

**Handlungsempfehlungen für Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege im
Bereich Teletherapie und Telepflege (HELP-TEL) entlang der ICF-Komponenten**

-

Eine Mixed Methods Untersuchung mit Expert*innen und Patient*innen



Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaften
(Dr. sc. hum.)

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Norbert Lichtenauer
aus
Freyung
im Jahr
2025

Dekan: *Prof. Dr. Dirk Hellwig*

Erstbetreuung: *Prof. Dr. rer. cur. Annette Meussling-Sentpali*

Zweitbetreuung: *Prof. Dr. med. Felix Schlachetzki*

Drittbetreuung: *Prof. Dr. rer. med. Inge Eberl*

Tag der mündlichen Prüfung: 26.05.2025

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	vii
Abstract	viii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	x
Abkürzungsverzeichnis	xi
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Onlinebasierte Gesundheitsinterventionen	5
2.1.1 Telemedizin	5
2.1.2 Telepflege	6
2.1.3 Teletherapie	7
2.1.4 Telesetting	7
2.2 Kommunikation und Videokommunikation	8
2.2.1 Annäherung an den Begriff Kommunikation	8
2.2.2 Drei Aspekte der Kommunikation	9
2.2.3 Kommunikation in der Medizin	10
2.2.4 Videokommunikation als neue Realität	11
2.3 Interaktion	12
2.3.1 Interdependenz der Interaktion	12
2.3.2 Beziehungsaufbau im Telesetting	13
2.3.3 Intensität des Kontakts in einem Telesetting	14
3 Telesetting – internationaler Forschungsstand	16
3.1 Systematische Literaturrecherche	16
3.2 Überblick über den Forschungsstand zum Telesetting	22
3.2.1 Voraussetzungen	22
3.2.2 Anwendungsszenarien	23
3.2.3 Akzeptanz	25
3.2.4 Vor- und Nachteile	26
3.2.5 Evidenzlage	29
3.2.6 Leitlinien	31
3.2.7 Zusammenfassung	32
4 Forschungsgegenstand	34
4.1 Forschungsfragen	34
4.2 Hypothesen	35
5 Methodik	36
5.1 Forschungsmethodologie	36

5.2	Mixed Methods Design	37
5.3	Gütekriterien	38
5.3.1	Qualitative Gütekriterien	39
5.3.2	Quantitative Gütekriterien	41
5.3.3	Mixed Methods Gütekriterien.....	42
5.4	Ethik und Datenschutz.....	43
5.4.1	Ethikvotum.....	43
5.4.2	Informed Consent und Einwilligung	43
5.4.3	Studienregistrierung	44
5.4.4	Datenschutz.....	45
5.4.5	Datenverarbeitung	46
5.5	Qualitative Datenerhebung	46
5.5.1	Episodisches Interview	46
5.5.2	Interviewleitfaden.....	47
5.5.3	Pretest Interview.....	48
5.5.4	Einschlusskriterien Interview.....	49
5.5.5	Feldzugang Interviews.....	49
5.5.6	Durchführung der Interviews.....	51
5.6	Qualitative Datenanalyse	53
5.6.1	Transkription.....	53
5.6.2	Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse.....	53
5.6.3	Kategorienbildung.....	55
5.6.4	Interrater – Überprüfung.....	56
5.6.5	Kappa Berechnung	57
5.7	Quantitative Datenerhebung	58
5.7.1	Entwicklung des Fragebogens	59
5.7.2	Einschlusskriterien Fragebogen	60
5.7.3	Pretest Fragebogen	60
5.7.4	Stichprobenziehung der quantitativen Datenerhebung.....	61
5.7.5	Durchführung der Befragung.....	64
5.8	Quantitative Datenauswertung.....	65
5.8.1	Deskriptive Auswertung	65
5.8.2	Inferenzstatistische Auswertung	65
6	Ergebnisse	66
6.1	Stichprobe Interviews.....	66
6.2	Kategoriensystem	70
6.2.1	Person	71

6.2.2	Kommunikation	83
6.2.3	Interaktion.....	93
6.2.4	Prozess	107
6.2.5	Institution.....	117
6.2.6	Umwelt	125
6.3	Fragebogenerhebung	135
6.3.1	Soziodemografische Analyse.....	135
6.3.2	Auswertung der Themenfelder	137
6.3.3	Gruppenunterschiede.....	167
6.4	Handlungsempfehlung zur synchronen Videokommunikation	181
6.4.1	Empfehlungen aus der Literaturrecherche.....	181
6.4.2	Orientierung an der ICF.....	185
6.4.3	Entwicklung der Handlungsempfehlungen.....	186
7	Diskussion	187
7.1	Methodenkritik.....	187
7.1.1	Qualitative Methoden	188
7.1.2	Quantitative Methoden	191
7.2	Ergebnisse	193
7.3	Limitationen	202
7.4	Involvierte Institutionen	203
8	Ausblick	204
	Literaturverzeichnis	213
	Anhang.....	230
	Danksagung	
	Lebenslauf	
	Selbstständigkeitserklärung	

Zusammenfassung

Hintergrund: Der demografische Wandel hat für die Gesundheitsversorgung weitreichende Folgen. So nehmen chronische Erkrankungen und die Menge an therapeutischen und pflegerischen Leistungen mit steigendem Lebensalter zu. Zudem verschärft der Fachkräftemangel in den Gesundheitsfachberufen die Versorgungssituation. Der verstärkte Einsatz von Telemedizin wird als Möglichkeit gesehen, um die vorhandenen Ressourcen effektiv einzusetzen und die Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. Dabei gilt der Einsatz von VK als zunehmend etabliert, ohne dass für viele Berufsgruppen entsprechende Rahmenempfehlungen und Leitlinien existieren.

Methodik: Unter Anwendung eines Mixed-Methods-Designs wurde in einer Triangulation von Literaturrecherche, Interviews und Fragebogen der Frage nachgegangen, welche Spezifika während der Durchführung eines Telesettings in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege auftreten können. Mithilfe eines literaturbasierten Interviewleitfadens wurden Interviews (n=20) mit Fachkräften und Patient*innen in den Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz durchgeführt. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse wurden im Anschluss mithilfe eines Online-Fragebogens (n=67) weiter vertieft. Die Synthese der Ergebnisse führte zu Handlungsempfehlungen für Fachkräfte und Patient*innen.

Ergebnisse: Es wurden eine Reihe von Besonderheiten in einem Telesetting und der VK gegenüber einem Präsenzsetting deutlich. So zeigten sich Unterschiede in der Kommunikation und Interaktion durch den Technikeinsatz sowie durch beidseits verändertes Rollenverhalten. Weiter galten auf personeller Ebene das Selbstmanagement als erhöht und es wurden digitale Voraussetzungen thematisiert. Zudem wurden veränderte Umweltaspekte beschrieben, mit einer verstärkten Teilhabe von Angehörigen und Veränderungen im Prozess und den Inhalten fanden statt.

Diskussion: Ein Telesetting schafft neue Möglichkeiten in der Versorgung und Betreuung von Patient*innen. Dabei war beidseitig die Akzeptanz und Zufriedenheit mit einem Telesetting hoch. Zur Implementierung werden ein strategisches Vorgehen und Einführungen für alle Beteiligten in die Technik und Abläufe als wichtig angesehen. Dabei sind in Zukunft an das Telesetting angepasste Methoden und Personengruppen weiter zu definieren.

Abstract

Background: Demographic change has far-reaching consequences for healthcare. Chronic illnesses and the required therapeutic and nursing services increase with age. In addition, the shortage of specialists in healthcare is exacerbating the care situation. The increased use of telemedicine can effectively use existing resources and maintain and improve the quality of care. Video communication between professionals and patients is becoming increasingly established without corresponding framework recommendations and guidelines.

Methods: Using a mixed-methods design, a triangulation of literature research, interviews, and questionnaires was used to investigate which specifics occur during the implementation of tele-setting in occupational therapy, speech therapy, physiotherapy, and nursing. With the help of a literature-based interview guide, interviews (n=20) were conducted with professionals and patients in Germany, Austria, and Switzerland. The results of the qualitative content analysis were then further deepened with the help of an online questionnaire (n=67). The synthesis of the results led to recommendations for action for professionals and patients.

Results: Several special features became apparent in telesetting and video communication compared to a face-to-face setting. For example, there were differences in communication and interaction due to technology use and role behaviour changes on both sides. Furthermore, on a personal level, self-management was considered to be increased, and digital requirements were discussed. In addition, changing environmental aspects were described with increased participation of relatives and changes in the process and content.

Discussion: Telesetting creates new possibilities in the care and support of patients. Acceptance and satisfaction with telesetting were high on both sides. A strategic approach and introductions to the technology and processes for all those involved are considered essential for implementation. Methods and groups of people adapted to telesetting will need to be further defined.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Diagramm, eigene Darstellung	21
Abbildung 2: Rekrutierung Stichprobe episodische Interviews (n=20)	51
Abbildung 3: Ablaufschema inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse.....	54
Abbildung 4: Rekrutierung Stichprobe Fragebogen (n=67)	62
Abbildung 5: Berufsgruppe Expert*innen.....	67
Abbildung 6: Teilnehmende des Fragebogens (absolute Häufigkeiten)	135
Abbildung 7: Anzahl der durchgeführten Teleeinheiten bei Expert*innen.....	136
Abbildung 8: Grundlegende Motivation für ein Telesetting.....	137
Abbildung 9: Persönliches Erleben einer Teleeinheit	139
Abbildung 10: Geeignete Arbeitsfelder.....	141
Abbildung 11: Technische und Personelle Voraussetzungen für eine Teleeinheit.....	143
Abbildung 12: Beurteilung von Umgebungsfaktoren	144
Abbildung 13: Bedeutung von persönlichen Eigenschaften.....	145
Abbildung 14: Veränderungen in der Kommunikation.....	146
Abbildung 15: Wichtigkeit von Aspekten der Kommunikation	149
Abbildung 16: Verständnis zur erfolgreichen Videkkommunikation	152
Abbildung 17: Einschätzungen zur Interaktion in einem Telesetting	153
Abbildung 18: Veränderungen in der Interaktion gegenüber Präsenz	155
Abbildung 19: Veränderungen der Prozessebene in einem Telesetting	157
Abbildung 20: Veränderungen in der Qualität von Beratung und Behandlung.....	159
Abbildung 21: Erlebte Ablenkungen im Telesetting.....	161
Abbildung 22: Ablenkungen im Vergleich zur Präsenz.....	162
Abbildung 23: Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	163
Abbildung 24: Präferenz Setting.....	165
Abbildung 25: ICF / BfArM	186

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PICO – Schema zur Frage	16
Tabelle 2: Suchbegriffe und Schlagwörter	18
Tabelle 3: Suchstring MEDLINE.....	19
Tabelle 4: Trefferanzahl der Recherche in den Datenbanken.....	20
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien im Screening	20
Tabelle 6: Einschlusskriterien Interview	49
Tabelle 7: Kontrollkodierung – alle Interviews	58
Tabelle 8: Einschlusskriterien Fragebogen.....	60
Tabelle 9: Deskription Expert*innen.....	68
Tabelle 11: Deskription Patient*innen	69
Tabelle 12: Categoriesystem Inhaltsanalyse.....	70
Tabelle 13: ANOVA Varianzvergleich aus SPSS-Version 29	168

Abkürzungsverzeichnis

ACIS	Assessment of Communication and Interaction Skills
ANMF	Australian Nursing and Midwifery Federation
ATA	American Telemedicine Association
APA	American Psychological Association
AVV	Auftragsverarbeitungsvertrag
BayWiss	Bayerisches Wissenschaftsforum
BayDSG	Bayrisches Datenschutzgesetz
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag für Ärzte / Ärztinnen
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
COREQ	Criteria for Reporting Qualitative Research
CROSS	Checklist for Reporting of Survey Studies
DGEW	Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft
DGPW	Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten
DVPMG	Digital-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz
ESI	Evaluation of Social Interaction
EbM-Netzwerk	Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
EQUATOR	Enhancing the Quality and Transparency of health research
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
GMDS	Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie

HELP-TEL	Handlungsempfehlungen für Teletherapie in Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege im Bereich Teletherapie und Telepflege
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
IT	Informationstechnologie
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Konfidenzintervall
LMU	Ludwig-Maximilian-Universität München
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MeSH	Medical Subject Headings
MMARS	Mixed Methods Article Reporting Standards
MW	Mittelwert
OTH	Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg
PICO	Patient / Intervention / Comparison / Outcome
PIZ	Pflegeinnovationszentrum
PPZ	Pflegepraxiszentrum
PRESS	Peer Review of Electronic Search Strategies
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta – Analyses
RCHST	Regensburg Center of Health Sciences and Technology
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
SRQR	Standards for reporting qualitative research
THD	Technische Hochschule Deggendorf
TIQ	Talk in Qualitative Research
VK	Videokommunikation
WHO	World Health Organization
ZTG	Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH

"As soon as you set out to investigate, be aware of any irritation - anything that resists your control might be a source of insight into the very problem you are interested in."

*Angela Kühner 2016
im Special Issue der Zeitschrift Qualitative Inquiry,
dass sich dem Thema "strong reflexivity" widmet*

1 Einleitung

Der demografische Wandel in der deutschen Bevölkerung ist zu einer gesundheitspolitisch und ökonomisch hochrelevanten Tatsache geworden, mit weitreichenden Folgen (Haubrock, 2017, S. 4-5; Lutze et al., 2019, S.9-10). Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft führt im Bereich Medizin zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Leistungen sowie zu einer Zunahme chronisch kranker Personen (Kumar & Snooks, 2011, S. 2; Mollenhauer & Meier zu Verl, 2023, S.8) womit ein weiterer Anstieg der pflege- und therapiebedürftigen Personen einhergeht (Blüher et al., 2021, S. 93; Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 83; Radtke, 2024). Im Jahr 2022 bezogen erstmals mehr als 5 Mio. Menschen Leistungen aus der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung in Deutschland, was zu Kosten von ca. 56 Mrd. € führte (Statistisches Bundesamt, 2024a). Parallel zu den Pflegekosten steigen seit knapp 20 Jahren auch die Ausgaben im Bereich der Therapieberufe Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie kontinuierlich an. Während im Jahr 2006 noch ca. 9 Mrd. € für Heil- und Hilfsmittel ausgegeben wurden, haben sich die Leistungen im Jahr 2022 auf zuletzt ca. 21 Mrd. € mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt, 2024b). Eine professionelle Gesundheitsversorgung und die damit verbundenen Versorgungsstrukturen stehen damit auch wirtschaftlich vor herausfordernden Aufgaben (Becker, 2017, S. 18), die ohnehin prekäre Versorgungssituation droht sich weiter zu verschärfen (Blüher et al., 2021, S.92; Lutze et al., 2019, S.62). Digitale Interventionen im Gesundheitsbereich haben ein erhebliches Potenzial, Sicherheit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung zu verbessern und die Gesundheitskosten zu verringern (Gentili et al., 2022; Juffernbruch, 2021, S. 449; Liljestrand & Zingmark, 2024). Zugleich herrscht seit Jahren ein großer Mangel an Gesundheitsfachkräften (Flechtenmacher, 2023; Hoffmann et al., 2020; Sommer et al., 2024), welcher sich durch die Berentung der sogenannten Babyboomer Generation in vielen Berufsbildern des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2035 noch weiter verschärfen wird (Blüher et al., 2021, S. 93; Radtke, 2024).

Die zeitgleiche globale Digitalisierung des Alltags beschreibt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zudem als eine der nachhaltigsten Einflussfaktoren auf kulturelle und gesellschaftliche Prozesse mit Veränderungen in vielen Lebensbereichen für Menschen jeden Alters (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). Laut Statistischem Bundesamt nutzen in Deutschland mittlerweile 95 % der Bevölkerung von 16 bis 74 Jahren regelmäßig das Internet und haben entsprechenden Zugang zu einem digitalen Endgerät (Statistisches Bundesamt, 2024c). Dabei begannen die Entwicklungen zur Telemedizin vordergründig aus den Überlegungen heraus, wie die Grundversorgung in

ländliche Regionen weiterhin gewährleistet und Unterversorgungen verhindert werden können (Gajarawala & Pelkowski, 2021; Hoffmann et al., 2020). Durch digitale Entwicklungen können medizinische Informationen mittlerweile so leicht wie noch nie mit Gesundheitsfachkräften ausgetauscht werden, mit einem Höchstmaß an zeitlicher Flexibilität und räumlicher Unabhängigkeit (Berger, 2018, S. 106). Dabei erhofft man sich politisch durch digitale Innovationen auch in den Bereichen Telepflege und Teletherapie eine konsequente Weiterentwicklung der Versorgung (Bundesministerium für Gesundheit, 2019). Die Entwicklungen rund um die COVID-19 Pandemie beschleunigten dabei digitale Ansätze im Gesundheitswesen noch einmal (D’Onofrio, 2022; Raehlmann, 2020; Rettinger & Kuhn, 2023; Sury, 2020; Wittmar et al., 2023; Wolfs, 2022, S.27), wobei gerade die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in Videokonferenzen schnell umgesetzt wurde (Chadwick et al., 2022). Eine engere und häufigere Kommunikation ist dadurch leicht möglich (Frielitz et al. 2021) und gerade in Krisensituationen kann es ein wertvolles Instrument für eine hochwertige Versorgung darstellen (Di Cerbo et al., 2015; Sosnowski et al., 2020). Derartige Angebote in Telesettings könnten Versorgungslücken schließen (Wolfs, 2022, S. 29), gerade aufgrund des niederschweligen Zugangs zu Gesundheitsleistungen und langer Wartezeiten auf Termine (Hoffmann et al., 2020). So veränderten sich während der Pandemie die ambulanten Gesundheitsdienstleistungen stark (Wittmar et al., 2020). Durch die Vorgaben zu Kontaktbeschränkungen wurden beispielsweise teletherapeutische Möglichkeiten dabei auch im deutschsprachigen Raum erstmals im großen Stil eingesetzt (Rettinger, 2020). Vor allem Videokonsultationen könnten helfen, vorhandene Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem zu reduzieren und die Teilhabechancen von Einzelnen zu erhöhen (Banbury et al., 2018), auch bei kognitiv eingeschränkten Personen oder Minderheiten (Beushausen, 2021; Buchholz, 2018). Zudem gilt die Videokommunikation (VK) als kostengünstig und ressourcenschonend (Di Cerbo et al., 2015; Sutherland et al., 2020). So wird die Videotherapie von Psychotherapeut*innen bereits seit längerer Zeit geschätzt (Gumz et al., 2021), ebenso wie von Ärztinnen und Ärzten, primär für die Versorgung ländlicher Strukturen (Sommer et al., 2023). Durch einen Videoaustausch könnte so manch persönlicher Besuch bei Gesundheitsexpert*innen ersetzt und mögliche Krankenhauseinweisungen könnten verhindert werden (Becker, 2021). Weiter wird für Erstgespräche ein Potenzial gesehen, vorwiegend in nicht dringenden Versorgungsfällen (Howgego et al., 2020). Jedoch scheint Deutschland insgesamt in der Digitalisierung des Gesundheitssystems im europäischen Vergleich noch weit abgehängt (Juffernbruch, 2021, S.446) und neue Technologien werden in Deutschland eher schleppend in der Versorgungssituation implementiert (Biesdorf et al., 2022). Dabei wäre das Einsparpotenzial in Deutschland durch digitale Versorgungswege

gewaltig. Laut einer Studie der Beratungsagentur McKinsey könnte durch Umsetzung von 26 digitalen Lösungen Einsparungen von bis zu 42 Mrd. € pro Jahr für das deutsche Gesundheitssystem erzielt werden. Gegenüber dem letzten Bericht von 2018 ist das Nutzenpotenzial der Digitalisierung dabei erneut um 24 % gestiegen. Das größte Einsparpotenzial wird im Bereich der Onlineinteraktionen mit bis zu 12 Mrd. € jährlich gesehen (Biesdorf et al., 2022).

Ebenso zeigen seit Jahren Umfragen, dass die meisten Menschen möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit leben und versorgt werden möchten und der Wunsch nach größtmöglicher Selbstbestimmung und Autonomie in den eigenen vier Wänden sehr weitverbreitet ist (Knausz, 2021, S. 163). Ziel von Bemühungen sollte es daher sein, dass Personen mit Unterstützungsbedarf länger zu Hause leben können und dies zu einer Einsparung von Ressourcen führt (Hübner & Egbert, 2017, S. 213). Hier kann Fernkommunikation gezielt die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen erhöhen (Buchholz, 2018; Hübner & Egbert, 2017, S. 215) und der Einsatz eine selbstständige Lebensführung unterstützen (Aboujaoudé et al., 2021).

Weiter könnten derartige digitale Angebote auch die Situation von Angehörigen verbessern (Mähs, 2022, S. 30). Gerade pflegende Angehörige waren während der Pandemie massiv belastet, mit wenigen existierenden Angeboten (Elsayed Farid Amr, et al. 2021). Dabei galten pflegende Angehörige schon vor der Pandemie als hochbelastet, schwer erreichbar und Entlastungsangebote werden oft erst zu spät in Anspruch genommen. Vor allem eine psychosoziale Beratung außerhalb üblicher Angebotswege wird dabei ausdrücklich von pflegenden Angehörigen gewünscht (Schroll-Decker et al., 2021). Hier könnte der technologische Fortschritt ebenfalls genutzt werden, um diesem Versorgungsnotstand zu begegnen (Aboujaoudé et al., 2021; Conroy et al., 2020; Hoang et al., 2022).

2 Theoretischer Hintergrund

Interaktive Videokonferenzen entwickelten sich derzeit weltweit zu einem wichtigen Instrument in der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen (Shore et al., 2018). Der Einsatz von Fernkommunikation in der Telemedizin war in Deutschland jedoch durch das ärztliche Fernbehandlungsverbot gesetzlich verboten und erst im Zuge einer Reform der ärztlichen Berufsordnung wurde eine Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien erstmals 2018 ermöglicht (Hahn, 2019). Durch eine Reihe weiterer Gesetze wurde die Grundlage auch für den verstärkten Einsatz von Telemedizin in den Bereichen Pflege und Therapie ermöglicht. Hintergrund war das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) formulierte Ziel, die synchrone VK in Form einer Videoberatung, Videosprechstunde oder einer Videotherapie für alle Krankenversicherten auszubauen und weiterzuentwickeln (Zimmermann, 2021). In der Pflege wurde durch das Digital-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) erstmalig eine digitale Pflegeberatung per Videokonsultation ermöglicht. Weiter wurde im DVPMG zugleich die Möglichkeit für Heilmittel und deren telemedizinische Erbringung festgeschrieben (Zimmermann, 2021).

Im Rahmen der COVID-19 Pandemie wurden rechtliche Einschränkungen zur Telemedizin weiter gelockert, um Leistungen stärker als bisher nutzen zu können (Heuer et al., 2023). Eine Empfehlung der Kassenverbände auf Bundesebene und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherer (GKV Spitzenverband), ermöglichte für Heilmittelerbringer telemedizinische Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021), sodass eine befristete Sonderregelung erstmalig die Videotherapie für Heilmittelberufe erlaubte (Simon, 2022; Zimmermann, 2021), was schließlich zu einem starken Anstieg von erbrachten Leistungen führte (Heuer et al., 2023). Im Zuge einer nachfolgenden Novellierung der Heilmittel-Richtlinie wurden teletherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für Heilmittelberufe schließlich unbefristet ermöglicht und sind seit dem 1. Oktober 2022 als Regelleistung möglich (Simon, 2022), was weitreichende Veränderungen in den Heilmittelberufen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie bei der Erbringung teletherapeutischer Leistungen bedeutete (Wittmar et al., 2023).

2.1 Onlinebasierte Gesundheitsinterventionen

Viele Begrifflichkeiten im Bereich der Telemedizin sind aktuell unscharf definiert oder werden synonym verwendet. Die Begriffsunterscheidungen werden dabei selbst von Fachpersonal als verwirrend wahrgenommen (Solli et al., 2012). Im folgenden Kapitel werden deshalb zentrale Begriffsklärungen im Kontext der Forschungsarbeit vorgenommen.

2.1.1 Telemedizin

Der Begriff Telemedizin wird international sehr unterschiedlich definiert und verwendet (Beckers & Marx, 2021, S. 4-5). Die deutsche Bundesärztekammer definiert die Telemedizin als einen Sammelbegriff für rein ärztliche Versorgungskonzepte, deren Gemeinsamkeit die Erbringung von Leistungen über räumliche Entfernung durch den Einsatz von IKT ist. Telemedizinische Leistungen durch pflegerisches oder therapeutisches Fachpersonal werden dabei ausgeschlossen (Beckers & Marx, 2021, S. 4). Das Begriffsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Telemedizin ist hingegen interdisziplinär und es werden mehr Dimensionen von Telemedizin beschrieben. Hier wird Telemedizin als ein Oberbegriff für Gesundheitsdienstleistungen angesehen, die von allen Gesundheitsberufen durchgeführt werden und neben Diagnostik und Therapie die Bereiche Prävention, Forschung und Edukation umfassen (Beckers & Marx, 2021, S. 5).

Allgemein wird im Bereich der Telemedizin zwischen synchronen, asynchronen und hybriden Angeboten unterschieden. Synchroner Angebote beinhalten als zentrales Element eine Echtzeit-VK, wodurch ein unmittelbarer Austausch von Gesundheitsfachpersonen und Patient*innen ermöglicht wird (Barsom et al., 2020; Lauer, 2020; Molini-Avejonas et al., 2015). Asynchrone Angebote finden über verschiedene digitale Kommunikationskanäle statt und ermöglichen ein zeitversetztes Bearbeiten von Apps oder Audio- und Videodateien im häuslichen Setting (Lauer, 2020; Molini-Avejonas et al., 2015). Die hybriden Angebote beinhalten eine Kombination synchroner und asynchroner Angebote und sind oft gekennzeichnet durch eine Kombination von Telesettings mit physischen Treffen. Neben synchroner VK finden im hybriden Ansatz auch digitale Heimübungen per App oder Software statt. In regelmäßig oder unregelmäßig zwischengeschalteten Präsenztreffen erfolgt dabei eine individualisierte Anpassung an die jeweilige Bedürfnislage (Lauer, 2020), sogenannte „*blended treatments*“ als Kombination von internetbasierten und konventionellen Behandlungen (Berger, 2018, S. 108). Innerhalb der telemedizinischen Angebote gilt die synchrone VK als am häufigsten verwendet und adressiert primär Aspekte der Prävention und Diagnostik sowie der Behandlung und Nachsorge (Khoshrounejad et al., 2021).

2.1.2 Telepflege

Der Begriff Telepflege ist von großer Unschärfe geprägt. In der Literatur finden sich synonyme Verwendungen von Begrifflichkeiten wie Telecare, Telenursing, Telehomecare oder auch e-Care mit jeweils gleichwertigen Definitionen (Braeseke et al., 2020, S. 31-34). Dabei wird der Begriff Telecare, ähnlich wie der Begriff Telemedizin, als ein Oberbegriff dargestellt. Definitionsgemäß werden innerhalb von Telecare mithilfe von IKT räumliche und zeitliche Grenzen überwunden und die Pflege insgesamt erleichtert. Dabei kann Telecare sowohl mit Patient*innen als auch interdisziplinär genutzt werden (Braeseke et al., 2020, S.31) und umfasst vorrangig internetbasierte Technologien, die eine vernetzte Betreuung und Unterstützung ermöglichen (Lutze et al., 2019, S. 93). International wird jedoch überwiegend der Begriff Telenursing verwendet. Telenursing beschreibt ebenfalls den Einsatz von IKT, mit deren Hilfe pflegerische Leistungen aus einer räumlichen Distanz heraus durchgeführt werden (Kumar & Snooks, 2011, S.1). Eine Erweiterung in der Definition sieht der Pflegeverband in Australien. Dieser bezeichnet Telenursing zudem als das Verwalten, Erbringen und Koordinieren von Pflegeleistungen (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2013). Die American Telemedicine Association (ATA) hingegen definiert Telenursing als ein Teil von Telehealth, wobei Interventionen, Dienste und Geräte verstärkt auf die Bedürfnisse von Personen ausgerichtet werden und den Austausch von gesundheitsbezogenen Daten über räumliche Distanz erlauben, mit dem Ziel die Pflege möglichst effizient zu gestalten. Telenursing wird von der ATA explizit nicht als ein Spezialgebiet der Krankenpflege bezeichnet, sondern gilt als eigene Methodik (American Telemedicine Association, 2011). Im deutschsprachigen Raum wird hingegen überwiegend der Begriff Telepflege synonym zu den oberen Ausführungen verwendet. Die Definition beschreibt ebenfalls die Anwendung von IKT, mit der Pflegekräfte, mit Vertreter*innen der eigenen Berufsgruppe, interdisziplinär sowie mit Patient*innen und deren Angehörigen, über räumliche Grenzen hinweg in Verbindung treten (Hübner & Egbert, 2017, S. 212). Weiter wird Telepflege als eine Einzelanwendung definiert, welche mittels virtueller Präsenz und Supervision die Durchführung von Pflegetätigkeiten ermöglicht (Braeseke et al., 2020, S. 34).

Um aufgrund der genannten und teilweise verschiedenen Perspektiven ein einheitliches Verständnis des Begriffs Telepflege in der vorliegenden Arbeit zu gewährleisten, wurde eine Arbeitsdefinition in Anlehnung an die bisherigen Ausführungen formuliert.

So umfasst Telepflege im Sinne dieser Studie alle pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten, die unter Verwendung von IKT in einer synchronen Live Situation von Pflegefachkräften mit den zu Pflegenden und deren Angehörigen durchgeführt werden, und sich zudem auf einen Austausch mit Berufskollegen, oder weiteren Gesundheitsdisziplinen erstrecken können.

2.1.3 Teletherapie

Parallel zum Begriff der Telepflege werden auch bei der Definition des Begriffs Teletherapie unterschiedliche Perspektiven deutlich. Eine Abgrenzung zur bereits lange existierenden extern durchgeführten Strahlentherapie in der Tumorbehandlung, welche ebenfalls als Teletherapie bezeichnet wird, gilt es dabei deutlich zu vollziehen (Schlegel, 2002, S. 369). Über dieses spezifische Begriffsverständnis hinaus werden weitere Definitionen zur Teletherapie im Gesundheitswesen vollzogen. So formuliert eine verbreitete Definition die Teletherapie sehr allgemein als einen Anwendungsbereich innerhalb der Telemedizin, bei der Therapeut*innen aus einer räumlichen Distanz heraus, aktiv in der Behandlung von Patient*innen mitwirken (Goldgruber et al., 2021) und das therapeutische Geschehen dabei von der physischen Anwesenheit entkoppelt wird (Beckers & Marx, 2021, S. 7). Derzeit wird Teletherapie vorwiegend von den Heilmittelberufen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie durchgeführt, wobei selbst in diesen Berufsgruppen Unsicherheiten mit der Begriffsverwendung deutlich werden und stattdessen oft der Begriff der Videotherapie verwendet wird (Lauer, 2020). Synonym dazu verwenden die Krankenkassen und die Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Begriff der Videotherapie (Barthel et al., 2021). Die Videotherapie kann dabei als eine mögliche Subform der Teletherapie verstanden werden, welche in einem synchronen Live-Format die Durchführung von Einzel- oder Gruppenbehandlungen sowie Beratung und Befundung beinhalten kann (Beushausen & Sippel, 2021). In der internationalen Forschungsliteratur hingegen wird überwiegend der Begriff Teletherapie genutzt (Lauer, 2020). Zur weiteren Begriffsklärung in dieser Untersuchung wurde deshalb parallel zum Begriff der Telepflege eine eigene Arbeitsdefinition für die Teletherapie in Anlehnung an die bisherigen Ausführungen formuliert.

*Teletherapie im Sinne dieser Studie umfasst einen synchronen Videoaustausch mittels IKT, bei der Therapeut*innen aus dem Heilmittelbereich mit Patient*innen, deren Angehörigen und weiteren Gesundheitsfachkräften zusammenarbeiten, um die Lebensqualität von Patient*innen zu erhöhen und gesundheitliche Einschränkungen zu verbessern.*

2.1.4 Telesetting

Der Begriff des Telesettings ist noch relativ neu und daher nicht in breiter Verwendung. In einem Telesetting werden Interventionen aus Medizin, Pflege und Therapie zusammengefasst, die außerhalb von ambulanten Praxen oder stationären Einrichtungen durch den Einsatz von IKT erbracht werden. Die Patient*innen, die solche Leistungen empfangen, befinden sich dabei in der Regel in der eigenen häuslichen Umgebung (Wolfs, 2022, S. 27).

Dabei hat die Bundesärztekammer in der Definition zum Begriff Telemedizin bereits implizit eine Abgrenzung von Tele- und Präsenzsettings vollzogen (Wolfs, 2022, S. 27). Als eine Gemeinsamkeit vieler Begriffe aus den Bereichen Telemedizin, Telepflege und Teletherapie gilt allgemein der Einsatz von IKT zur Leistungserbringung. Durch die zwingende Verwendung von IKT in Telesettings wird deshalb eine klare Abgrenzung zum Präsenzsetting möglich. Da sowohl Pflegefachkräfte als auch Therapeut*innen aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie in der vorliegenden Forschungsarbeit involviert waren, wurde diese Definition weitgehend übernommen und geringfügig angepasst.

*Unter einem Telesetting werden in der vorliegenden Studie alle Interventionen und Dienstleistungen aus den Bereichen der Teletherapie und Telepflege verstanden, die mittels IKT in einer synchronen VK aus einer räumlichen Distanz heraus im häuslichen Setting von Patient*innen erbracht werden.*

2.2 Kommunikation und Videokommunikation

Der Begriff Kommunikation hat seinen Ursprung im lateinischen Begriff „*communicare*“, was so viel wie „*gemeinsam machen, mitteilen und Anteil haben*“ bedeutet (Godulla, 2016, S. 42). Über diesen Konsens der Übersetzung hinaus wurden bereits über 160 verschiedene Definitionen von Kommunikation formuliert, je nach Profession, Perspektive und Verständnis (Godulla, 2016, S. 41). Kommunikation ist dabei etwas, was den Menschen sehr früh prägt und viel über seine Denkstrukturen aussagt, und es gibt praktisch keinen Bereich des menschlichen Daseins, welcher nicht von Kommunikation berührt wird (Godulla, 2016, S.42).

2.2.1 Annäherung an den Begriff Kommunikation

Die Kommunikation wird einerseits als Prozess beschrieben, bei dem versucht wird Botschaften zu verstehen, welche sich die teilnehmenden Personen durch Konstruktion von Wissen oder Symbolen gegenseitig übermitteln (Buluş et al., 2017; Hrnkal & Hofius, 2023, S.119). Dabei geht es im Kern um ein selektives und individuelles Verstehen oder Missverstehen dieser Mitteilung und der darin enthaltenen Information (Kurilla, 2023, S. 51). Ferner wird die Interdependenz der Kommunikation mit der Interaktion betont, wobei Kommunikation immer als Teil einer Interaktion angesehen wird, bei der Personen versuchen, sich untereinander zu verständigen (Scholl et al., 2016, S. 4). Zudem werden die individuellen Anteile von Sendenden und Empfangenden bei einer Kommunikation betont und verschiedene Aspekte einer Kommunikation beschrieben. Neben einer offenkundigen Sachinformation können subtile Anteile der Selbstkundgabe, Beziehungshinweise oder Formen von Appellen in der Kommunikation

enthalten sein, die sowohl vom Sender als auch vom Empfänger individuell verstanden und interpretiert werden (Schulz von Thun, 2010, S. 13-14). Dabei wird gerade die mündliche Kommunikation als äußerst flüchtig und situativ beschrieben, welche eine heterogene Auslegung und Interpretation des Gesprochenen erlaubt (Godulla, 2016, S. 43-44). Überdies bilden die kommunikativen Fähigkeiten die Grundlage für viele andere kognitive Fertigkeiten (Buluş et al., 2017).

2.2.2 Drei Aspekte der Kommunikation

Kommunikation kann in verbalen, nonverbalen und paraverbalen Anteilen beschrieben werden (Langner, 2020, S. 45). Die verbale Kommunikation vereint den Ausdruck von Wörtern, die gesprochene Sprache und die inhaltliche Ebene, wozu Wortschatz, Bedeutungszuschreibungen und Missverständnisse gehören können (Langner, 2020, S. 46). Die nonverbale Kommunikation umfasst die Körperhaltung, im Speziellen die Mimik und Gestik, mit der wir stimmungsabhängig der Kommunikation körperlichen Ausdruck verleihen. Hierzu gehören willentlich beeinflusste nonverbale Kommunikation wie Kleidung, Bemalung, Frisur etc., aber auch unwillentlich beeinflussbare Elemente wie Schwitzen oder Erröten (Langner, 2020, S. 46-47). Dabei gilt der vom Kommunikationspsychologen Paul Watzlawick berühmte Satz „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“, der ein ständiges nonverbales kommunizieren durch Gesten, Mimik, Blick- und Augenkontakten sowie Körperhaltung und vieler weiterer Aspekte zusammenfasst (Scholl et al., 2016, S. 2; Watzlawick et al., 2011, S. 84). Die paraverbale Kommunikation beschreibt den Anteil der Kommunikation, welcher von der Stimme produziert wird, etwa durch die Stimmlage sowie die Lautstärke und Betonung des Gesprochenen, das Sprachtempo und die Sprachmelodie, ob beispielsweise eher singend oder eintönig moduliert wird (Langner, 2020, S. 47).

Bei einer authentischen Gesprächsgrundhaltung passen verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikationssignale zusammen, was zu einer Hinwendung des Gesprächspartners führen kann (Langner, 2020, S. 47). Alle drei Kommunikationsebenen sollten deshalb umfänglich berücksichtigt werden und bei wahrgenommenen Inkongruenzen und Missverständnissen sollte eine Reflexion der einzelnen Kanäle erfolgen (Sachse, 2023, S. 45-46). Dabei wird angenommen, dass die meisten Sprachverständnis-Prozesse durch nonverbale und paraverbale Informationen gebildet werden und nicht über die verbale Ebene, welche den geringsten Informationsanteil sendet (Langner, 2020, S. 47). Hier scheint jedoch noch weitgehend ungeklärt, welche kommunikativen Informationen wir tatsächlich zum Verständnis verwenden (Hartmann-Strauss, 2020, S.4-6). Aus früheren psychologischen Untersuchungen ist dabei bekannt, dass

eine gezielte Synchronisation von Körperhaltungen und Bewegungen Einfluss auf die therapeutische Beziehung und das therapeutische Geschehen haben kann (Ramseyer & Tschacher, 2011).

2.2.3 Kommunikation in der Medizin

Die Kommunikation nimmt in einem medizinisch-therapeutischen Prozess unbestritten eine zentrale Rolle ein und ist essenziell für die Beziehungsgestaltung (Sachse, 2023, S. 89). Eine effektive Beziehung zu Patient*innen wird im Behandlungsprozess dabei dringend benötigt (Khodadadi et al., 2013) und hat darüber hinaus eine enorme Bedeutung für den Therapieerfolg (Auschra et al., 2020; Hartmann-Strauss 2020, S. 5-6). Die Kommunikation zwischen Expert*innen und Patient*innen stellt einen der wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Behandlung dar, und die richtige Wortwahl gilt als entscheidend (Auschra et al., 2020). Als typische Gesprächsphasen eines solchen institutionalisierten Austauschs im medizinisch-therapeutischen Geschehen werden eine Begrüßung / Eröffnung, die Beschwerdeschilderung und -exploration, die Diagnose, die Therapieplanung und -entwicklung sowie die Gesprächsbedingung und die Verabschiedung angesehen (Hrncal & Hofius, 2023, S. 124). Gerade die Kommunikation von Gesundheitsexpert*innen und Patient*innen wird durch das weitgehend noch zugrundeliegende paternalistische Modell im Gesundheitswesen, mit einer deutlichen Wissenshierarchie zuungunsten der Patient*innen, jedoch oft als beiderseitige Herausforderung wahrgenommen (Lühmann et al., 2016). Vor allem, wenn es um den vertraulichen Austausch mit Patient*innen und deren Angehörigen zu den Grundbedürfnissen des menschlichen Lebens geht, wird eine zugewandte Grundhaltung als besonders wichtig erachtet (Kocks, 2021, S. 11). Gerade dem Aspekt der Empathie wird dabei eine besondere Bedeutung zugewiesen, da eine hohe Empathie mit günstigen Patientenergebnissen korrelieren kann (Lühmann et al., 2016). Eine empathisch patientenzentrierte Kommunikation benötigt dabei bestimmte Kompetenzen, die nicht unmittelbar in Aus- und Weiterbildung erworben werden (Lühmann et al., 2016). Oftmals wurden Probleme in der Kommunikation mit Gesundheitsexpert*innen von Patient*innen beschrieben und als ein Schwerpunkt für mögliche Verbesserungen in der Zusammenarbeit angesehen (Khodadadi et al., 2013).

2.2.4 Videokommunikation als neue Realität

Im Bereich der Kommunikationswissenschaften gilt die Online-Kommunikation als eine besondere Herausforderung, denn das Internet bündelt eine Vielzahl von kommunikativen Potenzialen (Beck, 2014, S.1). Das Internet kann als ein Kommunikations- und Informationsmedium verwendet werden, über das nahezu alle möglichen Inhalte und Methoden vermittelt werden können (Berger, 2018, S. 106-107). Eine computergestützte Kommunikation erlaubt insbesondere den synchronen oder asynchronen Einsatz von audiovisuellen und schriftlichen Kommunikationswegen sowie ein schnelles Wechseln der Kommunikationsformen, wobei jede Kommunikationsdarbietung eigene Handlungsmöglichkeiten besitzt (Beck, 2014, S. 5). So wird grundsätzlich empfohlen, die internetbasierte Gesundheitskommunikation als einen eigenständigen Bereich anzusehen (Rossmann & Stehr, 2019, S. 396) und Kommunikationsprozesse sind stets vor dem Hintergrund und dem Einfluss von gesellschaftlich, sich verändernden Bedingungen anzusehen (Mollenhauer, 2023, S. 29). Generell erfolgt der Gebrauch von Medientechniken dabei gesellschaftlich verankerten Regeln und Erwartungsstrukturen, wobei diese von den Kommunikationspartner*innen oftmals individuell und unbewusst ausgehandelt werden (Beck, 2014, S. 3). Onlinemedien wird das Potenzial zugeschrieben, Kommunikationsräume für gewisse Personengruppen zu erweitern oder einzuschränken. Dabei werden individuelle Unsicherheiten thematisiert, da benötigte Kompetenzen erst angeeignet und etabliert werden müssen. Neue Medien können auf einer Makroebene sowohl die menschliche Freiheit fördern als auch einschränken, während sich auf der Mikroebene die Frage stellt, welche Normen in der Online-Kommunikation gelten. Zudem gilt es, ethische Fragen zu bedenken, gerade wenn Minderheiten ausgeschlossen werden könnten (Beck, 2019, S.133). Ferner gilt als unbestritten, dass VK eine Kanalreduktion im Gegensatz zu einem Austausch in physischer Präsenz bedeutet (Hartmann-Strauss, 2020, S. 6). Einschränkungen ergeben sich im Bereich von nonverbalen und paraverbalen Aspekten (Stimmfarbe, Körpersprache, Augenkontakt etc.), welche technisch bedingt unumgänglich sind (Berger, 2018, S.112). So entfällt ein Gesamteindruck der Person, aber auch Sinneswahrnehmungen wie der olfaktorische Kanal werden reduziert. Zudem wird eine VK im Telesetting durch weitere technische Faktoren wie Bild- und Übertragungsqualität oder Lichtverhältnisse beeinflusst (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). So können in einer VK tiefgreifende Veränderungen in der Kommunikation und Interaktion auftreten (Frittgen & Haltaufderheide, 2022). Zudem wird ein verändertes Verhalten und Rollenerleben in Untersuchungen zu Online-Therapien bereits beschrieben (Hrncal & Hofius, 2023, S. 127).

Gegenüber dem Telefonkontakt bietet sich in der VK allerdings die Chance einer visuellen Interaktion und die Integration von nonverbalen Aspekten, sodass ein erhöhter Wert des

Austauschs festgestellt wurde (Barsom et al., 2021). Dennoch wird die VK von Gesundheitsfachpersonen oft noch als Herausforderung wahrgenommen (Sosnowski et al., 2020). Dabei ist im medizinischen Bereich nach wie vor die Auffassung weitverbreitet, dass eine digitale Kommunikation niemals den physischen Austausch in Präsenz ersetzen kann und ein Telesetting vorwiegend als eine Erweiterung der Verständigungsmöglichkeiten anzusehen ist (Birschmann, 2019, S. 38). Der zunehmende Einsatz von VK spiegelt jedoch die Normalisierung dieser Kommunikationsform in der breiten Gesellschaft, auch außerhalb der Medizin, wider (Ignatowicz et al., 2019).

2.3 Interaktion

Während die Kommunikation den Austausch von Informationen auf verschiedenen Ebenen beschreibt, so wird die Interaktion mit einer Koordinierung von Verhalten während der Kommunikation beschrieben, bei der eine Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stattfindet. Als eine Gemeinsamkeit der Begriffe Interaktion und Kommunikation wird dabei das soziale Handeln angesehen. Ob soziales Handeln und das wechselseitige aufeinander bezogen sein gelingt, hängt dabei von den Kontaktmöglichkeiten und den Medien ab (Schmidt, 2018, S. 15). Damit gilt die Interaktion als ein situatives Geschehen von Personen, welche das subjektive Erleben und Handeln umfasst. Inwieweit sich die Form der Interaktion innerhalb eines Telesettings ändert wurde dabei in der weiteren Ausarbeitung der Studie als Aspekt von hohem Interesse verstanden. Entsprechende Forschungsmethodologien wie der phänomenologische Ansatz und der symbolische Interaktionismus wurden deshalb in der weiteren empirischen Bearbeitung berücksichtigt (*siehe hierzu Kapitel 5.1*).

