund von Ressourcenmangel nicht-ärztlicher Gesundheitsprofessionen nicht umgesetzt werden und bleibt ein zukünftiges Ziel der weiteren Nutzung der Videovisite im KWML.

Die Hauptforschungsfragen: Inwiefern die Videovisite die Versorgung beeinflusst (u.a. Wahrnehmung der Teilnehmenden als gleichberechtigte Kommunikationspartner*innen; Gesprächsführung / -verlauf; Autonomie des Wahrnehmungsbereiches der per Videovisite hinzugeschalteten Person; Zeiteffizienz), bzw. unter welchen normativen und lokalen Bedingungen eine Nutzung zielführend ist und welche Inhalte in welcher Form über ein elektronisches Medium transportiert werden sollten, konnten beantwortet werden.

Die Ergebnisse wurden zweierlei aufbereitet. Zum einen zu wissenschaftlichen Zwecken und in dieser Form als Kongressbeiträge. Zum anderen für den Kooperations- und Praxispartner mit dem Fokus auf praktische Aspekte der Ergebnisse, um die praxisnahe Entwicklung dieser Versorgungsform zu vereinfachen, zu strukturieren und voranzutreiben. Der Fokus beider Ergebnisdarstellungen lag auf der Implementierung einer innovativen technischen Anwendung zur Verbesserung von Kommunikations- und Versorgungsstrukturen innerhalb bestehender Versorgungssettings. Neben dem Implementierungsprozess wurden dabei auch die Transferförder- und -hemmnisse in der Versorgung mit Videokommunikation dargestellt. Die Erkenntnisse auf den unterschiedlichen Ebenen sind für die weitere Ausgestaltung von Versorgungslösungen im ländlichen Raum anwendbar und auch versorgungssektorenübergreifend relevant.