2.3.1 Interdependenz der Interaktion

Das Kennzeichen einer Interaktion ist ein wechselseitig interpretiertes Verhalten, welches durch das situative Verhalten des Gegenübers gezeigt wird (Hrncal & Hofius, 2023, S. 119; Schmidt, 2018, S. 18). Dabei zeichnet sich die Interaktion durch eine gegenseitige Bezugnahme der Gesprächspartner aus. So trifft eine Person eine Folgehandlung, nach einer beim Gegenüber interpretierten Bedeutungszuschreibung (Hrncal & Hofius, 2023, S. 119). Menschen sind dabei immer in das Handeln von anderen Personen eingebunden und bestimmen selbst als handelnde Person diesen Prozess mit. Kommen dabei Handlungen wiederkehrend, werden diese als Symbole verstanden, mit denen Interaktion vermittelt wird, so kann jedes Verhalten selbst ein Symbol sein (Abels, 2020, S. 102-103). Dadurch kommt es zu gegenseitigem Verständnis und einer Situationsdefinition, mit einer Bedeutungszuweisung und einer Erwartungshaltung hinsichtlich

Form und Ziel der weiteren Aktion. Zudem bilden sich in der Interaktion in einem stillen Konsens gemeinsame Symbole durch Aktion und Reaktion auf das Gegenüber aus (Abels, 2020, S. 102). Interaktion lässt sich zudem als ein Konstrukt mit zwei Ausrichtungen beschreiben. So kann zwischen asymmetrischen Interaktionen ohne eine jeweilige Gegenreaktion und symmetrischen Interaktionen mit einem konkreten wechselseitigen Handeln unterschieden werden (Schmidt, 2018, S. 19). Die Interaktion kann eine kumulative Wechselseitigkeit beinhalten, so dass Handlungen aneinander folgen als reaktive Komponente eines Austausches von Personen. Hier nehmen Handlungen auf das Vorhergehende Bezug und kumulieren so in einer Relation zueinander. Zudem wird Interaktion als Kopräsenz beschrieben, womit über die gegenseitige Wechselseitigkeit hinaus, die Zeitgleichheit, Symptomfülle, Simultanität und Unmittelbarkeit der Interaktion beschrieben wird (Schmidt, 2018, S. 22). Dabei bleibt bislang weitgehend ungeklärt, ob ein Telesetting und die VK die beschriebene Interdependenz von Interaktionen verändert und das gesamte subjektive Handeln und Wahrnehmen situativ beeinflusst.

2.3.2 Beziehungsaufbau im Telesetting

Der Aufbau einer tragfähigen professionellen Beziehung hat einen zentralen Stellenwert in Gesundheitsfachberufen (Berger, 2018, S. 106; Khodadadi et al., 2013) und gilt als essenzieller Bestandteil in einem therapeutischen Prozess, welcher zur Herstellung von Vertrauen notwendig ist (Hartmann-Strauss, 2020, S. 5; Sachse, 2023, S. 89). In diesem Interaktionsprozess geht es inhaltlich oft um die Grundbedürfnisse des menschlichen Lebens, mit allen Konflikten, Missverständnissen, Bedürfnissen und Gefühlen, die dabei eine Rolle spielen können. Gerade medizinische Leistungen in der Pflege gelten beispielsweise als klassische Interaktionsarbeit, bei der ein intensiver und vertraulicher Austausch stattfindet (Kocks, 2021, S. 11). Die therapeutische Allianz als Folge eines gelungenen therapeutischen Beziehungsaufbaus nimmt dabei eine bedeutende Rolle im weiteren Prozess ein (Wilmers et al., 2008). Die Vereinbarung von Zielen und der dazu notwendigen Behandlungen kann dabei auch als Arbeitsbündnis verstanden werden (Berger, 2018, S. 110). Diese gemeinsame Interaktionsbasis, bei der alle Akteure involviert sind, muss jedoch zuvor immer her- und sichergestellt werden (Barthel et al., 2021). Weiter wird eine therapeutische Beziehung im Wesentlichen von drei Komponenten gebildet. Der Beziehungsaufbau durch Interaktionen beinhaltet den Aufbau einer emotionalen Bindung („bond“), eine Übereinkunft von Patient*in und Gesundheitsfachkraft bezüglich Behandlungsziele („goal“) sowie eine Übereinstimmung, wie diese Ziele erreicht werden sollen („task“) (Berger, 2018, S.110-111). Die therapeutische Beziehung wird weiter über Motivation, Regeln und Problemdefinitionen entwickelt und von der Umgebung, Technik und Privatsphäre

beeinflusst sowie von der zwischenzeitlichen Erreichbarkeit (Cipolletta et al., 2018). Das Potenzial der Beziehungsgestaltung wird dabei insgesamt eher noch unterschätzt (Cipolletta et al., 2018).

Dabei werden regelmäßig Bedenken gegenüber Videokonsultationen geäußert, bezüglich der Fähigkeit und Wirksamkeit eine therapeutische Allianz als Resultat einer gelungenen therapeutischen Beziehung aufzubauen (Ahn & Scheidt, 2023; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Grant et al., 2022; Haydon et al., 2021; Norwood et al., 2018), wobei teilweise auch eine Neubelebung der therapeutischen Beziehung durch Telesettings beschrieben wurde (Simpson et al., 2021). Die Auswirkungen von VK auf die Beziehungsebene sollten daher kritisch diskutiert werden (Grant et al., 2022). Die Veränderungen in der therapeutischen Beziehung werden von einem intensiveren und persönlicheren Austausch hin zu einer erhöhten Distanzierung und Oberflächlichkeit beschrieben (Höfner et al., 2021). Teilweise wurde von Psychotherapeut*innen die professionelle Beziehung hingegen als weniger stark wahrgenommen, während es die Patient*innen konträr als stärker wahrnahmen (Chherawala & Gill, 2020). Weiter wird eine direkte Auswirkung der Beziehungsgestaltung auf den Therapieerfolg teilweise als eher gering beschrieben, aber gleichzeitig als notwendig erachtet, damit Menschen sich öffnen und relevante Aspekte Informationen äußern (Sachse, 2023, S. 90). Gerade die therapeutische Beziehung zu Kindern wurde dabei als beeinträchtigt erlebt (Grant et al., 2022). Hartmann-Strauss hingegen betont die hohe Bedeutung einer gelungenen therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg (Hartmann-Strauss, 2020, S. 5). Dabei gilt es in Präsenz, als leichter eine therapeutische Beziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten, als bei einer Videoübertragung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Der Frage, weshalb trotz der Einschränkungen und Veränderungen in einem Telesetting eine vergleichbare und erfolgreiche Beziehungsgestaltung möglich ist, sollte dabei nachgegangen werden (Ahn & Scheidt, 2023). Auch wenn bereits einige Aussagen bezüglich der Beziehungsqualität in einem Telesetting vorliegen, so sind die Interaktionen immer mit entsprechenden Handlungen, Methoden und Inhalten situativ verbunden, was im Bereich von Teletherapie und Telepflege durchaus neue Fragen aufwirft.

2.3.3 Intensität des Kontakts in einem Telesetting

Die Intensität des Kontakts von Patient*innen zu Gesundheitsfachpersonen wird als bedeutsame Einflussgröße für eine Symptomreduzierung beschrieben. Je intensiver der Kontakt zu den Expert*innen ist, desto schneller können Symptome oftmals reduziert werden (Hartmann-Strauss, 2020, S. 6). Dabei finden sich in der Literatur bislang unterschiedliche Beschreibungen zur Intensität und Tiefe des Austauschs in Videokonferenzen. Viele moderne technische

Systeme werden aufgrund von befürchteten Einschränkungen in sozialen und emotionalen Interaktionen eher skeptisch betrachtet (Tschamper & Jakobsen, 2019; Zöllick et al., 2019, S. 213-214). Es wird ein beidseitig verändertes Verhalten in Online-Therapien beschrieben, welches mit den medienabhängigen und technisch unumgänglichen Möglichkeiten und Einschränkungen begründet wird (Berger, 2018, S. 112). Gerade hierzu kann der Bezugsrahmen der Phänomenologie und des symbolischen Interaktionismus herangezogen werden um entsprechende Spezifika in einem Telesetting zu interpretieren. Teilweise wurde in der VK von einer emotionalen Distanz berichtet und das Medium abgelehnt (Gumz et al., 2021; Tschamper & Jakobsen, 2019). Ein aufkommendes Distanzgefühl und daraus folgend ein beeinträchtigter, mitfühlender Austausch werden als Nachteil gesehen, da weniger Intensität und Tiefe erzeugt wird (Gumz et al., 2021; Hedqvist et al., 2023). So werden für die professionelle Beziehung negative Konsequenzen vermutet auf die Qualität der Beziehung (Khoshrounejad et al., 2021), geradezu Kindern (Grant et al., 2022). Weiter wird die Authentizität innerhalb der technologiegestützten Interaktion kritisiert (Elma et al., 2022) und individuell oft schlechter bewertet (Simpson et al., 2021). Vor allem die Blickrichtung und der Augenkontakt werden als häufiges Interaktionsproblem bei Videokonferenzen genannt (Horstmann & Linke, 2022). Erlebte Distanzierungsbeschreibungen zeigten sich hauptsächlich zu Beginn von Telesettings, nehmen im Verlauf jedoch oft ab (Höfner et al., 2021). Zudem können Videokonferenzen individuell als anstrengender erlebt werden gegenüber einem physischen Austausch, und das Phänomen einer Online-Ermüdung wurde beschrieben (Nesher Shoshan & Wehrt, 2022).

In anderen Untersuchungen wurden Videointeraktionen hingegen als effektiv beschrieben (Shaw et al., 2020) und Interaktionen konnten hervorragend nachgebildet werden (Marhefka et al., 2020). Ebenso wird von einer besseren Selbstdarstellung und höheren Intimität im Telesetting berichtet (Simpson et al., 2021; Suler, 2004). Personen konnten sich leichter und schneller öffnen und auch intime Gegebenheiten werden angesprochen. Dies wird auch als „*online disinhibition effect*“, einem Online-Enthemmungseffekt, bezeichnet (Suler, 2004). Das Setting wird teilweise als privater und intimer erlebt (Höfner et al., 2021). Zudem wird eine Beeinflussung der Intensität einer therapeutischen Allianz durch die Ausstrahlung von Warmherzigkeit und Kompetenz von Expert*innen postuliert (Seewald & Rief, 2023).

3 Telesetting – internationaler Forschungsstand

Zur weiteren Erarbeitung des Forschungsfeldes erfolgte eine iterative Literaturrecherche, welche sich an dem von Nordhausen und Hirt entwickelten Recherchemodell orientierte, dass vom Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk) empfohlen wird (Nordhausen & Hirt, 2025). Dabei sollte der bisherige „*State of the Art*“ zur professionellen Durchführung einer synchronen VK im Bereich von Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie erfasst werden.

3.1 Systematische Literaturrecherche

Als Vorgehensweise wurde ein sensitives Rechercheprinzip ausgewählt, da es für das Forschungsfeld am geeignetsten erschien. Die sensitive Recherche führt in der Regel zu vielen Treffern und garantiert ein Höchstmaß an umfänglichen Ergebnissen. Zudem soll die Recherche umso sensibler gestaltet werden, je höher eine praktische Entscheidungsrelevanz daraus entsteht (Nordhausen & Hirt, 2025).

Im Anschluss wurde die Suche nach Handlungsempfehlungen zur synchronen VK in Pflege und Therapie mit dem PICO – Mnemonik aufbereitet. Dies garantierte eine zuverlässige Operationalisierung für eine Datenbankrecherche (Nordhausen & Hirt, 2025). Die Recherche zielt dabei auf einen Handlungsleitfaden (O) für Patient*innen und Expert*innen (P) zu synchroner VK aus den Bereichen Pflege und Therapie (I). Da in der vorliegenden Studie keine Kontrollintervention (C) nötig ist, wurde diese Komponente weggelassen. *Tabelle 1* zeigt die durchgeführte Operationalisierung.

P	Patient*innen und Expert*innen
I	Synchrone VK in Pflege und Therapie
C	-
O	Handlungsempfehlungen

TABELLE 1: PICO – SCHEMA ZUR FRAGE

In der nachfolgenden Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken wurden neben pflege- und therapielevanten Fachdatenbanken auch übergeordnete medizin- und gesundheitswissenschaftliche Datenbanken einbezogen. Die Suche wurde in den Datenbanken MEDLINE (via PubMed), CINAHL Full Text (via EBSCOhost), Cochrane Library, OTseeker, PEDro, speechBITE, PubPsych und in der Querschnittsdatenbank Web of Science durchgeführt.

Zu den nun operationalisierten Suchkomponenten wurden in einem nächsten Schritt möglichst viele Synonyme von Suchbegriffen und Schlagwörtern identifiziert. Hierzu wurden die baumartigen Schlagwortklassifizierungen in MEDLINE und CINAHL sowie die Hilfe von Suchmaschinen zu Thesauren¹ und Übersetzungstools² genutzt. Die Suchbegriffe und Schlagwörter wurden ausschließlich in englischer Sprache recherchiert, da alle Datenbanken Englisch als Fachsprache nutzen. *Tabelle 2* zeigt die identifizierten Suchbegriffe und Schlagwörter. Da die Begrifflichkeit synchrone VK bisher nicht übergreifend verwendet wird, wurde der Begriff VK ergänzt, da dies eine breitere Anzahl von Ergebnissen garantiert.

Mithilfe der Booleschen Operatoren wurden nachfolgend datenbankspezifische Suchstrings entwickelt. Die Schlagwörter wurden mit den Operatoren AND und OR miteinander verknüpft. Zudem wurde der Einsatz der *Trunkierung verwendet bei den Begriffen Video und Online, da hierdurch alle möglichen Variationen von VK bzw. Onlinekommunikation gefunden werden konnten. Zusätzlich wurde die Suche auf die letzten 5 Jahre begrenzt, da dies der Geschwindigkeit technischer Innovationen in diesem Forschungsfeld gerecht wird. Die Überprüfung des Suchstrings erfolgte mit dem *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS) mithilfe von Überprüfungsfragen (McGowan et al., 2016).

¹ www.powerthesaurus.org

² www.deepl.com

	Patient*innen (Population)	Expert*innen (Population)	VK (Intervention)	Pflege (Intervention)	Ergotherapie (Intervention)	Physiotherapie (Intervention)	Logopädie (Intervention)	Handlungsleitfaden (Outcome)
Suchbegriffe und Synonyme	Patient patients	Expert experts	Video communication Videoconferencing Online communications Video consultation Online consultation Video surgery Online surgery	Care Nursing Nursing care	Occupational Therapy Ergotherapy	Physiotherapy Physical therapy physio	Speech therapy Logopedics Logopaedics	Guideline Guidance Rules Instructions Regulations directions Action guide Checklist Recommendation
Schlagwörter	Patient*	Expert*	Videoconferencing Remote consultation Telecommunications Video* Online* Tele* Communication*	Care Nursing*	Occupational Therapy Ergotherapy	Physiotherapy Physical therapy physio	Speech therapy Logopedics Logopaedics	Guideline Guidance Rules Instructions Regulations directions Action guide Checklist Recommendation

TABELLE 2: SUCHBEGRIFFE UND SCHLAGWÖRTER

In der nachfolgenden *Tabelle 3* wird die Zuordnung der Schlagwörter zum PICO Schema in der Suchstring-Entwicklung für die Datenbank MEDLINE dargestellt.

Suchstring MEDLINE	
Patient*innen	(patient*)
Expert*innen	(expert*)
VK	("video*" OR "online*" AND "communication*" OR "videoconferencing")
Pflege	("care" OR "nursing*")
Ergotherapie	("occupational therapy" OR "ergotherapy")
Physiotherapie	("physiotherapy" OR "physical therapy" OR "physio")
Logopädie	("Speech therapy" OR "Logopedics" OR "Logopaedics")
Handlungsleitfaden	("guideline" OR "guidance" OR "rules" OR "instructions" OR "regulations" OR "directions" OR "action guide" OR "checklist" OR "recommendation")

TABELLE 3: SUCHSTRING MEDLINE

Bei einer ersten Testung des Suchstrings ergaben sich keine Treffer zu Handlungsempfehlungen für die Therapie und Pflege, so dass die Suche angepasst wurde und ohne die Suchsyntax zu den Berufsgruppen Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie durchgeführt wurde, um die Suche noch sensitiver zu gestalten. Die überarbeitete Suche ohne Berufsgruppen führte zu 77 Treffern mit wenig relevanten Ergebnissen, sodass der Suchstring weiter modifiziert wurde. Das Wording „*Videoconferencing*“ stellte sich nach den ersten Suchen als weiteres Synonym für die VK heraus und wurde in die Suchbegriffe involviert. Ein erneuter Testlauf des Suchstrings in der Verknüpfung von „*video**“ AND „*videoconferencing*“ führte zu 4.408 Treffern und enthielt jegliche Form von videobasiertem Ansatz, ohne den direkten kommunikativen Austausch zu fokussieren, was als zu sensitiv bewertet wurde. In einer weiteren MeSH (Medical Subject Heading) Recherche von MEDLINE zur Verschlagwortung von Begriffen, stellte sich „*videoconferencing*“ als ein alleinstehender Begriff dar, gemeinsam mit den MeSH Schlagworten „*teleconferencing*“ und „*remote consultation*“. Alle drei Begriffe wurden übergeordnet von dem Begriff „*telecommunication*“ involviert, weshalb der Begriff als MeSH Term in die finale Suche mit aufgenommen wurde.

Der abschließende in MEDLINE verwendete Suchstring lautete:

("telecommunications"[MeSH Terms] AND "video*" [All Fields] AND ("guideline"[All Fields] OR "guidance"[All Fields] OR "rules"[All Fields] OR "instructions"[All Fields] OR "regulations"[All Fields] OR "directions"[All Fields] OR "action guide"[All Fields] OR "checklist"[All Fields] OR "recommendation"[All Fields])) AND(y_5[Filter])

Dieser Suchstring führte zu 429 Treffern mit deutlich erhöhtem Bezug zum Forschungsfeld, wenn auch nicht zu direkten Treffern zur Fragestellung nach einer Handlungsempfehlung. Anschließend wurde die Suche mit einem modifizierten, datenbankspezifischen Suchstring fortgeführt. Teilweise wurden auch zwei unterschiedliche Suchstrings innerhalb einer Datenbankrecherche verwendet, um eine hohe datenbankspezifische Sensitivität zu ermöglichen. Alle datenbankspezifischen Suchstrings finden sich im *Anhang A*. Die Trefferanzahl der Recherche in den jeweiligen Datenbanken wird in *Tabelle 4* dargestellt.

Trefferanzahl in der jeweiligen Datenbank	
CINAHL (via EBSCOhost)	198
Cochrane Library	405
MEDLINE (via PubMed)	429
OTseeker	67
PEDro	48
PubPsych	98
speechBITE	26
Web of Science	189

TABELLE 4: TREFFERANZAHL DER RECHERCHE IN DEN DATENBANKEN

Neben der Suche in den Datenbanken fand eine ergänzende Suche über Google und Google Scholar in freier Kombination mit den in *Tabelle 2* genannten Synonymen und Schlagwörtern statt. Die ergänzende Recherchestrategie erbrachte weitere 36 relevante Treffer, die nach dem sensitiven Rechercheprinzip in die weitere Auswertung mitaufgenommen wurden.

Für das anschließende Screening der Treffer wurden folgenden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (*Tabelle 5*).

Kriterium	Einschluss	Ausschluss
Sprache	Englisch, Deutsch	Andere Sprachen
Veröffentlichungsdatum	Veröffentlicht ab 2018	Veröffentlicht vor 2018
Studientypen	Originalarbeiten Übersichtsarbeiten, systematische Reviews	Studienprotokolle nicht abgeschlossene Studien
Berufsgruppe	Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie	Alle anderen Berufsgruppen

TABELLE 5: EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN IM SCREENING

Das nachfolgende PRISMA – Diagramm (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*) visualisiert die Vorgehensweise bei der Auswertung der systematischen Literaturrecherche (Page et al., 2021).

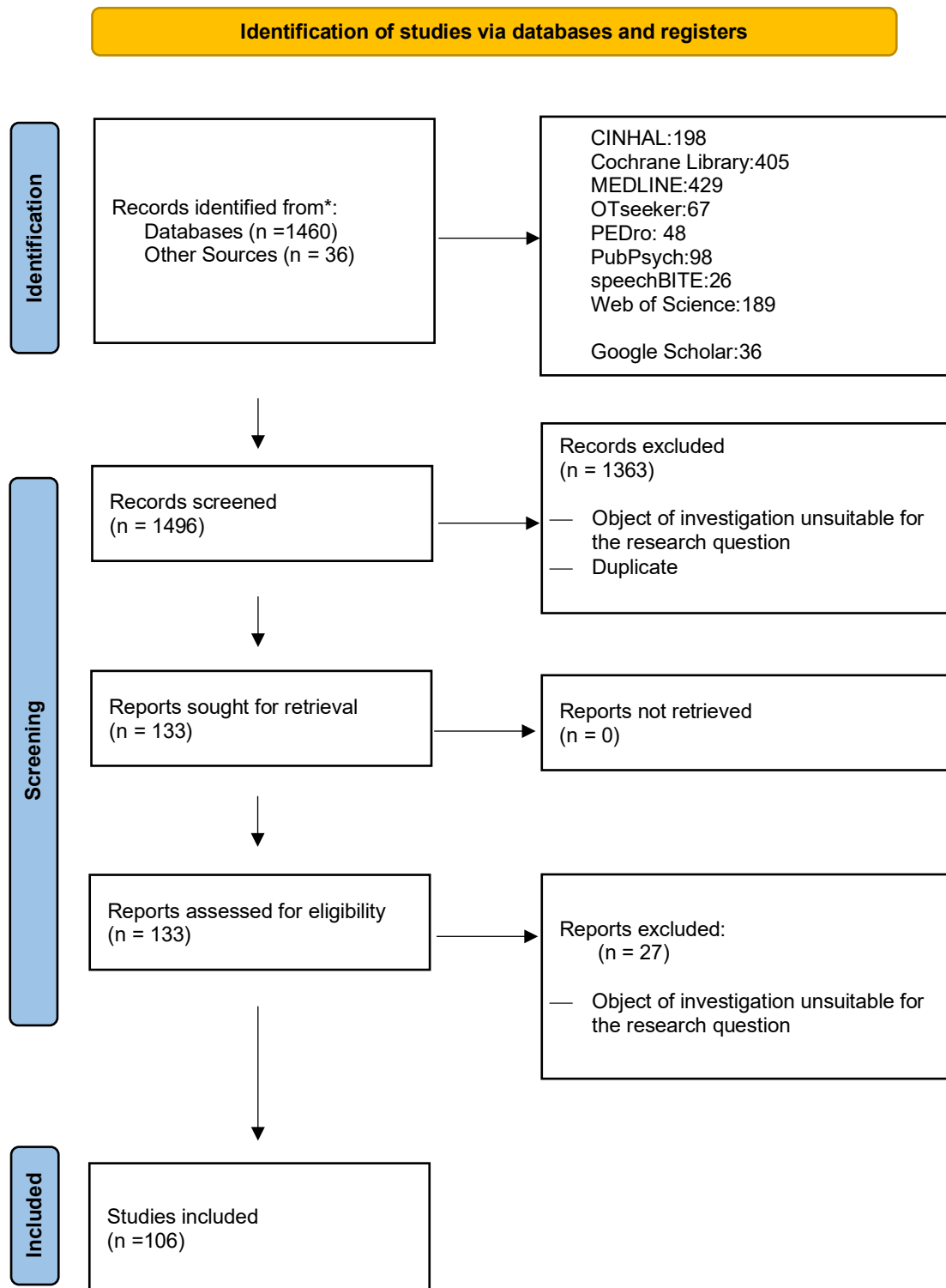


Abbildung 1: PRISMA Diagramm, eigene Darstellung

3.2 Überblick über den Forschungsstand zum Telesetting

3.2.1 Voraussetzungen

Zu den Voraussetzungen eines Telesettings konnten vielfältige Vorgaben aus den leistungsrechtlichen Regelungen und der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) identifiziert werden.

Rechtliche Voraussetzungen zur Durchführbarkeit eines Telesettings in Deutschland wurden unter anderem vom G-BA bestimmt, wobei die Präsenztherapie laut HeilM-RL weiterhin als fachlicher Standard gilt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Hahn, 2019). Die zur Behandlung nötige Befundung und Diagnostik muss in einem unmittelbar persönlichen Kontakt unter Einsatz aller Wahrnehmungsmodalitäten erfolgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021), ebenso muss bei Neuaufnahmen der Erstkontakt grundsätzlich in Präsenz stattfinden (Simon, 2022; Zimmermann, 2021). Ein Telesetting wird dann als angemessen bezeichnet, wenn die Art der Erkrankung für einen telemedizinischen Ansatz geeignet ist. Dabei dürfen keine funktionellen oder strukturellen Schädigungen eine telemedizinische Behandlung ausschließen. Zudem müssen sich Expert*innen mit den reduzierten Eindrücken und Mitteln einen ausreichenden Eindruck von der gesamten gesundheitlichen Situation von Patient*innen verschaffen können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Wird ein Telesetting gewählt, müssen Therapieziele gleichermaßen wie in Präsenz zu erreichen sein. Ist dies nicht möglich, muss in jedem Fall eine persönliche Behandlung stattfinden. Für diese Abwägung ist eine Einzelfallentscheidung nötig, welche im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht zu treffen ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Zudem muss ein eventueller Wechsel in eine Präsenzbehandlung im Verlauf von Telesettings jederzeit ermöglicht werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Simon, 2022). Weiterhin muss wie in einer Präsenzbehandlung eine entsprechende medizinisch-therapeutische Einordnung der Bedarfe, inklusive eines Therapieplans, erfolgen und im Verlauf der Behandlung immer wieder Verlaufskontrollen in einem Präsenzsetting erfolgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Die Durchführung eines Telesettings erfolgt auf freiwilliger Basis und kann individuell von Termin zu Termin von den Gesundheitsfachkräften und den Patient*innen entschieden werden, solange nach § 6 Absatz 4 der HeilM-RL eine telemedizinische Behandlung von den Verordnenden nicht explizit ausgeschlossen wurde (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Simon, 2022; Zimmermann, 2021). Sollte trotz klarer Vorgabe zur Präsenztherapie eine telemedizinische Behandlung erfolgen, so darf diese nur nach Zustimmung des Verordnenden erfolgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Dabei müssen in Anlehnung an die Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) Patient*innen über die Besonderheiten der Behandlung und Beratung im Rahmen der Telemedizin aufgeklärt werden (Hahn,

2019). Die Maßnahmen und Leistungen, die in einer telemedizinischen Behandlung erbracht werden, bestimmen die Expert*innen und die Patient*innen gemeinsam. Zudem müssen Expert*innen zur Anzahl der telemedizinischen Leistungen im Bericht an die Verordnenden informieren (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Für die Abrechnung der Leistungen gelten dabei die gleichen Vergütungen wie in Präsenz (Simon, 2022).

Des Weiteren werden in den Regelungen Videokonferenzsysteme als technische Voraussetzung zur Durchführung genannt, wobei dies mit stationären und mobilen Geräten möglich ist (Rossmann & Stehr, 2019, S. 396). Es dürfen, analog zu den ärztlichen Videosprechstunden, ausschließlich zertifizierte Software-Anbieter genutzt werden (Simon 2022), wie es im Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) geregelt ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Dabei wird die Videotherapie unter § 16b (HeilM-RL) sowie unter Vorgabe von § 125 SGB V als ein synchroner Austausch in Echtzeit verstanden (Barthel et al., 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Zimmermann, 2021). Asynchrone Formen, insbesondere Videofilme zur Edukation oder digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) stellen keine telemedizinische Behandlung im Sinne der HeilM-RL dar (Simon, 2022). Ferner sind der Datenschutz sowie eine sichere Datenverarbeitung im organisatorischen und technischen Ablauf zu gewährleisten. Zudem muss umfassend auf räumliche Aspekte und die beiderseitige Privatsphäre geachtet werden, um einen ungestörten Ablauf der Behandlung in geschlossenen Räumen sowie eine störungsfreie Umgebung zu garantieren (Simon, 2022). Als ebenso wichtig gilt eine ausreichende Medienkompetenz aller Beteiligten (Simon, 2022), wobei individuelle Bedürfnisse und Umweltfaktoren besonders berücksichtigt werden müssen (Conroy et al., 2020). Für die Heranführung an das neue Setting wird dafür eine Personalschulung durch Fort- und Weiterbildungen, sowie eine administrative Unterstützung, als wichtig erachtet (Deeney, 2023; Kubek, 2020, S.18; Sutherland et al., 2020).

3.2.2 Anwendungsszenarien

Digitale telemedizinische Interventionen aus den Bereichen Pflege und Therapie sind für ein breites Altersspektrum geeignet (Aboujaoudé et al., 2021; Bekteshi et al., 2023; Gumz et al., 2021), wobei in bisherigen Untersuchungen vor allem Erwachsene und Kinder versorgt wurden, weniger Senior*innen (Simon, 2022; Wittmar et al., 2023). Dabei könnten Videokonsultationen auch den Zugang von älteren Personen zur Gesundheitsversorgung sichern und eine Versorgungslücke schließen (Barsom et al., 2020; Grant et al., 2022; Newbould et al., 2021; Shore et al., 2018). Vorhandene Versorgungsengpässe im ambulanten, stationären und post-stationären Sektor können mit einem Telesetting überbrückt werden (Beushausen, 2021), gerade auch in

Krisensituationen (Sosnowski et al., 2020). Es wird das Potenzial gesehen, in ländlichen und abgelegenen Regionen, die therapeutische und pflegerische Versorgung zu gewährleisten und eine drohende Unterversorgung abzumildern (Hübner & Egbert, 2017, S. 214; Lauer, 2020; Sommer et al., 2023; Worboys et al., 2018), gerade auch bei Immobilität von Patient*innen (Aboujaoudé et al., 2021). Telemedizinische Ansätze werden dabei auch als Ersatz für Hausbesuche beschrieben (Grant et al., 2022; Shea et al., 2021). Weiter könnten Videokonferenzen persönliche Besuche bei Gesundheitsfachkräften ersetzen, Krankenhauseinweisungen verhindern (Becker, 2021) oder verkürzen (Lauer, 2020) und wurden erfolgreich an der Überleitung von stationär und ambulant eingesetzt (Latulippe et al., 2022).

Telesettings stellen zudem eine niedrigschwellige Alternative zu einem persönlichen Besuch dar (Steubl & Baumeister, 2023; Wolfs, 2022, S. 27) und es wird eine geringere Stigmatisierung von betroffenen Personen beschrieben (Jones et al., 2020; Steubl & Baumeister, 2023). Gerade bei psychischen Erkrankungen wird großes Potenzial gesehen, da strukturelle Hindernisse und Barrieren, bezüglich Einstellung und Annahme von Hilfeleistungen, durch das niedrigschwellige Angebot, reduziert werden können (Steubl & Baumeister, 2023). So wurden für hoch vulnerable Personen und Gruppen Telesettings bereits erfolgreich eingesetzt (Beer et al., 2021; Bekteshi et al., 2023; Kringle et al., 2023) sowie bei Personen mit Kommunikationsschwierigkeiten (Buchholz, 2018). Neue Möglichkeiten in der Behandlung ergeben sich auch bei Angst (Berger et al., 2023, S. 55), Sucht (Schaub, 2023, S.69), Trauma (Böttche, Knaveksrud & Niemeyer, 2023, S.85) oder Schlafstörungen (Spiegelhalder, Ebert & Lehr, 2023, S. 118). Weitere Anwendungen werden für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beschrieben (Green et al., 2023; Howgego et al., 2020; Pellegrino & Di Gennaro Reed, 2020). Die VK wurde des Weiteren auch in der Palliativmedizin (Elma et al., 2022), gegen häusliche Gewalt (Neset et al. 2023), zur Begleitung von Krebserkrankungen (Bauereiß, Ebert & Baumeister, 2023, S. 310; Rygg et al., 2021) und bei chronischen Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, (Geirhos et al., 2023, S. 275) erfolgreich eingesetzt. Dabei kann die Videokonsultation gerade für einfache Fragen, ohne nötige körperliche Untersuchungen geeignet sein (Hammersley et al., 2019), aber auch für Anamnese, Diagnostik und Zielvereinbarungen wurden Telesettings genutzt (Lauer, 2020; Wittmar et al., 2023) sowie für die Evaluation (Simon, 2022). Weitere Anwendungsszenarien werden in der Prävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen (Buntrock, Baumeister & Ebert, 2023, S. 341), sowie im intra- oder interdisziplinären Austausch (Becker 2021; Braeseke et al. 2020, S. 31; Hübner und Egbert 2017, S. 212; Wittmar et al., 2023). Dabei gelten vorrangig Beratungssituationen für Telesettings als geeignet (Hoffmann et al., 2020; Kumar & Snooks, 2011, S.1; Simon, 2022; Wittmar et al., 2023; Wolfs, 2022, S. 27)

und eine kontinuierliche Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten kann erfolgen (Elsayed Farid Amr et al., 2021). Zudem wird die Teilhabe von Angehörigen im Telesetting erleichtert (Aulke, 2022; Becker, 2021; Deeney, 2023; Hoang et al., 2022).

Im Bereich der Teletherapie wurde es neben der Unterstützung von Kommunikation und Kognition (Aboujaoudé et al., 2021) auch für motorische Übungsprogramme angewendet (Bekteshi et al., 2023; Matthes & Möller-Käppler, 2020; Simon, 2022; Worboys et al., 2018). Als Beispiele werden in der Tele-Logopädie nahezu alle Indikationen außer der Dysphagie behandelt (Wittmar et al., 2023) und in der Ergotherapie wurden feinmotorische Trainings (Matthes & Möller-Käppler, 2020) und Handtherapie beschrieben (Worboys et al., 2018). Der Einsatz von IKT bietet zudem die Chance, soziale Räume zu erschließen und soziale Kontakte zu erweitern sowie Kommunikation mit Personen herzustellen, die bislang alleine gelassen wurden oder nicht erreichbar waren (Hübner & Egbert, 2017, S. 222). So wurden auch in abgelegenen australischen Schulen logopädische und ergotherapeutische Behandlungen über ein Telesetting angeboten (Langbecker et al., 2019). Ebenso ist eine Zusammenführung von Familienmitgliedern möglich (Elma et al., 2022). Dabei sind noch viele weitere Möglichkeiten und Unterstützungen vorstellbar (Aboujaoudé et al., 2021; Ignatowicz et al., 2019), wobei nicht davon ausgegangen wird, dass alle pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten über ein Telesetting möglich sind (Braeseke et al., 2020, S. 37; Grant et al., 2022) und es als Ergänzung zum Präsenzsetting gesehen wird (Rösler et al., 2018, S. 5; Simon, 2022).

3.2.3 Akzeptanz

In der Inanspruchnahme von digitalen Gesundheitsdienstleistungen gilt besonders die Akzeptanz der Beteiligten als entscheidender Aspekt (Haydon et al., 2023). Die Akzeptanz und Zufriedenheit zur VK wird von Patient*innen und deren Angehörigen dabei generell als hoch eingestuft (Bürkle et al., 2021; Hartmann-Strauss, 2020, S. 6; Ignatowicz et al., 2019; Irvine et al., 2020; Steubl & Baumeister, 2023; Wittmar et al., 2023; Worboys et al., 2018). Ebenso wurde bei Expert*innen eine hohe Zufriedenheit mit Videotherapien und Videoberatungen ermittelt (Beushausen, 2021; Simon, 2022; SteelFisher et al., 2023; Sutherland et al., 2020; Wittmar et al., 2023). Dabei nutzten während der Pandemie viele Expert*innen erstmals die VK (Barthel et al., 2020; Gumz et al., 2021; Simon, 2022; SteelFisher et al., 2023) was eine positive Einstellungsveränderung von Therapeut*innen aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie nach sich zog (Rettinger et al., 2023). Daher gilt der Austausch mittels VK mittlerweile als wertvolles und akzeptiertes Instrument (Frielitz et al., 2021; Newbould et al., 2021; Simon, 2022; Sutherland et al., 2020) sowie als komfortable Lösung für alle Beteiligten

(Beer et al., 2021; Grant et al., 2022; Howgego et al., 2020). Auch in Deutschland wurde eine Akzeptanz für das Format der VK bereits mehrfach ermittelt (Bürkle et al., 2021; Lutze et al., 2019, S. 45; Thranberend et al., 2015). Dabei sollte Technik in der Medizin generell nur bei Akzeptanz von Betroffenen eingesetzt werden und nicht aufgrund von Effizienzanforderungen (Krüger-Brand, 2020). Ferner gilt die Akzeptanz und Wahrnehmung von Telesettings als stark abhängig von subjektiven Einstellungen, früheren Technikerfahrungen (Barsom et al., 2021; Gumz et al., 2021; Kringle et al., 2023; Tschamper & Jakobsen, 2019) sowie der eingesetzten und funktionierenden Technik (Grant et al., 2022). Hierzu spielen patient*innenzentrierte Schulungen, inklusive Informationen über Technikfunktionen sowie eine angepasste Umgebung und die soziale Unterstützung, eine bedeutsame Rolle (Kringle et al., 2023). Technische Systeme zur Unterstützung der Dokumentation, oder bei physischen Belastungen, werden dabei eher akzeptiert, während eine Integration von Technik in die sozialen und emotionalen Bereiche generell skeptischer gesehen wird (Zöllick et al., 2019, S. 212). Zudem gilt eine Erhöhung der Akzeptanz von VK für die weitere Dissemination als entscheidend und kann mit Berücksichtigung von notwendigen Voraussetzungen und Anpassungen an die Zielgruppe gelingen (Hoffmann et al., 2020). So wird eine Bereitstellung von Hardware als eine mögliche Lösung zur Steigerung der Akzeptanz genannt (Ghaneirad et al., 2021) und auch die Größe des Bildschirms spielt eine Rolle (Beer et al., 2021). Zudem müssen Erwartungen von Patient*innen in Telesettings erfüllt werden, um nachhaltige Implementierungen zu ermöglichen (Haydon et al., 2023). Überdies benötigt es geeignete Interventionen (Ghaneirad et al., 2021; Kringle et al., 2023). Teilweise wurde eine VK gar als vollständiger Ersatz wahrgenommen (Gumz et al., 2021; Hughes et al., 2022; Shah et al., 2020), andererseits lediglich vorübergehende als suboptimale Alternative zur Präsenz akzeptiert (Hughes et al., 2022). Hauptgründe für eine Nichtnutzung von Telesettings und VK waren Einschätzungen von Fachkräften, dass diese Form des Austausches nicht geeignet ist für Patient*innen (Aries et al., 2020; Beushausen, 2021; Grant et al., 2022).

3.2.4 Vor- und Nachteile

In der Literaturrecherche wurden Vor- und Nachteile in der Durchführung von Telesettings beschrieben, die nachfolgend zusammengefasst sind.

So wurden gerade während der Pandemie viele *Vorteile* durch telemedizinische Leistungen für die Gesundheitsversorgung deutlich (Haydon et al. 2023), vorwiegend bezüglich Therapiefortführung und Kontinuität (Bürkle et al., 2021; Gumz et al., 2021; Lauer, 2020; Warmoth et al., 2022), inklusive einer Steigerung der Therapie- und Übungsfrequenz (Lauer, 2020) sowie einer

erhöhten Kontakthäufigkeit (Frielitz et al., 2021). Ein Telesetting wurde als neue, praktische Versorgungsform angesehen (Beushausen, 2021; Wittmar et al., 2020), mit einer niederschweligen Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen (Grant et al., 2022; Jones et al., 2020; Warmoth et al., 2022; Wolfs, 2022, S. 28) und einer möglichen Kostenreduktion (Lauer, 2020; Sutherland et al., 2020; Wittmar et al., 2020; Warmoth et al., 2022). Weitere Vorteile werden durch Zeit- und Wegersparnisse sowie eine zeitliche und örtliche Flexibilität in der Durchführung benannt (Aulke, 2022; Beushausen, 2021; Deeney, 2023; Gumz et al., 2021; Lauer, 2020; Tschamper & Jakobsen, 2019; Wittmar et al., 2020) und es können sich neue Perspektiven ergeben, etwa in dem es leichter wird eine Zweitmeinung von Spezialist*innen einzuholen (Becker, 2021; Di Cerbo et al., 2015; Lauer, 2020). Zudem galt das Zeitmanagement von Terminen als vereinfacht (Grant et al., 2022; Lauer, 2020) und die beidseitige Organisation gilt als praktikabel (Warmoth et al., 2022). Gerade Eltern schätzten die große Vereinbarkeit mit dem Alltag (Wallisch et al., 2019), aber auch für den intra- und interdisziplinären Austausch gilt ein Telesetting als organisatorisch einfacher (Kumar & Snooks, 2011, S.1; Tschamper & Jakobsen, 2019). Zudem wurde es als positiv beschrieben, dass der Alltagstransfer durch die Nähe zum häuslichen Setting gut gelingen kann (Bürkle et al., 2021) und eine patientenzentrierte sowie familienzentrierte Versorgung unterstützt wird (Grant et al., 2022; Tschamper & Jakobsen, 2019). Weiterhin gilt als Vorteil, dass Angehörige leichter teilhaben können (Deeney, 2023; Elsayed Farid Amr et al., 2021). Die Umstellungsphase auf ein Telesetting wurde von Patient*innenseite dabei oft als problemlos beschrieben (Bürkle et al., 2021) und der Austausch mittels VK führte zu einer hohen Patient*innenzufriedenheit (Barsom et al., 2020; Deeney, 2023; Jones et al., 2020; Lauer, 2020; Tschamper & Jakobsen, 2019). Weiter werden gegenüber einem Telefonkontakt visuelle Interaktionen und nonverbale Aspekte möglich, sodass ein erhöhter Wert des Austauschs in der VK gegenüber dem Telefon festgehalten wurde (Barsom et al., 2021) und auch lernpsychologisch gilt die mögliche multimodale Stimulation als positiv, für das Outcome (Lauer, 2020). Ein weiterer bedeutsamer Vorteil wird in einer positiven Beeinflussung der Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit durch diese Behandlungsform gesehen (Berger, 2018, S.112; Beushausen, 2021; Grant et al., 2022; Wallisch et al., 2019), mit der Chance einer erhöhten Adhärenz bei Patient*innen und dessen Umfeld (Hübner & Egbert, 2017, S. 215; Lauer, 2020; Matthes & Möller-Käppler, 2020). Dabei können digitale Hausaufgaben, gerade zu Beginn eines Telesettings, motivierender sein als andere Formen von Heimübungen (Utz & Grassinger, 2021). Zudem wird die beidseitige Erhöhung von Hygiene und Sicherheit, gerade in Krisen- oder Krankheitszeiten, als ein Vorteil angesehen (Beushausen, 2021; Deeney, 2023; Frielitz et al., 2021; Gumz et al., 2021; Simon, 2022; Wittmar et al., 2020).

Überdies wurden auch negative Aspekte und *Nachteile* in der Literatur beschrieben. So können verschiedenste personelle Aspekte von Expertinnen*innen und Patient*innen Hindernisse für ein Telesetting darstellen. Spezifische Einschränkungen werden durch individuelle, kulturelle oder sprachliche Unterschiede gesehen (Bilder et al., 2020) und wenn Patient*innen eine geringere Gesundheitskompetenz haben (Green et al., 2023). Auch werden negative Einstellungen und wahrgenommene Einschränkungen im Setting, ebenso wie Patient*innenverhalten und Sicherheitsrisiken, als Barrieren genannt (Beushausen, 2021; Rettinger & Kuhn, 2023). Zudem gelten sensorische und körperliche Problemstellungen als eher negativ für ein Telesetting (Ahn & Scheidt, 2023; Becker, 2021). Barrieren wurden auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, bei Vorhandensein einer Behinderung, einer fehlenden Alphabetisierung und bei fehlenden digitalen Kompetenzen beschrieben (Chadwick et al., 2022; Green et al., 2023). Wenig ausgeprägte technische Compliance bei allen Beteiligten galten mitunter als Hauptbarriere (Aboujaoudé et al., 2021; Green et al., 2023; Rettinger & Kuhn, 2023; Wittmar et al., 2020; Wolfs, 2022, S. 28) und ein technischer Support erscheint oft notwendig (Wittmar et al., 2020). Zudem wurden Herausforderungen bei älteren Personen beschrieben (Bilder et al., 2020; Sommer et al., 2023), mit mehr benötigter Zeit für Anleitung und Eingewöhnung bei digitalen Angeboten (Sommer et al., 2023), oder wenn Eltern die Kinder sehr weitreichend unterstützen mussten (Wittmar et al., 2023). Auch bei vorhandenen Aufmerksamkeitsproblemen wurden Schwierigkeiten beschrieben (Wittmar et al., 2023) und vermehrte Ablenkungen konnten im Telesetting auftreten (Wittmar et al., 2020). Ebenso haben Expert*innen nur einen begrenzten Einfluss auf das häusliche Setting (Wittmar et al., 2020). Bei Fachkräften kam es zudem zu einer hohen Stimmbelastung und Kommunikationsschwierigkeiten (Beushausen, 2021; Wittmar et al., 2020). Weiter galt die Interaktion und Kommunikation per Video als vermindert (Rettinger & Kuhn, 2023), auch durch Einschränkungen bei der nonverbalen Kommunikation sowie im Blickkontakt (Gumz et al., 2021). Zudem wurde die Authentizität der technologiegestützten Interaktion insgesamt kritisiert (Elma et al., 2022) und fehlende reale Begegnung können nachteilig wirken (Wittmar et al., 2020), sodass nicht alle Patient*innen mit dem Setting erreicht werden können (Chadwick et al., 2022; Ghaneirad et al., 2021; Lauer, 2020) gerade die Beziehung zu Kindern wurde beeinträchtigt erlebt (Bilder et al., 2020; Grant et al., 2022), Des Weiteren wurden technische und organisatorische Herausforderungen bei Telesettings deutlich (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Howgego et al., 2020). Vor allem fehlendes schnelles Internet oder nicht vorhandene Technik stellten eine große Barriere dar (Ahn & Scheidt, 2023; Becker, 2021; Bilder et al., 2020; Bürkle et al., 2021; Chadwick et al., 2022; Grant et al., 2022; Lauer, 2020; Rettinger & Kuhn, 2023; Wittmar et al., 2023). Dabei wurden

Übertragungsprobleme nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern auch in städtischen Gebieten eruiert (Wittmar et al., 2023). Zudem verringern technische Faktoren mögliche Beobachtungen, was zu Fehleinschätzungen gegenüber einem Präsenzsetting führen kann (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). Die taktilen, visuellen und auditiven Sinnesmodalitäten sind allgemein eingeschränkt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Gumz et al., 2021), auch starker Geruch oder mangelnde Hygiene können nicht erkannt werden (Deeney, 2023). Als weitere technische Nachteile werden eine Zeitverzögerung in der Kommunikation und eine reduzierte Audioqualität genannt (Lauer, 2020) und visuelle Anweisungen werden erschwert (Lauer, 2020; Rettinger & Kuhn, 2023). Ferner gibt es beiderseitige Bedenken bei Nichtnutzenden bezüglich des Technikeinsatzes und des Datenschutzes (Lauer, 2020; Wittmar et al., 2020). Weiter sind gerade Hands On Techniken nicht durchführbar (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Rettinger & Kuhn, 2023; Wittmar et al., 2020), wodurch nicht alle Gesundheitsleistungen im Telesetting möglich werden (Braeseke et al. 2020, S. 37) und es fehlt oft noch an intuitiven Programmen und Methoden (Wittmar et al., 2020), sodass das Arbeitsumfeld und die Diagnose als entscheidend für den Einsatz gelten (Aboujaoudé et al., 2021). Weitere organisatorische und institutionelle Hindernisse für die Implementierung können auf Aspekte von Führung, Kultur, Raum, Zeit und Beziehung zwischen Mitarbeitenden zurückzuführen sein (Warmoth et al., 2022). Viele Fachkräfte hatten vor der Pandemie wenig bis gar keine Erfahrung mit Telesettings (Wong et al., 2021) oder sahen sich im beruflichen Rollenverständnis noch in der Hands On Therapie (Davies et al., 2021). Als weitere organisatorische Hürden wurden zudem eine höhere Arbeitsbelastung durch verengte Terminierungen, und ein erhöhter Zeitaufwand in der Vor- und Nachbereitung angesehen (Beushausen, 2021; Wittmar et al., 2020). Weiterhin wurden eine fehlende rechtliche Unterstützung (Rettinger & Kuhn, 2023), Sorgen bezüglich der Effektivität gegenüber einer Präsenztherapie (Beushausen, 2021) und Einschränkungen bei Gruppensettings beschrieben (Beer et al., 2021).

3.2.5 Evidenzlage

Der Literaturreview zeigte, dass viele Studien mit sehr unterschiedlicher Güte zur VK vorliegen. Die Studientypen wurden für diese Zusammenfassung nicht weiter auf deren wissenschaftlichen Gütekriterien hin überprüft.

So wird interdisziplinär bereits eine vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit von Videosprechstunden beschrieben, ohne jedoch dabei spezifisch auf die Teletherapie und Telepflege einzugehen (Ahn & Scheidt, 2023; Berger, 2018, S. 109-110; Sutherland et al., 2020). Aus dem Arbeitsfeld der videobasierten Psychotherapie gibt es eine Vielzahl von positiven Hinweisen aus

randomisiert kontrollierten Studien, dass in Telesettings vergleichbarer Outcome erzielt wird, wie in der Präsenz (Ahn & Scheidt, 2023; Berger, 2018, S. 109-110; Bürkle et al., 2021; Ghanieirad et al., 2021). Weiter wurde die gleiche Effektivität von Telesettings bei weniger Ressourcenaufwand in der Psychotherapie festgestellt (Berger, 2018, S. 110) und bei kognitiv-behavioralen Interventionen gibt es bereits eindeutige positive Wirksamkeitsnachweise in randomisiert kontrollierten Studien (Ahn & Scheidt, 2023). Dabei wurde in psychotherapeutischen Studien zudem oft untersucht, inwieweit eine therapeutische Beziehung online hergestellt werden kann. Viele qualitative Studien lieferten vergleichbare Beziehungseinschätzungen von Patient*innen und Psychotherapeut*innen in einem Telesetting gegenüber einer konventionellen Präsenzbehandlung (Ahn & Scheidt, 2023; Berger, 2018, S. 111). Weiter gibt es Anhaltspunkte, dass die Qualität und Effektivität von Gesundheitsdienstleistungen durch Telesettings verbessert werden konnte (Shore et al., 2018; Wong et al., 2021) und onlinebasierte Aufgaben und Methoden wurden vergleichbar mit den konventionellen Behandlungen umgesetzt (Berger, 2018, S. 108). Dabei wurden in randomisiert kontrollierten Vergleichsstudien bislang keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse oder Nebenwirkungen durch den Einsatz von VK festgestellt (Brown et al., 2022).

Auch im Bereich der Langzeitpflege gibt es Evidenz im Einsatz der VK. So wurden positive Effekte im Bereich der Verringerung sozialer Isolation und Einsamkeit beschrieben (Hoang et al., 2022), sowie im Bereich der Zusammenführung von Familienmitgliedern innerhalb der Palliativmedizin (Elma et al., 2022; Funderskov et al., 2019). Bei Kindern mit abwesenden Eltern wurde ersichtlich, dass VK besser zur Aufrechterhaltung einer emotionalen Beziehung geeignet ist als das Telefon. Die Kinder waren glücklicher und motivierter gegenüber der Nutzung einer reinen Audioverbindung (Tarasuik et al., 2013). Ebenso wurde in einer qualitativen Studie die Zusammenarbeit von Fachkräften erleichtert (Funderskov et al., 2019).

Im Bereich der Teletherapie wird in Deutschland eine mindestens gleichwertige Wirksamkeit von den Krankenkassen gefordert, wobei die deutschsprachige Forschungslandschaft in den Heilmittelberufen weit hinter den angelsächsischen Ländern zurückliegt (Lauer, 2020). Aktuell liegen noch keine gesicherten Erkenntnisse zur Gleichwertigkeit von Telesettings im Heilmittelbereich vor (Beushausen & Sippel, 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021). International gibt es hingegen bereits Hinweise, dass teletherapeutische Ansätze für Behandlungen und Beratungen (Bekteshi et al., 2023; Lauer, 2020), aber auch zur Diagnostik (Lauer, 2020) und für ein funktionelles Kommunikationstraining (Bekteshi et al., 2023) ähnlich effektiv sind wie eine Präsenztherapie. Zudem wurden im Bereich der Logopädie signifikante Unterschiede in der Übungsintensität bei digitalen Hausaufgaben ermittelt, wobei häufiger und länger geübt

wurde, als bei analogen Hausaufgaben (Utz & Grassinger, 2021). Eine große Mehrheit von Patient*innen beschrieb zudem einen ähnlichen Alltagstransfer (Bürkle et al., 2021) und virtuell getroffene Entscheidungen und Zielsetzungen im Bereich Ergotherapie waren vergleichbar mit denen in Präsenz (Worboys et al., 2018). Multidisziplinär wurde zudem eine erhöhte Selbstwirksamkeit in Untersuchungen postuliert (Berger, 2018, S. 112; Grant et al., 2022), mit positiven Effekten für die Unabhängigkeit und selbstständige Lebensführung (Aboujaoudé et al., 2021; Bekteshi et al., 2023). In einer Meta-Analyse zur VK bei chronischen Erkrankungen wurden zudem Verbesserungen von körperlicher Leistungsfähigkeit und Lebensqualität ermittelt (Brown et al., 2022). Dennoch werden viele Forschungslücken beschrieben. Bisherige Untersuchungen haben vor allem die Perspektive von Fachkräften und weniger die Nutzungserfahrungen von Patient*innen abgebildet (Bürkle et al., 2021). Weiter gelten die digitale Kommunikation und Interaktion von älteren Personen als wenig erforscht und auch emotionale Aspekte von Kommunikation und Interaktion sollten stärker im Fokus der Forschung sein (Hrncal & Hofius, 2023, S. 121). Zudem sollte weiter erforscht werden, ob ein Telesetting zu ähnlichen Ergebnissen wie eine persönliche Behandlung führt, gerade vor dem Hintergrund einer starken Verbreitung und Anwendung (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2021; Hung Kn & Fong, 2019; Ignatowicz et al., 2019; Jones et al., 2020) und um weitere geeignete Patient*innengruppen zu identifizieren (Hung Kn & Fong, 2019). Limitierend sind oft fehlende hochqualitative Studien und große Stichproben (Bekteshi et al., 2023; Brown et al., 2022; Hung Kn & Fong, 2019; Lauer, 2020). Neben quantitativen Ansätzen wird hier explizit auf qualitative Forschung verwiesen, um Perspektiven, Herausforderungen und Grenzen, aber auch Chancen und Möglichkeiten zu erfassen, unter der Beachtung bestimmter Bedürfnisse sowie kultureller Faktoren (Grant et al., 2022; Jones et al., 2020; Lauer, 2020). Während synchrone Videokonsultationen im Gesundheitswesen also zunehmend Verwendung finden, fehlt es weiterhin an guter Evidenz (Davidson et al., 2022; Howgego et al., 2020).

3.2.6 Leitlinien

Die American Telemedicine Association (ATA) und die American Psychiatric Association (APA) haben früh Leitlinien für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bezüglich Verwaltung, Entwicklung und Bereitstellung von telemedizinischen Angeboten sowie zu den Aspekten Datenschutz und Setting erstellt (Shore et al., 2018). Ein Projekt der Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) entwickelte ebenfalls Richtlinien zum Einsatz von Telenursing, vorwiegend bezüglich organisatorischer, technischer und räumlicher Aspekte (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2013). Während also für einige Fachkräfte und

Arbeitsfelder schon früh Leitlinien entwickelt wurden (Sandbæk et al., 2021) existieren für viele weitere Gesundheitsfachberufe noch keine Handlungsempfehlungen (Green et al., 2023; Howgego et al., 2020), wodurch spezifisches Wissen zur Videoberatung in vielen Gesundheitsfachberufen noch relativ wenig verbreitet ist (Frielitz et al., 2021; Wong et al., 2021). Gleichzeitig beschrieben viele Fachkräfte den Übergangsprozess und die Erbringung von Teleinterventionen während COVID-19 als eine vollkommen neue Art zu arbeiten, welcher ohne formale Leitlinien durchgeführt wurde und wodurch Hindernisse entstanden (Sandbæk et al., 2021; Sharma et al., 2021a; Warmoth et al., 2022). So besteht eine dringende Notwendigkeit von Leitlinien bezüglich Durchführung, Umgangsformen, Online-Kommunikation sowie Organisation von Arbeitsabläufen, um zukünftig eine bessere Umsetzung zu ermöglichen (Elma et al., 2022; Khoshrounejad et al., 2021; Rettinger & Kuhn, 2023; Sandbæk et al., 2021; Wong et al., 2021). Neben diesen Empfehlungen sollten Leitfäden auch Informationen zu Zielgruppen, zur Terminbuchung, Nutzung und Durchführung von VK enthalten (Sandbæk et al., 2021) und Perspektiven, Erleben und Bedürfnissen der Involvierten aufgreifen (Howgego et al., 2020). Zudem sollten diese auch an Patient*innen schriftlich ausgehändigt werden (Wong et al., 2021).

Während des Studienzeitraums wurden in Deutschland im Bereich der Tele-Logopädie erste empirisch basierte Handlungsempfehlungen zur Durchführung von Teletherapie vorgelegt, primär zu rechtlichen, technischen und räumlichen Aspekten (Burlefinger, 2021b, S. 22). Burlefinger weist darauf hin, dass die formulierten Aspekte teilweise auch außerhalb der Logopädie übertragbar sind (Burlefinger, 2021a), wobei Leitlinien je nach methodischem Hintergrund spezifisch gesehen werden (Green et al. 2023), und Unterschiede beispielsweise in der Planung, Ausgestaltung und in der Durchführung angenommen werden (Wolfs, 2022, S. 28-29).

3.2.7 Zusammenfassung

Das Ziel der sensitiven Literaturrecherche war es, Leitfäden zur Durchführung einer VK in einem Telesetting für die Berufsgruppen der Pflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zu eruieren. Auch wenn international aus anderen Berufsgruppen bereits Leitfäden existierten und eine Übertragung von Aspekten in andere Berufsgruppen diskutiert wird, so lagen zu Beginn der Studiendurchführung in Deutschland für die genannten Berufe keinerlei empirisch basierte Handlungsempfehlungen für die Durchführung von synchroner VK vor. Bislang wurden in Gesetzestexten und Richtlinien durch das BMG, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie dem G-BA (z. B. DVPMG, HeilM-RL), ausschließlich technische und rechtliche Anforderungen für die Durchführung einer VK beschrieben. Auf interaktive und

kommunikative Aspekte sowie Erlebens- und Wahrnehmungsaspekte der beteiligten Personen wurde nicht oder kaum eingegangen.

Im Laufe des Erhebungszeitraums wurden berufsspezifische Tipps zur Videotherapie in Deutschland aus dem Bereich der Logopädie formuliert. So hat Burlefinger Tipps für Praktizierende zusammengestellt, die vor allem das prozessuale Vorgehen in der Videotherapie beschreiben und teilweise auf empirischen Daten beruhen (Burlefinger, 2021a). In einer weiteren Erhebung im Bereich Logopädie hat Lauer eine qualitative Erhebung zur Perspektive von Therapeut*innen durchgeführt, wobei in den Ergebnissen primär Aspekte zur Einführung von Videotherapie sowie Vorgaben zur Technik und zum Datenschutz genannt wurden (Lauer, 2020). Für die Ergotherapie hat Rettinger in Österreich, auf Basis einer Literaturrecherche sowie eigenen Erfahrungen, eine ähnliche Übersicht zusammengestellt. Darin werden neben dem informierten Einverständnis Empfehlungen zum Datenschutz in Anlehnung an die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) formuliert (Rettinger, 2020). Rettinger betont dabei, dass die Zusammenstellung primär auf eigenen Erfahrungen und den Erfahrungen von Kolleg*innen beruht und stellt in Ihrer Übersicht keinerlei eigene empirische Untersuchungen dar (Rettinger 2020).

Eine spezifische Betrachtung der Besonderheiten von Kommunikation und Interaktion in einem Telesetting sowie die Integration der Patient*innenperspektive erfolgte in keiner der genannten Handlungsempfehlungen. Nach systematischer Recherche kann deshalb konstatiert werden, dass keine Handlungsempfehlungen in den Berufsgruppen der Pflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie im deutschsprachigen Raum gefunden wurden, die explizit Aspekte der Kommunikation und Interaktion beinhalten und gleichermaßen die Perspektiven von Expert*innen und Patient*innen, bezüglich Prozess und Setting, integrieren.

4 Forschungsgegenstand

Nach eingehender Recherche und Einarbeitung ins Themengebiet zeigte sich eine Forschungslücke im Bereich von Handlungsempfehlungen für die synchrone VK in den Berufsbildern Pflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Deutschland und weltweit.

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, erste empirisch basierte Empfehlungen für den Bereich der synchronen VK in den genannten Berufsbildern vorzulegen, mit einer Fokussierung auf die Aspekte Kommunikation und Interaktion. Dies kann die weitere Implementierung von teletherapeutischen und telepflegerischen Interventionen unterstützen und hat eine hohe praktische Relevanz für die in der Versorgung arbeitenden Gesundheitsfachkräfte und deren Patient*innen. Dabei gilt die inhaltliche Relevanz des Themas als wichtiges Kriterium für die spätere wissenschaftliche Qualität und Validität der Arbeit (Döring & Bortz, 2016, S. 94).

4.1 Forschungsfragen

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Frage:

Wie erleben Expert*innen und Patient*innen aus der Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege eine synchrone Videokommunikation?

Hierzu waren folgende Nebenfragestellungen von Bedeutung:

- Welche **kommunikativen und interaktiven Besonderheiten** werden von den Expert*innen und Patient*innen bei synchroner VK wahrgenommen?
- Welche **Gesprächstechniken und –strategien** kommen laut Expert*innen bei synchroner VK zum Einsatz?
- Wie sollte **das Setting** bei synchroner VK laut Expert*innen und Patient*innen gestaltet werden?
- Welche **Vor- und Nachteile** werden von Expert*innen und Patient*innen in der synchronen VK genannt?
- **Welche weiteren Aspekte** synchroner VK sind aus der Sicht von Expert*innen und Patient*innen von hoher Bedeutung?

4.2 Hypothesen

Aufgrund der genannten Forschungsfragen wurden folgende Unterschiedshypothesen gebildet:

- Ein Telesetting in den genannten Berufsgruppen wird in der *Kommunikation* als unterschiedlich gegenüber dem Präsenzsetting erlebt und wahrgenommen.
- Ein Telesetting in den genannten Berufsgruppen wird in der *Interaktion* als unterschiedlich gegenüber dem Präsenzsetting erlebt und wahrgenommen.
- Im Telesetting werden von den genannten Berufsgruppen neue *Gesprächstechniken und -strategien* gegenüber einem Präsenzsetting eingesetzt.
- Ein Telesetting hat in den genannten Berufsgruppen gegenüber einem Präsenzsetting veränderte *Umgebungsfaktoren*, die beachtet werden müssen.

5 Methodik

Für die weitere Bearbeitung des beschriebenen Forschungsgegenstandes wurde eine Forschungsmethodologie und ein Mixed-Methods-Design festgelegt. Dabei ist es essenziell, dass die Forschungsmethodik sorgfältig begründet wird und zum jeweiligen Forschungsgegenstand sowie zur Erhebungsmethode passt (Döring & Bortz, 2016, S. 96). Zudem wurden die Richtlinien guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) umfassend berücksichtigt, um ein Höchstmaß an Transparenz im gesamten Forschungsprozess zu garantieren (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2022, S. 14-15). Ergänzend kam methodisch ein Forschungstagebuch zum Einsatz, in dem handschriftliche Notizen während des gesamten Prozesses reflektiert wurden.

5.1 Forschungsmethodologie

Als zugrundeliegende Forschungsmethodologien dienten der phänomenologische Ansatz sowie der symbolische Interaktionismus, da beide Methodiken die Subjektivität des situativen Erlebens und Handelns in den Vordergrund stellen und dem Forschungsgegenstand angemessen sind. Dabei helfen Forschungsmethodologien, das eigene Forschungsfeld auf einer Metaebene zu betrachten und ermöglichen die Anschlussfähigkeit zu bereits existierendem Wissen.

Der phänomenologische Ansatz bzw. die Phänomenologie beschäftigt sich dabei schwerpunktmäßig mit Situationen, in denen ein Phänomen in Erscheinung tritt, wobei der Fokus sich am Kontext des Menschen orientiert und soziale, psychische und spirituelle Dimensionen umfasst (Perkhofer et al., 2016, S.74). In der vorliegenden Untersuchung stellt die Zusammenarbeit von Fachkräften und Patient*innen in einem Telesetting sowie der Austausch per VK, ein neues Phänomen dar, dass in all seinen bio-psycho-sozialen Aspekten des menschlichen Handelns und Denkens erfasst und verstanden werden soll. Dabei wächst die Bedeutung des phänomenologischen Ansatzes aktuell mit einer Stärkung der personenzentrierten Medizin (Perkhofer et al., 2023, S. 74). Des Weiteren wurden die Perspektiven des symbolischen Interaktionismus integriert. Dieser beschäftigt sich mit dem konkreten situativen Handeln von Menschen, wobei die Bedingungen für menschliches Handeln und die Formen des gemeinsamen Handelns in der Interaktion mit Anderen erschaffen werden (Abels, 2020, S. 102). Innerhalb des symbolischen Interaktionismus sind drei Aspekte von immanenter Bedeutung. Menschliches Handeln geschieht auf der Grundlage von Bedeutungen, welche von Situationen, Dingen, aber auch Verhalten bestimmt werden. Bei wiederholten Zuschreibungen werden diese Bedeutungen zu individuellen Symbolen verdichtet (Abels, 2020, S. 102). Diese Bedeutungszuweisungen gehen

dabei auch mit einer Erwartung hinsichtlich Form und Ziel der weiteren Aktion einher (Abels, 2020, S. 102). Mithilfe dieser Symbole werden anschließend das menschliche Verhalten und die Situationen eingeordnet (Abels, 2020, S. 103). Diese Annahmen des symbolischen Interaktionismus sind auf die Interaktionen in einem Telesetting übertragbar und sollen in der Einordnung des Verhaltens der beteiligten Personen berücksichtigt werden.

5.2 Mixed Methods Design

Die Mixed Methods Forschung ist in den Gesundheitswissenschaften weitverbreitet (Qu et al., 2022) und gilt insgesamt in der Sozialforschung als etabliert (Knappertsbusch, 2023).

Dabei stellt die Mixed Methods Forschung eine eigene Methodik dar, welche qualitative und quantitative Forschungsansätze kombiniert (Levitt et al., 2018; Schoonenboom, 2023). Je komplexer sich dabei ein Forschungsfeld darstellt und, umso mehr Akteure darin involviert sind, desto notwendiger erscheint eine Triangulation von verschiedenen methodischen Zugängen (Flick, 2011, S. 323), um eine umfassende Betrachtung des Untersuchungsgegenstandes zu ermöglichen (Mayer & Mitterer, 2014). Dabei ist es essenziell, den gemischten Methodeneinsatz durchdacht und solide auszugestalten (Levitt et al., 2018). Die unterschiedlichen Verfahren sollen in der methodenübergreifenden Triangulation nicht nur parallel zueinander betrachtet werden, sondern vielmehr soll die eine Methodik durch die Perspektive einer anderen Methodik reflektiert und validiert werden (Mayer & Mitterer, 2014). Hierbei gilt es als elementar, dass die gesammelten Daten sinnvoll miteinander verbunden werden und Forschende sich von alten dichotomen Denkmustern einer Gegenseitigkeit der Forschungsmethoden lösen (Schoonenboom, 2023).

In der vorliegenden Mixed Methods Untersuchung wurde das explorativ sequenzielle Design gewählt, bei dem die beiden Teilstudien zeitlich hintereinander durchgeführt wurden und die Ergebnisse der ersten Teilstudie die nachfolgende Erhebung beeinflussten (Kuckartz, 2014, S. 77). So wurde am Anfang des Projekts durch eine qualitative Studie ein weitgehend unbekanntes Phänomen erschlossen. Gerade in der medizinischen Forschung und in den Gesundheitswissenschaften werden qualitative Forschungsansätze dabei immer häufiger eingesetzt, weil nuancierte Einsichten und Bedeutungen erfasst werden können (Santhosh et al., 2021). Anschließend wurde mit gleicher Priorität eine quantitative Erhebung durchgeführt, welche die Ergebnisse ausbaut und verallgemeinert (Kuckartz, 2014, S.77-78). Durch dieses Vorgehen kann die bei qualitativer Forschung übliche kleine Fallzahl ergänzt werden und es wird überprüft, ob die qualitativen Ergebnisse auch bei einer größeren Stichprobe noch plausibel sind. Das Vorgehen ist daher hervorragend geeignet, um Analyseergebnisse aus der qualitativen

Methodik zu generalisieren, gerade wenn es um die Ermittlung von wiederkehrenden Regelmäßigkeiten geht (Kuckartz, 2014, S. 82). Die vorliegenden Forschungsfragen (*Kapitel 4.1*) wurden in der Triangulation einer systematischen Literaturanalyse, einer qualitativen Interviewerhebung und einer quantitativen Fragebogenerhebung bearbeitet. Nach einer Literaturanalyse wurde ein Interview-Leitfaden für die Durchführung einer qualitativen Erhebung entwickelt und um erste Hypothesen zum Erleben von synchroner VK durch Expert*innen und Patient*innen zu entwickeln. Im Anschluss daran wurde eine quantitative Erhebung mittels Online-Fragebogen durchgeführt, um die qualitativen Vorannahmen mit einer größeren Stichprobe zu validieren.

Zudem sind in der Mixed-Methods Forschung, Leitprinzipien und Standards im gesamten Prozess zu berücksichtigen, kennzeichnende Elemente einzuhalten und das Vorgehen so transparent wie möglich zu gestalten (Leech & Onwuegbuzie, 2010; Levitt et al., 2018). Demzufolge wurden die von der APA empfohlenen „*Mixed Methods Article Reporting Standards*“ (MMARS) in der vorliegenden Untersuchung umfassend berücksichtigt (Levitt et al., 2018).

5.3 Gütekriterien

Die wissenschaftliche Qualität einer Untersuchung wird standardmäßig durch die Beachtung von Gütekriterien sichergestellt, welche auf wissenschaftstheoretischer Basis Merkmale definieren, die eine Bewertung der gewonnenen Erkenntnisse erlauben. Dabei ist es wichtig, methodisch ausdifferenzierte Gütekriterien für quantitative, qualitative und für Mixed-Methods Forschung zu unterscheiden (Döring & Bortz, 2016, S.82). Zudem ist die Beachtung von wissenschaftlichen Qualitätsstandards und Kriterienkatalogen von hoher Bedeutung, da diese im inhaltlichen Kern einen Konsens von Expert*innen bieten (Döring & Bortz, 2016, S. 83).

Die vorliegende Arbeit stützt sich zum einen auf die Einhaltung spezifischer, methodischer Gütekriterien und andererseits auf die Empfehlungen des EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of health research*) Netzwerks. EQUATOR beschreibt sich selbst als eine internationale Initiative, welche den Wert, die Qualität und die Zuverlässigkeit in der Gesundheitsforschung durch eine transparente und genaue Berichterstattung mittels Richtlinien verbessern möchte (EQUATOR, 2025). Neben den MMARS Empfehlungen zur Mixed Methods Forschung wurden die *Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Tong et al., 2007) und die *Standards for reporting qualitative research* (SRQR) (O'Brien et al., 2014) für den qualitativen Methodenteil, sowie die *Checklist for Reporting of Survey Studies für die quantitative Methodik* (CROSS) (Sharma et al., 2021b), beachtet.

5.3.1 Qualitative Gütekriterien

Es gibt eine langwährende Diskussionen darüber, ob in der qualitativen Forschung allgemein anerkannte Gütekriterien für die Bewertung qualitativer Ergebnisse sinnvoll sind (Döring & Bortz, 2016, S. 106; Flick, 2019, S. 473; Hammersley, 2023) und ob etwaige Kriterien nicht die Forschungsfreiheit und die Möglichkeiten einschränken (Hammersley, 2023) die sich durch vielseitige methodische qualitative Forschungszugänge ergeben (Döring & Bortz, 2016, S. 107). Der Versuch, eigene Kriterien für das qualitative Paradigma zu definieren, führte bislang dazu, dass über einhundert verschiedene Kriterienkataloge eine Qualitätsbeschreibung beanspruchten. Dabei scheinen die vorhandenen Guidelines und Checklisten, welche maßgeblich für Publikationen verwendet werden, oft nicht geeignet, um die Qualität und Güte einer Arbeit einzuordnen (Döring & Bortz, 2016, S. 107). Der viel unternommene Versuch quantitative Gütekriterien in die qualitative Forschung zu übertragen, birgt dabei verschiedene Gefahren, wobei das Hauptargument darin besteht, dass ein quantitatives wissenschaftstheoretisches Paradigma nicht einfach in den qualitativen Bereich übertragen werden kann, wo doch Entwicklungen und Ansätze so unterschiedlich sind (Döring & Bortz, 2016, S. 107; Flick, 2019, S. 474). Auch wenn die kontroverse Diskussion bislang nicht abschlussfähig erscheint, ist man sich doch übereinstimmend einig, dass die Qualität des qualitativen Forschungsprozesses ebenso bewertet werden muss (Döring & Bortz, 2016, S. 107).

Eine zentrale Stellung und hohe Verbreitung in der qualitativen Forschungslandschaft haben laut Döring und Bortz die vier Kriterien von Lincoln und Guba (1985). Als oberstes Kriterium wird darin die Glaubwürdigkeit definiert mit den vier Unteraspekten der Vertrauenswürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit (Döring & Bortz, 2016, S. 108-110). Der wichtigste Unteraspekt ist dabei die Vertrauenswürdigkeit, also dass Ergebnisse und Interpretationen auf Basis der Daten als vertrauenswürdig zu bezeichnen sind. Hierzu gehört eine umfassende Datenerhebung, gekennzeichnet durch lange Zeiten im Forschungsfeld sowie eine Triangulation von Methoden, Daten und Forschenden. Ebenso ist eine Nachbesprechung der Studie, ein Überdenken der Vorannahmen und eine Überprüfung der Interpretation anhand der Rohdaten Bestandteil der Vertrauenswürdigkeit. In der vorliegenden Arbeit wurde eine lange Datenerhebung und -auswertung von fast zwei Jahren durchgeführt und eine Triangulation von Methoden durch das Mixed Methods Design umgesetzt. Als weiteres wichtiges Kriterium gilt die Übertragbarkeit in andere Kontexte, welche durch eine möglichst umfängliche Beschreibung des gesamten Untersuchungsgegenstandes, der erhobenen Daten und der erhobenen Kontexte beruht (Döring & Bortz, 2016, S. 109). Vor allem in der theoretischen Einarbeitung, der Literaturrecherche aber auch in der Analyse der Daten wurde die Übertragbarkeit dabei

systematisch mitbedacht, geht es doch im Kern darum, einen gemeinsamen Leitfaden für die Berufsgruppen Pflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie zu entwickeln. Das nachfolgende Kriterium der Zuverlässigkeit bezieht sich auf den Forschungsprozess, welcher möglichst transparent und nachvollziehbar ausgeführt werden muss und durch Expert*innen oder ein Auditverfahren bestätigt werden sollte (Döring & Bortz, 2016, S. 109). Dies ist im vorliegenden Fall durch den Ethikantrag und mehrere Kolloquien mit den Mentor*innen im Vorfeld und im Verlauf der Studie geschehen sowie durch die Orientierung an den COREQ, SRQR und MMARS Richtlinien. Das letzte Kriterium der Bestätigbarkeit beschreibt eine objektive Ergebnisdarstellung, bei der die Studienergebnisse nicht durch Vorurteile oder Perspektiven vorbestimmt sind (Döring & Bortz, 2016, S.110). Hier ist die Durchführung der InterCoder-Reliabilität in der vorliegenden qualitative Studie zu nennen, bei der personenunabhängig die Datenanalyse durchgeführt wurde.

Zudem wurden die Gütekriterien von Strübing et al. beachtet, welche als recht ähnlich angesehen werden können. Hier werden die Gegenstandsangemessenheit, die empirische Sättigung, die theoretische Durchdringung, die textuelle Performanz und die Originalität als qualitätskennzeichnende Beschreibungen qualitativer Forschung hervorgehoben (Strübing et al., 2018). Die Gegenstandsangemessenheit bezieht sich dabei auf multiple Passungsverhältnisse und meint neben der methodischen Ausrichtung und Prozessorientierung von Theorie, Frage, Methode und Datentyp, auch die fortlaufende Justierung dieser Ausrichtungen. Durch ein abgestimmte Auswahl von zugrundeliegender Forschungsmethodologie und dem gewählten Forschungsdesign wurde die Gegenstandsangemessenheit in der vorliegenden Studie dabei umfassend reflektiert und begründet. Der Bereich der empirischen Sättigung wird im Feldzugang als zentral angesehen, wobei verschiedene Datentypen hier als sehr hilfreich angesehen werden um Neues zu entdecken, was durch die Auswahl des Mixed Methods Design erreicht werden konnte. Die theoretische Durchdringung beschreibt den Einbezug vorhandener Theorien und des Vorwissens und propagiert keinen instrumentellen Gebrauch von Methoden, was durch die systematische Literaturrecherche und eine intensive Ergebnisaufbereitung integriert wurde. Weiter ist die textuelle Performanz von Forschenden im Sinne einer orientierenden Kommunikation am Lesenden bei der Ergebnisdarstellung enorm wichtig, wozu vorrangig rhetorische Fähigkeiten gezählt werden. In der Aufbereitung der Handlungsempfehlungen und Publikation der Ergebnisse wurde dabei auf eine an der Leserschaft orientierte sprachliche Darstellung besonders geachtet. Die Originalität als letztes Kriterium erhebt den Anspruch kollektive Erkenntnisgewinne zu erzielen und somit die Anschlussfähigkeit des eigenen Forschungsfeldes für andere Forschende aufzuzeigen. Dabei sollte die Forschung nicht hinter den Common Sense

zurückfallen, sondern vorhandene Standards rezipieren und diskutieren (Strübing et al., 2018). Dies trifft in besonderem Maße auf die erarbeiteten Handlungsempfehlungen zu, da diese den aktuellen Forschungsstand gezielt erweitern und eine Anschlussfähigkeit der in der Studie involvierten Berufe zu angrenzenden Professionen herstellen.

Überdies wurden die Güterkriterien nach Steinke (1999) beachtet. Hier werden die intersubjektive Nachvollziehbarkeit (*siehe Kapitel 5.6.4*), Indikation der Methoden (*Kapitel 5.2*), die empirische Verankerung (*Kapitel 5.5*), die Limitation der Studie (*Kapitel 7.3*), eine reflektierte Subjektivität (*Kapitel 7.1*), eine Kohärenz der Interpretationen (*Kapitel 7.2*) und eine Darstellung der Relevanz, als Kernkriterien angegeben (*Kapitel 8*) (Döring & Bortz, 2016, S. 111-113).

5.3.2 Quantitative Gütekriterien

Im Bereich quantitativer Gütekriterien ist neben der generellen Beachtung von Objektivität, Validität und Reliabilität, eine enge Orientierung an den vier wissenschaftlichen Kriterien zu Sicherung der Qualität sinnvoll (Döring & Bortz, 2016, S. 89-92). Zu den vier Kriterien gehören die methodische Strenge, die inhaltliche Relevanz, die ethische Strenge und die Präsentationsqualität. Gerade das Kriterium der methodischen Strenge hat dabei eine hervorgehobene Rolle im gesamten Forschungsprozess und geht einher mit den vier Aspekten der Validität (Konstruktvalidität, interne Validität, externe Validität, statistische Validität). Die methodische Strenge wurde dabei insbesondere durch den reflektierten Methodeneinsatz erreicht. Eine statistische Validität wird durch entsprechende Analysen in SPSS ermittelt. Weiter ist eine methodische Strenge bereits in der Literaturrecherche hochrelevant (Döring & Bortz, 2016, S.91), was durch die Anlehnung an das Recherchevorgehen nach dem EbM-Netzwerk sichergestellt wurde. Ferner gilt eine Studie als intern valide, wenn der Untersuchungsgegenstand und die gewonnenen Erkenntnisse kausal miteinander verbunden sind (Döring & Bortz, 2016, S.91). Dies ist bei der vorliegenden Fragebogenerhebung gegeben, da die interne Validität der Fragebogen Items aus den qualitativen Erkenntnissen der Interviews abgeleitet wurde. Ebenso ist die externe Validität als hoch einzustufen, da die vorliegende Untersuchung als Feldstudie bezeichnet werden kann, in der die Aspekte der VK nicht in einem Laborversuch experimentell ermittelt wurden, sondern alle Erkenntnisse aus der realen Praxis der involvierten Gesundheitsfachkräfte und der Patient*innen entstammen. Zudem wurde die Konstruktvalidität und die statistische Validität des Fragebogens beachtet, indem die etablierten Assessments *Evaluation of Social Interaction* (ESI) und das *Assessment of Communication and Interaction Skills* (ACIS) in der Erarbeitung des Fragebogens eine Grundlage darstellte. Das ACIS gilt als reliables und

objektives Messinstrument in den Bereichen Interaktion und Kommunikation und besitzt eine langjährige hohe Praxisrelevanz (Forsyth et al., 2011, S. 25-26). Ebenso gilt das ESI als reliabel und valide und wird breit eingesetzt (Späth, 2013). Weiter müssen für eine hohe Konstruktvalidität theoretische Konstrukte und Konzepte möglichst exakt definiert werden (Döring & Bortz, 2016, S. 98), was durch die Begriffsbestimmungen zum Telesetting sowie zur dort stattfindenden Kommunikation und Interaktion geschah (*Kapitel 2.1 bis Kapitel 2.3*). Das Kriterium der inhaltlichen Relevanz ist durch die definierte Forschungslücke gegeben und der Tatsache der stattfindenden Dissemination der VK in den involvierten Berufen. Im Bereich der ethischen Strenges wurden die Standards der Wissenschafts- und Forschungsethik erfüllt, indem eine Ethikkommission den Antrag zur Durchführung der Studie positiv beschied. Die Präsentationsqualität der vorliegenden Arbeit wurde durch eine transparente und vollumfängliche Auswertung der Ergebnisse nach den Prinzipien der guten wissenschaftlichen Praxis sowie durch Einhaltung der CROSS Checkliste (Sharma et al., 2021b) sichergestellt.

5.3.3 Mixed Methods Gütekriterien

Parallel zu den Ausführungen rund um die qualitativen Gütekriterien wurden auch im Bereich von Mixed Methods viele Diskussionen über Qualitätskriterien und Standards geführt (Kuckartz, 2014, S. 161). Da eine Mixed Methods Erhebung qualitative und quantitative Forschungsmethoden vereint, sind auch die Gütekriterien des jeweiligen Ansatzes zu berücksichtigen. Dabei ist sicherzustellen, dass die jeweiligen Forschungsanteile für sich alleinstehend die jeweiligen Gütekriterien erfüllen und eine hohe wissenschaftliche Qualität garantieren (Döring & Bortz, 2016, S. 114). Zudem müssen spezifische Mixed Methods Gütekriterien beachtet werden, was durch die Integration der MMARS Richtlinien geschah. So ist die Designqualität des Mixed Methods Ansatzes von entscheidender Bedeutung und sollte möglichst aussagekräftig und begründet (*Kapitel 5.2*) beschrieben werden (Döring & Bortz, 2016, S. 115). Dabei sind sowohl in der Erhebungsphase als auch in der Interpretationsphase beider Ergebnisstränge, Kriterien vorhanden, wie Teilergebnisse im Sinne einer schlüssigen Gesamtinterpretation aufeinander bezogen werden müssen. Dabei muss der Umgang mit Inkonsistenzen deutlich herausgearbeitet werden, was in der methodischen Diskussion (*Kapitel 7.1*) erfolgte. Die Inferenzqualität eines Mixed Methods Design muss dabei so hoch wie möglich erscheinen und entspricht der internen Validität quantitativer Designs sowie dem Kriterium der Vertrauenswürdigkeit qualitativer Designs. Eine möglichst hohe Inferenzübertragbarkeit der gefundenen Erkenntnisse wiederum entspricht der externen Validität bei quantitativen Gütekriterien bzw. der Generalisierung bei qualitativen Gütekriterien. Dies wird durch die praxisnahen Handlungs-

empfehlungen sichergestellt, welche sich auf Basis von deckungsgleichen Ergebnissen aus den einzelnen Methoden ergaben. Neben der Designqualität gelten die Planungsqualität, die Datenqualität, die Interpretationsqualität und Inferenzübertragbarkeit, die Präsentationsqualität und die Synthetisierbarkeit der einzelnen Ergebnisse sowie die Nützlichkeit als entscheidende Gütekriterien für die Bewertung eines Mixed Methods Ansatzes (Döring & Bortz, 2016, S. 115). Die Planungsqualität wird durch eine ausführliche und transparente Darlegung des gewählten Forschungsansatzes *bestimmt (Kapitel 5)* und umfasst die Sicherstellung und Beschreibung einer hohen Datenqualität in beiden Ansätzen (*Kapitel 6*) für die daran anschließende Interpretation (*Kapitel 7*) und Inferenz (*Kapitel 8*). Für die Präsentationsqualität und Synthetisierbarkeit der Ergebnisse wurden die MMARS Richtlinien der APA beachtet (Levitt et al., 2018).

5.4 Ethik und Datenschutz

Im Forschungsprozess sind im Bereich von Datenschutz und Ethik die Vorgaben aus der Forschungs- und Wissenschaftsethik zu berücksichtigen, welche nachfolgend dargestellt werden. Neben internen Vorgaben der beteiligten Hochschule und Universitäten zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden die Aspekte der DFG beachtet (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2022, S. 16) sowie die Grundsätze zum Umgang mit Forschungsdaten (Allianz der deutschen Wissenschaftsorganisationen, 2010).

5.4.1 Ethikvotum

Die ethischen Aspekte der umfassenden Informiertheit für die teilnehmenden Personen, der Freiwilligkeit zur Teilnahme sowie die Vermeidung von Verletzungen und Schäden wurden umfassend berücksichtigt. Zu diesem Zweck wurde im Vorfeld das Promotionsvorhaben detailliert der Ethikkommission der Universität Regensburg in einem Ethikantrag (*Anhang B*) vorgelegt. Dem Forschungsvorhaben wurde am 23.6.2021 ein positives Ethikvotum beschieden und es ergaben sich keinerlei Bedenken gegen das vorgelegte Forschungsvorhaben (Nr. 21-2451-101). Das Ethikvotum ist dem *Anhang C* zu entnehmen.

5.4.2 Informed Consent und Einwilligung

Alle Teilnehmenden wurden im Vorfeld ausführlich und schriftlich zum geplanten Studienablauf informiert. Der Informed Consent beinhaltete Information über die Art und Weise der Datenerhebung und Datenverarbeitung, gemäß den Vorgaben der DSGVO, sowie Angaben zum Zweck, Ablauf und zu den Zielen der Studie. Dabei wurden sowohl für die Interviewerhebung

(*Anhang D*) als auch für Teilnehmende der Fragebogenerhebung (*Anhang E*) separate Informationen entwickelt. Die potenziellen Teilnehmenden hatten mindestens 24 Stunden Zeit, um zu einer möglichen Entscheidung bezüglich einer Teilnahme zu kommen und konnten jederzeit Rückfragen an den Forschungsleiter stellen. Eine Teilnahme erfolgte nur nach ausdrücklicher Zustimmung mittels Einwilligungserklärung (*Anhang F*). In der Einwilligungserklärung war die Möglichkeit einer punktuellen Zustimmung gegeben und das Recht zum Widerruf der Teilnahme wurde erneut beschrieben. Ebenso wurde zu Beginn des Interviews, sowie zum Start des Fragebogens, explizit auf das Recht zum Rücktritt hingewiesen. Für die qualitative Erhebung wurde eine persönliche Unterschrift zur Zustimmung vorgelegt, im Rahmen der quantitativen Online-Erhebung musste ausdrücklich per Button zugestimmt werden, bevor der Fragebogen freigeschaltet wurde. Eine Beendigung der Teilnahme konnte zu jedem Zeitpunkt selbstbestimmt erfolgen, ohne persönliche Nachteile. Die bis zum Abbruchzeitpunkt erhobenen personenbezogenen Daten konnten auf Wunsch gelöscht werden, bereits anonymisierte Daten wurden weiter verwendet, gemäß den Vorgaben der DSGVO und den Standards zur guten wissenschaftlichen Praxis. Um mögliche Unklarheiten und Missverständnisse im Aufklärungsdokument auszuschließen, wurden im Vorfeld die Dokumente durch externe Personen auf Verständlichkeit hin überprüft. Bei etwaigen Fragen konnten die Teilnehmenden Kontakt per Telefon oder E-Mail zum Forscher aufnehmen.

Für den Fall von schwierigen Phasen oder aufkommenden Problemen bei den beteiligten Personen während der Datenerhebung wurden im Vorfeld Überlegungen getroffen. Gerade bei einem möglichen Rücktritt oder Abbruch des Interviews sollte betont werden, dass dies keinerlei persönliche Folgen haben wird. Sollten dennoch schwerwiegende psychische Erscheinungen oder gar Re-Traumatisierungen durch das Gespräch über Krankheit und individuelles Erleben eines Telesettings auftreten, sollte gefragt werden, ob Angehörige informiert werden dürfen, um diese möglichst empathisch und sensibel zu begleiten. Für derartige Notfälle sollten zudem kostenfreie Rufnummern der Telefonseelsorge (0800/1110111 oder 116123) weitergegeben werden. In keiner Phase der Datenerhebung kam es zu derartigen Problemen.

5.4.3 Studienregistrierung

Die Studie wurde nach positivem Ethikvotum im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) am 1.7.2021 auf der Website www.drks.de registriert (#DRKS0002577). Das DRKS stellt dabei das von der WHO anerkannte deutsche Primärregister zur Registrierung von gesundheitsbezogenen Studien am Menschen dar (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025a). Zum einen

wird dieses Vorgehen empfohlen, um die wissenschaftliche Community über das geplante Forschungsvorhaben zu informieren und ressourcenschonende Forschung zu unterstützen. Andererseits können Vernetzungsmöglichkeiten angebahnt werden.

5.4.4 Datenschutz

Für die vorliegende Studie wurde ein Datenschutzkonzept entwickelt und mit dem Ethikantrag eingereicht (*Anhang B*). Darin wurden die Empfehlungen aus dem „*Leitfaden für die Erstellung von Datenschutzkonzepten im Gesundheitswesen*“ der deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und dem Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) beachtet (GMDS & ZTG, 2016, S. 16-20) und mit den Vorgaben der DSGVO sowie des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) abgeglichen und in der Strenge ergänzt. Weiter wurden das Bayerische Datenschutzgesetz (BayDSG) und die Prinzipien der Schweigepflicht aus dem Strafgesetzbuch (§ 203 StGB) bei der Datenerhebung beachtet.

Insbesondere wurden die folgenden Datenschutzaspekte berücksichtigt:

- das Persönlichkeitsrecht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung und somit die Hoheit über die zu seiner Person erhobenen Daten
- Wahrung der Vertraulichkeit
- Sicherung der Transparenz
- Gewährleistung von Verfügbarkeit
- Datenminimierung
- Zweckbindung

Die ethischen und rechtlichen Grundsätze zur Datenminimierung in wissenschaftlichen Untersuchungen wurden im Vorfeld beachtet, sodass nur Daten erhoben wurden, welche für die definierten Forschungsfragen notwendig waren. Ebenso wurde die DSGVO-konforme Zweckbestimmung der erhobenen Daten berücksichtigt. Sämtliche Rohdaten wurden zum frühestmöglichen Zeitpunkt pseudonymisiert oder anonymisiert und im Anschluss wurde überprüft, ob ein Risiko für eine mögliche Re-Identifizierung bestand. Für die qualitative Datenerhebung war es notwendig, die Identität der Teilnehmenden zu kennen (Name, Beruf, E-Mail, Telefon), um Terminabsprachen treffen zu können. Die Daten wurden in einer separaten Tabelle erfasst und nach Abschluss aller Interviews Zugangsgesichert und passwortgeschützt bis zum Studienende gespeichert. Alle personenbezogenen Merkmale wie Name, Beruf oder Orte in den Interviews wurden während der Transkription pseudonymisiert. Die Pseudonyme wurden in einer entsprechenden Zuordnungsliste ebenso zugriffs- und passwortgeschützt gespeichert, wobei lediglich

der Forscher Zugriff auf diese Dateien hatte. Die Rohdaten aus der quantitativen Fragebogenerhebung wurden bereits von der Software anonymisiert erhoben, da keine personenbezogenen Daten, wie die IP-Adresse, getrackt wurden.

5.4.5 Datenverarbeitung

Die Speicherung aller Rohdaten, inklusive Backups, sowie die Auswertung der Daten erfolgte ausschließlich auf einer lokalen Festplatte des Forschers, welche passwortgesichert aufbewahrt wurde. Weiter richten sich die Aufbewahrungsfristen der Daten nach den gesetzlich vorgeschriebenen Fristen im Bundesdatenschutzgesetz (§ 76 BDSG) und der DSGVO (Art. 5 Abs.1). Die Rohdaten aus den Interviews werden sechs Monate nach Beendigung des Projektes gelöscht. Zudem werden die entsprechenden Empfehlungen der guten wissenschaftlichen Praxis der DFG umgesetzt. Alle pseudonymisierten Forschungsdaten und die unterschriebenen Einwilligungen zur Teilnahme werden 10 Jahre nach Beendigung des Projektes gelöscht (Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2022, S. 22). Eine Löschung der Daten erfolgt dabei unwiderruflich und es wird garantiert, dass alle Forschungsdaten entsprechend den geltenden Standards gelöscht werden.

5.5 Qualitative Datenerhebung

In Anlehnung an die Forschungsmethodologie wurden entsprechende qualitative Erhebungsinstrumente ausgewählt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Form der Datenerhebung erheblichen Einfluss auf die spätere Qualität der Ergebnisse hat (Döring & Bortz, 2016, S. 111). Im vorliegenden Studiendesign trifft dies in besonderem Maße zu, da aus den qualitativen Erkenntnissen eine weitere quantitative Erhebung konstruiert wurde.

5.5.1 Episodisches Interview

Als Interviewform wurde das episodische Interview ausgewählt, da es die Perspektive des phänomenologischen Ansatzes und des symbolischen Interaktionismus methodisch in der Datenerhebung aufgreift. Dabei ist das episodische Interview gekennzeichnet durch eine Kombination von zwei methodischen Zugängen (Flick, 2011, S. 273). Flick spricht bei dieser Interviewform von einer methodeninternen Triangulation, bei der zum einen semantisches Wissen und zum anderen episodische Erfahrungen erkundet werden können. Die Interviewform ist daher geeignet für den phänomenologischen Ansatz, da sie einerseits narrative Erzählungen umfasst, in denen die Interviewten bestimmte episodische Erfahrungen um ein erlebtes Phänomen rekonstruieren können. Andererseits erlaubt die Interviewform semantische Begriffsdefinitionen

und wie deren Zusammenhänge untereinander betrachtet und von den Teilnehmenden rekonstruiert werden (Flick, 2011, S. 273). Dies erschien bezüglich der relativ neuen Begriffe der Videotherapie / Teletherapie sowie VK und Videointeraktion in einem Telesetting von Interesse, da in der Literaturrecherche oft unklare begriffliche Abgrenzungen und Definitionen ersichtlich wurden. Des Weiteren steht in der Untersuchung unter anderem die Kommunikation und Interaktion in einem neuartigen Telesetting im Fokus, sodass der symbolische Interaktionismus eine wertvolle Grundlage darstellt, um das menschliche Handeln und die daraus folgenden Interaktionen und Bedeutungen in dieser neuen Situation einordnen zu können. Dabei erlaubt es das episodische Interview, die Fragestellungen zu umkreisen und den Untersuchungsgegenstand mit ähnlichen Fragen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten (Flick, 2011, S. 274). Dieses Vorgehen kann gerade bei der Beschreibung von Interaktionen und dem Verhalten zugrundeliegenden Bedeutungen einen erweiterten Erkenntnisgewinn liefern.

5.5.2 Interviewleitfaden

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines strukturierten Leitfadens, welche regelmäßig bei Interviews eingesetzt werden (Santhosh et al., 2021). Dabei wird ein Leitfaden in der Durchführung des episodischen Interviews ausdrücklich empfohlen, wobei sich vorstrukturierte thematische Bereiche mit Erläuterungsfragen und offene Erzählaufforderungen abwechseln sollen (Flick, 2011, S. 275). Insgesamt wurden zwei unterschiedliche Interviewleitfäden für Expert*innen und Patient*innen (*Anhang G und Anhang H*) auf Grundlage der Literaturrecherche und eigenen Erfahrungen zum Untersuchungsgegenstand entwickelt. Die Entwicklung der thematischen Blöcke und der einzelnen Interviewfragen erfolgte mithilfe der Methodik von Helfferich, worin über das Sammeln, Prüfen, Subsumieren und Sortieren (SPSS-Methodik) von Aspekten und Items, geeignete Fragen entwickelt werden können (Helfferich, 2022, S. 884). Zu Beginn wurden möglichst viele Teilaspekte zum Forschungsinteresse zusammengetragen, nichts war ausgeschlossen (=sammeln). Anschließend wurden die Fragen auf Sinnhaftigkeit zum Forschungsinteresse überprüft und zu episodischen und semantischen Fragen weiter um- und ausformuliert. Hier wurde explizit auf ein offenes und entdeckendes Vorgehen bei den Interviewfragen geachtet, sodass nach einer semantischen Eingangsfrage zur Begriffsklärung eine Reihe von offenen und erzähl generierenden episodischen Fragen anschloss. In einem Austausch mit den Mentor*innen der Arbeit und weiteren Wissenschaftler*innen mit Bezug zum Forschungsfeld wurden die Interviewfragen im Anschluss kritisch mit den Forschungsfragen reflektiert (=prüfen). Anschließend wurden die verbleibenden Fragen inhaltlich und zeitlich in Themenblöcke zusammengefasst (=subsumieren) und die verschiedenen Themen nach Zeit-

und Inhaltsaspekten im Leitfaden sortiert (= *sortieren*). Durch eine entsprechende Anordnung der Fragen im Interviewleitfaden wurde versucht, mögliche Confounder für die spätere Interviewdurchführung zu minimieren.

5.5.3 Pretest Interview

Im Vorfeld der Erhebungen erfolgte ein umfangreicher Pretest des Interviewleitfadens. Pretests gelten dabei in der Forschung als unverzichtbar (Buschle & Bethmann, 2017; Weichbold, 2022, S. 443), da diese zur Optimierung der Erhebungsinstrumente beitragen, bevor die Erhebungsphase beginnt (Weichbold, 2022, S. 443). Dabei wird durch verschiedene Techniken der Gesprächsablauf geprobt und problematische Fragen ermittelt werden, die dem Durchführenden, oder der interviewten Person begegnen können und zu unzulänglichen Antworten führen. So kann in Pretests überprüft werden, ob bei den befragten Personen ein Verständnis für die Fragen vorliegt, ob ein Interesse gegeben ist und ob mögliche Belastungen oder Schwierigkeiten auftreten (Buschle & Bethmann, 2017). Idealerweise sollten Pretests nicht als einmaliges, punktuell eingesetztes Verfahren eingesetzt werden, sondern im Zuge der Qualitätssicherung mehrere aufeinander abgestimmte Verfahren beinhalten (Weichbold, 2022, S. 443). Im vorliegenden Pretest wurde diese vorgeschlagene Vorgehensweise zur Optimierung der Datenerhebung umfassend berücksichtigt. Die involvierten Personen wurden während einer Besprechung des Interviewleitfadens zum lauten Denken aufgefordert („*Think Aloud*“), wobei alle Gedanken verbalisiert werden sollten, die beim Hören der Frage oder bei der Formulierung der Antwort aufkamen. Weiter wurden durch Zusatzfragen Informationen zur Relevanz der Fragen gewonnen („*Verbal Probing*“) und es sollten Fragen in eigenen Worten wiederholt werden („*Paraphrasing*“), um das Verständnis überprüfen zu können (Weichbold, 2022, S. 446). Der Pretest wurde mit zwei Therapeut*innen aus den Bereichen Physiotherapie und Ergotherapie durchgeführt, wobei darauf geachtet wurde, dass eine befragte Person eine Nähe zum Forschungsgegenstand besaß und selbst Erfahrung mit der Durchführung von VK hatte sowie eine Person dem Untersuchungsgegenstand eher fremd war und es keinerlei Vorerfahrungen zur VK gab. Zur Dokumentation des Pretests wurde ein kurzer Leitfaden (*Anhang I*) anhand der genannten Empfehlungen entwickelt. Die Ergebnisse aus dem Pretest führten zu Überarbeitungen der Interviewfragen bezüglich der Formulierungen und es kam zu einer veränderten Fragenanordnung. Weiter wurde ein Probeinterview mit einer Person aus dem Fachbereich Ergotherapie durchgeführt. Dies wird gerade bei strukturierten, leitfadengestützten Interviews empfohlen, um eine kritische Reflexion und Adaption der Vorgehensweise zu ermöglichen (Weichbold, 2022, S. 448-449).

5.5.4 Einschlusskriterien Interview

Für die potenziell Teilnehmenden im Interview wurden folgende Kriterien definiert:

<i>Einschlusskriterien für Expert*innen und Patient*innen</i>
Volljährigkeit
Einwilligungsfähigkeit
ausreichende Sprachkenntnisse, die eine Interviewführung in deutscher Sprache ermöglichen
eigene Erfahrungen zur synchronen VK in den Bereichen Pflege oder Therapie in einem Telesetting
<i>Zusätzliche Einschlusskriterien für Expert*innen</i>
Abgeschlossene Ausbildung in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Pflege
Tätigkeit umfasst neben der direkten Arbeit mit Patient*innen auch die organisatorische Ebene in der Einrichtung, z. B. Führungskräfte oder fachliche Leitungen

TABELLE 6: EINSCHLUSSKRITERIEN INTERVIEW

5.5.5 Feldzugang Interviews

Der Prozess der Rekrutierung von Teilnehmenden gilt als entscheidend und sollte möglichst transparent dargestellt und begründet werden. Dabei es wichtig, eine möglichst heterogene Stichprobe zu ziehen, um möglichst vielfältige Perspektiven zum Forschungsgegenstand abbilden zu können (Döring & Bortz, 2016, S. 112). Die nicht probabilistische Strategie für die Rekrutierung von Interviewpersonen in der vorliegenden Untersuchung bestand aus einer Kombination verschiedener Samplingmethoden. Zum einen wurde ein Sampling nach vorher festgelegten Kriterien umgesetzt, was einem Vorgehen nach dem „theoretical Sampling“ entspricht. Hierdurch konnten erste Interviewpersonen unter Beachtung der Einschlusskriterien identifiziert werden. Die Überprüfung dieser Einschlusskriterien erfolgte in einem telefonischen Vorgespräch, bei dem darauf geachtet wurde, keinerlei inhaltlichen Informationen zu den Interviewfragen zu geben und lediglich Inhalte aus dem Informed Consent (*Anhang D*) besprochen wurden. Daran anschließend wurde ein willkürliches und zufälliges Schneeball-Sampling durchgeführt, bei dem die interviewten Personen am Ende nach weiteren Expert*innen und / oder Patient*innen mit Erfahrungen zum Forschungsgegenstand befragt wurden. Dabei wurde im Zuge einer möglichst hohen Kontrastierung der Daten darauf hingewiesen, dass alle Personen, egal ob sie zufrieden oder unzufrieden mit der Durchführung einer VK in einem Telesetting waren, auf das Forschungsvorhaben hingewiesen werden sollten. Die Kontaktdatenweitergabe von interessierten Personen zum Forscher erfolgte nach Rücksprache mit der akquirierenden Person oder durch eine direkte Kontaktaufnahme der entsprechenden Person zum Forscher per E-Mail oder Telefon. Der gesamte Prozess der Rekrutierung umfasste schließlich drei verschiedene Rekrutierungswege (*Abbildung 2*). Der erste Rekrutierungsweg beinhaltete die

Bitte an die Berufsverbände der Ergotherapie (DVE³, BdE⁴, DGEW⁵), der Logopädie (DBL⁶, DBS⁷, LOGO – Deutschland⁸, DBA⁹), der Physiotherapie (VDB¹⁰, IFK¹¹, ZVK¹², DGPTW¹³) und der Pflege (DBfK¹⁴, DPV¹⁵, DIP¹⁶, DGpW¹⁷, VdPB¹⁸, Deutscher Pflegerat, Pflegekammer Rheinland-Pfalz) den Studienaufruf durch die zur Verfügung stehenden Kanäle zu verteilen. Viele Berufsverbände unterstützten die Rekrutierung durch entsprechende Aufrufe zur Studienteilnahme über die Homepage, als inhaltliche Kurz-Darstellung in Newslettern sowie über separat formulierte E-Mails an entsprechende Subgruppen der Berufsverbände zu den Themengebieten Teletherapie, Videotherapie oder technische Medien. Zur Gewinnung von Patient*innen wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen und -initiativen sowie die Patientenvertretung auf Bundes- und Länderebene informiert, mit der Bitte, den Studienaufruf entsprechend zu platzieren. Im Rekrutierungsweg zwei erfolgte parallel ein Aufruf zur Studienteilnahme über das persönliche Netzwerk des Forschers und im Rekrutierungsweg drei wurden entsprechende Verlage kontaktiert, mit der Bitte einen kostenlosen Aufruf in den Fachzeitschriften zu veröffentlichen. Die Zeitschriften „Ergotherapie & Rehabilitation“, „Ergopraxis“, „Physiopraxis“ und „Forum Logopädie“ veröffentlichten daraufhin kostenlos einen Studienaufruf. Aus dem Bereich Pflege erklärte sich keine Zeitschrift bereit für einen kostenlosen Aufruf. Zudem wurden im Rekrutierungsweg drei in Social-Media-Gruppen auf der Plattform Facebook und LinkedIn entsprechende Posts zur Teilnahme gesetzt.

³ Deutscher Verband Ergotherapie

⁴ Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland

⁵ Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft

⁶ Deutscher Bundesverband für Logopädie

⁷ Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie

⁸ Logo Deutschland – Selbstständige in der Logopädie

⁹ Deutscher Bundesverband für Atem-, Sprech- und Stimmlehrer:innen

¹⁰ Berufs- und Wirtschaftsverband der Selbstständigen in der Physiotherapie

¹¹ Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten

¹² Deutscher Verband für Physiotherapie

¹³ Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft

¹⁴ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

¹⁵ Deutscher Pflegeverband

¹⁶ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung

¹⁸ Vereinigung der Pflegenden in Bayern

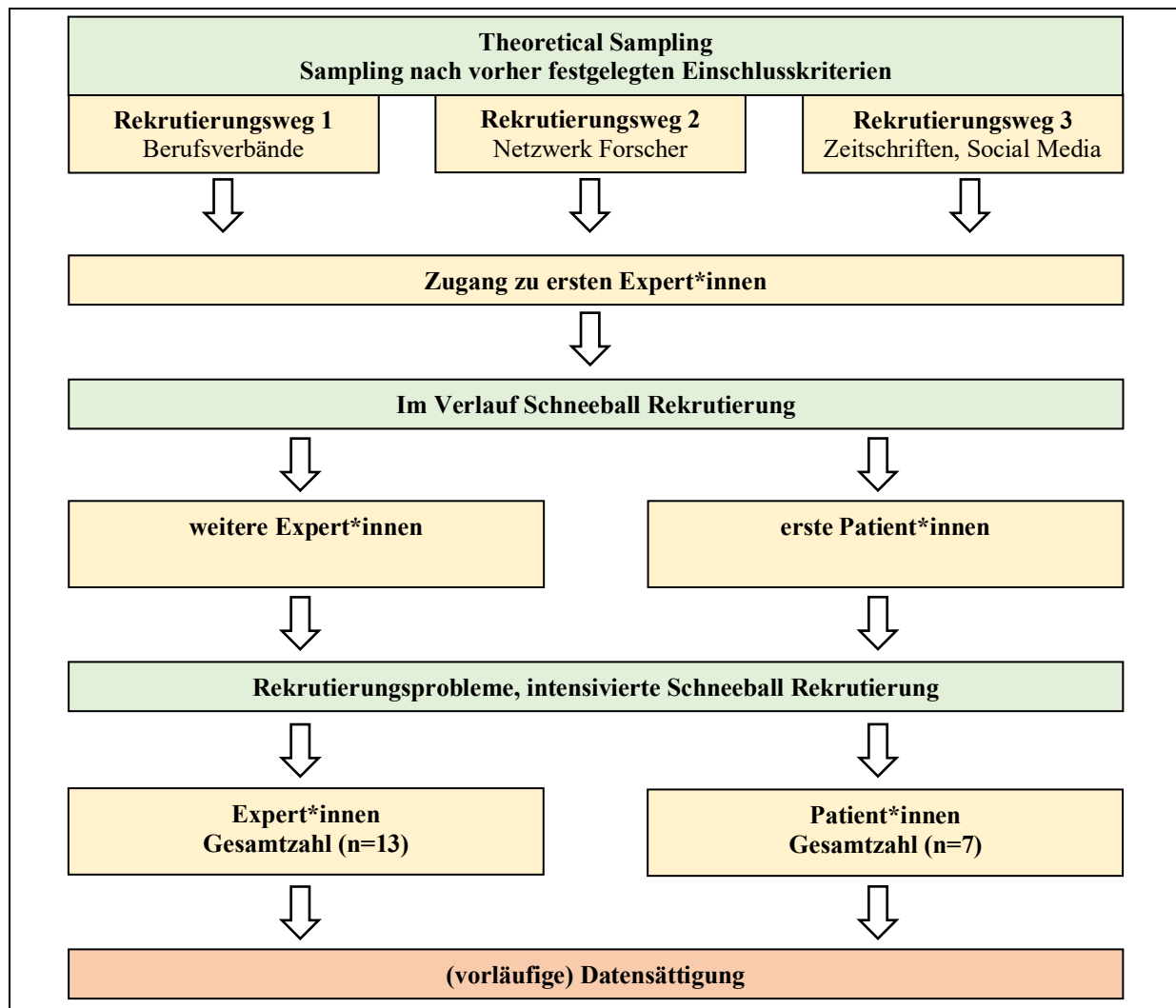


ABBILDUNG 2: REKRUTIERUNG STICHPROBE EPISODISCHE INTERVIEWS (N=20)

Da sich gerade in den Bereichen Pflege und Physiotherapie wenige Expert*innen und Patient*innen rekrutieren ließen, wurden alle drei Rekrutierungswege im Verlauf der Datenerhebung bis zur vorläufigen Datensättigung iterativ intensiviert und die Suche nach Personen auf die deutschsprachigen Länder Österreich und Schweiz ausgedehnt (*siehe hierzu Kapitel 7.1.1*).

5.5.6 Durchführung der Interviews

Die Datenerhebung erfolgte ausschließlich vom Forscher virtuell über den Zugang der OTH Regensburg über die Videokommunikationssoftware ZOOM, mit der seitens der Hochschule ein Auftragsverarbeitungsvertrag (AVV) abgeschlossen wurde, um Datenschutz und Sicherheit zu gewährleisten. Diese Erhebungsform wurde aufgrund der pandemischen Situation und den damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen, sowie der notwendigen Einhaltung von Sicherheits- und Hygienemaßnahmen, gewählt. Auch wenn innerhalb der qualitativen Forschung eine Interviewdurchführung in Präsenz weiterhin als Goldstandard gilt, so waren virtuelle Interviews während der Pandemie notwendig (Nicklich et al., 2023). Das Setting des Videointerviews

schien zudem sehr passend zum Forschungsgegenstand und erlaubte den Teilnehmenden, sich in einem bekannten Setting zu einem bekannten Thema zu äußern. Weiter konnten dadurch beidseitig erhebliche zeitliche und finanzielle Ressourcen eingespart werden, was die Durchführung für alle Beteiligten attraktiver machen sollte. Die interviewten Personen erhielten nach einem Telefongespräch im Vorfeld, den Informed Consent und die Einwilligungserklärung per E-Mail und hatten mindestens 24 Stunden Bedenkzeit für eine mögliche Zusage. Im Gespräch vor dem Interview wurde erneut über Datenschutzaspekte informiert, weitere Anwesende abgefragt und die Teilnehmenden erhielten die Möglichkeit für Rückfragen. Im Anschluss wurde das Gespräch mittels integrierter Aufnahmefunktion der Software ZOOM aufgezeichnet. Dabei war im Studiendesign ursprünglich geplant, mindestens 12 Interviews zu führen, wobei jeweils zwei Interviews aus der jeweiligen Profession geführt werden sollten und vier Interviews mit Patient*innen aus den jeweiligen Bereichen. Nach dem qualitativen Forschungsparadigma der Datensättigung gebot es sich aufgrund der Felderfahrungen, weitere Interviews zu erheben, da nach Abschluss der ersten zwölf Interviews weiterhin neue Aussagen und Erfahrungen offensichtlich wurden.

Die Interviewdurchführung orientierte sich dabei an den Empfehlungen zur Durchführung von Expert*inneninterviews (Bogner et al., 2014, S. 49). Nach einem auflockernden Gesprächseinstieg mit Vorstellung des Forschers wurde den Teilnehmenden gedankt und noch vorhandene Fragen geklärt. Daran anschließend erfolgte eine kurze Vorstellung des institutionellen Kontextes der Forschung und des Forschers sowie eine Einführung zur Interviewmethode. Zudem wurde der zeitliche Rahmen des Interviews besprochen (Bogner et al., 2014, S. 59-60). Dieses Vorgehen wurde leicht adaptiert, auch für die Interviews mit Patient*innen genutzt. Als Ziel des Gesprächs wurde an alle Teilnehmenden kommuniziert, möglichst alle Gedanken narrativ zu äußern. Zudem wurde betont, dass es zu keinerlei Unterbrechungen durch den Forscher kommt, bis die Befragten selbstständig zu einem Gesprächsende kommen und erst dann wurden immanente und exmanente Rückfragen vom Forscher gestellt. Nach diesen Erklärungen wurde die Videoaufnahme des Gesprächs so schnell wie möglich gestartet, um möglichst keine Passagen undokumentiert zu lassen. Um etwaige Unsicherheiten bezüglich der Aufnahme zu vermeiden, sprach zuerst der Forscher in das Aufnahmegerät und formulierte die Einstiegsfrage möglichst frei in Alltagssprache. Die Fragen begannen, in Anlehnung an das von Flick vorgeschlagene Vorgehen zum episodischen Interview, mit einer semantischen Frage zum Begriffsverständnis und führten anschließend zu episodischen Erfahrungen in einem Telesetting (Flick, 2011, S. 274). Dabei wurde die Struktur der Interviewleitfäden insgesamt eingehalten, ohne in einer Leitfadenbürokratie zu enden. Hierzu wurde flexibel zwischen thematischen Blöcken im

Gesprächsverlauf gewechselt, je nachdem welche Aspekte von den Teilnehmenden beschrieben wurden. Dies erschien zudem wichtig, um die Interaktion und Gesprächsführung möglichst natürlich zu gestalten. Nach auftretenden Redundanzen wurde eine Datensättigung bei zwanzig Interviews erreicht und die Erhebungsphase im Januar 2022 beendet. Es wurden keinerlei Folgeinterviews durchgeführt.

5.6 Qualitative Datenanalyse

Für die Datenauswertung gilt es als wichtig, dass das Rohdatenmaterial sorgfältig erhoben und systematisch, nach transparenten, nachvollziehbaren Schritten, aufbereitet wurde. Die Form der Datenaufbereitung und Dokumentation hat dabei Einfluss auf die gesamte Qualität der wissenschaftlichen Erkenntnisse (Döring & Bortz, 2016, S. 91).

5.6.1 Transkription

Zu Beginn wurden alle Interviews (n=20) mit der Software F4 transkribiert. In Anlehnung an Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) wurden Transkriptionsregeln (*Anhang J*) nach den Empfehlungen von TiQ (*Talk in Qualitative Research*) beachtet, die einerseits den benötigten Detaillierungsgrad zur weiteren Analyse beachteten und andererseits eine forschungsökonomische Erstellung der Transkripte ermöglichten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 167). Zudem wurde während der Transkription eine Glättung von Aussagen vorgenommen, indem laute und leise Passagen, ebenso wie emotionale Färbungen, nicht transkribiert wurden. Weiter wurden alle personenbezogenen Angaben pseudonymisiert und eine entsprechende Zuordnungsliste erstellt, auf welche lediglich der Forscher Zugriff hatte. Alle Transkripte wurden vom Forscher selbst transkribiert, um bereits im Vorfeld eine intensive Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial zu ermöglichen. Weiter wurde keines der Transkripte von Teilnehmenden gegengelesen. Insgesamt wurden 827 Audiominuten gesprochener Sprache transkribiert, woraus sich 238 Seiten DIN A4 in der Schriftgröße Arial 12 ergaben (*Anhang K*).

5.6.2 Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse

Im Anschluss wurden die Daten in der Software MAXQDA (Version 20) mithilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 100) ausgewertet (*Abbildung 3*). Die Methode hat sich in zahlreichen Forschungsprojekten bewährt und wird insbesondere für das episodische Interview vorgeschlagen. Laut Kuckartz soll die Inhaltsanalyse dabei auf das komplette Material angewendet werden, was in der Analyse umfänglich berücksichtigt wurde (Kuckartz, 2018, S. 64).

Dabei gilt die Auswertung der Semantik von Texten und das Sinnverstehen als ungemein anspruchsvoll. Von entscheidender Bedeutung wird dabei das Vorwissen zu einem Thema angesehen, um verschiedene Sinnebenen eines Textes überhaupt interpretieren und verstehen zu können (Kuckartz, 2018, S. 63). Durch die parallele Tätigkeit des Forschers in der teletherapeutischen Versorgung war eine große Nähe zum Forschungsgegenstand vorab vorhanden.



Abbildung 3: Ablaufschema inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse

Unter Einhaltung des Ablaufschemas zur inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurde zu Beginn eine initiierende Textarbeit (1) durchgeführt. Nachdem der Forscher alle Interviews selbst durchgeführt, transkribiert und mehrmalig Korrektur gelesen hatte, war eine Grundvertrautheit mit den Daten gegeben. Zusätzlich wurden farbliche Markierungen und Memos in MAXQDA zu wichtigen Textstellen hinterlegt. Daran anschließend wurden anhand des Interviewleitfadens thematische Hauptkategorien entwickelt (2) und ein erstes deduktives Kategoriensystem erstellt, welches zunächst auf sechs Interviews angewendet wurde. Als Kodiereinheit wurde ein bestimmter Sinnzusammenhang festgelegt, was eine Reihe von Wörtern, ein oder mehrere Sätze, oder ein ganzer Absatz sein konnte. Nach abschließender Codierung der sechs Interviews wurde das Kategoriensystem überarbeitet und auf alle Interviews (n=20) angewendet (3), wobei neue Aspekte in den Interviews zu einer Überarbeitung und Erweiterung der Hauptkategorien führten. Im weiteren Schritt (4) erfolgte eine Zusammenstellung aller mit der gleichen Hauptkategorie codierten Textstellen in Subkategorien, um diese weiter ausdifferenzieren zu können. Die zusammengefassten Subkategorien wurden innerhalb einer

Hauptkategorie induktiv ausformuliert oder wechselten die Hauptkategorie (5). Nach weiterer Anpassung des Kategoriensystems im Zuge der induktiven Ausdifferenzierung wurde das komplette Interviewmaterial mit dem überarbeiteten Kategoriensystem ein zweites Mal komplett codiert (6) und vier Interviews zusätzlich einer Interrater-Überprüfung unterzogen wurden (*siehe Kapitel 5.6.4*). Zum Ende fand eine vergleichende Analyse der Aussagen von Expert*innen und Patient*innen (7) statt und es wurden entsprechende Tabellen zur Visualisierung der Ergebnisse erstellt (*Tabelle 17*). Im Verlauf der Datenauswertung sind so eine Reihe von Zusammenfassungen, Strukturierungen von Codes, Ankerbeispielen und Kategoriensystemen entstanden (*Anhang L*).

5.6.3 Kategorienbildung

Die Bildung eines Kategoriensystems muss als analytische Leistung ausführlich in einem Forschungsbericht dargestellt werden (Kuckartz, 2018, S. 95). Dabei hat die Kategorienbildung eine zentrale Stellung in der Inhaltsanalyse, wobei die Vorgehensweise stark von der Forschungsfrage und der Zielsetzung der Arbeit abhängig ist. Am Beginn standen dabei wenige Kategorien, die nicht aus den Daten, sondern aus der Forschungsfrage, der Bezugstheorie und den Hypothesen deduktiv abgeleitet wurden. Diese fungierten im weiteren Verlauf als Suchraster für eine entsprechende grobe Gliederung der Inhalte (Kuckartz, 2018, S. 63). Weiter wurde das Kategoriensystem in einem zweistufigen Verfahren zuerst deduktiv und im Anschluss induktiv entwickelt, was einer Mischform der Kategorienbildung entspricht. Dies gilt als übliche Vorgehensweise und beide Arten der Kategorienbildung können und sollen miteinander kombiniert werden (Kuckartz, 2018, S. 64). Für eine erste Auswertung wurden die zugrundeliegenden deduktiven Kategorien anhand des Interviewleitfadens gebildet. Kuckartz spricht in diesem Zusammenhang auch von der A-Priori Kategorienbildung (Kuckartz, 2018, S. 64). Nach einer Erprobung des Kategoriensystems mit sechs Interviews (30 % des Gesamtmaterials) ergaben sich 23 Haupt- und Subkategorien mit insgesamt 353 Codezuweisungen (*Anhang L*). Kuckartz empfiehlt dabei das vorläufige Kategoriensystem anhand von 10 – 50 % des Gesamtmaterials zu entwickeln.

Nach einer ersten grundlegenden Überarbeitung des Kategoriensystems wurde in einem zweiten Schritt das komplette Datenmaterial dem überarbeiteten Kategoriensystem zugeordnet und weiter ausdifferenziert. Zudem wurden im Verlauf erste induktive Kategorien im Sinne einer in-vivo Kategorienbildung anhand prägnanter Textstellen gebildet. Bei der in-vivo Kategorienbildung hat die Paraphrasierung des Datenmaterials einen besonderen Stellenwert (Mayring, 2015, S. 74). So wurden nicht inhaltstragende Textteile gestrichen und auf ein einheitliches

Abstraktionsniveau geachtet, wobei die Nähe am Originaltext entscheidend war, ebenso die Vermeidung von Interpretationen. Zudem wurde darauf geachtet, dass Dichotomien der induktiven Kategorien erhalten blieben (Mayring, 2015, S. 86) und nur Kategorien mit großer inhaltlicher Nähe wurden in einer allgemeineren Kategorie zusammengefasst (Kuckartz, 2018, S. 86). Weiter wurden für die Zuweisung von Textstellen zu Beginn Kategoriendefinitionen erstellt und entsprechende Ankerbeispiele mit Zitaten hinterlegt. In einem letzten Schritt wurde das komplette Datenmaterial mehrmals mit dem iterativ angepassten Kategoriensystem analysiert, bis schließlich eine Sättigung erreicht war und die bestehenden Kategorien fixiert werden konnten. Um die Vollständigkeit und Trennschärfe der Kategorien im Blick zu behalten, um am Ende Kohärenz und Plausibilität des gesamten Kategoriensystems zu garantieren, wurden die Kategoriendefinitionen dem sich verändernden Kategoriensystem angepasst (Kuckartz, 2018, S. 71-72). Eine finale Zusammenfassung mit Ankerzitaten und Paraphrasen findet sich im *Anhang M*, eine Darstellung aller codierten Segmente in allen Interviews in *Anhang L*. Zudem gibt das ausdifferenzierte Kategoriensystem bereits eine Struktur für die Ergebnispräsentation vor, was bei der Bildung von Hauptkategorien beachtet wurde (Kuckartz, 2018, S. 97). Im vorliegenden Fall fand eine Orientierung an den Domänen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) statt, um eine interdisziplinäre Fachsprache als Präsentationsart auszuwählen. Der entscheidende Schritt in der weiteren Analyse der Kategorien bildet das Vergleichen und Kontrastieren von Gruppen und Merkmalen. Durch die Darstellung von Unterschieden, Differenziertheit, Komplexität und Erklärungskraft gewinnt dabei eine kategorienbasierte Auswertung (Kuckartz, 2018, S. 98), wobei Überinterpretationen stets zu vermeiden und zu reflektieren sind (Döring & Bortz, 2016, S. 559).

5.6.4 Interrater – Überprüfung

Um eine kollaborative Auswertung zur Herstellung einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen (Flick et al., 2022, S. 319) wurden ausgewählte und pseudonymisierte Passagen des Datenmaterials im Rahmen von Interpretationsgruppen des Bayerischen Wissenschaftsforum Kolleg Gesundheit (BayWiss) in einem frühen Stadium des Kategoriensystems diskutiert. Hier nahm der Forscher an zwei interdisziplinären Interpretationsgruppen teil, in denen sich multiprofessionelle Sichtweisen auf das Datenmaterial ergaben. Zudem erfolgte in MAXQDA eine softwaregestützte Interrater Reliabilitätsprüfung (VERBI, 2025) nachdem erstmalig alle 20 Interviews codiert waren. Kuckartz beschreibt eine Interrater Überprüfung auch als ein „*konsensuelles Codieren*“ bei der unterschiedliche Coder*innen das Hauptkategoriensystem überprüfen (Kuckartz, 2018, S. 105). Hierzu konnte in einer Anfrage an das BayWiss Kolleg

Gesundheit zwei Personen für die Interrater*innen Tätigkeit gefunden werden, die zu ähnlichen Themengebieten qualitativ forschten. Es wurden insgesamt vier Interviews vom Forscher für eine Überprüfung des Kategoriensystems ausgewählt, die nach subjektiver Einschätzung eine hohe Informationsdichte zeigten und als besonders relevant galten. Es wurden sowohl Expert*innen- (8, 14 und 20) als auch Patient*inneninterviews (18) für das Fremdkodieren ausgewählt und jede Interrater*in erhielt zwei unterschiedliche Interviews zum fremdkodieren. Die erste Person war eine Fachkraft aus dem Bereich Pflege, hatte fünf Jahre Berufserfahrung als Pflegefachkraft und promovierte zum Zeitpunkt der Interrater Überprüfung ebenfalls im Fachgebiet Humanwissenschaften. Die zweite Person war ebenfalls eine Fachkraft aus dem Bereich Pflege, hatte zehn Jahre Berufserfahrung als Pflegefachkraft und zehn Jahre als Pflegepädagog*in und promovierte in der beruflichen Bildung.

Beide Interrater*innen erhielten vom Forscher aufbereitete Interviews, in denen die Textsegmente alleine eine Hauptkategorie zugeordnet waren, welche bei Bedarf gewechselt werden konnte. Weiter wurden die Markierungen von Subkategorien der zweiten, dritten und vierten Ebene vom Forscher entfernt. In der Bearbeitung durch die Interrater*innen mussten die vorab definierten Textstellen der Hauptkategorien, den entsprechenden Sub-Kategorien anhand der Kategoriendefinitionen zugeordnet werden. Nach Rädiker und Kuckartz ist dieses Vorgehen zu empfehlen, um ein zufallskorrigiertes Kappa im Anschluss berechnen zu können (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 299-300).

5.6.5 Kappa Berechnung

Im Zuge der Kappa Berechnung nach Brennan und Prediger¹⁹ und unter Anlehnung an das Verfahren von Rädiker und Kuckartz (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 248; Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 299-303), wurde die Berechnung direkt in MAXQDA Version 20 durchgeführt.

Zuerst wurde die Inter-coder-Reliabilität²⁰ für jedes kontrollcodierte Interview einzeln bestimmt, sowohl nicht zufallsbereinigt prozentual, als auch zufallsbereinigt mittels Kappa nach Brennan und Prediger (K_n). In einem zweiten Schritt wurde für jede einzelne kontrollcodierende Person zuerst die Reliabilität als arithmetischer Mittelwert aus den beiden codierten Interviews berechnet. Anschließend wurde die Gesamtreliabilität über beide Kontrollcodierer*innen

¹⁹ Diese Variante der Kappa-Berechnung ist im Gegensatz zu Cohens Kappa auf das Codieren qualitativer Daten ausgelegt, bei denen die Codiereinheiten i.d.R. nicht vorgegeben werden (Kuckartz & Rädiker 2022, S. 248).

²⁰ in MAXQDA wird der Interrater als Inter-coder bezeichnet

hinweg als arithmetischer Mittelwert aus deren individuellen Werten gebildet und eine erneute Kappa Berechnung durchgeführt (*vollständige Kappa Berechnung siehe Anhang N*).

Zum einen wurde das arithmetische Mittel der prozentualen Übereinstimmung aus allen vier Einzelwerten gebildet. Für alle vier Interviews (Interview 8, 14, 18 und 20) ergab sich dabei ein arithmetisches Mittel der prozentualen Übereinstimmung von 75,04 % und ein arithmetisches Mittel des Kappa Wertes $K_n = 0.75$. Zum anderen wurde ein zufallsbereinigter Gruppenvergleich aller vier kontrollcodierten Interviews mit der Primärkodierung des Forschers direkt in MAXQDA durchgeführt. Hierbei ergab sich eine prozentuale Übereinstimmung von 76,45 % und ein $K_n = 0.76$.

		Primärkodierung 1 + 2 (Interview 8,14,18,20)		
		1	0	
Kontrollkodierung	1	a = 370	b = 58	428
	0	c = 56	0	56
		426	58	484

TABELLE 7: KONTROLLKODIERUNG – ALLE INTERVIEWS

$$P(\text{observed}) = P_o = a / (a + b + c) = 0.76$$

$$P(\text{chance}) = P_c = 1 / \text{Anzahl der Codes} = 1 / 79 = 0.01$$

$$\mathbf{Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.76}$$

Bei ungleicher Anzahl an Codes pro Segment oder bei Auswertung eines Codes allein:

$$P(\text{chance}) = P_c = \text{Anzahl der Codes} / (\text{Anzahl der Codes} + 1)^2 = 0.01$$

$$\mathbf{Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.76}$$

Zusammengefasst lag der gesamt Kappa K_n bei der Bestimmung mit dem arithmetischen Mittel der prozentualen Übereinstimmung aus den Kappa Einzelwerten bei $K_n = 0.75$ und beim zufallsbereinigten Vergleich aller vier Interviews in MAXQDA bei $K_n = 0.76$. Beide Werte liegen damit sehr nah beieinander und entsprechen einer substanziellen (Landis & Koch, 1977) und einer guten Übereinstimmung (Altman, 1990). Im Anschluss erfolgte ein Austausch mit den Interrater*innen über Begrifflichkeiten und Textsegmente sowie eine geringfügige Überarbeitung des Kategoriensystems mit einer weiteren Konkretisierung.

5.7 Quantitative Datenerhebung

Die quantitative Erhebung beabsichtigte im Sinne des gewählten sequenziellen Mixed Methods Designs, die hypothesengenerierenden Ergebnisse aus der qualitativen Erhebung, im Rahmen einer Fragebogenuntersuchung mit größerer Stichprobe zu validieren und zu erweitern.

5.7.1 Entwicklung des Fragebogens

Die Konzeption des Fragebogens erfolgte in drei Schritten. Zunächst wurde der Fragebogenskizze, die soziodemografischen Daten von Interesse sowie die Einleitung und Verabschiedung des Fragebogens vorläufig erstellt. Daran anschließend fand eine Grobkonzeption statt, in der das SPSS (sammeln, prüfen, subsumieren, sortieren) Verfahren nach Helfferich angewendet wurden (Helfferich, 2022, S. 884). So wurden mögliche Items von Interesse gesammelt und gleichzeitig die aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse zum Forschungsgegenstand in die Fragebogenentwicklung integriert. Dabei wurden Fragebogenitems und Themenfelder anhand der Kategorien und Zusammenfassungen der Interviews gebildet und durch Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, sowie mit Items aus etablierten Assessments, ergänzt. Als Assessments von Interesse wurden das ACIS²¹ und ESI²² ausgewählt, welche beide speziell für die Beurteilung der Interaktion und Kommunikation in einem therapeutischen Setting entwickelt worden sind und dies ein spezielles Interesse in den Forschungsfragen darstellte. Das ACIS unterteilt als Fremdbeobachtungsinstrument Kommunikations- und Interaktionsfertigkeiten in drei Bereiche (Körper, Informationsaustausch und Beziehungen) mit insgesamt 20 Items (Norzel & Vorbohle, 2009). Weiter wurde das ESI integriert, das ebenfalls als Fremdbeobachtungsinstrument verwendet werden kann und 27 Items in sieben Kategorien (Initiierung und Beendigung sozialer Interaktion, Herstellung sozialer Interaktion, Körperliche Unterstützung sozialer Interaktion, den Inhalt sozialer Interaktion gestalten, Aufrechterhaltung des Flusses der sozialen Interaktion, Soziale Interaktion verbal unterstützen und soziale Interaktion adaptieren) enthält (Späth, 2013). In beiden Assessments wurden die vorhandenen Items nach Tauglichkeit und Eignung für die Forschungsfragen bewertet und entsprechende Aspekte integriert. Zudem ergaben sich weitere Items für den Fragebogen aus kognitiven Weiterführungen und Reflexionen aus den bisherigen Arbeiten und Ergebnissen. Anschließend wurden alle gesammelten Fragen noch einmal auf Relevanz überprüft und anschließend in thematische Blöcke subsumiert sowie in eine sinnvolle Reihenfolge sortiert. In der darauffolgenden Feinkonzeption wurden Antwortformate und die Reihenfolge der Items innerhalb eines thematischen Blocks festgelegt. Dabei wurde darauf geachtet, entsprechende Antwortformate in den Blöcken abzuwechseln und mit entsprechenden Fragetechniken der geschlossenen, skalierten und offenen Fragen zu kombinieren, um die Aufmerksamkeit und Konzentration während der gesamten Befragung möglichst hochzuhalten. Gleichzeitig sollte aber ein ständiges Wechseln von Items und Antwortformaten vermieden werden, da dies ein permanentes Umdenken der Befragungspersonen verlangt und dies

²¹ Assessment of Communication and Interaction Skills

²² Evaluation of Social Interaction

mit zunehmender Dauer belastend sein kann. Zudem wurden Ausstrahlungseffekte, die eine negative Stimmung hervorrufen und zu entsprechenden negativen Antwortverhalten führen könnten, von Beginn an bedacht und auf eine möglichst positive, klare und konkrete Formulierung geachtet (Döring & Bortz, 2016, S. 409). Zuletzt wurde das Layout angepasst und entsprechende Ausfüllhinweise zur Fragebogenbearbeitung entwickelt. Am Ende wurde ein gemeinsamer Fragebogen (*Anhang O*) für Fachkräfte und Patient*innen konstruiert, welcher mit Filterfragen eine entsprechende Zuordnung zur jeweiligen Gruppe erlaubte. Der Fragebogen wurde in deutscher Sprache erstellt und umfasste in seiner finalen Version 13 Themenfelder mit 134 Items für Expert*innen sowie 11 Themenfelder und 98 Items für Patient*innen.

5.7.2 Einschlusskriterien Fragebogen

Für den Fragebogen wurden folgende Einschlusskriterien für alle Teilnehmenden festgelegt.

<i>Einschlusskriterien für Expert*innen und Patient*innen</i>
Volljährigkeit
Einwilligungsfähigkeit
ausreichende deutsche Lesefähigkeiten, die eine selbstständige Teilnahme am Fragebogen ermöglichen
eigene Erfahrungen zur synchronen VK in den Bereichen Pflege oder Therapie in einem Telesetting
<i>Zusätzliche Einschlusskriterien für Expert*innen</i>
Abgeschlossene Ausbildung in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Pflege

TABELLE 8: EINSCHLUSSKRITERIEN FRAGEBOGEN

5.7.3 Pretest Fragebogen

Um etwaigen Missverständnissen und Fehlern im Fragebogen vorzubeugen, wurden zwei unterschiedliche Pretests durchgeführt, welche einen direkten Einfluss auf die Datenqualität im Fragebogen haben (Weichbold, 2022, S. 444). Selbst eine gründliche Auswahl der Items und eine präzise Formulierung garantiert keineswegs eine Praxistauglichkeit von Fragebögen, sodass Pretests als unerlässlich und elementar für eine erfolgreiche Durchführung gelten (Bühner, 2011, S. 108-109; Franzen, 2022, S. 1115). Im Pretest wurde die Variation der Antworten, das Textverständnis und etwaige Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen überprüft. Zudem wurden die Dauer der Befragung, das Interesse und die Aufmerksamkeit der befragten Person sowie Effekte der Fragenanordnung und Kontexteffekte erfasst (Schnell, 2019, S. 123). Weiter konnten technische Aspekte überprüft werden, etwa die Filterführung, die Fragenanordnung und die Kontinuität des Ablaufs (Buschle & Bethmann, 2017).

Der kognitive Pretest wurde mithilfe eines literaturbasierten Bewertungsbogens (*Anhang P*), in Anlehnung an die von Döring und Bortz beschriebenen Methoden des lauten Denkens, der Nachfrage – Technik sowie der Paraphrasierungs – Technik durchgeführt (Döring & Bortz, 2016, S. 411). Als zusätzliche Technik wurde eine Sortiertechnik verwendet, bei der die Testpersonen den Auftrag hatten, die Themenfelder und Items nach eigenen Kriterien zu sortieren (Helfferich, 2022, S. 884). In einer interviewähnlichen Situation wurde im März und April 2023 der kognitive Pretest persönlich mit zwei fachfremden Personen im Alter von 22 und 69 Jahren durchgeführt. Die Personen wurden gebeten, anhand des standardisierten Bewertungsbogens und der vorgestellten Techniken subjektive Anmerkungen zu geben. Weiter wird empfohlen die Stichprobe im Pretest auch an der Zielgruppe zu orientieren (Buschle & Bethmann, 2017), sodass ein zweiter repräsentativer Pretest durchgeführt wurde. Dieser sollte in erster Linie eine zielgruppengerechte Formulierung sicherstellen und weitere Hindernisse offenlegen. Der repräsentative Pretest wurde mit zwei Therapeut*innen aus den Bereichen Ergotherapie und Physiotherapie im Alter von 32 und 38 Jahren ebenfalls in einer interviewähnlichen Situation persönlich durchgeführt. In allen vier Gesprächen wurden ethische Aspekte, sensible Themen und mögliche Belastungen, die sich aus der Befragung ergeben können, abgefragt und die Bearbeitungsdauer ermittelt. Die im Pretest ermittelte Erhebungszeit bei allen vier durchgeführten Pretests lag im Durchschnitt bei 26 Minuten und damit im Erwartungsrahmen der angedachten 20 bis maximal 30 Minuten. Die Erkenntnisse aus dem Pretest, sowie die ergänzenden Rückmeldungen der Promotionsbetreuenden aus den Besprechungen, lieferten wichtige Hinweise bezüglich Funktionalität des Fragebogens und waren die Grundlage für abschließende Überarbeitungen.

5.7.4 Stichprobenziehung der quantitativen Datenerhebung

Im Vorfeld der Erhebung wurde ein Dokument zur Rekrutierung von Teilnehmenden entwickelt (*Anhang Q*), welches eine kurze Vorstellung des Forschungsprojektes unter Nennung der Einschlusskriterien beinhaltete und für die verschiedenen Rekrutierungswege (*Abbildung 4*) verwendet wurde. Unter Beachtung der quantitativen Gütekriterien galt es dabei als wichtig, die Stichprobenziehung möglichst repräsentativ zu gestalten, um eine möglichst hohe wissenschaftliche Qualität und externe Validität der Erkenntnisse zu erreichen (Döring & Bortz, 2016, S. 96). Eine Fallzahlschätzung fand im Vorfeld nicht statt. Stattdessen sollte eine umfangreiche Rekrutierung in fünf verschiedenen Wegen zu einer größtmöglichen Stichprobe führen, wobei diese mithilfe eines Schneeball-Sampling umgesetzt wurde.

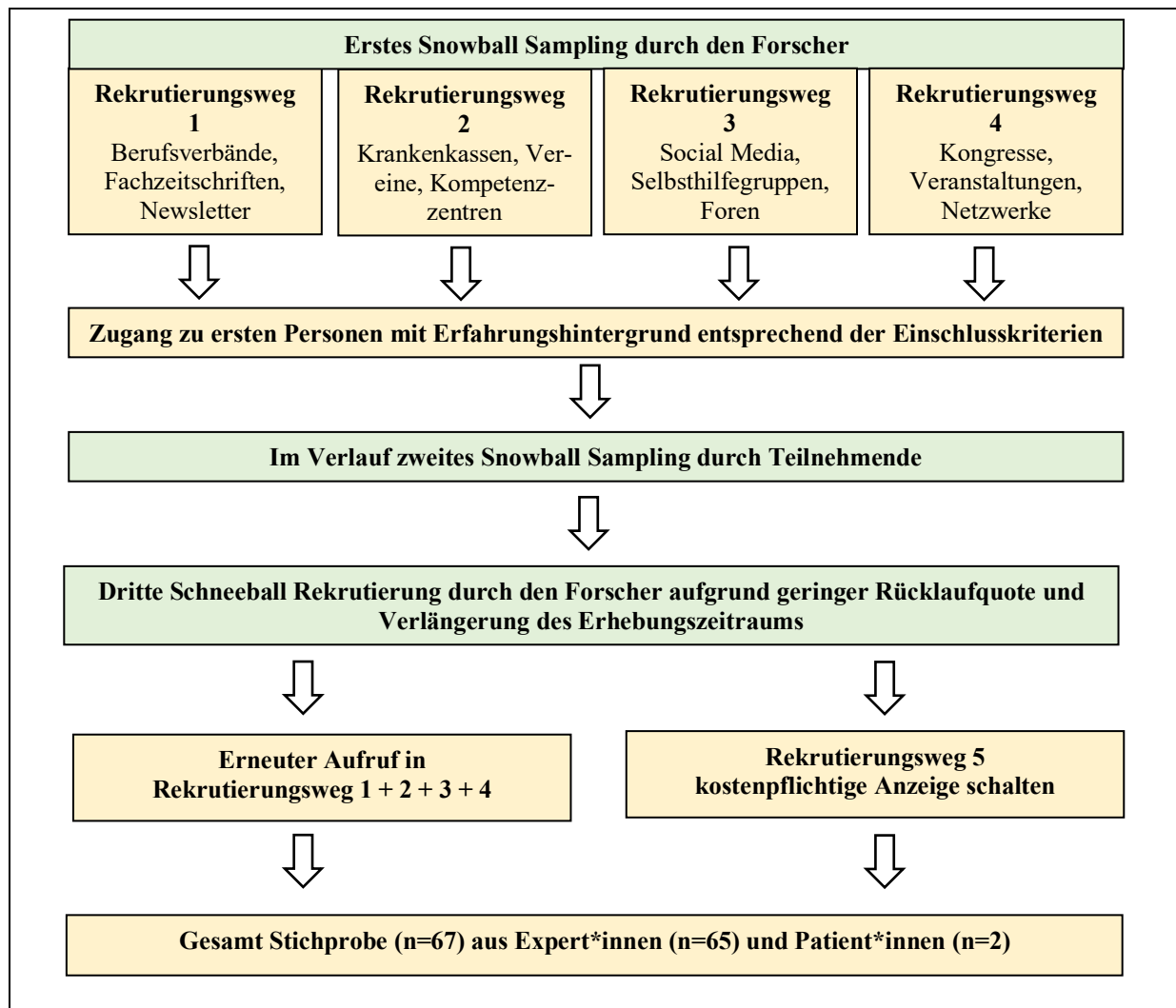


ABBILDUNG 4: REKRUTIERUNG STICHPROBE FRAGEBOGEN (N=67)

Überdies wurde zu Beginn und am Ende des Fragebogens ein Hinweis auf eine eigenständige Verbreitung des Fragebogens an Personen mit entsprechendem Erfahrungshintergrund gegeben. Im Rekrutierungsweg eins erfolgte ein Aufruf zur Teilnahme mithilfe des Rekrutierungsdokumentes (*Anlage Q*) über die Berufsverbände der involvierten Disziplinen. Per E-Mail und Telefon wurde Kontakt zu den Berufsverbänden und deren untergeordneten Arbeitsgruppen, welche sich mit Teletherapie, Telepflege und technischen Medien beschäftigten, aufgenommen. Ebenso konnte der Aufruf in Fachzeitschriften sowie Newslettern platziert werden. Weiter wurden im Rekrutierungsweg zwei wichtige Akteure im Forschungsfeld über den Teilnahmeaufruf informiert, etwa die wissenschaftlichen Vereine der DGEW und DGPW, aber auch private und gesetzliche Krankenkassen (AOK, TK, DAK, BARMER, BKK BMW, COMPASS – Pflegeberatung). Trotz entsprechender Hinweise auf der Homepage der Krankenkassen sowie gesetzlicher Vorgaben, die sich aus § 125a SGB XI zur Möglichkeit eine VK innerhalb der Pflegeberatung ergaben, teilten alle angeschriebenen Krankenkassen mit, dass noch keine

Erfahrungen zum Forschungsgegenstand vorlagen. Zudem wurden die vier Pflegepraxiszentren (PPZ) in Nürnberg, Freiburg, Hannover und Berlin sowie das Pflegeinnovationszentrum (PIZ) in Oldenburg sowie die Bayerische Telemedizin Allianz um Unterstützung bei der Rekrutierung gebeten. Weiter wurden im Bereich Pflege 26 von 50 Pflegestützpunkte in Bayern per E-Mail angeschrieben. Nur zwei Pflegestützpunkte gaben eine schriftliche Rückmeldung und gaben an, dass noch keine digitale Pflegeberatung stattgefunden habe. Ergänzend wurden die beiden in Deutschland existierenden Pflegekammern in Nordrhein-Westfalen und in Rheinland-Pfalz angeschrieben sowie die Vereinigung der Pflegenden in Bayern. Der Rekrutierungsweg drei wollte über Social-Media-Kanäle, Selbsthilfegruppen und Internetforen potenzielle Teilnehmende erreichen. In regelmäßigen Abständen wurde in entsprechenden Gruppen der Plattformen Facebook und LinkedIn die involvierten Berufsgruppen und Vereinigungen angeschrieben und ein Post gesetzt. Im Bereich Pflege konnten über die Gruppensuche der Plattform Facebook acht Gruppen mit Bezug zur Pflege identifiziert werden mit insgesamt über 126.000 Mitgliedern (Stand 5. Mai 2023). In den Therapieberufen konnten insgesamt 26 Gruppen identifiziert werden mit insgesamt über 74.000 Mitgliedern (Stand 5. Mai 2023), wobei in beiden Fällen von gleichzeitigen Mitgliedschaften in mehreren Gruppen auszugehen ist. Weiter konnten durch Social-Media auch Telepflege, Teletherapie und Patient*innen Netzwerke aus den Ländern Österreich und Schweiz erreicht werden. Ergänzend wurde über das Portal von pflegenden Angehörigen (www.wir-pflegen.net) ein Teilnahmeaufruf gestartet und die entsprechenden Bundesvertretungen der Selbsthilfegruppen und Patient*innenvereinigungen angeschrieben. Einige angeschriebene Personen und Institutionen gaben zudem die Rückmeldung, den Aufruf zur Studienteilnahme an regionale Selbsthilfegruppen vermittelt zu haben.

Überdies erfolgte im Rekrutierungsweg vier ein Aufruf zur Teilnahme auf Fachkongressen, wissenschaftlichen Veranstaltungen und persönlichen Netzwerken. Ein Vortrag zum Forschungsvorhaben inklusive Fragebogen Aufruf wurde zu Beginn der Erhebungsphase am 6. Mai 2023 auf dem Ergotherapie-Kongress in Würzburg präsentiert (*siehe Teilnahmeliste Anhang R*). Weiter wurde der Aufruf in dem Praxisnetzwerk Gesundheitsberufe der THD im Mai und Juni 2023 sowie während der Jubiläumsfeier des *Regensburg Center for Health Sciences and Technology* (RCHST) im Juli 2023 präsentiert. Zudem wurde in allen Pflege- und Therapiestudiengängen an den beteiligten Hochschulen und Universitäten zu einer Teilnahme und Verteilung aufgerufen. Ebenso wurden alle Netzwerke im Umfeld des Forschers zur Erhebung informiert, sodass an weiteren Hochschulen (Medizinische Hochschule Hannover, Hochschule

Mainz, ZAHW²³ in Winterthur /Schweiz, Fachhochschulen Wien) der Aufruf platziert werden konnte.

Die zwischenzeitliche Rücklaufstatistik zeigte, dass sehr wenige Patient*innen und Pflegefachkräfte an den Erhebungen teilnahmen, sodass der Erhebungszeitraum verlängert wurde. Daraufhin wurden alle Rekrutierungswege erneut informiert und zusätzlich die Pflege Berufsverbände aus Österreich (OEGKV²⁴) und der Schweiz (SBK²⁵) kontaktiert. Zudem wurden die Social-Media Posts erneut platziert und ein kostenpflichtiger Werbebanner im deutschen Bibliomed – Newsletter im Fachbereich Pflege gesetzt, welcher vom BayWiss Kolleg Gesundheit finanziert wurde (Rekrutierungsweg 5). Der Bibliomed – Verlag vertreibt in Deutschland die auflagenstärkste Pflege-Fachzeitschrift „Die Schwester, Der Pfleger“. Der dazugehörige Newsletter hatte laut Verlag zum Erhebungszeitpunkt ca. 18.000 Abonnenten.

5.7.5 Durchführung der Befragung

Die Fragebogenerhebung wurde online mithilfe der browserbasierten Fragebogensoftware „SoSciSurvey“ (www.soscisurvey.de) durchgeführt. Der Erhebungszeitraum war zu Beginn auf zwei Monate vom 1. Mai 2023 bis zum 30. Juni 2023 angelegt, wurde aber aufgrund der geringen Rücklaufquote um einen Monat bis zum 31. Juli 2023 verlängert. SoSciSurvey ist eine deutsche Software mit deutschen Servern, wurde ursprünglich von der Ludwig-Maximilian-Universität (LMU) in München entwickelt und garantiert eine DSGVO und BDSG konforme Erhebung und Verarbeitung der Daten (SoSciSurvey, 2025).

Mithilfe eines Internetlinks und eines QR-Codes konnten die Teilnehmenden Zugang zum Fragebogen erhalten. Die Aufklärung und die Einwilligung (*Anhang E, Anhang F*) sowie die definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden mittels Filterfragen zu Beginn des Online-Fragebogens abgefragt. Dabei konnten die Teilnehmenden zeitlich selbstbestimmt die Aufklärung und Einwilligung erfassen, wobei Kontaktdaten zum Forscher für Rückfragen angezeigt wurden. Der Fragebogen musste anschließend in einer Sitzung ausgefüllt und konnte nicht zwischengespeichert werden. Dabei war ein Abbruch des Fragebogens zu jedem Zeitpunkt möglich, ohne dass Gründe angegeben werden mussten oder negative Konsequenzen eintraten.

Ausschließlich nach einer positiven Einwilligungserklärung zur Teilnahme wurden die Ausfüllhinweise zu den verschiedenen Fragetypen und Antwortskalen präsentiert (*Anhang O*). Im Anschluss startete der Fragebogen mit den soziodemografischen Angaben und den entsprechenden thematischen Blöcken. Entsprechende Fragenblöcke, die nur für Fachkräfte des

²³ Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

²⁴ Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

²⁵ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Gesundheitswesens oder Patient*innen vorgesehen waren, wurden mittels Filterfragen geleitet. Weiter konnten Doppelerhebungen nicht komplett ausgeschlossen werden, da eine Weitergabe des Aufrufs zum einen ausdrücklich erwünscht war und zum anderen sowohl das Aufzeichnen einer Internetadresse, oder das Verteilen von Zugangscodes keinen absoluten Schutz vor Doppelerhebungen bietet (SoSciSurvey, 2025).

5.8 Quantitative Datenauswertung

Die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung der quantitativen Rohdaten erfolgte mithilfe des Statistikprogramms SPSS (Version 29.0.1). Dabei wurde in Anlehnung an Döring und Bortz ein Höchstmaß an statistischer Validität durch die Anwendung geeigneter Analysemethoden sichergestellt (Döring & Bortz, 2016, S. 96-97).

Alle Fragebögen, mit einem Minimum von 70 % an Beantwortung, wurden in die Auswertung mitaufgenommen, was bei n=67 Fragebögen von insgesamt 153 gestarteten Fragebögen der Fall war.

5.8.1 Deskriptive Auswertung

Die vorhandenen soziodemografischen Angaben im Fragebogen bestanden überwiegend aus nominalskalierten Daten. Hierbei wurden je nach Sinnhaftigkeit deskriptiv die absolute und relative Häufigkeit, das arithmetische Mittel, der Median, der Modus und die Spannweite der verschiedenen abgefragten Themenfelder und Items angegeben (*siehe Kapitel 6.3.1*).

5.8.2 Inferenzstatistische Auswertung

Zudem wurden mögliche Korrelationen inferenzstatistisch berechnet. Generell gilt es dabei aber als schwierig, bei nicht parametrischen Verfahren herauszufinden, welche Gruppen sich unterscheiden. Die nicht parametrischen Methoden beruhen auf der Annahme, dass die Daten keiner Wahrscheinlichkeitsverteilung entnommen wurden (Döring & Bortz, 2016, S. 300-301). Als eine Lösung werden hierfür innerhalb der linearen Regression die Post-Hoc-Tests in der Varianzanalyse angesehen (Backhaus et al., 2023, S. 180-182; Döring & Bortz, 2016, S. 706). Hierzu wurde in SPSS 29.0 in einem nicht parametrischen Verfahren die einfaktorielle Varianzanalyse (*ANOVA – Analysis of Variance*) durchgeführt, um eventuelle signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der involvierten Berufsgruppen zu ermitteln. Die ANOVA Varianzanalyse misst, ob ein signifikanter Unterschied der abhängigen Variable zwischen den Mittelwerten der Gruppen bei einer unabhängigen Variable auftritt (Backhaus et al., 2023, S. 180). Im Anschluss daran wurde über einen Post-Hoc-Test jede Berufsgruppe mit jeder verglichen.

6 Ergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Mixed Methods Erhebung in Anlehnung an die berücksichtigten Reporting Guidelines dargestellt (*siehe dazu auch Kapitel 5.3*). Dabei sollten Standards in der Berichterstattung unbedingt beachtet werden (Döring & Bortz, 2016, S. 83). Für die Ergebnisdarstellung der vorliegenden qualitativen Teilstudie wurden die Reporting Guidelines SRQR (*Anhang S*) und COREQ (*Anhang T*) Checklisten ausgefüllt. In der Präsentation der quantitativen Ergebnisse wurde die CROSS Reporting Guideline (*Anhang U*) ausgefüllt. Übergreifend wurden dabei auch die Empfehlungen der MMARS (*Anhang V*) Checkliste berücksichtigt. Eine internationale Veröffentlichung der qualitativen Ergebnisse hat darüber hinaus bereits im Peer-Review Journal Digital Health (*Anhang W*) stattgefunden (Lichtenauer et al., 2024a).

Die Ergebnisdarstellung als Handlungsleitfaden stellt dabei eine Synthese der berufsübergreifenden Aussagen und Erfahrungen dar. Idealerweise sollten laut Döring und Bortz Handlungsempfehlungen aus Untersuchungen abgeleitet werden, welche in möglichen weiterführenden Studien berücksichtigt werden können (Döring & Bortz, 2016, S. 91).

6.1 Stichprobe Interviews

Die Auswertung der soziodemografischen Angaben und der erhobenen Informationen zu den Interviews erfolgte mit Microsoft Excel. Alle Interviews (n=20) wurden im Zeitraum vom 26.7.2021 bis zum 3.1.2022 erhoben, was einem Erhebungszeitraum von n=162 Tagen entspricht. Kein Interview wurde unerwartet abgebrochen oder frühzeitig beendet.

Es konnten Interviews mit Patient*innen (n=7) und Expert*innen (n=13) aus den involvierten Disziplinen durchgeführt werden, wobei keine Patient*in im Bereich Pflege rekrutiert werden konnte. Die interviewten Personen stammten aus den deutschen Bundesländern Bayern, Niedersachsen, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen, und Baden-Württemberg, womit Personen aus acht von sechzehn deutschen Bundesländern in die Erhebung involviert waren. Zudem konnten Personen aus Österreich und der deutschsprachigen Schweiz interviewt werden.

Das Durchschnittsalter in der gesamten Stichprobe (n=20) betrug 42,5 Jahre mit einer Spannweite (SW) von 23 – 64 Jahren. Die meisten Personen wurden über das Schneeball – Sampling rekrutiert (n=10). Durch die Unterstützung von Fachverbänden und Fachzeitschriften konnten weitere Personen (n=7) rekrutiert werden (Ergotherapie n=2, Physiotherapie n=2, Logopädie

n=1, Pflege n=2). Weitere drei Personen wurden durch Social-Media Gruppen auf Facebook (n=2) und das persönliche Netzwerk des Forschers (n=1) rekrutiert.

Abbildung 5 zeigt die zugrundeliegende Berufsgruppe der Expert*innen (n=13). Nach Geschlecht aufgeteilt hatten die **Expertinnen** (n=8) ein Durchschnittsalter von 46,38 Jahren (SW 31 – 64 Jahre) und stammten aus dem Bereich Physiotherapie (n=2), Ergotherapie (n=2), Logopädie (n=3) und Pflege (n=1). Zwei Expertinnen kamen aus Nordrhein-Westfalen, jeweils eine Expertin kam aus Bayern, Hamburg, Berlin, Sachsen sowie aus der Schweiz und Österreich. Die Länge der Interviews betrug im Durchschnitt 44,25 Minuten (SW 31 – 57 Minuten). Dabei betrug die durchschnittliche Berufserfahrung der Expertinnen 22 Jahre (SW 7 – 42 Jahre) und die durchschnittliche Erfahrung mit einem Telesetting 1,45 Jahre (SW 1 Monat – 2 Jahre). Die **Experten** (n=5) hatten ein Durchschnittsalter von 41,2 Jahren mit einer SW von 36 – 48 Jahren und kamen aus dem Bereich Ergotherapie (n=2) sowie jeweils eine Person aus den Bereichen Pflege, Logopädie und Physiotherapie. Drei der Experten kamen aus Bayern und je ein Experte aus Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug 43,6 Minuten (SW 39 – 49 Minuten). Dabei betrug die durchschnittliche Berufserfahrung 17,8 Jahre (SW 10 – 24 Jahre) und die durchschnittliche Erfahrung mit einem Telesetting 1,7 Jahre (SW 1 – 3 Jahre). Siehe hierzu *Tabelle 9*.

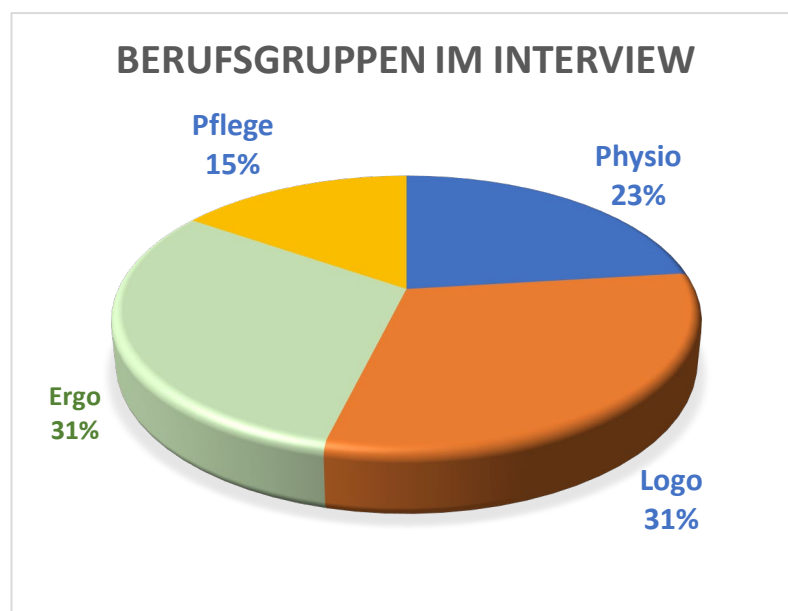


ABBILDUNG 5: BERUFSGRUPPE EXPERT*INNEN

<i>Person</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Herkunft</i>	<i>Beruf</i>	<i>Alter (in Jahren)</i>	<i>Berufserfahrung gesamt (in Jahren)</i>	<i>Berufserfahrung Tele- setting (in Jahren)</i>	<i>Interviewdauer (in Minuten)</i>	<i>Rekrutierungsweg</i>
IP1	m	Bayern	Ergotherapie	38	15	0,5	43	Netzwerk Forscher
IP2	m	Bayern	Ergotherapie	48	24	1,5	39	Schneeball
IP4	w	NRW ²⁶	Physiotherapie	64	42	0,1	36	Aufruf
IP5	w	NRW	Physiotherapie	37	15	1,5	31	Aufruf
IP6	m	NRW	Pflege	39	19	1,5	48	Aufruf
IP7	w	Bayern	Ergotherapie	39	13	1,5	35	Schneeball
IP8	w	Schweiz	Ergotherapie	55	30	1,5	53	Aufruf
IP9	m	Bayern	Logopädie	45	21	1,5	39	Schneeball
IP10	w	Hamburg	Logopädie	31	7	1,5	55	Aufruf
IP11	w	Berlin	Logopädie	52	24	1,5	40	Facebook
IP14	w	Sachsen	Logopädie	47	25	1,5	57	Facebook
IP15	m	BW ²⁷	Physiotherapie	36	10	3	49	Schneeball
IP20	w	Österreich	Pflege	46	20	2	47	Aufruf
<i>Gruppe</i>	<i>Stichprobe (n / in Prozent)</i>		<i>Alter</i>	<i>Berufserfahrung</i>		<i>Erfahrung Telesetting</i>		<i>Interviewlänge</i>
Expertinnen	n=8 / (61,54 %)		46,38 Jahre (MW) ²⁸	22 Jahre (MW)		1,45 Jahre (MW)		44,25 Minuten (MW)
			31 – 64 Jahre (SW) ²⁹	7 – 42 Jahre (SW)		1 – 24 Monate (SW)		31 – 37 Minuten (SW)
Experten	n=5 / (38,46 %)		41,2 Jahre (MW)	17, 8 Jahre (MW)		1,7 Jahre (MW)		43,6 Minuten (MW)
			36 – 38 Jahre (SW)	10 – 24 Jahre (SW)		12 – 36 Monate (SW)		39 – 49 Minuten (SW)
Gesamt	n=13 / (100 %)		44,38 Jahre (MW)	20, 38 Jahre (MW)		1,37 Jahre (MW)		44 Minuten (MW)

TABELLE 9: DESKRIPTION EXPERT*INNEN

²⁶ Nordrhein-Westfalen

²⁷ Baden-Württemberg

²⁸ Mittelwert

²⁹ Spannweite

Bei den Patient*innen (n=7) betrug das Durchschnittsalter insgesamt 39 Jahre mit einer SW von 23 – 62 Jahren. Die **Patientinnen** (n=3) hatten ein Durchschnittsalter von 35,67 Jahren (SW 33 – 37 Jahre) und Erfahrung mit einem Telesetting im Zusammenhang mit Ergotherapie (n=2) und Logopädie (n=1). Dabei kamen die Patientinnen aus Niedersachsen, Bayern und Hamburg. Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug bei den Patientinnen 34,33 Minuten (SW 28 – 42 Minuten) und die Anzahl von erhaltenen Teleeeinheiten betrug im Durchschnitt 26,67 Einheiten (SW 20–30). Die **Patienten** (n=4) hatten ein Durchschnittsalter von 41,5 Jahren mit einer SW von 23 – 62 Jahren. Diese hatten Erfahrungen mit einem Telesetting im Rahmen von Physiotherapie (n=2) und Ergotherapie (n=2). Zwei Patienten kamen aus der Schweiz und jeweils ein Patient kam aus Bayern und Sachsen-Anhalt. Die durchschnittliche Länge der Interviews betrug bei den Patienten 38 Minuten (SW 29–56 Minuten) und die Anzahl der erhaltenen Teleeeinheiten lag im Durchschnitt bei 8,75 Einheiten (SW 3 – 16).

Aus dem Bereich Pflege konnte trotz intensivierter Rekrutierungsbemühungen keine Patient*inneninterviews durchgeführt werden.

<i>Person</i>	<i>Ge- schlecht</i>	<i>Herkunft</i>	<i>Fach- gebiet</i>	<i>Alter</i> ³⁰	<i>Erfahrung Telesetting</i> ³¹	<i>Interviewlänge</i> ³²	<i>Rekrutierung</i>
IP3	w	Nieder- sachsen	Ergo	33	30	42	Facebook
IP12	m	Schweiz	Ergo	54	10	37	Schneeball
IP13	w	Bayern	Ergo	37	20–40	28	Schneeball
IP16	m	Schweiz	Ergo	62	8–10	56	Schneeball
IP17	w	Hamburg	Logo	37	30–40	33	Schneeball
IP18	m	Bayern	Physio	23	6–12	30	Schneeball
IP19	m	Sachsen- Anhalt	Physio	27	3	29	Schneeball
<i>Gruppe</i>		<i>Stichprobe (n / in Prozent)</i>		<i>Erfahrung Telesetting</i>		<i>Alter</i>	<i>Interviewlänge</i>
Patientinnen		n=3 / 42,86 %		26,67 Einheiten (MW)		35,67 Jahre (MW)	34,33 Minuten (MW)
				20 – 30 Einheiten (SW)		33 – 37 Jahre (SW)	28 – 42 Minuten (SW)
Patienten		n=4 / 57,14 %		8,75 Einheiten (MW)		41,5 Jahre (MW)	38 Minuten (MW)
				3 – 16 Einheiten (SW)		23 – 62 Jahre (SW)	29 – 56 Minuten (SW)
Gesamt		n=7 / 100 %		14,33 Einheiten (MW)		39 Jahre (MW)	36,43 Minuten (MW)

TABELLE 10: DESKRIPTION PATIENT*INNEN

³⁰ in Jahren

³¹ in Behandlungseinheiten

³² in Minuten

6.2 Kategoriensystem

Unter den Vorgaben der inhaltlichen strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (*siehe Kapitel 5.6.2*) ergaben sich in der Auswertung sechs Hauptkategorien und zwanzig Subkategorien (*Tabelle 12*). Von 827 Audiominuten Rohmaterial wurden 1204 Codes bestimmt.

Kategorie (n=6)	Subkategorie (n=20)
Person	Erste Erfahrungen
	Digitale Kompetenzen
	Motivation
	Patient*innen
	Expert*innen
Kommunikation	Nonverbale Kommunikation
	Paraverbale Kommunikation
	Verbale Kommunikation
Interaktion	Beziehung
	Leiblichkeit
	Angehörige
Prozess	Strukturierung
	Inhalte
	Qualitätsaspekte
Institution	Interne Abläufe
	Alternatives Angebot
	Wirtschaftlichkeit
Umwelt	Räumliche Aspekte
	Technische Aspekte
	Rahmenbedingungen

TABELLE 11: KATEGORIESYSTEM INHALTSANALYSE

Im Folgenden wird dargestellt wie die Zuweisung der Ankerzitate in den Quellenverweisen geschah. Zudem wurden die Zitate im Zuge der Lesbarkeit für die Ergebnispräsentation sprachlich geglättet.

Beispiele:

Exp-IP5, 24 = Expert*innen-Interview; Interviewpartner*in Nr. 5, Absatz 24 im Transkript

Pat-IP3, 56/58 = Patient*innen-Interview; Interviewpartner*in Nr. 3, Absatz 56 *und* 58 im Transkript

6.2.1 Person

In dieser Kategorie wurden **erste Erfahrungen zur VK (VK), digitale Kompetenzen, Motivationsaspekte** sowie spezifische **Aspekte von Patient*innen und Expert*innen** zusammengefasst.

Erste Erfahrungen:

Erste Erfahrungen mit dem Telesetting wurden mit dem **Verständnis zum Begriff VK** verknüpft und beinhalteten **positive** und **negative Erlebensbeschreibungen**.

Begriffsverständnis VK: Die VK wurde oft mit Videotherapie und Videoberatung gleichgesetzt (Exp-IP5, 16; Exp-IP10, 14; Pat-IP12, 98; Pat-IP19, 72; Pat-IP16, 11) und vor allem mit der Covid-19 Pandemie verbunden (Exp-IP5, 14; Exp-IP9, 14/72; Exp-IP8, 16; Pat-IP13, 123). Neben einem überwiegenden Verständnis als synchroner Austausch in einer Live-Situation (Exp-IP2, 18; Pat-IP12, 20; Exp-IP9, 12; Exp-IP14, 9) wurde von einem Probanden die VK als asynchroner Austausch verstanden (Exp-IP2, 18). Teilweise wurde der Begriff Videotherapie abgelehnt und stattdessen der Begriff Onlinetherapie verwendet, da dies mehr Interaktionsverständnis erlaubte (Exp-IP11,13).

„wir mussten uns ja entscheiden in der Praxis wie wir das nennen, weil wir sehr viel Videotherapien machen und wir haben uns gegen Videotherapie entschieden, weil Video für mich zu sehr impliziert, dass ein Video gezeigt wird und der Patient etwas nachmacht [...] bei uns heißt es jetzt immer Onlinetherapie“ (Exp-Transkription IP11, 13)

Positive Erfahrungen: Die VK wurde oft als beiderseitiger Gewinn beschrieben (Exp-IP9, 72; Exp-IP15, 52; Exp-IP5, 16; Exp-IP10, 14; Pat-IP12, 98; Pat-IP13, 99; Pat-IP19, 72; Pat-IP16, 11/103) und gut angenommen (Exp-IP10, 14/48-50; Exp-IP15, 10; Exp-IP11, 69, Pat-IP 16, 9/11). Dabei galt VK als eine einfache, praktische Möglichkeit des in Kontakttretens (Exp-IP8, 10; Pat-IP12, 20; Exp-IP10, 14/24) und wurde schnell als nützlich begriffen (Exp-IP5, 16; Pat-IP 16, 11; Pat-IP12, 26). Es wurde viel Freude deutlich, dass durch VK die Begleitung während der Lockdowns in der Pandemie weitergehen konnte (Exp-IP9, 14/72; Exp-IP8, 16; Pat-IP13, 123). Zudem ergaben sich neue Lernerfahrungen (Exp-IP7, 74; Exp-IP20, 10/62; Exp-IP14, 23/99; Exp-IP4, 20) und Gestaltungsmöglichkeiten (Exp-IP10, 14; Exp-IP15, 10). Im ersten Eindruck zeigten sich wenig Unterschiede zum Präsenzsetting (Exp-IP11, 17/27) und guter Kontakt entstand (Pat-IP19, 72), intensiver als am Telefon (Pat-IP 16, 11). Selbst bei älteren

Personen, die als nicht technikaffin beschrieben wurde, konnte das Medium gut eingesetzt werden (Exp-IP11, 27/69), ebenso wie bei Kindern (Pat-IP3, 16).

*„ein totaler Gewinn, komplett, also mehr gibt es dazu auch gar nicht zu sagen, ich bin selbst fasziniert und erstaunt und dass es so gut funktioniert“
(Exp-Transkription IP11, 69)*

Negative Erfahrungen: Beidseits wurde in den ersten Einheiten viel Aufregung und Nervosität beschrieben (Exp-IP5, 16; Exp-IP14, 23; Pat-IP3,14; Pat-IP19, 16). Der Technikeinsatz wurde von Patient*innen vereinzelt als verstörend wahrgenommen (Exp-IP1, 12/14), was zum Abbruch des Telesettings führte (Exp-IP1, 14). Gerade zum Einstieg wurden technische Hürden und Unruhe beschrieben (Exp-IP5, 16; Exp-IP9, 16; Exp-IP4, 24), teilweise sei es recht chaotisch und planlos abgelaufen (Exp-IP15, 16). Dabei wurde die Vorbereitung und Anleitung als deutlich anstrengender beschrieben (Exp-IP4, 24) und Ängste traten auf, dass nicht alle Methoden in einem Telesetting eingesetzt werden konnten (Exp-IP7, 22).

„(lacht) das war glaube ich recht chaotisch, ja man fängt so, man hat ja keinen genauen Plan wie das jetzt ablaufen wird“ (Exp-Transkription IP15, 16)

„unglaublich anstrengend, die Vorbereitung ist eine völlig andere, dann den Patienten dahin zu kriegen, dass er auch das macht, was ich möchte, dann eben auch Technik wieder, klappt die Technik“ (Exp-Transkription IP4, 24)

Zusammenfassung – Erste Erfahrungen:

Das Begriffsverständnis zur VK war nicht einheitlich und es wurde mit Videotherapie, Videoberatung sowie Onlinetherapie verbunden. Dabei wurde die VK sowohl als synchroner, als auch asynchroner Austausch beschrieben. Positive Erfahrungen ergaben sich aus der hohen Zufriedenheit und Akzeptanz zur VK. Diese wurde oft als Gewinn für beide Seiten und als einfache, praktische Möglichkeit zum Austausch dargestellt, mit vielen neuen Lern- und Gestaltungsmöglichkeiten. Der Ersteindruck war oft wenig unterschiedlich zur Präsenz und guter Kontakt war auch bei jüngeren und älteren Personen möglich. Als negativ wurde zu Beginn eine beidseits große Nervosität, ein chaotischer Ablauf sowie technische Hürden thematisiert. Weiter wurden die Vorbereitung und der Methodeneinsatz als anstrengender erlebt.

Digitale Kompetenzen:

Digitale Kompetenzen wurden als wichtige **Ressource** oder **Barriere** beschrieben.

Ressource: Die Durchführung von VK und Telesettings wurde erleichtert, wenn Vorerfahrungen vorhanden waren (Pat-IP3, 14; Pat-IP16, 9; Pat-IP12, 26; Pat-IP17, 17/29; Exp-IP9, 84–86; Exp-IP6, 40; Pat-IP18, 70), beispielsweise durch Home-Office oder Home-Schooling (Pat-IP12, 68–70; Pat-IP13, 51–53; Exp-IP9, 84–86). Bei Vorerfahrungen und technischer Versiertheit gab es wenig Barrieren es nicht zu probieren (Exp-IP10, 16; Exp-IP1, 22; Pat-IP17, 17; Pat-IP18, 70; Exp-IP1, 48; Exp-IP9, 84–86), wobei technisches Know-how und Interesse als notwendig galten (Exp-IP14, 29; Exp-IP2, 64; Pat-IP16, 51). Dabei wurde das Alter einer Person als wichtiger Faktor für digitale Kompetenzen betont (Exp-IP1, 20/48; Exp-IP6, 18; Exp-IP14, 29; Exp-IP15, 30; Exp-IP20, 90) und jüngere Patient*innen hatten oftmals weniger technische Probleme (Exp-IP6, 18) als Ältere (Exp-IP20, 90).

*„wenn jemand schon Erfahrung hat mit Computer dann immer her damit sozusagen“
(Exp-Transkription IP1, 48)*

„ich bin eher so ein Technik, technikaffiner Typ, ja ich habe auch vorher schon Messenger 2 unabhängig von Lockdown, nein da habe ich also Berührungsängste oder so etwas, habe ich da jetzt nicht gehabt“ (Exp-Transkription IP9, 84)

Barriere: Fehlende digitale Kompetenzen und eine geringe technische Versiertheit galten als Barriere (Pat-IP13, 45; Pat-IP12, 72; Pat-IP19, 54) und waren ein Hauptproblem für die erfolgreiche Umsetzung (Exp-IP2, 20; Exp-IP6, 38; Exp-IP1, 26). Viele Patient*innen hatten die benötigte Hardware, aber nicht die nötige Erfahrung im Umgang (Exp-IP15, 24; Exp-IP2, 66; Exp-IP14, 29). Konnten Patient*innen es dauerhaft technisch nicht selbstständig umsetzen, sollte kein Telesetting durchgeführt werden (Exp-IP5, 46; Exp-IP15, 44). Expert*innen hatten ebenso Schwierigkeiten bei der Technikeinführung und große Unterschiede im Bereich technischer Fähigkeiten, selbst bei jungen Kolleg*innen, wurden beschrieben (Exp-IP10, 24/26).

„das technische sozusagen einfach das zu meistern, sei es bei der Einrichtung und sei es aber dann einfach auch bei der Durchführung das [...], dass sie da auch, ja sich darauf einlassen können und ja und das natürlich auch, dass die Technik auch wirklich so mitspielt [...], wenn man technische Probleme hat dann funktioniert es einfach nicht“ (Exp-Transkription IP1, 26)

Zusammenfassung - Digitale Kompetenzen:

Digitale Kompetenzen wurden als wichtige Ressourcen dargestellt. Bei Vorerfahrungen und technischer Versiertheit konnte die VK gut und schnell umgesetzt werden. Fehlende digitale Fertigkeiten, trotz vorhandener Hardware, galten als Barriere für die Umsetzung und wurden altersunabhängig bei Patient*innen und Expert*innen beschrieben.

Motivation:

Aspekte der Motivation wurden als mögliche **Ressource** und **Barriere** beschrieben.

Ressource: Bei motivierten Patient*innen und vorhandenem Leidensdruck wurde stets ein Weg für ein Telesetting gefunden (Exp-IP10, 18; Exp-IP6, 40; Exp-IP9, 22; Exp-IP1, 48; Pat-IP18, 46/48). Ebenso war die Bereitschaft von Angehörigen und Einrichtungen für ein Telesetting oft groß (Exp-IP1, 24, Exp-IP6, 40) und es wurde explizit danach gefragt (Pat-IP3, 24–28; Exp-IP15, 10/24). Eltern waren motiviert, da die Terminwahrnehmungen einfacher waren, es keinen Fahrtweg gab und das Umfeld oft technisch unterstützte (Exp-IP7, 80; Exp-IP4, 34). Kinder waren motiviert durch die Technik und den Gewinn an Freizeit durch die Zeitersparnis (Exp-IP7, 80; Exp-IP10, 14; Exp-IP14, 67). Weiter habe die Alternativlosigkeit während der COVID-19 Pandemie (Exp-IP2, 66) sowie die Angst vor physischen Treffen motiviert (Exp-IP20, 86). Zudem wurde das häusliche Setting als motivierend beschrieben (Exp-IP11,69; Exp-IP4, 34; Pat-IP18, 10) und konnte Krankheitsbild und Gefühlslage entgegenkommen (Pat-IP16, 9). Expert*innen motivierten durch Hinweise auf das Telesetting (Pat-IP13, 41) und bewarben einen Termin ohne Maskenpflicht (Pat-IP17, 81). Das Telesetting wurde zudem als innovatives Werkzeug und persönliche Chance zur Weiterentwicklung angesehen (Exp-IP4, 20; Exp-IP10, 14/24) und Führungskräfte motivierten durch eine Vorbildfunktion weitere Kolleg*innen (Exp-IP10, 14/24). Weiter motivierten Positivbeispiele, das Telesetting auch bei anderen Diagnosen auszuprobieren (Exp-IP10, 34). Zudem wurde die Motivation beschrieben, eine intensivere Begleitung anbieten zu können (Exp-IP10, 18).

*„und auch recht bequem und ich sag’ mal Wohnzimmeratmosphäre, weil man ja das recht einfach von zu Hause machen kann und man einfach seinen eigenen Laptop aufmacht nirgendwo hingehen muss und in seiner gewohnten Umgebung sag’ ich mal ist“
(Pat-Transkription IP18, 10)*

„und dann bin ich gleich @sozusagen@ in das Abenteuer reingesprungen auch als Vorreiter für meine Kollegen und Kolleginnen das ich gesagt habe, ich probiere das aus, bei welchem Klientel klappt es [...] und hab da auch wirklich im Erwachsenenbereich ganz viele tolle Erfahrungen“ (Exp-Transkription IP10, 14)

Barriere: Eine fehlende Motivation sich mit der Technik und den notwendigen Abläufen zu befassen war hinderlich (Exp-IP2, 64; Pat-IP3, 72), ebenso wie Skepsis und Ablehnung zum Telesetting (Exp-IP4, 20, Exp-IP5, 62; Exp-IP10, 20). Zudem wurden Telesettings abgelehnt, wenn eigene Vorstellungen zur Interaktion als nicht machbar erschienen (Exp-IP1, 50; Exp-IP4, 16).

„ich kenne jetzt auch Therapeut 1 die haben eigentlich keine Lust darauf gehabt die haben gesagt, wenn ich schon nicht wirklich behandeln darf, dann mache ich es gleich gar nicht, man muss als Therapeut schon bereit sein sich auf die Technik einzulassen“ (Exp-Transkription IP2, 64)

„also die Mitarbeiter waren alle sehr, sehr skeptisch, das machen wir nicht, wie soll das denn gehen“ (Exp-Transkription IP4, 20)

Zusammenfassung – Motivationsaspekte:

War Motivation zur Zusammenarbeit vorhanden, konnte ein Telesetting erfolgreich durchgeführt werden. Offenheit, Neugier und die Bereitschaft vom Umfeld und Institutionen waren förderlich. Das Erkennen individueller Vorteile im Alltag durch Zeit- und Wegersparnisse, die Möglichkeit neuer Lernerfahrungen, das häusliche Setting, Führungskräfte und positive Erfahrungen, die Möglichkeit einer intensiven Begleitung sowie viele Anfragen während der Pandemie konnten motivationsfördernd sein, ebenso die Alternativlosigkeit zur Behandlung während der Pandemie. Fehlte die Motivation sich mit der Technik zu befassen, oder erlebte man diese Interaktionsform für sich selbst als nicht passend, war dies hinderlich, ebenso wie eine erlebte Skepsis von Expert*innen, Kolleg*innen und Patient*innen.

Patient*innen:

Zu den personellen Aspekten von Patient*innen wurde die **Ernsthaftigkeit** gegenüber dem Medium, **Körperwahrnehmung**, **Body-Mind-Soul Voraussetzungen**, **Krankheitsbilder** und die **Selbstmanagementfähigkeiten** genannt.

Ernsthaftigkeit gegenüber dem Medium: Die Seriosität des Mediums und der Inhalte darzustellen, war wichtig (Exp-IP10, 22; Exp-IP2, 26), mental sollte dieses Medium als effektiv angenommen werden (Pat-IP3, 42; Pat-IP16, 23/89) und nicht als Spielerei (Pat-IP16, 23/89). Die Zusammenarbeit wurde als nicht minder passiv begriffen und musste von Unterhaltung und einfacher Videotelefonie klar abgegrenzt werden (Exp-IP2, 26). Weiter wurde die Gefahr beschrieben, dass Termine als nicht so verbindlich galten (Pat-IP3, 44).

„ja einige Patienten [...] nicht nur Kinder, auch [...] Erwachsene meine ich Patienten und Patientinnen, wenn dies vielleicht auch die Ernsthaftigkeit der Therapiesitzung erstmal begreifen mussten“ (Exp-Transkription IP10, 22)

„also das ist für mich noch ein wichtiger Punkt, sodass man das nicht als Spielerei anschaut also so ein bisschen über die Telekommunikation ein bisschen plaudern, sondern das wirklich eine Zusammenkunft ist eigentlich nur halt mit technischen Mitteln“ (Pat-Transkription IP16, 23)

Körperwahrnehmung: Patient*innen mussten körperliche Veränderungen verständlich beschreiben können im Telesetting, etwa Schmerzen, damit Expert*innen entsprechend reagieren konnten (Exp-IP15, 22; Exp-IP4, 32; Pat-IP19, 28/68; Pat-IP18, 64/76). Das Wissen zu eigenen Grenzen musste vorhanden sein, um ohne Präsenz Anleitung keinen Schaden an sich selbst anzurichten (Pat-IP18, 64/76). Zeigten Patient*innen eine gute Körperwahrnehmung, konnten körperliche Übungen gut in das Telesetting ausgelagert werden (Exp-IP4, 30; Pat-IP18, 60). Sportliche Vorerfahrungen galten als förderlich für ein gutes Körpergefühl (Pat-IP18, 60). Eine mangelhafte Körperwahrnehmung wurde als Kontraindikation angesehen, da ungenaue Rückmeldungen zu falschen Rückschlüssen führten (Pat-IP19, 68). Unsicherheiten zur Selbstwahrnehmung von Patient*innen wurden formuliert und Expert*innen zeigten sich positiv überrascht von den Einschätzungen (Exp-IP10, 34). Dabei schulte das eigene Kamerabild die Selbstwahrnehmung und Reflexion von Patient*innen (Exp-IP10, 32).

„braucht man da glaub ich schon ein gewisses Wissen was man halt tut und wo auch die eigenen Grenzen sind das man jetzt nicht ohne Anleitung [...] sich wieder kaputt macht“ (Pat-Transkription IP18, 64)

„wenn jetzt jemand gar kein Körperwahrnehmungsgefühl [...] ist es schwierig umzusetzen [...] weil die Leute ja mehr oder weniger im Regen stehen gelassen werden mit den Übungen, die wissen gar nicht, was sie machen sollen, machen es auch wahrscheinlich falsch, dokumentieren dementsprechend falsch, dementsprechend sind falsche Rückschlüsse zu ziehen und man trainiert am Ende vielleicht vollkommen an dem Problem vorbei“ (Pat-Transkription IP19, 68)

„wir haben durch die Videotherapie aber gleichzeitig auch den Vorteil, dass sie sich selbst sehr gut sehen können [...] was natürlich die Selbstwahrnehmung auch wiederum schulen kann“ (Exp-Transkription IP10, 32)

Krankheitsbilder: Das Störungsbild musste als geeignet für das Telesetting gelten (Exp-IP9, 22; Exp-IP14, 29), wobei der Schweregrad der Diagnose (Exp-IP10, 16; Exp-IP14, 29) und das Alter einer Person (Exp-IP1, 48; Exp-IP6, 18; Exp-IP14, 29; Exp-IP15, 30) Einfluss auf die Durchführbarkeit hatten und es individuell abgewogen wurde (Exp-IP1, 22). Als Hürde wurden notwendige „Hands On“ Methoden beschrieben (Exp-IP1, 48; Exp-IP5, 40; Exp-IP14, 29). Waren dies unabdingbar, stieß das Telesetting an Grenzen (Exp-IP9, 40; Exp-IP10, 52; Exp-IP14, 29/37/87; Exp-IP15, 66; Exp-IP2, 54). Vor allem im orthopädischen Bereich (Exp-IP1, 46; Exp-IP7, 80), bei schweren neurologischen Erkrankungen (Exp-IP7, 80; Exp-IP15, 66; Exp-IP20, 78; Exp-IP1, 14) und Mehrfachbehinderungen (Exp-IP15, 66) sowie bei Untersuchungen zu Schmerz, Kraft und Sensibilität (Exp-IP4, 28/30; Pat-IP18, 56) wurden Grenzen genannt. Eine Manipulation von Strukturen (Pat-IP13, 107), beispielsweise bei einer Spastik, konnte im Telesetting nicht erfolgen (Exp-IP4, 30; Pat-IP13, 107), oder erlernt werden (Pat-IP3, 16/46). Bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen, wie einer ausgeprägten Demenz, war das Telesetting schwierig (Exp-IP15, 66; Exp-IP20, 78) und es wurde teilweise wegen großer Verunsicherungen von Patient*innen abgebrochen (Exp-IP1, 14), oder Ziele waren nicht erreichbar, wie das Erlernen des Blickkontakts bei Kindern aufgrund der Kameraperspektive (Exp-IP14, 87). Gab es Verständnisprobleme, geistige Einschränkungen oder starke technische Verunsicherung bei Patient*innen, wurde dies als Kontraindikation für ein Telesetting angesehen (Exp-IP1, 48; Exp-IP10, 16; Exp-IP14, 29; Exp-IP11, 67). Teilweise waren Patient*innen durch das viele Reden überfordert (Exp-IP11, 63). Zudem machte das Telesetting bei schüchternen und unselbstständigen Kindern keinen Sinn (Pat-IP17, 21).

„wo ich es schwierig finde, glaube ich einfach in dem neurologisch orthopädischen Bereich, wo du einfach spüren musst, wo der Muskel ist, wo du einfach manuell an dem Patienten dran bist“ (Exp-Transkription IP7, 80)

*„also ganz kleine Kinder, ich sag’ mal unter 4, würde ich auch nicht in die Therapie nehmen, oder auch geistige behinderte Kinder, also man muss schon wirklich kucken, was gibt das Störungsbild her, dass ich dieses Medium überhaupt nutzen kann“
(Exp-Transkription IP14, 29)*

Body-Mind-Soul: In der VK musste man sehr aufmerksam sein, dies wurde beidseitig als anstrengender erlebt als in Präsenz (Exp-IP20, 16–18/72; Pat-IP13, 63; Pat-IP16, 83; Pat-IP19, 38), wodurch kognitive Ressourcen für eine effektive Anleitung und Umsetzung wichtig waren (Exp-IP10, 16; Exp-IP14, 29). Durch die verschiedenen Bildschirmfenster brauchte es eine erhöhte Aufmerksamkeit (Exp-IP11, 21) und für Patient*innen mit wenig Eigenstruktur war das Setting verwirrend und zu abstrakt (Exp-IP1, 22). Patient*innen mussten in der Lage sein, Übungen selbstständig durchzuführen (Exp-IP5, 52; Exp-IP14, 37) und benötigten eine adäquate Ausdauer (Exp-IP2, 54). Weiter mussten Grundfertigkeiten in der deutschen Sprache (Exp-IP14, 29) sowie ausreichende Hörfähigkeiten (Exp-IP11, 55) und Sehfähigkeiten (Exp-IP11, 67) vorhanden sein. Zudem wurde eine adäquate Frustrationstoleranz im Umgang mit Technikproblem beschrieben, welche vorwiegend bei psychiatrischen Patient*innen beachtet werden musste (Exp-IP8, 34). Gerade bei psychischen Erkrankungen wurde das Setting als gut und schnell umsetzbar beschrieben, aufgrund der in der Regel passenden Altersstruktur, Kognition und des oft vorhandenen großen Leidensdrucks (Exp-IP1, 48). Dabei galten Grundvoraussetzungen oft als sehr individuell, sodass das Setting oft einfach ausprobiert wurde (Exp-IP10, 16/34; Exp-IP20, 78).

*„ja also Konzentration muss man schon viel aufbringen, mehr, als wenn man nebeneinander oder gegenüber sitzt, und ja nachfragen, ja muss man auch öfters“
(Pat-Transkription IP13, 63)*

„das ist ja ganz schwer zu sagen, weil eben die Störungsbilder so individuell sind, da geht manchmal Probieren über Studieren tatsächlich“ (Exp-Transkription IP10, 34)

Selbstmanagementfähigkeiten: Ein deutlicher Hinweis an Patient*innen bezüglich Eigenverantwortlichkeit und Selbstmanagement im Telesetting wurde als essenziell beschrieben (Exp-IP5, 46/48; Exp-IP10, 32; IP9, 32; Pat-IP18, 22/46/48; Pat-IP19, 56/62/76), da keine Hand von Expert*innen unterstützen konnte (Pat-IP18, 22/46/48; Pat-IP19, 56/62; Exp-IP2, 54). Zugleich wurde ein Gewinn an Selbstwirksamkeit formuliert (Pat-IP18, 46/48) und der notwendige Alltagstransfer von Inhalten wurde erleichtert (Exp-IP8, 26). Patient*innen hatten damit eine neue Rolle im gesamten Prozess mit mehr Eigenverantwortung (Pat-IP19, 74; Pat-IP18, 46), wobei das tradierte Rollenbild von Patient*innen im Präsenzsetting als eher passiv beschrieben wurde und sich durch ein Telesetting veränderte (Pat-IP19, 76). Die Erwartung, dass Expert*innen allein durch physische Berührung heilen, sei aber noch groß (Pat-IP19, 62), was als Nachteil für ein Telesetting galt (Pat-IP19, 64). Patient*innen hatten zudem organisatorische Verantwortung, beispielsweise in der Rezeptdarbietung (Exp-IP15, 50), der Materialvorbereitung (Exp-IP5, 18), oder in der eigenständigen Dokumentation von Übungsausführung (Pat-IP18, 48) und Tests (Exp-IP15, 26; Pat-IP19, 70), welche per Video und E-Mail gesendet wurden (Pat-IP18, 48; Exp-IP15, 26; Pat-IP19, 70). Dies wurde als aufwendig beschrieben (Pat-IP19, 70). Waren Patient*innen nicht in der Lage selbstbestimmt zu agieren, wurde das Telesetting in Frage gestellt (Exp-IP14, 41).

„die Vorteile waren definitiv auch, dass der Patient wirklich sich noch mal bewusster gemacht hat, dass er wirklich daran arbeiten muss, für sich auch selbst und nicht nur ausschließlich sich auf die Therapie verlässt“ (Exp-Transkription IP5, 48)

*„ich finde man gewinnt eine ganze Menge Selbstwirksamkeit dadurch und wird sich eben bewusst, dass man die Probleme in jedem Fall selbst angehen muss, aber halt eben in Begleitung [...] das finde ich ist schon ein Riesenvorteil“
(Pat-Transkription IP18, 46)*

„er lässt sich auch Videos schicken von bestimmten Ausführungen um zu schauen passt das, passt das nicht [...] erfordert auch wieder ein bisschen mehr Aufwand, weil man sich selbst filmen muss, jemand fragen muss“ (Pat-Transkription IP19, 70)

Zusammenfassung - Aspekte Patient*innen:

Eine Seriosität für das Telesetting zu vermitteln galt als wichtig, und eine Abgrenzung zur privaten Videotelefonie oder Unterhaltungen erfolgte, damit das Telesetting als effektiv wahrgenommen wurde und Termintreue bestand. Weiter mussten von Patient*innen körperliche Befindlichkeiten verständlich beschrieben und eigene Grenzen erkannt werden, wobei sportliche Vorerfahrungen hierzu als vorteilhaft galten, dann waren auch körperliche Übungen im Telesetting ohne Verletzungsrisiko möglich. Eine mangelhafte Körperwahrnehmung galt als Kontraindikation, da fehlerhafte Rückschlüsse möglich waren, wobei das eigene Kamerabild im Telesetting diese Wahrnehmungsfähigkeit auch schulte. Die Fähigkeit zur Beschreibung von körperlichen Befindlichkeiten bei Patient*innen wurde von Fachkräften dabei insgesamt eher unterschätzt. Ansonsten galt für die Durchführbarkeit ein individuelles Abwiegen von Diagnose, Schweregrad, Zielen und Alter als essenziell. Notwendiges Hands On bei körperlichen Untersuchungen, oder in der Behandlung von orthopädischen und neurologischen Erkrankungen sowie Mehrfachbehinderungen, galten aufgrund der technischen Einschränkungen als Grenze für ein Telesetting. Auch überhöhte Erwartungen und Verantwortungsabgabe an Expert*innen waren ein Nachteil im Telesetting. Weiterhin waren starke Kognitionseinschränkungen, Verständnisprobleme sowie eine starke technische Verunsicherung hinderlich und konnten zum Abbruch führen. Ansonsten galten sehr schüchterne oder unselbstständige Personen sowie Kinder unter 4 Jahren als eher kontraindiziert.

Hingegen erschienen Personen mit psychischen Erkrankungen gut geeignet, da diese als recht motiviert für ein Telesetting galten, aufgrund des oft hohen Leidensdrucks. Ferner galten adäquate kognitive Ressourcen, ein Sprachverständnis und eigene Handlungsfähigkeit als förderlich, ebenso wie die Fähigkeit zur Aufmerksamkeit, da das Setting als anstrengender erlebt werden konnte. Weitere Voraussetzungen waren eine adäquate Ausdauer sowie ausreichende Hör- und Sehfähigkeiten. Ein Hinweis auf Eigenverantwortung und Selbstmanagement galt als essenziell und konnte zu einer gesteigerten Selbstwirksamkeit und erleichtertem Alltagstransfer führen. Überdies hatten Patient*innen eine erhöhte organisatorische Verantwortung für Rezepte, Material und Dokumentation.

Expert*innen:

Im Bereich von Expert*innen wurden **Werte und Einstellungen**, das **berufliche Rollenverständnis** und die **Beobachtungsfähigkeit** kategorisiert.

Werte und Einstellungen: Vor allem der Mut und die Bereitschaft, neue Situationen auszuprobieren, waren wichtig, auch ohne Vorwissen (Exp-IP14, 23/27; Exp-IP20, 62/84; Exp-IP10, 34; Exp-IP4, 72; Exp-IP11, 77). Unsicherheiten und Ängste mussten abgelegt werden, es sollte ein positives Lernen möglich sein (Exp-IP7, 31–34; Exp-IP14, 23; Exp-IP15, 10; Exp-IP20, 84). Hier wurde die Bedeutung einer positiven Fehlerkultur, in der Fehler als wertvolle Lernerfahrung gelten, betont (Exp-IP2, 36; Exp-IP20, 84; Exp-IP7, 31–34, Exp-IP15, 10). Dennoch trauten sich nicht alle Expert*innen, es auszuprobieren (Exp-IP11, 77). Eine konservative Grundhaltung gegenüber Neuem galt als Barriere für Telesettings und VK (Exp-IP20, 64), ebenso wenn die Interaktion als inakzeptabel erschien (Exp-IP1, 50).

„also geholfen, ich habe überhaupt (lacht), meine Grundeinstellung, offen für neues [...] ja einfach das Interesse an neuem und was kann man bewirken, was sind denn Pro und Contra dabei, was kann man daraus lernen“ (Exp-Transkription IP20, 62)

„also das Wichtigste ist, dass du die Angst ablegst, etwas falsch zu machen, also es gibt kein falsch, sondern nur ein Lernen“ (Exp-Transkription IP7, 32)

Rollenverständnis: Die Expert*innenrolle wurde stark in eine beratende und anleitende Richtung verändert (Exp-IP9, 28/74; Exp-IP14, 37), sodass die Arbeit in einem Telesetting teilweise als vollkommen anders erlebt wurde (Exp-IP9, 32/74). Eigene Rollenbilder dabei konsequent zu reflektieren wurde als wichtig benannt (Exp-IP2, 70; Exp-IP5, 50). Arbeitete man überwiegend im „Hands On“ so wurde das Telesetting weniger genutzt, als bei Expert*innen, die auch in Präsenz schon viel beraten und im Selbstmanagement begleiteten (Exp-IP5, 50). Weiter war es entscheidend, sich seiner Rolle als aktiv Kommunizierender bewusst zu werden, da mehr Führung notwendig war (Exp-IP6, 72; Exp-IP15, 56).

„ich denke, was auch wichtig ist, in der Videotherapie wechselt man den Therapeuten, den klassischen Therapeutenansatz aus und geht sehr häufig auch in die Begleiterrolle“ (Exp-Transkription IP14, 37)

„ich glaube das tatsächlich Therapeuten und Therapeutinnen die ausschließlich oder sehr viel passiv arbeiten und mit Hands On, das entweder gar nicht nutzen das Tool oder das es deutlich schwerer für sie ist, weil sie in der Kommunikation und in dem Management des Patienten es auch gar nicht so gewohnt sind ihn da abzuholen“ (Exp-Transkription IP5, 50)

Beobachtungsfähigkeit: Die aufgrund der Technik reduzierten Körpersignale erforderten eine gute Beobachtungsfähigkeit von allem Sichtbaren (Exp-IP2, 46; Exp-IP14, 43; Exp-IP20, 12/14; Exp-IP14, 43/55; Exp-IP15, 16) und Expert*innen mussten hier gut befähigt sein, da der Erfolg davon abhing (Exp-IP14, 59). Der Blick auf Patient*innen war ein anderer (Exp-IP11, 63), in Präsenz war die Beobachtung einfacher (Exp-IP2, 46/52). Es benötigte mehr Konzentration für die Beobachtung, beispielsweise bezüglich Handlungsverständnisses (Exp-IP6, 72), oder ob Patient*innen sich auf ein Telesetting einstellen konnten (Exp-IP14, 43; Exp-IP15, 16; Exp-IP20, 12). Zudem musste gezielter auf Pausen geachtet werden (Exp-IP11, 63).

*„also da die Körpersignale ja wegfallen, die wir in der Praxis haben oder beim Hausbesuch, durch die Berührung, durch die Nähe, braucht es schon wirklich mehr Konzentration vom Therapeuten, also man muss wirklich gut beobachten“
(Exp-Transkription IP2, 46)*

*„und dazu muss man geschult sein, um das auch zu sehen und nicht zu übersehen, denn daran hängt der Erfolg von der Therapie und daran hängt auch die Beziehung“
(Exp-Transkription IP14, 59)*

Zusammenfassung - Aspekte Expert*innen:

Eine positive Einstellung und die Bereitschaft für Neues galten bei den Fachkräften als wichtig für das Telesetting. Gleichzeitig wurden eine skeptische Grundhaltung gegenüber Neuem oder der Technik, eine mangelnde methodische Flexibilität sowie Unsicherheiten und Ängste als hinderlich dargestellt. Mögliche auftretende Fehler sollten als Chance für Lernerfahrungen wahrgenommen werden. Weiter wurden berufliche Rollenbilder reflektiert bezüglich der Unterscheidung, ob man bislang als Fachkraft eher Hands On oder eher Hands Off tätig war. Die Rolle von Expert*innen verschob sich im Telesetting diesbezüglich oft hin zu mehr Beratung und Anleitung, was ebenso eine aktiv kommunizierende Haltung voraussetzte. Ferner galt die Beobachtungsfähigkeit als bedeutsamer aufgrund der technisch reduzierten Körpersignale. Diese mussten durch eine sensibilisierte Beobachtung von allem Sichtbaren so gut es ging kompensiert werden und erforderten oft mehr Konzentration.

6.2.2 Kommunikation

Im Bereich der Kommunikation wurden Aspekte in der **nonverbalen, paraverbalen** und der **verbalen Kommunikation** kategorisiert.

Nonverbale Kommunikation:

Mimik und Gestik wurden deutlicher und vermehrt eingesetzt (Exp-IP11, 35/47; Exp-IP14, 61); gerade zum Beenden einer Einheit (Exp-IP8, 68). Teilweise wurden dabei Körpersignale auch verbalisiert (Exp-IP7, 56). Bei Expert*innen war vorwiegend die Augenbeobachtung (Exp-IP8, 44; Exp-IP11, 63) sowie der Mund und die Atmung (Exp-IP11, 53/63) von hoher Bedeutung. Patient*innen gaben an, dass es wichtig war, die Mimik und Gestik klar zu sehen, um ein Verständnis beim Gegenüber abschätzen zu können (Pat-IP19, 40) und eine identische Gestik und Mimik zur Präsenz wurde beobachtet (Pat-IP16, 73). Dabei galt es in Zeiten der Pandemie als Vorteil, dass in der VK die Mimik ohne Maske zu sehen war (Exp-IP8, 24).

*„für mich sind die Augen viel wesentlicher, also wenn ich dann dessen Augen einigermaßen klar noch erkennen kann, was sich da abspielt, dann kann ich doch über die Augeneinschätzung einigermaßen herausbekommen, wo der Patient jetzt eigentlich wirklich steht, weil die Mimik ist nach meiner Erfahrung nicht sehr aussagekräftig, ein Lachen, wenn da wenn die Augen nicht mitlachen ist kein Lachen ist fassadär“
(Exp-Transkription IP8, 44)*

„ich muss den nur klar sehen am besten mit ihm sprechen können seine Mimik und Gestik sehen, was er so macht, wie auch meine Fragen ankommen, um zu sehen, hey ok der versteht das gerade der versteht es nicht“ (Pat-Transkription IP19, 40)

Zusammenfassung - Nonverbale Kommunikation:

Der Einsatz von Mimik und Gestik wurde als deutlicher und vermehrt beschrieben, gerade zum Abschluss der Einheit. Weiter wurden nonverbale Signale verstärkt verbalisiert und die Beobachtung hierzu intensiviert. Ein Schwerpunkt wurde in der Augenbeobachtung, im Mundbild und in der Atmung gesehen, auch um Verständnis im Gegenüber abschätzen zu können.

Paraverbale Kommunikation:

In Telesettings war es wichtig, in der Artikulation betonter und langsamer zu sprechen (Exp-IP4, 48–50; Exp-IP2, 32/36; Exp-IP9, 64; Exp-IP20, 40), gerade bei technischen Verzögerungen (Exp-IP9, 64), wobei auch nicht zu langsam gesprochen werden sollte (Exp-IP20, 40; Exp-IP11, 47). Zudem wurde eher lauter gesprochen als in Präsenz, sodass die Stimmfähigkeiten belastet wurden (Exp-IP9, 14; Exp-IP7, 72) und es zu Beschwerden kam (Exp-IP7, 72). Allgemeine Empfehlungen hierzu waren genügend zu trinken, Frischluft zuzuführen sowie Halsbonbons griffbereit zu haben (Exp-IP7, 72; Exp-IP11, 63) und auf eine gute Atmung zu achten (Exp-IP2, 36; Exp-IP7, 72).

„habe ich schon bemerkt, dass man auf das Tempo quasi aufpassen muss und auch auf die Aussprache, also eher ein langsames Tempo“ (Exp-Transkription IP20, 40)

„ich weiß noch, dass es auf die Stimme gegangen ist, weil man trotzdem sehr laut spricht, [...] man ist so ein bisschen am Rufen“ (Exp-Transkription IP9, 14)

„ich habe gesagt, bevor wir Videotherapie machen, etwas trinken, gurgeln, Halslutschbonbons falls irgendetwas ist“ (Exp-Transkription IP7, 72)

Zusammenfassung - Paraverbale Kommunikation:

Das Sprechtempo sollte langsamer sein, gerade bei Technikproblemen und die Modulation sollte gezielter und betonter sein. Weiter wurde lauter gesprochen, was zu Beschwerden der Stimme führte und Maßnahmen der Stimmhygiene wurden thematisiert.

Verbale Kommunikation:

Im Bereich der verbalen Kommunikation wurden Aspekte von **Gesprächsregeln**, die Art der **Formulierung**, der **Small Talk**, das **Frageverhalten**, die **Verständnissicherung**, der Einsatz von **Gesprächstechniken**, eine **gelungene VK** und unterschiedliche **Kommunikationswege** kategorisiert.

Gesprächsregeln: Die Einhaltung von Gesprächsregeln wurde technisch bedingt als deutlich unterschiedlich zur Präsenz wahrgenommen (Exp-IP11, 13/47; Exp-IP4, 48–50), was als Nachteil galt (Exp-IP11, 63; Exp-IP9, 68). Insgesamt kam es durch die verzögerte Tonübertragung zu mehr Unterbrechungen (Exp-IP2, 24; Exp-IP11, 13), ein gleichzeitiges Sprechen

funktionierte nicht (Exp-IP9, 68), sodass beide Seiten mehr Disziplin zeigen mussten, um das Gegenüber nicht zu unterbrechen (Exp-IP4, 48–50). Überdies wurde das zeitversetzte Sprechen und die dadurch oft nötigen Wiederholungen als anstrengender dargestellt (Pat-IP17, 57). Ferner gab es weniger Sprecherwechsel (Turn-Taking), da eher monokausal und vortragsmäßig gesprochen wurde (Exp-IP9, 64). Als besonders wichtig wurde erachtet, dass Expert*innen sich zurückhaltend gaben (Exp-IP2, 24; Exp-IP4, 48–50) und abwarteten, bis das Signal ankam, gerade bei langsamen Internetverbindungen (Exp-IP14, 67). Schweigephasen auszuhalten war wichtig (Exp-IP20, 20), wobei unangenehme lange Phasen vermieden wurden (Exp-IP11, 47; Pat-IP17, 61). Ebenso musste bei vorhandenen Sprachbarrieren mehr Zeit berücksichtigt werden (Exp-IP10, 32; Exp-IP5, 46) und Probleme sollten schnell verbalisiert, sowie Eigenheiten des Mediums diskutiert, werden (Exp-IP14, 81).

*„das Größte und auch eigentlich das Einzige ist, dass man die Gesprächsregeln einhält, das ist wirklich manchmal, ja da muss man aufpassen, dass das nicht unangenehm wird, wenn der Patient mir immer ins Wort fällt, oder wenn ich ihm @ins Wort falle@“
(Exp-Transkription IP11, 47)*

„sehr anstrengend mit dem zeitversetzten sprechen, weil man dann immer denkt, der andere ist fertig und fängt an zu sprechen und merkt dann der hört einem noch nicht und dann fängt man wieder von vorn an und der andere @hört es auch wieder nicht so@“ (Pat-Transkription IP17, 57)

„was natürlich schon ein Unterschied ist und was an den leichten Verzögerungen liegen kann denke ich, ist dieses Turn – Taking, das heißt das man trotzdem in einem echten Gespräch den anderen mehr unterbricht und mehr schnell hin und her wechselt als bei einer Online-Sitzung [...] man wechselt in einer gewissen Zeiteinheit, glaube ich, seltener das Wort, oder die Sprecherrolle als in einem echten Gespräch, glaube sogar deutlich weniger“ (Exp-Transkription IP9, 64)

Formulierung: Die Gespräche wurden als weniger formal und persönlicher beschrieben (Exp-IP10, 40) und galten als offener, direkter und zielgerichteter (Pat-IP19, 26). Entscheidend war es klar und strukturiert zu formulieren (Exp-IP1, 32; Exp-IP10, 32; Exp-IP11, 55; Exp-IP15, 58; Pat-IP13, 81; Pat-IP3, 46; Pat-IP19, 70) sowie kurze Sätze und Anweisungen zu geben (Exp-IP2, 32).

„die Art der Sprache war tatsächlich auch anders, also sie war weniger formal [...] früher war es noch sehr geehrte Frau und wir sehen uns mit freundlichen Grüßen [...] und später war es nur noch, hallo noch mal ganz kurz habe ich das richtig verstanden“ (Exp-Transkription IP10, 40)

„man muss Dinge schon noch deutlicher, noch klarer machen, weil es halt trotzdem abstrakter ist online“ (Exp-Transkription IP1, 32)

Small Talk: Es wurde als wichtig erachtet, Small Talk weiterhin zum Einstieg und zur Schlussreflexion zu nutzen (Exp-IP1, 42; Exp-IP5, 34; Exp-IP6, 60; Exp-IP7, 92; Exp-IP10, 42; Exp-IP11, 57; Exp-IP14, 83) und dabei gewohnte Alltagsfloskeln beizubehalten (Exp-IP6, 60). In den ersten Minuten wurde den Befindlichkeiten Raum gegeben (Exp-IP2, 32). Dadurch wurde der Alltag von Patient*innen klarer (Exp-IP7, 92; Exp-IP14, 85) und der ganze Mensch wurde wahrgenommen und nicht nur die Diagnose (Exp-IP5, 34; Exp-IP10, 42). Der Einsatz von Small Talk diente zudem der Individualisierung von Methoden und Vorgehen (Exp-IP10, 42). Dabei brauchte es ein gutes Gespür, nicht zu viel oder zu wenig Small Talk einzubauen (Exp-IP20, 37–38) und es wurde genutzt, um die Zufriedenheit mit dem Medium zu hinterfragen (Exp-IP11, 57). Dabei wurde von insgesamt weniger Zeit für Small Talk berichtet, da gerade während Hands On Phasen in Präsenz Zeit für Gespräche bleibt, welche im Telesetting fehlten (Exp-IP15, 28–30). Zudem wurden die Gesprächsthemen als unterschiedlich zur Präsenz dargestellt und es wurde viel über die Pandemie und die Technik gesprochen (Pat-IP13, 79).

„ich finde so eine Runde Small Talk am Anfang immer so im Sinne von check in check out bei so Videokonferenzen, finde ich, ganz gut und wichtig auch, damit man nicht so im Medias Res (lat. mitten in die Dinge) geht“ (Exp-Transkription IP6, 60)

„so lernen wir auch das Gegenüber besser kennen und können auch unsere Methoden und unser therapeutisches Vorgehen viel besser anpassen an das Individuum daher sind für uns Small Talk Gespräche genauso wertvoll“ (Exp-Transkription IP10, 42)

Frageverhalten: Insgesamt wurde das Frageverhalten beidseitig als fast identisch zur Präsenz dargestellt (Exp-IP8, 74/76; Exp-IP11, 58–59; Exp-IP7, 68; Exp-IP20, 60). Tendenziell sei eher mehr gefragt worden (Exp-IP15, 42; Pat-IP18, 33–36) und es war mehr Zeit für Fragen im Telesetting vorhanden (Pat-IP18, 40). Dabei fiel es Patient*innen teilweise leichter Fragen zu

stellen (Exp-IP8, 76) und es waren viel persönlichere Fragen gegenüber denen in Präsenz (Exp-IP10, 36), während andere Expert*innen eine größere Hemmschwelle für Fragen festgestellt hatten (Exp-IP2, 48–50). Ansonsten wurden Aufforderungen zum Feedback (Exp-IP8, 68; Exp-IP1, 38) und zur Klärung offener Fragen von Expert*innen gegeben (Exp-IP15, 40; Exp-IP1, 40, Exp-IP2, 46; Exp-IP4, 56) auch für Angehörige (Exp-IP20, 26), und dies als noch wichtiger erachtet (Exp-IP1, 34). Alle Fragen zu klären, galt als Grundstein für das Selbstmanagement (Exp-IP5, 26). Hierfür mussten Gelegenheitsräume geschaffen werden (Exp-IP6, 72) und es wurde zusätzlich als wichtig angesehen, im Nachgang, telefonisch oder per Chat, erreichbar zu sein (Exp-IP10, 32; Exp-IP15, 16/22; Exp-IP20, 44/46).

*„das Anliegen äußern ist mehr, also ich hatte bei einigen Patienten [...] den Eindruck, dass es ihnen leichter fiel ihre Anliegen vorzubringen als im persönlichen Kontakt“
(Exp-Transkription IP8, 76)*

„um uns eben auch sehr persönliche Fragen über Ihre Kinder zu stellen, über die Entwicklung, was sie sich oft verkneifen, wenn sie hier neben dem Kind sitzend in der Nachbesprechung zuhören“ (Exp-Transkription IP10, 36)

„und zwar ich würde schon eher sagen das man nochmal mehr nachfragt [...] also da habe ich auch das Gefühl mehr Fragen stellen zu können, weil es tendenziell meinem Gefühl nach, auch mehr Zeit vorhanden ist“ (Pat-Transkription IP18, 40)

„na ja es muss halt Gelegenheitsräume dafür geben, also man darf nicht nur einfach so sein Programm abspielen [...] noch mal deutlicher beachten muss Rückfragen zu stellen, brauchen sie jetzt noch etwas von mir sind die Instruktionen klar angekommen, die ich gegeben habe“ (Exp-Transkription IP6, 72)

Verständnissicherung: In Telesettings wurde vermehrt nach dem Verständnis gefragt (Exp-IP1, 34; Exp-IP6, 72; Exp-IP11, 55), da Arbeitsschritte und Übungsanleitungen als abstrakter galten (Exp-IP5, 22/24/28; Exp-IP15, 58; Exp-IP2, 32), nicht gezeigt werden konnten (Exp-IP11, 41) und Handlungen teilweise nicht komplett beobachtbar waren (Pat-IP13, 81). Dabei wurde insgesamt mehr sprachlich begleitet und Kommunikation galt als das Hauptmedium im Telesetting (Exp-IP10, 32; Pat-IP13, 81; Exp-IP11, 23/55; Exp-IP5, 22/24/28; Exp-IP4, 20). Zudem wurden Inhalte gemeinsam geübt und vorgemacht von Patient*innen, um das

Verständnis zu sichern und bei Bedarf Rückmeldungen zu geben (Exp-IP9, 50 / 56; Exp-IP14, 81; Exp-IP15, 40; Exp-IP5, 24/36). Hier wurde gezielt auf Überforderungen geachtet und die Kognition berücksichtigt (Exp-IP9, 46; Exp-IP20,26). Ferner wurde betont, dass Patient*innen am Ende Zusammenfassungen formulieren sollten (Exp-IP9, 46; Exp-IP15, 40) und Feedback zum Verständnis gaben (Exp-IP14, 81; Exp-IP7, 66; Exp-IP9, 46 / 56; Exp-IP4, 56; Exp-IP5, 26; Exp-IP11, 57), um das Selbstmanagement zu ermöglichen (Exp-IP5, 26).

„ich glaub, ich frage mehr nach, ob sie mich verstanden haben [...], weil die Aufgaben ja neu und in einer anderen Art präsentiert werden“ (Exp-Transkription IP11, 55)

„noch mal zu sagen, ob er alles richtig verstanden hat, ob er noch Fragen hat [...] und dass er das halt auch dann wiederum im Selbstmanagement in irgendeiner Form weiterführen kann“ (Exp-Transkription IP5, 26)

Gesprächstechniken: Die eingesetzten Gesprächstechniken im Telesetting wurden als recht identisch zur Präsenz beschrieben (Exp-IP11, 47; Exp-IP4, 46; Exp-IP8, 72; Exp-IP9, 44/54; Exp-IP10, 34; Exp-IP14, 61/63/65). Das Medium galt als unterschiedlich, die Technik des Erklärens blieb aber nahezu gleich (Exp-IP10, 34). Dabei wurde das aktive Zuhören im Telesetting als noch wichtiger benannt (Exp-IP6, 28; Exp-IP10, 34; Exp-IP20, 20), ebenso wie Bedürfnisse anzusprechen und besonders aktiv auf diese einzugehen (Exp-IP5, 48). Ebenso wurde das handlungsbegleitende Sprechen jedes einzelnen Schrittes als bedeutsamer in der VK dargestellt (Exp-IP7, 56/58; Exp-IP11, 21), auch damit Patient*innen nicht irritiert wurden, oder es als respektlos und mangelhaftes Interesse interpretierten, wenn der Blick und die Handlung von Expert*innen abschweiften (Exp-IP7, 56; Exp-IP11, 21). Ansonsten wurde vermehrt im Feedbackgespräch im Telesetting gearbeitet (Exp-IP5, 28; Exp-IP6, 26; Exp-IP11, 35) und das Paraphrasieren als wichtiger betont (Exp-IP6, 26/28; Exp-IP10, 34). Weiterhin wurde der Einsatz der Spiegel-Technik, die Verwendung von Ich-Botschaften (Exp-IP14, 61) sowie eine emotionszentrierte Gesprächsführung und der gezielte Einsatz von Humor betont (Exp-IP14, 63). Als individuelle und symptomzentrierte Gesprächstechniken wurden weiter die Validation, Erinnerungsgespräche und die einfühlsame Kommunikation benannt (Exp-IP20, 20/28). Dabei galt ein eigener, kreativer Methodenkoffer genau wie in Präsenz als besonders wichtig, um mit verschiedenen Zielgruppen arbeiten zu können (Exp-IP20, 28/30/78; Exp-IP10, 34). Teilweise wurde die Präsenzkommunikation positiv durch die VK beeinflusst, da unter anderem das Paraphrasieren vermehrt auch in die Präsenz eingebaut wurde (Exp-IP15, 42).

„ist es sehr ähnlich, egal ob der Patient jetzt vor mir sitzt oder eben zu Hause ist, wenn ich im etwas beibringe, vor allen Dingen auch etwas Neues erkläre, dann nutze ich alles was ich habe [...] das Medium ist anders aber die Technik des Erklärens, ja das aktive zuhören, das zusammenfassen das bleibt meiner Meinung nach unberührt“

(Exp-Transkription IP10, 34)

„das gerade hier auch bei einer VK, dass man erfolgreich sein kann, wenn man halt auch aktiv zuhört, also @das aktive zuhören@ spielt ja noch mal eine ganz besondere Rolle“ (Exp-Transkription IP6, 28)

„viel verbales Feedback, Begleitung verbal jedes einzelnen Arbeitsschrittes, auch was ich mache [...] damit das nicht irritierend ist [...] also ich habe auch gesagt, ich geh jetzt schnell runter und hole vom Boden das und das rauf [...], dass das nicht als respektlos oder nicht wertschätzend rüberkommt“ (Exp-Transkription IP7, 56)

Gelungene VK: Die VK wurde oftmals als sehr identisch zur Präsenz beschrieben und die Qualität des Austausches galt als wenig formatabhängig (Pat-IP18, 42; Pat-IP12, 72/86; Pat-IP16, 23/71; Pat-IP19, 30; Pat-IP17, 74–75; Exp-IP11, 47/81; Exp-IP4, 46; Exp-IP8, 72; Exp-IP9, 44/54; Exp-IP10, 34; Exp-IP14, 61/63/65; Exp-IP7, 54). Die oft unveränderte Kommunikation wurde auch als Grund benannt, dass Patient*innen Zufriedenheit mit dem Telesetting äußerten (Exp-IP14, 63). Gelungene VK ließ dabei das Medium Video in den Hintergrund treten (Exp-IP14, 43; Pat-IP13, 57), signalisierte deutliches Interesse (Exp-IP6, 26/28) und wurde als entspanntes Gespräch beschrieben (Pat-IP16, 71). Die Bedeutung von Authentizität, Offenheit und Ehrlichkeit von Expert*innen wurde betont (Pat-IP17, 61; Pat-IP19, 30; Exp-IP7, 54; Pat-IP16, 71) und Humor und Emotionen wurden eingebaut (Exp-IP14, 63). Zudem wurde die Aufmerksamkeit nonverbal deutlicher vermittelt und aktiver zugehört als in Präsenz, da das Gesprächsgefühl als entscheidend für den Austausch galt (Exp-IP6, 28; Exp-IP20, 20). Konnten Aufgaben gut veranschaulicht, erklärt und von Patient*innen umgesetzt werden, und kam es zu einer zielorientierten Zusammenarbeit, dann wurde dies ebenfalls als gelungene VK dargestellt (Exp-IP11, 35; Exp-IP15, 38; Exp-IP8, 82). Weiter war das Empfinden von Expert*innen zur VK bedeutsam (Exp-IP8, 82; Exp-IP14, 43). Direktes Nachfragen zur VK und zum Telesetting wurden als wichtig empfunden und sicherten Zufriedenheit (Exp-IP14, 81; Exp-IP5, 26), wobei Patient*innen oftmals von sich aus Feedback gaben und Zufriedenheit mit dem Telesetting äußerten (Exp-IP5, 26; Exp-IP8, 82; Exp-IP15, 22; Exp-IP20, 24; Exp-IP11, 69). Waren viele neue

Ideen und Energie für die nächsten Einheiten vorhanden, dann wurde es als richtiges Setting wahrgenommen (Exp-IP14, 43). Expert*innen sollten weiter Fachverständnis für die Problematik präsentieren und den aktuellen Gesundheitszustand erarbeiten (Pat-IP18, 32/42/46, Pat-IP19, 30). Zudem wurde eine funktionierende Technik für eine gelingende VK betont (Exp-IP6, 28; Exp-IP8, 82).

„tatsächlich genau dasselbe wie wenn dieser Mensch live vor mir sitzt, das ich in dem Therapeutenverhältnis offen und ehrlich empfangen werde, das er weiß, was ich möchte und das er mir, ich sag mal zielgerichtet helfen kann und da sehe ich keinen großen Unterschied mehr in meinem Fall zwischen der sitzt mir gegenüber, oder ich sehe ihn halt im Video“ (Pat-Transkription IP19, 30)

„ja also eine gelungene VK ist eigentlich, wenn ich die Inhalte, die ich vermitteln möchte, auch vermitteln kann und im Idealfall genauso wie wenn derjenige mir gegenüber übersetzen würde“ (Exp-Transkription IP1, 28)

*„wenn man es mal zusammenfasst wäre es eine gelungene Videotherapie, wenn man vergisst, dass man am Video sitzt, wenn man das Gefühl hat, man ist zusammen dann ist es eigentlich gelungen und das Gefühl von beiden Seiten“
(Exp-Transkription IP14, 43)*

„wenn der Patient anschließend mir auch noch mal ein positives Feedback dazu abgeben hat“ (Exp-Transkription IP5, 26)

Kommunikationswege: Im Telesetting ermöglichen erweiterte Kommunikationswege in Kontakt zu bleiben (Exp-IP10, 32; Exp-IP20, 10). Insbesondere wurden die in der Software integrierte Chatfunktionen und E-Mails genutzt (Exp-IP5, 32; Exp-IP10, 32; Exp-IP1, 40), sowie Sprach- und Videonachrichten von Messengerdiensten (Pat-IP18, 32; Exp-IP7, 22/68) aber auch der Einsatz von sozialen Medien wurde beschrieben (Exp-IP7, 22/68). Durch diese Art der Kommunikation konnten Fragen einfacher und schneller geklärt werden (Exp-IP15, 22; Exp-IP10, 40). Zudem wurden Fragen vorab gestellt (Exp-IP5, 32) und der Austausch als regelmäßiger beschrieben (Exp-IP10, 40). Gerade kognitiv und motorisch wenig beeinträchtigte Patient*innen nutzten oft mehrere Kommunikationswege (Exp-IP1, 40).

„wenn wir Videotherapie anbieten, geschehen entweder im Nachgang, dass man dann eine E-Mail schreibt, was waren die Inhalte, was muss getan werden bis zum nächsten Termin oder [...] Patientinnen dann eben auch ihre eigenen Fragen anbringen können, vorher schon im Chat schreiben können“ (Exp-Transkription IP10, 32)

„da ist es natürlich durch diese kürzeren Wege, per E-Mail oder auch Messenger, [...] auch eine viel kürzere Kommunikation [...] der kann mir ja auch einfach schreiben, was los ist“ (Exp-Transkription IP15, 22)

„also über Messenger das man einfach sagt ok, man bleibt so in Kommunikation [...] und hab dann auch oft Sprachfunktionen benutzt, ich muss sagen, ich hab dazu ja auch noch die Sozialen Medien mit dazu genommen“ (Exp-Transkription IP7, 68)

Zusammenfassung - Verbale Kommunikation:

Die Einhaltung von Gesprächsregeln galt als verändert und schwieriger, auch aufgrund verzögerter Tonübertragungen. Gerade Expert*innen betonten die Bedeutung von Disziplin, sich zurücknehmen und den Gesprächspartner ausreden zu lassen, wobei unangenehme Schweigesituationen vermieden wurden. Ein teilweise auftretendes, gleichzeitiges sprechen strengte sehr an, gerade bei langsamen Übertragungen oder bei Sprachbarrieren. Ein monokausaler Vortragstil galt ebenso als hinderlich, Sprecherwechsel sollten stattfinden und Probleme wurden schnell verbalisiert. Die Sprache wurde als weniger formal beschrieben und es galt präzise und direkt zu formulieren, mit kurzen Sätzen und gewohnten Alltagsfloskeln. Small Talk wurde weiter genutzt, je nach Gespür und vorhandenen Zeitressourcen, um Methoden, Aufgaben und Vorgehen zu individualisieren. Dabei war es wichtig, den ganzen Menschen in seinem Alltag zu erfassen und nicht nur die Diagnose. Insgesamt wurden aber weniger Gelegenheiten für Small Talk beschrieben, da ein Telesetting oft weniger Freiphasen hatte. Das Frageverhalten wurde als sehr identisch beschrieben, wobei teilweise die Fragen persönlicher wurden als in Präsenz. Hierzu brauchte es Gelegenheitsräume, um alle offenen Fragen zu klären, auch für das Umfeld. Diese Klärung wurde als wichtig betont, primär für das Selbstmanagement und die Verständnissicherung, weil das Telesetting insgesamt als abstrakter galt. Inhalte und Übungen wurden vorgemacht und Zusammenfassungen und Feedback eingefordert sowie Möglichkeiten für Fragen im Nachgang geschaffen. Dabei wurde viel mehr verbal angeleitet und auf mögliche Überforderungen geachtet. Die eingesetzten Gesprächstechniken waren dabei sehr ähnlich zur Präsenz, wobei ein eigenes Repertoire an Methoden als wichtig galt. Aktives Zuhören und eine

aktive Bedürfnisorientierung wurden als noch wichtiger erachtet, ebenso wie das handlungsbegleitende Sprechen, um keine Irritationen bei Patient*innen durch Handlungen von Expert*innen entstehen zu lassen. Das Feedbackgespräch sowie das Paraphrasieren wurden besonders für die Verständnissicherung betont. Zudem wurde eine emotionszentrierte Gesprächsführung, die Spiegel-Technik, Ich-Botschaften und Humor eingesetzt. Je nach Patient*in wurden die Validation, Erinnerungsgespräche und ein Vorgehen nach der einfühlsamen Kommunikation beschrieben. Die Kommunikation im Telesetting beeinflusste dabei auch die Kommunikation in Präsenz positiv, indem Techniken übernommen wurden. Für eine gelungene VK wurden Authentizität und Offenheit beschrieben und wenn das Medium Video in den Hintergrund trat. Ein entspanntes Gespräch mit spürbarem Interesse, bei dem Gefühl und Humor enthalten waren, galt als gelungen. Wichtig war ebenso die nonverbale Synchronisation von Körperhaltungen, um ein Gesprächsgefühl entstehen zu lassen. Zudem wurde mit einer gelungenen VK Verständnis und Zielorientierung verknüpft sowie die Klärung offener Fragen. Der Austausch und die Qualität wurden dabei formatunabhängig dargestellt und mit der Zufriedenheit von Patient*innen verknüpft. Weiter wurde empfohlen, das Telesetting an sich zu besprechen, um Zufriedenheit abzuklären, und die subjektive Einschätzung von Expert*innen war entscheidend, ob eine VK gelungen war, ebenso das Vorhandensein von Kreativität und Ideen für die nächste Einheit. Von Patient*innenseite wurde ein spürbares Fachwissen und funktionierende Technik als wichtig für eine gelungene VK beschrieben. Die Kommunikationswege waren erweitert und der Austausch gelang schneller und regelmäßiger, gerade bei kognitiv und motorisch wenig eingeschränkten Patient*innen.

6.2.3 Interaktion

Im Bereich der Interaktion wurden Aspekte zur **Beziehung**, zur **Leiblichkeit** und zum **Umfeld** kategorisiert.

Beziehung:

In der Kategorie Beziehung wurden Aspekte bezüglich **Vertrauens**, **Blickkontakt**, **Empathie** und **Sympathie** kategorisiert.

Vertrauen: Der Vertrauensaufbau zu Beginn galt als besonderer Schwerpunkt im Telesetting (Exp-IP2, 24; Pat-IP3, 18) um Unsicherheiten, vordergründig bezüglich Datenschutzes und dem Medium, abzubauen (Pat-IP3, 18). Als Vorteil für das Vertrauensverhältnis wurde eine vorherige Bekanntschaft oder ein persönliches Treffen im Vorfeld beschrieben, dies ermöglichte ein komplett anderes Arbeiten (Exp-IP1, 18; Exp-IP6, 66; Exp-IP20, 28; Pat-IP3, 14/18; Pat-IP16, 51/53; Pat-IP18, 12/13-16; Pat-IP12, 36; Pat-IP17, 17). Die Einschätzung von Patient*innen war dadurch verbessert (Exp-IP1, 40; Exp-IP6, 66) und es erleichterte den Einstieg ins Setting, wenn Arbeitsweise und Stimme bekannt waren (Exp-IP1, 18; Pat-IP13, 27/62). Gerade Kinder wurden bei vorheriger Bekanntheit als offener und kommunikativer beschrieben (Pat-IP17, 17). Als wichtig für den Vertrauensaufbau wurde eine spürbare Fachkompetenz von Expert*innen genannt (Pat-IP19, 24). Ein gelungener Vertrauensaufbau wurde sichtbar, wenn das Gegenüber sich öffnete und in eine persönliche Erzählung kam (Exp-IP20, 42). Bei unbekannten Patient*innen gelang der Vertrauensaufbau im Telesetting oft nicht so gut (Exp-IP20, 28; Pat-IP16, 51/63; Exp-IP15, 28), es benötigte mehr Zeit eine gemeinsame Basis zu finden (Exp-IP2, 38), jedoch war es teilweise genauso möglich ein professionelles Vertrauensverhältnis aufzubauen (Exp-IP11, 17; Exp-IP1, 18; Exp-IP9, 50; Pat-IP12, 40).

„ich habe einen sehr großen Unterschied ausgemacht nämlich, wenn ich die Klienten eben schon gut kenne, wenn die auch meine Arbeitsweise, meine Stimme kennen, dann ist es viel einfacher für die, sich auch darauf einzulassen“ (Exp-Transkription IP1, 18)

„ich glaube das eine gewisse Vertrauensbasis schon da sein muss, denn es ist ja doch noch große Unsicherheit, ich begeben mich ja ins Internet, ich kann aufgenommen werden, alles, was ich sage kann ja sonst wo landen und da muss ich schon sehr viel Vertrauen haben“ (Pat-Transkription IP3, 18)

„aber ich muss jetzt sagen jetzt habe ich ja auch ganz oft Patienten, die ich noch nie gesehen habe und auch nie sehen werde, da ist es auch nicht anders, also es fällt mir nicht schwer den gleichen Kontakt und die gleiche Bindung Patient Therapeut aufzubauen wie in der Präsenztherapie, ich finde, dass das sehr gut gelingt und ich vermisse da auch nichts und ich habe auch nicht den Eindruck das die Patienten etwas vermissen“ (Exp-Transkription IP11, 17)

Blickkontakt: Ein direkter Blickkontakt wurde als bedeutungsvoll für die Beziehungsgestaltung beschrieben (Exp-IP4, 60–62; Exp-IP7, 58; Exp-IP8, 70), was technisch bedingt im Telesetting schwierig war, da man im Grunde aneinander vorbeischaute (Exp-IP4, 60–62, Exp-IP8, 68; Exp-IP14, 87; Pat-IP3, 14/20). Das Thema Blickkontakt wurde daher oft im Vorfeld mit Patient*innen kommuniziert (Exp-IP4, 60–62; Exp-IP7, 58, Exp-IP8, 68/70), da dies in der Interaktion ansonsten missverstanden werden konnte (Exp-IP8, 68; Exp-IP14, 87). Expert*innen stellten Blickkontakt teilweise bewusst her, um ein Gesprächsgefühl zu ermöglichen (Pat-IP3, 14/20/56) und gerade bei Kindern wurde dies empfohlen, auch wenn Beobachtungsmöglichkeiten dadurch eingeschränkt wurden (Exp-IP7, 58).

„man guckt sich entweder sehr direkt in die Augen und das kann auch unangenehm sein und dann guckt jemand mal weg und versteht es miss, dass also solche Interaktionen quasi auch kommuniziert werden, um sie zu klären“ (Exp-Transkription IP8, 68)

„wenn ich in die Kamera kucke dann sehe ich nicht mehr, was sie machen und dann ist es ein echter Nachteil [...], dass man das aber auch von vornherein kommuniziert, dass man sich darüber bewusst ist“ (Exp-Transkription IP4, Pos. 60)

„und was auch noch wichtig ist, immer wieder in die Kamera zu gucken und ihm auch zu sagen, dass wenn ich jetzt nicht dich direkt anschau, dann ist es, weil ich mich gerade in dem Bild ankucke oder dich“ (Exp-Transkription IP7, 58)

Empathie: Im Telesetting Empathie zu spüren und auszudrücken, galt als schwieriger und nicht vergleichbar mit der Präsenz (Exp-IP2, 52). Es wurde viel Konzentration und Wahrnehmung benötigt, um Empathie in ein Telesetting zu integrieren (Exp-IP2, 46/52; Exp-IP4, 56), und ein echtes Interesse zu signalisieren (Exp-IP6, 26/28). Ein Gefühl für das Gegenüber im Telesetting zu bekommen, galt jedoch als entscheidend, gerade bei sensiblen Sachverhalten (Exp-IP6, 66;

Pat-IP16, 53), bei geringer Motivation, Schmerzen sowie in akuten Krankheitsphasen und an schlechten Tagen, um nicht zu viel zu fordern (Pat-IP17, 73). Hierzu wurde die hohe Bedeutung von psychologischem Erfahrungswissen und einfühlsamer Grundhaltung betont (Exp-IP14, 45). Patient*innen konnten dabei sehr gut spüren, inwieweit Expert*innen wirklich präsent waren im Telesetting (Exp-IP20, 20). Als vorteilhaft wurde beschrieben, dass eine emotional pathologische Seite von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht so intensiv übertragen und die Arbeit daher als weniger anstrengend erlebt wurde (Exp-IP8, 38/80). Der Nachteil dabei war, dass man mit Emotionen nicht so gut arbeiten konnte (Exp-IP8, 38).

*„aber ich glaube das man als Therapeut da schon sehr viel Konzentration und Wahrnehmung und mitfühlen, weil gerade dieses mitfühlen, man kann das schon in der Videotherapie auch mit reinbringen [...] aber das ist kein Vergleich zum direkten Kontakt“
(Exp-Transkription IP2, 52)*

*„also eine große Besonderheit, wo ich denke, da mangelt es bei vielen, ist dieses Einfühlungsvermögen, psychologische Gesprächsführung [...] was nehme ich für Schwingungen der Patienten auf, wie deute ich die, wie integriere ich die, welche Lösungsmöglichkeiten gibt es, also ganz viel Psychologie in meinen Augen“
(Exp-Transkription IP14, 45)*

*„weil die ganze energetische Seite zwischen zwei Menschen, also in dem Fall dann auch die pathologische Seite, auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsebene, fast auf null ist [...] es hat Nachteile, weil man dann damit nicht mehr so mitarbeiten kann und der Vorteil ist aber auch das @es für mich dann@ nicht mehr so anstrengend ist“
(Exp-Transkription IP8, 38)*

Sympathie: Auch im Telesetting galt es als entscheidend, ob die Chemie zwischen den Personen stimmte und man eine gemeinsame Wellenlänge fand (Exp-IP6, 28; Pat-IP17, 61; Pat-IP19, 16/20; Pat-IP13, 23). Dabei wurde es als wichtig beschrieben, dass auch Expert*innen sich im Gespräch persönlich öffneten, um Sympathie und Bindung zu ermöglichen (Pat-IP17, 67; Exp-IP11, 25). Weiter galt Humor seitens der Expert*innen als wichtig sowie Interesse am Alltag zu zeigen (Pat-IP17, 75). Die Ausstrahlung von Expert*innen wurde dabei als wichtiger, als das umgebende Setting dargestellt (Pat-IP19, 40).

„ja am Ende ist es wie bei jedem Gespräch, das Gefühl entscheidet dann letztlich am Ende, aber ich glaube, wenn man eben die Wahrnehmung hat, derjenige diejenige die im Gespräch ist, hört mir zu, dann gelingt das auch in der Regel besser“

(Exp-Transkription IP6, 28)

„wenn ich darüber nachdenke könnte es sein, dass da natürlich immer noch so ein paar persönliche Sachen eingespielt haben, was in der anderen Videotherapie dann nicht war, also das Name 3 immer gefragt hat gut erzähl doch mal was hast du die Woche erlebt, war was Schönes war was Schlechtes ach Mensch du warst beim Musikunterricht [...] ist das glaub ich für eine gelungene Beziehung ein ganz wichtiger Bestandteil“

(Pat-Transkription IP17, 67)

Zusammenfassung - Beziehung:

Ein Vertrauensaufbau galt zu Beginn des Telesettings als besonders wichtig, auch um Unsicherheiten abzubauen. Hatten beide Seiten sich im Vorfeld schon kennengelernt, wurde dies als positiv für die Einschätzung des Gegenübers und der gesamten Zusammenarbeit dargestellt, gerade bei Kindern. Auch bei unbekannten Personen funktionierte der Vertrauensaufbau, benötigte aber mehr Zeit. Zudem galt Fachkompetenz zu vermitteln für den Vertrauensaufbau als positiv. Öffneten sich Patient*innen in der Zusammenarbeit, war der Aufbau gelungen. Der direkte Blickkontakt wurde technisch erschwert, was als Nachteil galt. Dies wurde mit Patient*innen proaktiv besprochen, damit die Interaktion nicht missverstanden wurden. Dabei wurde Blickkontakt bewusst hergestellt zur Vertiefung des Gesprächsgefühls, gerade bei Kindern, und auch zum Nachteil von Beobachtungen. Der Einsatz von Empathie litt in dem Setting und viel Fokussierung war nötig. Dabei galt ein Mitgefühl für das Gegenüber als entscheidend, gerade in spezifischen Situationen. Zudem wurden Gefühle nicht so stark übertragen, was die Arbeit entlastete, aber auch einschränkte. Für die Sympathie galt eine gemeinsame Wellenlänge als entscheidend, und Expert*innen präsentierten eine persönliche Offenheit und bauten Humor. Dabei wurde die Ausstrahlung von Expert*innen als wichtiger als das Setting dargestellt.

Leiblichkeit:

Im Bereich der Leiblichkeit wurden neben körperlichen Aspekten wie den **Körpersignalen** und der **Kontaktverlust**, auch die „**Aura**“ des Gegenübers, das **Interagieren** und fehlende **Interventionsmöglichkeiten** kategorisiert.

Körpersignale: Der eingeschränkte Blick auf Körpersignale wurde oft als Nachteil formuliert (Exp-IP10, 46; Exp-IP14, 87; Pat-IP12, 75–76 / 82–84) und Expert*innen beschrieben ein benötigtes besseres Gespür, um das Gegenüber einzuschätzen (Exp-IP2, 24). Die Wahrnehmung ob Patient*innen aufgewühlt, gestresst oder müde waren (Exp-IP2, 38; Exp-IP4, 26–28; Exp-IP10, 46), oder ob ein Verständnis zu den Inhalten gegeben war (Exp-IP1, 34; Exp-IP6, 72; Exp-IP11, 55), wurde im Telesetting als schwieriger beschrieben, gerade bei psychischen Erkrankungen (Exp-IP7, 36; Exp-IP8, 48/78). Die Gefahr war, dass Grenzen dadurch nicht erkannt wurden (Exp-IP8, 48/78; Exp-IP7, 36), oder fehlende Körpersignale eine persönliche Distanz erzeugten (Pat-IP12, 75–76/82–84; Pat-IP16, 9). Überwiegend wurde Mimik und Gestik fokussiert (Exp-IP7, 36; Exp-IP15, 36), aber auch die Beobachtung von Blickkontakt, Stimme, Zugewandtheit und Nervosität wurde thematisiert (Exp-IP14, 55). War das Gegenüber bereits bekannt, so galt die Einschätzung von Körpersignalen als besser (Exp-IP2, 52; Exp-IP9, 40/42; Pat-IP12, 82–84; Pat-IP13, 57). Weiter wurde ein Gewöhnungseffekt an wegfallende Körpersignale im Telesetting beschrieben (Exp-IP11, 35). Teilweise wurde es von Patient*innen als Vorteil angesehen, dass Expert*innen nicht alles sehen konnten (Pat-IP16, 93; Pat-IP13, 103).

„ich kann nicht beurteilen, was unterhalb des Oberkörpers stattfindet, was ich nicht sehen kann, ist meinen Augen verborgen, hier nehme ich sehr gut wahr, wenn die Kinder nervös sind, weil die Beine wippen, ich kann ihnen ansehen, wenn sie müde sind [...] das ist vielleicht ein Nachteil gegenüber der Präsenz“ (Exp-Transkription IP10, 46)

„das Körpersprache wegfällt über das Video, aber das geht, kann man sich sehr schnell daran gewöhnen finde ich“ (Exp-Transkription IP11, 35)

„jetzt etwas @ganz anderes@, man muss sich nicht unbedingt herrichten (lacht) [...] im Hintergrund vielleicht ein bisschen so herrichten, dass es nicht gerade chaotisch aussieht“ (Pat-Transkription IP16, 93)

Kontaktverlust: Einer der größten Unterschiede des Telesettings wurde in der fehlenden körperlichen Berührung und im Kontaktverlust gesehen (Pat-IP19, 34/56; Exp-IP2, 68; Exp-IP4, 80; Exp-IP1,36). Berührungen wurden teilweise gewünscht, waren aber nicht möglich (Exp-IP4, 28/80; Pat-IP19, 56). Gerade in sensiblen und emotionalen Kontexten war dies ein deutliches Hindernis (Exp-IP4, 28; Exp-IP8, 48; Exp-IP6, 66; Exp-IP7, 86). Zudem waren

Expert*innen oftmals der einzige persönliche Kontakt zu Menschen, welcher im Telesetting nun wegfiel (Exp-IP1, 36; Exp-IP20, 70; Pat-IP13, 89). Als weiterer Nachteil galt, dass der eigene Wohnbereich insgesamt weniger verlassen wurde, da der Zwang irgendwo hinzugehen fehlte (Pat-IP3, 46). Dabei wurde dieser Kontaktverlust teilweise auch nur übergangsweise akzeptiert (Pat-IP13, 111) und viele Patient*innen entschieden sich nach Testung des Telesettings und bei Wahlmöglichkeit wieder für die Präsenz (Exp-IP1, 46, Exp-IP2, 62; Exp-IP15, 36; Exp-IP10, 24; Pat-IP12, 99–100).

„man kann nicht mal irgendwie hingehen und kann mal kurz die Hand auf die Schulter legen [...] ist noch mal eine andere Form von Anwesenheit, ich glaub diese andere Form der Anwesenheit ist auch so das wesentliche“ (Exp-Transkription IP6, 66)

*„für viele Patienten da ist alleine das der Therapeut, dass man zweimal die Woche einen Menschen überhaupt sieht [...] also und das fällt halt weg“
(Exp-Transkription IP1, 36)*

„kann ja aber auch dazu führen, dass dann das eigene Haus weniger verlassen wird, das wäre ein Nachteil, nicht mehr den Zwang zu haben, irgendwo hinzugehen, ja es ist schon auch vielleicht so ein bisschen Kontaktverlust (Pat-Transkription IP3, 46)

Aura des Gegenübers: Die fehlenden wahrnehmbaren Schwingungen des Gegenübers wurden als großer Unterschied sowie als Distanz und Hürde beschrieben (Exp-IP4, 51–54; Exp-IP8, 80, Exp-IP6, 22; Pat-IP16, 9/75/83), weil dadurch der Kontakt als weniger persönlicher galt (Exp-IP5, 40; Exp-IP6, 66; Exp-IP9, 42; Pat-IP12, 106; Pat-IP16, 9/75). Alle Lebewesen hätten eine umgebende „Aura oder Charisma“, die in Präsenz besser spürbar sei (Pat-IP16, 11/79-81). Der gesamte Austausch wurde dadurch teilweise verändert erlebt (Exp-IP8, 44/80; Exp-IP5, 48), es fehlte die Tiefe (Exp-IP1, 36/46) und teilweise wurde das Telesetting so wahrgenommen, dass es auf keinen Fall den physischen Kontakt ersetzen konnte (Exp-IP20, 8/66; Exp-IP1, 52).

„wir haben ja alle unsere Aura um uns, wir haben alle unser Charisma, wie man das auch immer ausdrücken will, das geht mit Video ganz viel verloren, das ist einfach nicht da“ (Exp-Transkription IP4, 54)

„der größte Unterschied aus meiner Sicht ist das menschliche sich spüren, ist sehr weit unten“ (Exp-Transkription IP8, Pos. 80)

„das wäre jetzt der Nachteil, ich glaube man erreicht nicht diese Tiefe wie beim direkten Kontakt“ (Exp-Transkription IP1, 46)

„Nachteil ist sehr für mich, wenn es dazwischen gar keinen physischen Kontakt gibt also nur Videotelefonie, also für mich ist es eher eine gute Kombination, ersetzt aber auf gar keinen Fall den physischen Kontakt“ (Exp-Transkription IP20, 66)

Interagieren: Die Interaktionen im Telesetting wurden als eingeschränkt und andersartig wahrgenommen (Exp-IP4, 16; Exp-IP5, 48; Exp-IP15, 28; Exp-IP4, 51–54; Exp-IP2, 24; Exp-IP6, 64) und Telesettings wurden abgelehnt, wenn die eigene Vorstellung zur Interaktion, als nicht machbar erschien (Exp-IP1, 50; Exp-IP4, 16). In Präsenz wurde der Austausch als intensiver beschrieben und das Zusammenspiel war besser abgestimmt (Pat-IP13, 9; Pat-IP16, 75). Vor allem bei älteren Personen wurde der Bildschirm als Hürde wahrgenommen (Exp-IP15, 30) und auch Kinder fanden in einem Telesetting schwerer in Interaktion (Pat-IP17, 13). Zudem wurde die Interaktion konzentrierter auf Inhalte erlebt (Exp-IP15, 28; Exp-IP9, 42; Pat-IP18, 24/26) und ein freier Austausch, welcher nichts mit der Diagnose oder dem Problem zu tun hatte, fand kaum statt (Exp-IP15, 28; Exp-IP9, 42). Dabei wurde es als wichtig erachtet, eine Interaktion im Telesetting gezielt anzubahnen und Patient*innen zu aktivieren (Exp-IP2, 24; Exp-IP6, 26; Exp-IP14, 61), was aber deutlich schwieriger gelang (Exp-IP6, 20). Die Interaktionen wurden dabei so nah wie möglich an der natürlichen Situation in Präsenz angelehnt (Exp-IP14, 61). Weiter kam es zu Anpassungsprozessen und die Interaktion glich sich nach einigen Einheiten der Präsenz an (Exp-IP7, 54). Zudem wurde das Telesetting mit der steigenden Anzahl von Einheiten teilweise als zunehmend steril und einsam wahrgenommen (Exp-IP8, 80) und die Motivation von Patient*innen dafür sank (Exp-IP20, 32).

*„ja ich finde, das Aktivieren des Gegenübers halt immer sehr wichtig an der Stelle, also auch immer wieder explizit dazu auffordern und [...] als Sprechender ist man noch mal mehr gefordert halt irgendwie, in Interaktion mit seinem Gegenüber zu treten“
(Exp-Transkription IP6, 26)*

„das haben alle irgendwann gesagt, mir reicht es langsam, ich will wieder zu ihnen kommen, also sie haben etwas für sich kennengelernt [...] aber so, mit mir, das wurde dann doch irgendwann einsam und steril“ (Exp-Transkription IP8, 80)

„also es sollte auf jeden Fall eine Interaktion stattfinden und nicht eine einseitige Geschichte, also es soll nicht so sein, dass das Kind wie vor dem Fernseher sitzt und sich da etwas ankuckt, sondern es sollte ein miteinander sein, dass so nah wie möglich an der natürlichen Situation in der Praxis ist“ (Exp-Transkription IP14, 61)

Verhalten von Expert*innen: Es galt als wichtig der Zielgruppe Sicherheit zu vermitteln und Ruhe auszustrahlen, gerade um den Einstieg zu erleichtern (Exp-IP2, 36; Exp-IP20, 10; Pat-IP12, 52; Pat-IP16, 23). Bei technischen Problemen waren Kontakt auf Augenhöhe und viel Verständnis wichtig für die Lösungsfindung (Exp-IP10, 22). Weiter wurden Übungen vor- und mitgemacht und nicht delegiert (Exp-IP2, 36/74; Pat-IP13, 81; Pat-IP19, 30), wodurch gerade Kinder Hemmungen verloren (Pat-IP17, 39). Dabei galt es Begeisterung für die Prozesse auszustrahlen (Exp-IP14, 77), verstärkt an Interessen anzusetzen (Exp-IP14, 69/75) und keinen einseitigen Vortragsstil zu präsentieren (Exp-IP1, 40; Exp-IP14, 61). Zudem wurde betont, kommunikationsfähiger als in Präsenz zu sein (Exp-IP15, 56) und Probleme schnell zu verbalisieren (Exp-IP14, 81). Vieles wurde als erfahrungsabhängig dargestellt (Exp-IP14, 43), auch um flexibel in Situationen reagieren zu können (Exp-IP14, 27/43; Exp-IP15, 16; Exp-IP20, 84).

„die wichtigste Erkenntnis war [...] dieser Zielgruppe, Sicherheit zu vermitteln, Ruhe auszustrahlen und es kann nichts passieren, auch wenn man sich irgendwo bei der Technik bei der Digitalisierung jetzt verdrückt“ (Exp-Transkription IP20, 10)

„also jetzt nicht wir uns hingeworfen und delegiert mach mal das, mach mal das, wir haben versucht auch aktiv mit teilzunehmen, beziehungsweise bei Gymnastikübungen da eben mitzumachen“ (Exp-Transkription IP2, 36)

„und ich habe auch, wenn Probleme aufgetreten sind, [...] dann habe ich es relativ schnell auch verbalisiert“ (Exp-Transkription IP14, 81)

Fehlende Interventionsmöglichkeiten: Die Interventionsmöglichkeiten für Expert*innen wurden im Telesetting als eingeschränkt erlebt und als Kontrollverlust bezeichnet, da das Geschehen vor Ort nicht beeinflusst werden konnte (Exp-IP10, 46; Exp-IP14, 67; Exp-IP7, 36; Exp-IP11, 25). Expert*innen äußerten die Angst nicht durch Handlungen intervenieren zu können (Exp-IP14, 67; Exp-IP7, 36; Exp-IP11, 25), was gerade bei unruhigen Patient*innen sowie bei Konzentrations- und Motivationsproblemen, als Problem beschrieben wurde (Exp-IP7, 36; Pat-IP17, 79; Exp-IP11, 25). Weiter wurde berichtet, dass psychiatrische Patient*innen dissoziierten und Expert*innen nicht intervenieren konnte, was ein deutliches Unwohlsein auslöste (Exp-IP8, 48/78; Exp-IP7, 36).

*„in gewisser Hinsicht habe ich einen Kontrollverlust über den Patienten oder die Patientin, weil ich nicht beeinflussen kann, was vor Ort dann stattfindet“
(Exp-Transkription IP10, 46)*

„die Angst, dass du nicht weißt, was du jetzt tun sollst, dass ein Kind dir abbiegt, dass du das Kind nicht fesseln kannst, nicht motivieren kannst und das per Video ist es natürlich schwieriger [...] das war eigentlich die größte Sorge [...], dass ich nicht hingehen kann und hinlangen kann“ (Exp-Transkription IP7, 36)

*„es war eine normale Stunde aber irgendetwas war und da konnte ich durch den persönlichen Kontakt nicht mehr intervenieren und das hat sich nicht gut angefühlt, also man lässt die Patienten schlussendlich dann alleine es geht gar nicht anders und dass sie Eigenverantwortung haben ist klar, aber es ist halt @nicht alles berechenbar@“
(Exp-Transkription IP8, 48)*

Zusammenfassung - Leiblichkeit:

Eine auf Grund der Technik reduzierte Leiblichkeit im Telesetting hatte Einfluss auf die Gesamtheit der Wahrnehmung, Kommunikation und Interaktion sowie auf die Beziehungsqualität. So waren die eingeschränkt beobachtbaren Körpersignale ein Nachteil, um Anspannung oder Verständnis bei Patient*innen zu beurteilen und gerade bei psychischen Erkrankungen wurden deshalb Grenzen nicht erkannt oder zwischenmenschliche Distanz erzeugt. Eine sensibilisierte Beobachtung von Blickkontakt, Stimme und Augen waren notwendig. Bei vorheriger Bekanntschaft war es leichter und man gewöhnte sich schneller an die eingeschränkte Beobachtung, wobei Patient*innen es teilweise auch als Vorteil beschrieben nicht komplett beobachtet zu

werden. Fehlende körperliche Berührungen und ein Kontaktverlust wurden zudem als eines der größten Unterschiede dargestellt, gerade zur emotionalen Stabilisierung. Oft waren Expert*innen der einzige Kontakt zu Patient*innen und Berührungen wurden explizit gewünscht, weshalb das Telesetting teilweise nur vorübergehend von solchen Personen akzeptiert wurde. Zudem galt als Nachteil, dass der Wohnbereich weniger verlassen wurde, weil der externe Zwang an einen anderen Ort hinzugehen fehlte. Ferner waren die „Aura und die zwischenmenschlichen Schwingungen“ des Gegenübers deutlich weniger spürbar und konnten eine Distanz im Bereich Leiblichkeit erzeugen, die den Kontakt weniger persönlich erscheinen ließ. Dies konnte Einfluss auf den gesamten Austausch haben, es blieb teilweise oberflächlich. Überdies wurden die Interaktionen als eingeschränkt und weniger intensiv erlebt, was zur Ablehnung von Telesettings führen konnte. Der Bildschirm galt als Hürde für Interaktionen, gerade für ältere Personen ohne Technikerfahrung und Kinder. Zudem waren Interaktionen mehr auf Prozesse fokussiert, ein freier Austausch ohne Zusammenhang mit der Diagnose fand weniger statt. Als wichtig galt es deshalb Interaktionen anzubahnen, an der Präsenz zu orientieren und das Gegenüber zu aktivieren, was aber deutlich schwieriger beschrieben wurde. Oft normalisierte sich die Interaktion innerhalb weniger Einheiten, wobei teilweise das Telesetting mit zunehmendem Verlauf auch als einsam und steril bezeichnet wurde. Expert*innen betonten dabei vorrangig Ruhe und Sicherheit auszustrahlen, vorwiegend für den Einstieg ins Telesetting und mögliche Technikprobleme wurden auf Augenhöhe mit Patient*innen gelöst. Weiter wurden Übungen und Inhalte aktiv vor- und mitgemacht, was als wichtig galt, gerade bei Kindern und es wurde verstärkt darauf geachtet, Begeisterung und Motivation auszustrahlen und Interessen von Patient*innen aufzugreifen. Expert*innen betonten zudem verbal versierter und kommunikationsfähiger als in Präsenz zu sein und Probleme wurden schnell angesprochen. Überdies machten Expert*innen die Erfahrung, nicht intervenieren zu können, wenn Patient*innen dissoziierten. So waren Interventionen bei Problem in der Konzentration, Motivation oder Ausdauer eingeschränkt und ein stellenweiser beunruhigender Kontrollverlust bezüglich des Geschehens vor Ort wurde beschrieben.

Angehörige:

Neben dem Aspekt der **Partizipation** wurden die **Wissensvermittlung**, **intrafamiliäre Interaktionen** und ein **Rollenverständnis** kategorisiert.

Partizipation: Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und dem Umfeld wurde oft bereits im Vorfeld des Settings forciert (Exp-IP2, 34; Exp-IP5, 18; Exp-IP14, 67) und der vermehrte Austausch wurde als großer Vorteil beschrieben (Exp-IP7, 80; Exp-IP9, 56/70; Exp-IP10, 14; Exp-IP14, 83, Exp-IP9, 56), gerade auch während der Pandemie als alle anderen Angebote wegbrachen (Exp-IP20, 54/66/74). In Präsenz war das Umfeld oftmals außen vor, während ein Tele-setting diesen Austausch erleichterte (Exp-IP14, 83; Exp-IP20, 58) und teilweise als einzige Chance von Angehörigen benannt wurde, um am Termin teilzunehmen (Pat-IP3, 22; Exp-IP9, 56). Als Nachteil wurde formuliert, dass Patient*innen durch die verstärkte Fokussierung auf das Umfeld, teilweise etwas außen vor waren (Exp-IP9, 56).

*„grundsätzlich immer ein Gespräch mit den Eltern, aber sie sind eher außen vor, in der Videotherapie sind sie direkt dabei, davon haben viele profitiert“
(Exp-Transkription IP14, 83)*

„es war für meinen Sohn auch schön, weil cool jetzt ist Papa auch dabei und das war auch die einzige Chance das mein Mann überhaupt an der Therapie mit teilnehmen konnte“ (Pat-Transkription IP3, 22)

*„also die Kommunikation war eigentlich mehr, also Inhalte sind mehr geflossen, aber das Kind selbst war halt, oder der Patient selbst ist halt oft außen vor gewesen“
(Exp-Transkription IP9, 56)*

Wissensvermittlung: Der vermehrte Austausch ermöglichte für beide Seiten erweiterten Informationsfluss (Exp-IP14, 37; Exp-IP7, 60–64; Exp-IP5, 30/56; Exp-IP9, 30/70/72; Pat-IP17, 55). Inhalte konnten besser vermittelt, Ziele genauer formuliert und Diagnosen besser verstanden werden (Exp-IP9, 30/56; Exp-IP14, 83; Exp-IP20, 56; Pat-IP17, 55). Der Alltagstransfer wurde dadurch erleichtert (Exp-IP14, 83; Pat-IP17, 55) und Patient*innen waren sensibilisierter in der eigenen Alltagsbeobachtung (Pat-IP17, 55). Teilweise waren Inhalte dabei explizit auf das Umfeld fokussiert (Exp-IP9, 16/28/72) und auf Anliegen vom Umfeld konnte besser eingegangen werden, was als starker, positiver Effekt galt (Exp-IP7, 84).

„weil die Eltern natürlich eingebunden sind, einen Einblick bekommen, mitagieren können, eine ganz andere Motivation haben, Hintergründe erfahren [...] und das ist etwas anderes, hat einen sehr großen Vorteil“ (Exp-Transkription IP14, 37)

„ja dann hat man natürlich gesehen wie vielschichtig das dann ist, weil worauf sie Wert legen [...] da kann man natürlich dann auch zu Hause besser sagen so und so, weil man weiß ja warum und worauf man achten soll“ (Pat-Transkription IP17, 55)

Intrafamiliäre Interaktionen: Durch die steigende Mitverantwortung von Angehörigen wurden diese in eine aktivere Rolle gedrängt, was eine Belastung für das familiäre Beziehungsverhältnis darstellen konnte (Exp-IP9, 34; Pat-IP17, 45/79; Exp-IP14, 39). Damit die Beziehung innerhalb der Familie nicht litt, musste die soziale und emotionale Interaktion beachtet werden (Exp-IP14, 39). Vorhandene Abhängigkeitsverhältnisse von Betroffenen gegenüber Angehörigen konnten verstärkt werden, was negative Auswirkungen auf die Beziehung haben konnte (Exp-IP14, 39). Weiter war die Erwartungshaltung von Angehörigen teilweise überhöht und es bestand die Gefahr Patient*innen häuslich verstärkt unter Druck zu setzen (Exp-IP14, 39). Dabei veränderten sich Entlastungssituationen für Angehörige, etwa mehr zeitliche Ressourcen durch wegfallende Fahrten (Exp-IP7, 82; Exp-IP6, 50; Exp-IP2, 52), aber Angehörige waren teilweise in Präsenzsettings auch froh, wenn Betroffene mal nicht zu Hause waren (Exp-IP6, 36). Zudem wurde berichtet, dass nach einer Etablierungsphase und wachsender technischer Selbstständigkeit im Telesetting, Angehörige frei im Haus agieren konnten (Pat-IP17, 29). Als Ziel galt teilweise, keine dauerhafte Unterstützung für das Setting zu benötigen (Exp-IP15, 44).

„ich glaube in dem Moment, wo es für die Familie stressfreier wird, ist es sehr sinnvoll [...] ist es plötzlich nicht mehr eine Belastung, sondern eine Entlastung, dann ist es sinnvoll und genauso bei den Erwachsenen in dem Moment, wo du dadurch mehr Stress rausnimmst, ist es wirkungsvoller, habe ich auch schnellere und bessere Ergebnisse“ (Exp-Transkription IP7, 82)

„man muss da wirklich gucken, ob es emotional, sozial zwischen denen gut ginge [...] also das ist echt eine spannende Sache, weil man wirklich auch aufpassen muss das man diese Beziehung Mann Frau nicht in eine Beziehung Therapeut Mann [...] derjenige der hat eine Erwartung, die Erwartung das da sein Mann wieder so haben möchte wie er vorher war und diese Erwartung ist uns klar wird nicht mehr passieren, das können wir 100-mal sagen, es wird nicht passieren, der Mann, die Frau versteht es unter Umständen trotzdem nicht und kniet sich dann derart rein und setzt den Patienten unter Druck da muss man echt aufpassen [...] obwohl man es gut meint als Therapeut, kann da im sozialen viel kaputtgehen“ (Exp-Transkription IP14, 39)

Rollenverständnis: Die Rolle von Angehörigen wurde als andersartig und erweitert thematisiert (Exp-IP10,22; Pat-IP17, 45/79). Angehörigen wurden als Assistenzen (Exp-IP5, 30), Co-Expert*innen (Exp-IP9, 28; Exp-IP14, 37) und Mediator*innen (Exp-IP2, 34) beschrieben, welche Expert*innen vor Ort teilweise kompensierten (Exp-IP11, 65). Die Fachkräfte waren angewiesen auf diese Unterstützung, da nicht alle Patient*innen die Durchführung alleine schafften (Exp-IP1, 24; Pat-IP17, 39), hauptsächlich bei kleinen Kindern (Exp-IP14, 37/75) und schwerer betroffenen Patient*innen wurde die Unterstützung als Notwendigkeit angesehen (Exp-IP11, 15). Weiter wurden vom Umfeld Vorbereitungen für das Telesetting übernommen (Exp-IP1, 24; Exp-IP20, 78; Exp-IP2, 20; Exp-IP15, 24), gerade im Bereich technischer Unterstützung (Exp-IP2, 20 / 34; Exp-IP5, 18; Exp-IP15, 24; Exp-IP10, 22; Exp-IP6, 20; Pat-IP13, 33; Pat-IP17, 21). Angehörige druckten aber auch Materialien aus (Pat-IP17; 21/39), intervenierten bei Konzentrations- und Durchführungsproblemen (Exp-IP2, 54; Exp-IP10, 22; Exp-IP14, 67/75) unterstützten bei Kommunikationsproblemen (Exp-IP11, 67; Exp-IP5, 30; Exp-IP6, 20; Pat-IP17, 21) und sicherten durch die Mitarbeit oft Verständnis und Motivation (Pat-IP17, 39; Pat-IP13, 41). Alleine die Anwesenheit von Angehörigen konnte Patient*innen zudem beruhigen (Exp-IP1, 12). Kritisch wurde gesehen, wenn Angehörige Anleitungen nicht umsetzen konnten, dann konnten Patient*innen ebenfalls kaum profitieren (Exp-IP9, 32), oder Angehörige selbst zu sehr in den Vordergrund drängten (Exp-IP2, 40). Dabei wurde die Unterstützung durch das Umfeld nicht zwangsläufig als notwendig für ein Telesetting beschrieben (Exp-IP5, 56), sondern je nach Ausprägung der Diagnose und technischen Fähigkeiten von Patient*innen benötigt (Exp-IP5, 56; Exp-IP11, 37/65).

„ich denke was auch wichtig ist [...] die Eltern agieren als Co Therapeuten, ein sehr wichtiger und echt toller Punkt, den man unbedingt beachten sollte“

(Exp-Transkription IP14, 37)

„ihr Angehöriger war auch nicht mit im Raum und als er dann dabei war, und alleine seine Präsenz, das hat sie dann eher beruhigt“ (Exp-Transkription IP1, 12)

„und da haben die älteren Patienten auf jeden Fall Angehörige gebraucht, die sie damit unterstützt haben“ (Exp-Transkription IP2, 20)

Zusammenfassung - Angehörige:

Die Zusammenarbeit und Teilhabe des Umfelds wurde ausgebaut und verstärkt, was als großer Vorteil beschrieben wurde gegenüber der Präsenz. Dabei bot das Telesetting teilweise erstmalig die Gelegenheit für das Umfeld, an Inhalten zu partizipieren. Ein Nachteil war, dass sich der Fokus von Expert*innen von Patient*innen auf das Umfeld verschieben konnte. Weiter ermöglichte diese vermehrte Teilhabe einen erweiterten Informationsfluss zu Zielen, Diagnosen und Inhalten und auf Fragen vom Umfeld konnte besser eingegangen werden. Dieser Fokus aufs Umfeld erleichterte den Alltagstransfer und sensibilisierte für Alltagsbeobachtungen. Zudem wurde das intrafamiliäre Beziehungsumfeld als verändert beschrieben, da das Umfeld durch die Mitverantwortung in eine fordernde und belastende Rolle für Patient*innen geraten konnte. Die soziale und emotionale Beziehung musste beachtet werden, gerade bei vorhandenen Abhängigkeitsverhältnissen, Erfolgserwartungen an Patient*innen konnten Druck ausüben. Als entlastend für Angehörige wurden gesparte Wege und Zeiten benannt sowie durch eine zunehmende Selbstständigkeit bei den Terminen. Ferner wurde die Rolle des Umfelds als aufwendiger beschrieben und mit Assistenzen und Co-Expert*innen verglichen, welche je nach Diagnose und Technikfähigkeiten Einschränkungen kompensierten. So wurden gerade bei jungen und schwer betroffenen Personen Unterstützungen zur Vorbereitung des Termins, bezüglich der Technik sowie bei Durchführungs- und Kommunikationsproblemen beschrieben. Dabei wirkte allein die Anwesenheit des Umfelds beruhigend auf Patient*innen. Als schwierig galt, wenn das Umfeld selbst überfordert war oder in den Vordergrund drängte.

6.2.4 Prozess

Bezüglich der Prozessfaktoren wurden die Kategorien **Strukturierung eines Telesettings**, **Inhalte eines Telesettings** und **Qualitätsaspekte** gebildet.

Strukturierung eines Telesettings:

Innerhalb der Strukturierung eines Telesettings wurden die **Vor- und Nachbereitung**, die **Technikeinweisung**, die **Diagnostik**, der **Ablauf** und die **Zielerreichung** spezifisch kategorisiert.

Vor- und Nachbereitung: Ein Telesetting benötigte zu Beginn mehr Zeit und Energie, um es vor- und nachzubereiten (Exp-IP5, 56; Exp-IP7, 70; Exp-IP10, 12; Exp-IP4, 24), wofür extra Zeit eingeplant wurde, vorrangig aufgrund technischer Abläufe (Exp-IP5, 36) und der Anpassung von Methoden (Exp-IP11, 77; Exp-IP5, 56). Bereits im Vorfeld erfolgte ein Austausch zur technischen Ausstattung (Exp-IP15, 18) sowie bezüglich Datenschutzes und Einwilligungserklärungen (Exp-IP5, 16; Exp-IP10, 12; Exp-IP14, 23). Weiter wurden notwendige, technische Schulungen für Mitarbeiter*innen und Patient*innen im Vorfeld beschrieben (Exp-IP10, 12). Ebenso wurde die Nachbereitung als zeitaufwendiger beschrieben, durch ein erhöhtes E-Mail-Aufkommen, der Versendung von Zugangsdaten und der Einholung von Unterschriften (Exp-IP10, 30).

„das hieß am Anfang für uns erstmal viel Vorbereitung, das hieß für uns Einverständnis einholen, viel E-Mail-Verkehr, viel Vorbereitung in Form einer neuen datenschutzkonformen Plattform, Mitarbeiterschulung im Hinblick auf, ja auch die technische Betreuung von den Patientinnen und Patienten“ (Exp-Transkription IP10, 12)

„anstrengend, unglaublich anstrengend, die Vorbereitung ist eine völlig andere“ (Exp-Transkription IP4, 24)

Technikeinweisung: Eine notwendige Technikeinweisung vermittelte Sicherheit und Motivation für alle Beteiligte (Exp-IP20, 64; Exp-IP10, 24) und wurde als wichtig und arbeitsaufwendig umschrieben (Exp-IP6, 18). Die Verantwortung zum Technikverständnis wurde bei Expert*innen gesehen (Exp-IP6, 26) und Führungskräfte waren verantwortlich für die Schulung von Mitarbeitenden (Exp-IP6, 80, Exp-IP10, 12; Exp-IP11, 31; Exp-IP20, 64). Weiterhin benötigten Patient*innen und Angehörige Erklärungen zur Technik und Verwendung des

Mediums (Exp-IP7, 22; Exp-IP14, 23; Exp-IP6, 18). So wurde mit Kindern im Vorfeld mit dem Medium geübt (Pat-IP3, 18) und auch bei älteren Personen wurde vermehrt Aufklärungsarbeit geleistet (Exp-IP1, 48; Exp-IP6, 18). Teilweise bestand die erste Einheit ausschließlich aus einer Einführung in die Software (Pat-IP17, 21), wobei es als schwierig galt aus der Ferne in Anwendungen einzuführen (Exp-IP6, 20).

„man hat natürlich auch immer die Verantwortung nicht nur quasi zu seinen eigenen Inhalten, sondern auch ein Stückweit, wenn man Veranstalter ist für die Technik, dass man auch da noch mal gucken muss, wie kann das gut laufen und wie kann man sein gegenüber da auch gut reinholen“ (Exp-Transkription IP6, 26)

„ja es war wirklich halt zum Teil schwierig, also in diese Erklärung reinzukommen, also gerade, wenn es dann nachher noch mal Probleme gab und das auf Distanz zu lösen [...] das war tatsächlich, wenn die Person nicht anwesend war, dann noch mal schwieriger“ (Exp-Transkription IP6, 20)

Diagnostik: Durch die fehlende palpatorische Möglichkeit körperliche Strukturen und Probleme einzuschätzen, musste genau überlegt werden, wie Patient*innen Rückmeldungen geben konnten, um falsche Rückschlüsse zu vermeiden (Exp-IP15, 20/22/42; Pat-IP19, 28), wobei teilweise auch eine Präsenzeinheit zur Diagnostik empfohlen wurde (Pat-IP18, 54/56). Entscheidend war die Ausgestaltung der Befundung und ob standardisierte Instrumente und Fragenkataloge zum Einsatz kamen (Exp-IP15, 16/20). Teilweise wurden Videos eingesetzt, beispielsweise zur Testung der Motorik (Exp-IP15, 26). Eine rein sprachliche Anamnese galt als gut durchführbar (Exp-IP4, 26/80; Exp-IP14, 101) und es wurde von spannenden Zusatzinformationen bezüglich Patient*innen und deren Alltag berichtet (Exp-IP7, 80; Exp-IP10, 14/32/46; Exp-IP14, 85). Gerade die häusliche Struktur konnte im Telesetting besser beurteilt werden (Exp-IP14, 85; Exp-IP10, 46), jedoch galt der Blick auf Patient*innen als eingeschränkt (Exp-IP10, 46).

*„da muss man sich natürlich überlegen, wie gestalte ich das, lass ich jetzt die Leute am Bildschirm etwas vormachen, oder wie formuliere ich Fragen“
(Exp-Transkription IP15, 16)*

„wenn man den Patienten in der Praxis sieht und man sieht Vater und Kind denkt man ja sehen gut strukturiert aus [...] und dann kommt man in die Videotherapie und denkt oh, sieht dann schon ein bisschen anders aus [...] also da kriegt man noch mal ganz interessante Einblicke, die einem auch weiterhelfen (Exp-Transkription IP14, 85)

Ablauf der Einheit: Im groben Ablauf einer Teleeinheit wurden Ähnlichkeiten zur Präsenz beschrieben, mit den Phasen der Begrüßung und des Small Talks, der Reflexion zu vorangegangenen Terminen, des Erarbeitens eines Überblicks und einer Schlussreflexion (Exp-IP2, 32/42-44; Exp-IP5, 32; Exp-IP9, 50; Exp-IP1, 38; Exp-IP10, 28). Weiter wurden auch Unterschiede beschrieben, da ein Telesetting als abstrakter für Patient*innen galt (Exp-IP1, 22) und es als wichtiger empfunden wurde Gesprächsregeln zu besprechen (Exp-IP6, 60; Exp-IP8, 68), einen Überblick zum Ablauf zu geben, Sicherheit zu vermitteln (Exp-IP2, 22; Exp-IP6, 60; Exp-IP20, 44, Exp-IP5, 18; Exp-IP1, 38; Exp-IP20, 12; Pat-IP16, 23) sowie explizit den Ein- und Ausstieg zu reflektieren (Exp-IP6, 60; Exp-IP8, 68). Zudem wurden Hinweise zur Technik (Exp-IP6, 34) und Privatsphäre (Exp-IP2, 22) gegeben und das Umfeld über den Termin informiert, um Störungen zu minimieren (Exp-IP6, 34; Exp-IP14, 27). Die Aufgaben und Übungen wurden klarer strukturiert und ausführlich erklärt (Exp-IP2, 36; Exp-IP11, 37). Ebenso wurden Pausen gezielter geplant, da sich kaum natürliche Pausen ergaben, welche in Präsenz eine Überforderung kompensieren konnten (Exp-IP11, 63). Ein improvisiertes Handeln und Materialzusammenstellungen funktionierte zudem weniger gut als in Präsenz (Exp-IP1, 30).

„sowohl bei Erwachsenen, genauso wie bei Kindern [...] ändert sich da eigentlich gar nichts im Ablauf, ob Präsenztherapie oder Videotherapie, das ist immer der gleiche Ablauf“ (Exp-Transkription IP10, 28)

„dass man schneller sieht interessanterweise, wenn der Patient kaputt ist, wenn er durch ist, wenn er eine Pause braucht, also man muss die Pausen auch für den Patienten planen, weil er einfach nicht so natürliche Pausen hat, auch nicht in der Kommunikation, wie in der Präsenztherapie“ (Exp-Transkription IP11, 63)

Zielerreichung: In Telesettings wurde an gleichartigen Zielen und Lösungen wie in Präsenz gearbeitet (Exp-IP1, 46; Exp-IP8, 52), jedoch die Zielsetzung klarer kommuniziert (Exp-IP1, 30). Zur Überprüfbarkeit von Zielen wurden selbst gedrehte Videos an Expert*innen gesendet, um die korrekte Umsetzung beurteilbar zu machen und Feedback zu bekommen (Exp-IP15, 22;

Pat-IP18, 48/50; Pat-IP19, 70). Ausführungsfehler wurden somit schnell angepasst, ohne bis zum nächsten Termin warten zu müssen, was positiv war (Pat-IP18, 32/48/50). Oftmals wurden Schwierigkeiten auch erst in der nächsten Einheit festgestellt und anschließend Anpassungen vorgenommen und Anleitungen vereinfacht oder gekürzt (Exp-IP9, 50).

*„online muss man auch immer vorher klar sagen, das wollen wir heute erreichen [...] die Zielsetzung am Anfang ist schon sehr wichtig, also das heißt dem Patienten muss immer klar sein, was machen wir jetzt und worauf läuft es hinaus“
(Exp-Transkription IP1, 30)*

*„diese Überprüfbarkeit, was macht der Patient, wenn jetzt dieses Gespräch vorbei ist [...] da lass ich mir das wirklich dann filmen per Video [...] um das zu konkretisieren
(Exp-Transkription IP15, 22)*

Zusammenfassung -Strukturierung eines Telesettings:

Zu Beginn war mehr Zeit in der Vor- und Nachbereitung eines Teletermins nötig, primär wegen technischer Abläufe, dem Datenschutz und der Anpassung von Methoden. Die Nachbereitung wurde durch die Terminierung und Abrechnung als zeitaufwendiger beschrieben. Dabei wurde die Verantwortung zur technischen Einweisung bei Expert*innen und Führungskräften gesehen. Schulungen für Mitarbeitende und Patient*innen waren wichtig, vermittelten Sicherheit und schufen Motivation, galten aber als zeitaufwendig. Vor allem Patient*innen benötigten viele Technikerklärungen und ein vorheriges Üben wurde durchgeführt, wobei eine Vermittlung über Distanz als schwierig galt und der Ein- und Ausstieg ins Setting separat reflektiert wurde. In der Tele-Diagnostik kamen standardisierte Instrumente und Videos zum Einsatz, jedoch wurden die Möglichkeiten, gerade zur körperlichen Befundung, als stark eingeschränkt erlebt. Die Erhebung der Anamnese wurde als gut empfunden, hier konnte der Alltag besser beurteilt und integriert werden. Der rahmengebende Ablauf einer Teleeinheit wurde als identisch zur Präsenz angesehen, wobei die Feinstrukturierung als abstrakter für Patient*innen galt und daher der Überblick zum Ablauf und die Vermittlung von Sicherheit, als noch wichtiger erachtet wurden, ebenso wie Kommunikations- und Arbeitsregeln und Hinweise zu Ablenkungen. Aufgaben wurden zudem noch stärker vorstrukturiert und Pausen gezielter geplant. Ein zielorientiertes Arbeiten wurde umgesetzt und Zielsetzungen wurden klarer kommuniziert. Zur Zielerreichung wurden vereinzelt Videos an Expert*innen gesendet, um schnelleres Feedback zu bekommen. Weiter funktionierte ein improvisiertes Vorgehen mit spontanen Materialien weniger gut.

Inhalte eines Telesettings:

Bezüglich der Inhalte eines Telesettings wurden Aussagen bezüglich der eingesetzten **Materialien**, den **Unterschieden von Inhalten** im Gegensatz zum Präsenzsetting und dem Einsatz von **Videos** kategorisiert.

Unterschiede von Inhalten: Zu Beginn des Settings wurde oft gemeinsam überlegt, welche Inhalte möglich waren (Pat-IP13, 11), es waren oft ganz andere Inhalte als in Präsenz (Pat-IP13, 81; Exp-IP8, 26). Oft waren die Möglichkeiten eingeschränkt, weil Material zu Hause fehlte (Exp-IP5, 48; Exp-IP9, 70; Pat-IP16, 71), oder Techniken und Methoden nicht über dieses Setting erlernt werden konnten (Pat-IP12, 72), da Übungen mit notwendiger physischer Anwesenheit von Expert*innen nicht möglich waren (Exp-IP15, 66). Hingegen wurden die häuslichen Gegebenheiten verstärkt genutzt (Exp-IP20, 32) und konfliktbehaftete Alltagssituationen (Pat-IP3, 26/46) sowie Tagesabläufe, Rituale und Strukturen wurden verstärkt integriert (Pat-IP3, 48/54). Dabei wurde inhaltlich im Telesetting insgesamt eher mehr vermittelt (Exp-IP6, 60) und ein Ausbau von Prävention und Beratung wurde beschrieben (Exp-IP10, 32) sowie ein Einsatz von Social-Media-Kanälen, um die Tagesstruktur von Patient*innen zu unterstützen (Exp-IP7, 68). Waren Inhalte bereits bekannt, konnten diese gut in ein Telesetting integriert werden (Exp-IP4, 30; Pat-IP18, 60) und es konnte methodisch exakt dasselbe stattfinden (Exp-IP14, 75). So wurden wie in Präsenz Atemübungen als Einstieg zur Konzentrationssteigerung durchgeführt (Exp-IP1, 40; Exp-IP8, 26) und auch Entspannungsübungen und Achtsamkeitsübungen konnten ähnlich stattfinden (Exp-IP1, 48; Exp-IP8, 26). Ferner wurde kognitives Training als gut geeignet angesehen, selbst bei stark eingeschränkten Personen (Exp-IP1, 22/48) und auch fein- und grafomotorische Übungen wurden durchgeführt (Exp-IP1, 50; Pat-IP13, 119).

*„ne waren ganz neue Übungen, ja, in Präsenz haben wir oft Treppensteigen gemacht“
(Pat-Transkription IP13, 13)*

„ein großer Vorteil war, dass es in unserem Zuhause stattfand, [...] weil wir hätten keinen Hausbesuch bekommen, ja damit konnten wir das Bad nutzen, konnten die Waschsituation direkt bearbeiten und nicht irgendwie mit Waschschüssel in der Praxis was ja nun überhaupt keinen Sinn eigentlich macht, weil es nicht der Ort ist, an dem die Konflikte stattfinden“ (Pat-Transkription IP3, 46)

„ich selbst arbeite ja auch gerne mit Atemübungen, das kann man über Videokonferenzen trotzdem hervorragend machen und das sorgt auch eigentlich für ein gutes Ankommen, um dann weiter und differenzierter zu arbeiten“ (Exp-Transkription IP1, 40)

Materialien: Es wurden überwiegend Materialien und Gegenstände aus dem direkten häuslichen Umfeld in das Telesetting integriert (Exp-IP2, 40), wodurch ein hoher Alltagsbezug entstand (Pat-IP3, 52) und Motivationen von Patient*innen aufgegriffen wurden (Exp-IP20, 28). Teilweise wurden Übungsgeräte und -materialien während der Dauer des Telesettings von der Institution überlassen (Exp-IP2, 28/36; Exp-IP9, 26; Exp-IP8, 26), per E-Mail / Post vorab zugesandt (Exp-IP2, 36; Exp-IP5, 32; Exp-IP9, 26; Exp-IP5, 18), oder Patient*innen besorgten selbst benötigtes Material (Exp-IP5, 56). Als wichtig wurden haptische Reize durch das Material benannt, um die digitale Distanz in einem Telesetting dadurch zu verringern (Exp-IP2, 30). Weiter galt als wichtig, dass beide Seiten möglichst identische Übungsmaterialien hatten (Exp-IP7, 66; Exp-IP2, 36), hier wurde der Einsatz von Mappen mit entsprechenden Inhalten empfohlen (Exp-IP2, 36).

„ich finde, wenn man es jetzt mal so ganz oberflächlich beschreibt, das haptische, das trotzdem so mehrere Sinne mit angesprochen sind [...], dass der Patient auch tatsächlich etwas in der Hand hat, spüren kann, was mit der Therapie zu tun hat, dass einfach so diese digitale Distanz, sag ich jetzt mal, aufgehoben ist“ (Exp-Transkription IP2, 30)

„den Tipp zu geben, wenn man mit Arbeitsblättern arbeitet, dass ich für die Videotherapie daheim einen Ordner anlege, dass halt einfach eine klare Struktur hinter dem ganzen steht [...] und genau dieses Material eben auch bei uns in der Praxis immer griffbereit zu haben“ (Exp-Transkription IP2, 36)

Videos: Der Einsatz von Übungsvideos auf der Homepage der Institution wurde berichtet, um Patient*innen zwischen den Einheiten besser begleiten zu können (Exp-IP2, 50; Pat-IP19, 28). Weiter erstellten Patient*innen zu Hause Übungsvideos und holten sich darüber Feedback von Expert*innen zur Ausführung (Exp-IP15, 22; Pat-IP18, 24; Pat-IP19, 70), wobei dies mit zusätzlichem Aufwand und der Einbindung einer dritten Person einherging (Pat-IP19, 70). Bei Neuaufnahmen wurden häusliche Videos vorab an Expert*innen gesendet, um die Situation besser einschätzen zu können (Exp-IP2, 30). Dabei erhöhte der Videoeinsatz auch die Motivation bei Patient*innen (Exp-IP10, 32) und die Selbstwahrnehmung von Patient*innen wurde

geschult, da die eigene Ausführung mehrmals mit dem Video verglichen werden konnte (Exp-IP15, 46; Pat-IP18, 66). Video gestütztes Feedback wurde auch in das Präsenzsetting übernommen (Exp-IP15, 46).

„und haben diese Filme dann auch auf unserer Homepage hochgeladen, mit einem Passwort für die Patienten und haben dann zu den Patienten bei einer Live Konferenz zum Beispiel gesagt, Mensch geh doch mal auf unsere Homepage und schau dir die Übung für die Lendenwirbelsäule an, die ist gefilmt, die ist richtig vorgemacht, mach die täglich (Exp-Transkription IP2, 50)

„das mache ich mittlerweile sogar in der Praxis, dann sag ich zu den Leuten bringen sie bitte ein Smartphone mit und wenn wir Übungen machen, die sie daheim machen, dann filmen sie mich, ich mache die Übungen vor, erkläre es währenddessen und dann brauchen sie nicht zwei Tage später überlegen, ach wie war denn jetzt die Übung“ (Exp-Transkription IP15, 46)

Zusammenfassung - Inhalte Telesetting:

Die Inhalte für das Telesetting wurden als verdichtet beschrieben und oft gemeinsam erarbeitet. Unterschiede ergaben sich durch fehlende Materialien, fehlende physische Anwesenheit von Expert*innen und weil Methoden nicht möglich erschienen über das Telesetting. Alltagssituationen und Tagesstrukturen wurden stattdessen verstärkt integriert, Präventions- und Beratungsleistungen wurden ausgebaut. Im Vorfeld bekannte Inhalte konnten gut übertragen werden, vorrangig Atem-, Achtsamkeits-, kognitive und feinmotorische Übungen. Die Materialien und Gegenstände stammten oft aus dem direkten häuslichen Umfeld, was als positiv für den Alltagsbezug und die Motivation galt, wurden vorab von der Institution überlassen, oder per E-Mail und Post zugesandt. Teilweise besorgten Patient*innen auch selbst benötigtes Material. Dabei sollten haptische Reize vom Material ausgehen, um die digitale Distanz zu verringern. Weiter wurden Ordner und Mappen zur Strukturierung des Materials eingesetzt. Beide Seiten erstellten zudem Videos zu Übungen, was zusätzlichen Aufwand und das Einbinden weiterer Personen bedeutete. Zudem wurden Videos vorab an Expert*innen gesendet, um den Alltag einzuschätzen und Patient*innen führten asynchrone Videoübungen zwischen den Terminen durch. Dabei wurden Videos als motivierend bezeichnet und schulten die Selbstwahrnehmung von Patient*innen durch die Möglichkeit des vermehrten Ansehens, sodass Videos zunehmend auch in Präsenzeinheiten eingebunden wurden.

Qualitätsaspekte:

Bezüglich der Qualität von Terminen wurden **positive**, **neutrale** und **negative** Erfahrungen beschrieben. Überdies wurden Aspekte der **Qualitätsentwicklung** genannt.

Positive Erfahrung: Eine hohe Qualität im Telesetting wurde zum Teil aus Feedback von Patient*innen und Umfeld abgeleitet (Exp-IP1, 30; Exp-IP6, 28; Exp-IP20, 24/42), zum Teil aus offensichtlichen Symptomverbesserungen interpretiert (Exp-IP11, 69; Pat-IP17, 81; Pat-IP3, 16), und motivierte beidseits zur Fortführung des Telesettings (Exp-IP10, 18; Exp-IP11, 35; Exp-IP14, 43; Pat-IP17, 81; Exp-IP1, 30; Exp-IP5, 26; Exp-IP15, 52). Ebenso wurden Zielerreichungen beschrieben, auch wenn Patient*innen allein über das Telesetting versorgt wurden (Exp-IP14, 43, Exp-IP7, 82), in etwa der gleichen Anzahl von Einheiten (Exp-IP14, 93). Die Problemfokussierung im Telesetting erschien deutlich höher (Pat-IP18, 22), Patient*innen waren aktiver und erweiterten das Verständnis zur Selbstwirksamkeit (Pat-IP18, 48/68). So konnten problematische Alltagsmuster gelöst werden (Pat-IP3, 52), motorische Übungen wurden erfolgreich durchgeführt (Pat-IP18, 48) und der Transfer von Inhalten in den Tagesablauf wurde besser verstanden (Exp-IP8, 26). Positive Erfahrungen wurden dabei auch mit guter Technik in Verbindung gebracht (Exp-IP6, 50; Exp-IP4, 42; Exp-IP9, 18; Exp-IP6, 50/62).

„wenn das Kind der Meinung ist, wir machen nicht Schluss, wir machen bitte weiter (lacht) deutet das ja schon auf sehr viel Freude hin, wenn die Eltern sagen wir bleiben dabei, wir wollen wieder einen Videotermin [...] da scheint viel gestimmt zu haben“ (Exp-Transkription IP14, 43)

„ja die technische Geschichte war das Wichtigste, dass das zumindest mal, also es ist halt die Grundvoraussetzung, das muss funktionieren, ansonsten wenn das ewig am Ruckeln ist, dann macht es den Kindern keinen Spaß, den Eltern keinen Spaß und uns natürlich auch nicht“ (Exp-Transkription IP9, 18)

Neutrale Erfahrung: Durch ein Telesetting ergaben sich teilweise keinerlei qualitativen Veränderungen (Exp-IP9, 40; Exp-IP10, 52), nicht in der Wirkung und nicht in der Zielerreichung (Pat-IP12, 40, Pat-IP16, 89). Gerade im Beratungskontext wurden teilweise keine Vor- und Nachteile zur Präsenz wahrgenommen (Exp-IP6, 64).

„es ist schwer festzustellen, weil ich ja keine Parallele ziehen kann, weil jeder Patient anders ist, ich kann jetzt nicht sagen Name2 mit dem S-Laut hätte in der Videotherapie die Therapie schneller fertig bekommen als Name3 mit dem S-Laut weil, da so viele Teilleistungsbereiche eine Rolle spielen, die im seltensten Fall identisch sind“

(Exp-Transkription IP14, 93)

„es ist für mich eigentlich wirklich fast dasselbe wie, wenn ich jetzt physisch vor Ort wäre“ (Pat-Transkription IP12, 40)

Negative Erfahrung: Gerade während der Pandemie kam es aufgrund der neuen Situation und einer anfänglichen Unbeholfenheit zu Qualitätsmängeln (Exp-IP10, 26). Erwartungen mussten angepasst werden an ein Telesetting (Pat-IP16, 71). Neuaufnahmen wurden als schwierig dargestellt und hatten nicht die Qualität wie in Präsenz (Pat-IP16, 53/57), die Tiefe im Austausch fehlte (Exp-IP1, 46). Weitere Nachteile wurden im häuslichen Setting, fehlender Ausstattung (Exp-IP7, 48), sowie fehlenden Materialien genannt (Exp-IP11, 77). Kinder konnten neue Rollenidentitäten in Telesettings weniger explorieren (Exp-IP10, 20) und es fiel Personen teilweise schwer online zu agieren (Pat-IP17, 13). Ebenso konnten manche Inhalte und Techniken nicht so gut wie in Präsenz vermittelt werden (Pat-IP12, 72) oder Behandlungshypothesen wurden falsch aufgestellt (Exp-IP15, 22). Teilweise lehnten Patient*innen gezielt Telesettings ab (Exp-IP15, 30; Pat-IP12, 102; Exp-IP4, 20), auch weil ein klarer Mehrwert von Patient*innen bezüglich Präsenzeinheit geäußert wurde, durch den Prozess sich auf den Weg zu machen und sich mental darauf einzustellen (Exp-IP10, 50). Zudem galten Patient*innen teilweise als abgelenkter im Telesetting (Exp-IP10, 46; Exp-IP11, 25).

„die Ausstattung von den Haushalten, also von den räumlichen Umgebungen der Klienten, das waren meine Grenzen, also wenn das Kind keinen Kleber [...] kein richtiges Lineal [...] oder weil der Drucker kaputt war und du schickst etwas und das können sie nicht ausdrucken“ (Exp-Transkription IP7, 48)

„meiner Tochter, der fiel das anfangs schwer, da überhaupt eine Kommunikation zu finden, weil sie ja gar nicht zu agieren wusste“ (Pat-Transkription IP17, 13)

Qualitätsentwicklung: Eine Qualitätssteigerung wurde zukünftig durch Neuentwicklungen von Materialien (Exp-IP11, 77) und Assessments (Exp-IP5, 32) erwartet. Zudem wurde die Forschung in vielen Bereichen des Telesettings noch als lückenhaft wahrgenommen (Exp-IP4, 32). Dabei sollte vordergründig untersucht werden, ob es einen Unterschied macht, Leistungen in Telesettings oder Präsenzsettings anzubieten (Exp-IP10, 52).

*„ich glaube, dass es auch von der Qualität her sich steigern wird, weil einfach man sich auch natürlich Material überlegen muss, was zu den einzelnen Störungsbildern passt“
(Exp-Transkription IP11, 77)*

*„es gibt in vielen Bereichen dann doch nicht unbedingt so viele Studien“
(Exp-Transkription IP4, 32)*

Zusammenfassung - Qualitätsaspekte:

Als positive Erfahrungen wurde eine hohe Zufriedenheit von Patient*innen und dem Umfeld angesehen und aus Symptomverbesserungen und Zielerreichungen abgeleitet. Weiter war die Fokussierung auf Patient*innen höher und diese waren aktiver in der Mitarbeit. Ebenso stieg das Verständnis und der Transfer von Inhalten sowie die Selbstwirksamkeit und problematische Alltagssituationen konnten gelöst werden. Zudem wurden positive Erfahrungen oft mit guter Funktionalität der Technik verbunden. Gleichzeitig gab es neutrale Bewertungen, wobei die Qualität und der Erfolg als identisch zur Präsenz angesehen wurden und auch im Beratungskontext wurden keinerlei Vor- und Nachteile genannt. Gerade zu Beginn der Pandemie wurden auch negative Erfahrungen und Qualitätsmängel aufgrund der Unbeholfenheit thematisiert. So wurden Neuaufnahmen als schwieriger dargestellt und die Tiefe im Austausch fehlte. Weitere Begrenzungen wurden durch das Setting an sich und eine fehlende Ausstattung benannt. Neue Rollenerfahrungen waren schwieriger durch Verbleiben im häuslichen Umfeld, gerade Kinder konnten anfangs schwer digital interagieren. Patient*innen lehnten das Setting teilweise klar ab und es galt, als schwieriger sich im Telesetting zu konzentrieren. Eine Qualitätsentwicklung wurde durch die zunehmende Forschung und neue Studien erwartet, gerade im Vergleich von Tele- und Präsenzsettings. Weiter sollten spezifische Neuentwicklungen von Materialien und Assessments die Qualität steigern.

6.2.5 Institution

Im Bereich der Institution wurden **interne Abläufe**, **alternatives Angebot** und **Wirtschaftlichkeit** kategorisiert.

Interne Abläufe:

Interne Abläufe wurden kategorisiert in die Aspekte **Arbeitsorganisation**, **Flexibilität zur Person und Örtlichkeit**, **zeitliche Aspekte** und **Interdisziplinarität**.

Arbeitsorganisation: Das Telesetting wurde mit Vor- und Nachteilen für Arbeitsprozesse beschrieben (Exp-IP6, 50). So wurde von Arbeitsverdichtung und einer Reduzierung von Entlastungszeiten durch wegfallende Wegzeiten berichtet (Exp-IP6, 50; Exp-IP9, 70; Exp-IP20, 56) und das Arbeitspensum wurde eher mehr, auch weil die Frequenz in der Betreuung oft höher war (Exp-IP20, 56; Exp-IP10, 32). Hier wurde für Fachkräfte eine Höchstgrenze an Teleeeinheiten pro Tag thematisiert (Exp-IP6, 50). Teilweise wurde auch von einer Arbeitserleichterung gesprochen (Exp-IP15, 11–14), da die Organisation von Terminen und Abläufen als vorteilhaft und ressourcenschonend angesehen wurde (Exp-IP2, 20; Exp-IP9, 70; Exp-IP10, 54).

„es ist Fluch und Segen zugleich, weil auch irgendwie es funktioniert gut, man kann viele Dinge machen [...], aber es führt halt in der Praxis oftmals zu einer Arbeitsverdichtung, [...] man kann halt Termin an Termin an Termin legen und die Entlastungszeiten fallen dazwischen weg“ (Exp-Transkription IP6, 50)

*„es hat uns viele Chancen aufgezeigt, wie wir unsere Termine besser organisieren können, also unsere Auslastung in den Praxen ja sogar steigern können“
(Exp-Transkription IP10, 54)*

Flexibilität zur Person und zur Örtlichkeit: Die räumliche Unabhängigkeit in Telesettings wurde positiv wahrgenommen und es entstanden neue Möglichkeiten (Exp-IP1, 46, Exp-IP9, 70; Pat-IP13, 89; Pat-IP18, 46; Pat-IP19, 16/34/78; Exp-IP7, 10; Exp-IP14, 99; Pat-IP3, 64). Einer der größten Vorteile war, dass die beste fachliche Kompetenz zur Problematik gesucht werden konnte (Pat-IP18, 46; Pat-IP19, 16 /34/78), was nur in einem Telesetting ging (Pat-IP18, 54/68; Pat-IP19, 10–14) und so wurden Spezialist*innen aus anderen Bundesländern ausgewählt (Exp-IP14, 99; Pat-IP19, 52). Zudem galt es als Vorteil fehlende Angehörige bezüglich Wegstrecke, durch das Telesetting auszugleichen (Exp-IP15, 10, Pat-IP17, 79).

„das ist für mich ein Riesenvorteil, das heißt, ich bin nicht mehr davon abhängig mir einen Fachbereich1 zu suchen, der in der Nähe ist, sondern kann rein nach der fachlichen Kompetenz gehen und kann mir jemanden suchen, der eben am besten zu meiner Problematik passt“ (Pat-Transkription IP18, 46)

„oder man sieht den Vorteil, wenn jetzt Leute auf dem Land leben und die Praxen nicht in erreichbarer Nähe haben und man dafür vielleicht viele Kilometer autofahren müsste“ (Pat-Transkription IP17, 79)

Zeitliche Aspekte: Beide Seiten berichteten von Zeitersparnis durch wegfallende Wegzeiten, und mehr Flexibilität bei Terminvereinbarungen, was als klaren Vorteil galt (Exp-IP2, 52; Exp-IP5, 66; Exp-IP6, 38/64; Exp-IP9, 70; Exp-IP20, 66; Pat-IP18, 78; Pat-IP12, 40/106; Pat-IP13, 89; Pat-IP19,74). Zudem konnte Terminwünschen in Telesettings besser nachgekommen werden (Exp-IP1, 46; Exp-IP7, 44; Exp-IP10, 40) und es wurde von Terminen außerhalb üblicher Zeiten berichtet (Exp-IP7, 44; Pat-IP18, 78; Exp-IP15, 14) sowie von schnellerer Neutermineinrichtung bei Absagen (Exp-IP10, 40) und Vorziehen eines Termins bei akuter Verschlechterung (Exp-IP15, 22). Die Termine konnten weiter besser in den privaten Alltag integriert werden (Pat-IP17, 81; Pat-IP19, 64/74), was gerade von Familien geschätzt wurde (Exp-IP6, 38). Stellenweise waren Einheiten zeitlich verkürzt, gerade bei kleinen Kindern oder starken kognitiven Einschränkungen (Exp-IP9, 16; Exp-IP20, 38; Pat-IP17, 73; Pat-IP19, 28; Pat-IP18, 40). Weiter wurden auch deutlich längere Termine beschrieben (Pat-IP19, 38), wobei im Mittel die festgesetzte Therapiezeit wie in Präsenz erreicht wurde (Pat-IP18, 40; Pat-IP12, 62).

„und das ist natürlich schon eine deutliche Zeitersparnis, also wir konnten die Termine dann auch so legen, dass sie direkt nach der Schule halt stattgefunden haben [...] wo man sonst immer sagen müsste, da müsste man eigentlich noch kochen“ (Exp-Transkription IP6, 38)

„wenn ich jetzt beispielsweise jeden Tag von 8 bis 18 arbeite und die Praxis hat halt von 9 bis 18 offen, ja dann ist es schwierig, so kann man das halt ein bisschen besser eintakten“ (Pat-Transkription IP19, 64)

Interdisziplinarität: Ein kurzfristiger Austausch mit entfernten Kolleg*innen (Exp-IP6, 64) und mit anderen Professionen (Exp-IP9, 56) wurde als leichter möglich beschrieben. Gerade in der Pandemie kam es dabei zur Vernetzung der Berufsgruppen und zum Erfahrungsaustausch (Exp-IP10, 54; Exp-IP11,63).

„es erweitert halt einfach noch mal die Kommunikationsmöglichkeiten auch kurzfristig nochmal so also, wenn man jetzt irgendwie zum Thema kurzfristig austauschen will zu einer Meinungsbildung, das ist echt super einfach jemanden mal einen Link zu schicken“ (Exp-Transkription IP6, 64)

„ich nehme mit, dass uns das ein Stück weit mehr vernetzt hat in Gesamtdeutschland also wir haben ja auch eine Plattform ins Leben gerufen“ (Exp-Transkription IP10, 54)

Zusammenfassung - Interne Abläufe:

Bezüglich der Arbeitsorganisation wurden Vor- und Nachteile genannt. So wurde eine Arbeitsverdichtung durch wegfallende Wegezeiten beschrieben, sowie reduzierte Entlastungszeiten. Die Arbeit wurde eher mehr und eine Höchstgrenze an Teleeeinheiten pro Tag wurde thematisiert. Weiter wurde eine Arbeitserleichterung in der Organisation von Terminen und Abläufen beschrieben. Als sehr vorteilhaft wurde die räumliche Flexibilität zur Person angesehen, gerade bei der Suche nach bester Fachkompetenz und Spezialist*innen. Weiter wurde es geschätzt den Durchführungsort selbst bestimmen zu können, gerade auch wenn Unterstützungspersonen aus dem Umfeld fehlten. Zudem schufen wegfallende Wegezeiten zeitliche Flexibilität bei Terminen und beidseitige Zeitersparnis. Terminwünsche konnten besser berücksichtigt werden, gerade bei Absagen und auch außerhalb üblicher Zeiten. Weiter konnten Termine besser in den Alltag der Personen integriert werden, was hauptsächlich Familien schätzten. Die Dauer eines Telesettings variierte dabei nach der Tagesverfassung von Patient*innen, sodass längere und kürzere Einheiten durchgeführt wurden. Ebenso galt ein kurzfristiger Austausch mit Kolleg*innen oder anderen Berufsgruppen als erleichtert und es wurde zur Vernetzung von Expert*innen und zum Erfahrungsaustausch genutzt.

Alternatives Angebot:

Das Telesetting wurde als alternatives Angebot bei **Krankheit und Krisen**, als **Ersatz für den Hausbesuch** und als **Kombination mit Präsenz** dargestellt.

Krankheit und Krisen: Telesettings wurden als gute Alternative bei Krankheits- oder Quarantänesituationen beschrieben, gerade während der Covid-19 Pandemie, um eine kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen (Exp-IP7, 76, Exp-IP10, 24/40; Exp-IP1, 36/46; Exp-IP5, 48, Exp-IP2, 60; Exp-IP6, 16, Exp-IP20, 66; Pat-IP13, 99; Pat-IP17, 79; Exp-IP8, 80; Exp-IP2, 54/60; Exp-IP11, 77; Pat-IP13, 99). Der dadurch ermöglichte regelmäßige Austausch wurde als beiderseitiger Gewinn gesehen (Exp-IP14, 99; Exp-IP9, 70; Exp-IP10, 24), welcher half sozialer Isolation zu begegnen (Exp-IP6, 70; Exp-IP20, 8; Exp-IP8, 22). Ebenso wurde es bei einer leichten Erkältung oder nicht vorhandener Mobilität, beidseitig als eine gute Alternative für die Weiterversorgung von Patient*innen und Angehörigen bezeichnet (Exp-IP8, 52; Exp-IP4, 38; Exp-IP1, 46; Exp-IP7, 80; Pat-IP16, 93; Exp-IP9, 76). Zudem konnten Klinikaufenthalte bei akutem psychischem Geschehen verhindert werden (Exp-IP8, 45–46) und ein Telesetting wurde als besonders niederschwelliges Angebot dargestellt (Exp-IP7, 80; Pat-IP3, 8; Pat-IP12, 112; Pat-IP16, 9/99). Hier wurde von einem Fall berichtet, in dem das Setting höchstwahrscheinlich vor einem möglichen Suizid bewahrte (Exp-IP8, 60–62). Weiter wurde es bei chronisch kranken Kindern als sinnvoll angesehen, da oft viele Ausfälle den Erfolg gefährdeten und bei kurzfristigen Absagen auch Ersatzzahlungen von Familien geleistet werden mussten (Pat-IP17, 79).

*„also es ist auf jeden Fall ein super Werkzeug für Krisensituationen [...] oder der Patient hat mal für vier Wochen keinen Fahrer, oder wir Therapeuten, ich überleg jetzt gerade, wenn ich mir zum Beispiel jetzt den Fuß brechen würde“
(Exp-Transkription IP2, 60)*

„weil man kann auch klar sagen, man merkt jetzt das kann halt auch sozialer Isolation halt vorbeugen, oder halt auch dazu beitragen, dass Angehörigenkontakte besser aufrechterhalten bleiben können“ (Exp-Transkription IP6, 70)

*„bei den psychischen Erkrankungen war es teilweise sehr hilfreich bei den Patienten, die eben Angst, Panik oder so depressiv sind, dass sie eben nicht in die Praxis kommen können, dass die immer noch diese Therapiestunde hatten“
(Exp-Transkription IP7, 80)*

Ersatz für Hausbesuche: Das Telesetting wurde weiter als gute Alternative für einen Hausbesuch bezeichnet (Exp-IP1, 54, Exp-IP11, 71; Pat-IP3, 46) und auch unterversorgte Regionen konnten damit erreicht werden (Exp-IP14, 99; Exp-IP11, 71). Weiter konnte bei schwer traumatisierten Personen ein Hausbesuch eine Grenzüberschreitung in den geschützten Privatraum darstellen, während ein Telesetting hier mehr Selbstbestimmung ermöglichte (Exp-IP8, 26).

*„bei uns im Ort1 gibt es auch schon viele schwarze Punkte auf der Karte, wo einfach kein Therapeut mehr hinfährt, also sprich keinen Hausbesuch mehr macht und gleichzeitig die Leute aber auch nicht die körperlichen Voraussetzungen haben, um ein, zweimal die Woche in die Praxis zu kommen, sprich die haben einfach Pech gehabt“
(Exp-Transkription IP1, 54)*

„beim Video haben Sie, also so haben sie es mir auch zum Teil zurückgemeldet, mehr Selbstbestimmung, also ich bin so viel in der Wohnung wie sie entscheiden [...] sie können mir die Wohnung zeigen, wenn sie es wollen“ (Exp-Transkription IP8, 26)

Kombination von Tele- und Präsenzsetting: Eine Kombination von Tele- und Präsenzsettings wurde oft als ausgezeichnet bezeichnet (Exp-IP1, 52; Exp-IP8, 52; Exp-IP2, 54; Exp-IP4, 38; Exp-IP11, 77; Exp-IP20, 74) und konnte bei längeren Pausen, wie Urlaub oder Ferien genutzt werden, um regelmäßige Einheiten anzubieten (Exp-IP10, 54) oder den Bedürfnissen nach Begleitung nachzukommen (Pat-IP16, 101). Weiter wurde die Möglichkeit einer verbesserten Nachbetreuung gesehen, um länger andauernde Festigungsphasen durch Teletermine zu begleiten (Exp-IP14, 101). Patient*innen mit Dauerterminen (Pat-IP13, 111), oder zwei Terminen pro Woche betonten ebenso Vorteile durch weniger Fahrtstrecken (Pat-IP13, 117).

*„Mischung ist gut, das kam ja dann auch nach dem ersten Lockdown so die Phase Kontaktbeschränkung, wo wir gesagt haben okay Mensch, wir bestellen uns jetzt manche Patienten 14-tägig ein und die Therapie dazwischen macht man als Videotherapie“
(Exp-Transkription IP2, 54)*

„und in den Phasen, wo es um Festigung geht zu begleiten, dadurch weniger Therapien vor Ort durchführen zu müssen [...] für einen Patienten, der etwas lernen soll, was über einen langen Zeitraum geht [...] da muss ich den Patienten nicht alle 2 Wochen in die Praxis bestellen“ (Exp-Transkription IP14, 101)

Zusammenfassung - Alternatives Angebot:

Gerade bei gewissen Krankheitsumständen und in Krisen wie der Pandemie wurde das Setting als wertvolle Alternative und beiderseitiger Gewinn beschrieben. Es half sozialer Isolation zu begegnen und war bei Gesundheits- oder Mobilitätseinschränkungen eine niederschwellige Möglichkeit der Weiterversorgung von Patient*innen und deren Umfeld. Zudem konnten Klinikaufenthalte und mögliche Suizide verhindert werden. Auch bei weiteren chronischen Erkrankungen, mit vielen Ausfällen konnte ein Telesetting Kontinuität und den Behandlungserfolg unterstützen. Weiter wurde das Telesetting in unterversorgten Regionen als Ersatz für den Hausbesuch bezeichnet und es erlaubte mehr Selbstbestimmung und Privatsphäre für Patient*innen. Dabei wurde eine Kombination als besonders vorteilhaft angesehen, um längere Pausen zu vermeiden sowie bei mehreren Terminen pro Woche. Auch in der Nachbetreuung ergaben sich neue Möglichkeiten, um die Festigungsphase zu begleiten.

Wirtschaftlichkeit:

Im Bereich wirtschaftlicher Aspekte wurden die **Erweiterung der Klientel**, die **ökonomische Absicherung**, der **Anteil von Telesettings** und formulierte **Zukunftsszenarien** kategorisiert.

Erweiterung der Klientel: Telesettings ermöglichten städteübergreifende Betreuungen, beispielsweise nach Umzug (Exp-IP10, 24) und die Behandlung von Patient*innen aus anderen Bundesländern (Exp-IP14, 43). Expert*innen erschlossen so neues Klientel und verbreiterten das Arbeitsfeld (Exp-IP15, 14). Weiter wurden Anfragen aus dem Ausland (Exp-IP7, 74; Exp-IP15, 14) beschrieben und weitere Potenziale im Selbstzahlerbereich (Exp-IP15,14) gesehen.

„Patienten, die einfach die Erfahrung gemacht haben der Videotherapie, die jetzt eben auch wirklich städteübergreifend mit uns noch arbeiten, weil sie umgezogen sind“ (Exp-Transkription IP10, 24)

„es stellt dieses Arbeitsfeld im Prinzip sogar breiter auf, ich kann eine andere Sorte von Klientel bedienen“ (Exp-Transkription IP15, 14)

„ich hab Anfragen bekommen zum Schluss von Thailand, von Amerika [...] von überall her kamen die dann“ (Exp-Transkription IP7, 74)

Ökonomische Absicherung: Gerade während der Covid-19 Pandemie galt ein Telesetting als eine wirtschaftliche Notwendigkeit (Exp-IP14, 23; Exp-IP1, 24; Exp-IP5, 14, Exp-IP1, 52), kompensierte die Kurzarbeitersituation für Angestellte (Exp-IP10, 24) und bedeutete Risikominimierung für das Unternehmen, da Ausfälle vermieden werden konnten (Exp-IP14, 99; Exp-IP7,80). Ferner entstanden kaum Fixkosten im Telesetting (Exp-IP15, 68) und es wurde als zeit- und kosteneffektiv beschrieben (Exp-IP6, 38).

„wenn man so will natürlich war es fast eine Notwendigkeit aus der Krise heraus, also beim ersten Lockdown [...] so da konnte ich dann weiterarbeiten, aber da war es auch ein bisschen mit dem Rücken zur Wand stehen“ (Exp-Transkription IP1, 24)

„weil es natürlich auch wirtschaftlich gesehen viel interessanter ist, weil wenn ich von zu Hause, aus meinem Büro oder aus meinem Wohnzimmer [...] dann rechnet sich das ja unterm Strich viel besser, weil die ganzen Mehrkosten nicht vorhanden sind“ (Exp-Transkription IP15, 68)

Anteil von Telesettings: Alle befragten Expert*innen gaben an, dass Telesettings mit dem Ende der Pandemie stark zurückgegangen waren (Exp-IP14, 15; Exp-IP2, 50; Exp-IP7, 76; Exp-IP10 10). Einige Expert*innen waren während der Lockdowns zu 100 % in der telemedizinischen Versorgung ausgelastet (Exp-IP8, 13–14, Exp-IP14, 15, Exp-IP20, 86), andere sprachen von einer circa 50 % Auslastung (Exp-IP10, 24, Exp-IP6, 68). Zum Zeitpunkt der Befragung gaben die Expert*innen von 0,5 % (Exp-IP2, 58) über ca. 10 % (Exp-IP15, 59–62; Exp-IP9, 76, Exp-IP10, 50; Exp-IP5, 68) bis zu 20 % (Exp-IP11, 75) und 80 % (Exp-IP20, 80) eine große Bandbreite an Telesettings an.

„von der Masse ist es deutlich zurückgegangen, ich selbst hab jetzt nur noch zwei Patienten, früher war ich zwei Tage im Home-Office, weil ich den ganzen Tag Onlinetherapien hatte, also 16 Therapien von 30 waren dann halt wirklich online und so war es in allen Praxen“ (Exp-Transkription IP10, 50)

Zukunftsszenarien: Das Telesetting wurde als allgemein als zukunftsweisend angesehen (Exp-IP1, 10) sowie als neuer Versorgungsweg, welcher sich zunehmend etablieren wird (Exp-IP6, 16/68/70; Exp-IP20, 88; Exp-IP11, 77; Exp-IP5, 70; Pat-IP18, 8/74; Pat-IP13, 109; Exp-IP1, 54; Exp-IP7, 84; Exp-IP10, 54; Pat-IP17,81). Dabei wurden digitale Entwicklungen im

Gesundheitssystem jedoch auch als träge bezeichnet (Exp-IP6, 70; Pat-IP3, 72). Die Vorteile eines Telesettings müssten breit erkannt werden (Pat-IP18, 8/74), gerade für den Zugang zur Versorgung (Exp-IP11, 71; Exp-IP9, 78; Exp-IP1, 54) und immer mehr Menschen haben in Zukunft die technischen Voraussetzungen (Pat-IP16, 101). Dabei wurden auch Sorgen geäußert, dass Methodiken sich grundlegend verändern könnten (Exp-IP8, 90; Exp-IP4, 80) und Telesettings dem physischen Kontakt vorgezogen werden (Exp-IP20, 88; Pat-IP16, 103–105; Exp-IP8, 90). Zudem wird sich der große Fachkräftemangel durch Telesettings nicht beseitigen lassen (Exp-IP1, 54). Ansonsten wurde eine finanzielle Unterstützung zur Einführung gewünscht (Exp-IP6, 70) und die ohnehin niedrigen Dienstleistungspreise sollten durch ein Telesetting nicht weiter von den Krankenkassen gedrückt werden (Exp-IP8, 90).

„ich bin absolut davon überzeugt, dass das irgendwann auch normal ist, also dass es natürlich die Behandlungen vor Ort gibt, aber dass es einfach als eine weitere Säule auftauchen wird“ (Exp-Transkription IP1, 54)

„wenn es von den Krankenkassen genutzt werden würde, um unseren Verdienst zu drücken, der ja eh jetzt schon nicht überdimensioniert bezahlt ist, dann fände ich das sehr schlecht“ (Exp-Transkription IP8, 90)

Zusammenfassung - Wirtschaftlichkeit:

Ein Telesetting tangierte eine Reihe von wirtschaftlichen Aspekten. So wurde eine Erweiterung der Klientel beschrieben und gleichzeitig neues Potenzial im Selbstzahlerbereich gesehen, auch durch Auslandsanfragen. Darüber hinaus galt ein Telesetting als zeit- und kosteneffektiv, und es entstanden kaum Fixkosten. Gerade während der Pandemie wurde es als wirtschaftliche Notwendigkeit begriffen, auch um die Kurzarbeitersituationen für Arbeitnehmende zu kompensieren, und das Telesetting war eine Risikominimierung für das Unternehmen. Nach dem Ende der Pandemie reduzierten sich die Behandlungsanteile bei Expert*innen für Telesetting stark, wobei sich große individuelle Unterschiede zeigten. Überdies wurden auch Sorgen benannt bezüglich möglicher, sinkender Behandlungspreise und fehlender finanzieller Unterstützung für Investitionen. In Zukunft wird jedoch davon ausgegangen, dass das Telesetting sich als ein neuer Versorgungsweg etablieren wird, wobei der Fachkräftemangel dadurch aber nicht beseitigt werden kann. Dies könnte die Arbeit und die Methoden jedoch stark verändern. Die Bedeutung des Telesettings und die möglichen Vorteile würden zunehmend erkannt und immer mehr Personen hätten zukünftig die notwendigen technischen Voraussetzungen und Kompetenzen.

6.2.6 Umwelt

Im Bereich der Umweltfaktoren wurden die Kategorien **räumliche Aspekte**, **technische Aspekte** und der **politische Kontext** gebildet.

Räumliche Aspekte:

Die räumlichen Aspekte wurden in den Subkategorien **häusliche Umgebung**, **Safe Place**, **Privatsphäre**, **Ablenkungen** und **professionelles Setting** untergliedert.

Häusliche Umgebung: Die häuslichen Voraussetzungen wurden vorab mit Patient*innen ausführlich besprochen (Exp-IP4, 68; Exp-IP20, 48; Exp-IP15, 24). Es benötigte einen Tisch mit Sitzmöglichkeiten für Patient*innen und Angehörige (Exp-IP9, 26) sowie Platz für die Technik (Pat-IP13, 39). Für Beratungsgespräche brauchte es weniger Platz (Exp-IP15, 24), während zur Durchführung von Übungen und Tests genügend Platz betont wurde (Exp-IP15, 24/26; Exp-IP4, 68; Pat-IP13, 39). Weiter war die Gestaltung eines ruhigen Ortes ohne Störungen bedeutsam (Exp-IP20, 48/52; Pat-IP13, 39; Pat-IP16, 35; Pat-IP12, 52), da die Umgebung die Kommunikation, das Feedback (Exp-IP6, 22) sowie die Konzentration beeinflusste (Pat-IP16, 40–47). Zudem wurde eine ausreichende Helligkeit (Exp-IP14, 27) und eine angemessene Raumgröße thematisiert (Exp-IP6, 56) und dass nicht alle Patient*innen einen separaten Raum für ein Telesetting zur Verfügung hatten (Exp-IP11, 67; Exp-IP9, 26; Exp-IP4, 34/68).

„sie sollten Platz haben, dass sie auch mal fünf Schritte gehen können, das muss ich klären, das muss ich ja vorher klären, sonst kann ich nicht arbeiten, wenn es das kleine enge Wohnzimmerchen ist von, weiß ich nicht 15 qm“ (Exp-Transkription IP4, 68)

„räumliche Voraussetzung ist im Endeffekt zweimal Stille und vielleicht noch irgendwo ein Tisch, wo sie halt das Tablet hinstellen können“ (Exp-Transkription IP9, 26)

Safe Place: Im Telesetting wurden teilweise offenere Gespräche als in Präsenz geführt, was die Arbeit positiv beeinflusste (Exp-IP9, 70; Exp-IP8, 52/78). Die eigene Häuslichkeit schaffte ein Sicherheitsgefühl (Exp-IP8, 78; Pat-IP3, 8) und entspannte Patient*innen (Pat-IP19, 38). Der Austausch wurde im Allgemeinen als bequemer, privater, ungezwungener und weniger künstlich beschrieben (Exp-IP14, 83; Exp-IP8, 78; Pat-IP18, 26; Pat-IP19, 38; Pat-IP3, 8). Dabei erleichterte der vertraute Rahmen auch Kindern sich auf Inhalte einzulassen (Pat-IP3, 14/16/46) und sie zeigten sich authentischer (Pat-IP3, 52). Zudem konnten Sicherheits- und Hygienemaßnahmen während der Pandemie eingehalten werden (Exp-IP9, 70; Exp-IP5, 14; Pat-IP16, 93).

„es war ein ungezwungenerer Umgang, weil das ist meine Vermutung, die Umgebung, in der sie sich befanden, für sie bekannt war [...] nimmt ein bisschen scheu, macht gesprächiger“ (Exp-Transkription IP14, 83)

„man selbst ist halt auch in einer sehr privaten, gewohnten Atmosphäre, zumindest jetzt in meinem Fall, und dadurch ist das Setting jetzt aus meiner Perspektive heraus schon mal ein bisschen angenehmer und privater“ (Pat-Transkription IP18, 26)

Privatsphäre: Die Herstellung von Privatsphäre und Ruhe galt als wichtig (Exp-IP20, 44; Exp-IP9, 26; Exp-IP11, 23; Exp-IP8, 20), um Konzentration auf Inhalte zu ermöglichen (Pat-IP12, 52; Pat-IP13, 41). Zudem hatte der Datenschutz eine wichtige Rolle (Exp-IP6, 66; Pat-IP3, 42; Exp-IP8, 20; Exp-IP9, 26), primär zur Vertrauensbildung bezüglich Medium und Setting (Pat-IP3, 18), da Gespräche jederzeit technisch aufgezeichnet werden könnten (Exp-IP6, 66; Pat-IP3, 42). Dabei galt zu Beginn der Pandemie die Datensicherheit als regulatorisch ungeklärt und wurde beidseitig eher vernachlässigt (Pat-IP3, 38; Exp-IP9, 16; Exp-IP2, 30). Ansonsten wurde die Anwesenheit von weiteren Personen im Raum abgefragt (Exp-IP11, 21) und es wurde thematisiert, dass Expert*innen durch das Telesetting Einblick ins Private bekamen (Exp-IP2, 22; Exp-IP8, 20; Exp-IP20, 48). Zudem wurde betont, dass auch bei der Verwendung von Kopfhörern umgebende Personen zuhören konnten (Exp-IP8, 20). Empfangen Patient*innen ein Telesetting nicht in der häuslichen Umgebung, mussten sie selbstständig auf die Intimität der Situation achten (Exp-IP8, 28), wobei ein Telesetting draußen teilweise ausgeschlossen wurde (Pat-IP16, 35–39).

„die Patienten darauf hinweisen, dass man natürlich durch diesen Blick der Kamera auch ins private Umfeld blicken kann“ (Exp-Transkription IP2, 22)

„ganz wichtig ist die geschützte Atmosphäre in dem Raum, dazu diese Ruhe, wo sich der Durchführer wohlfühlt, wo es geschützt ist, wo niemand zu hört und auch quasi der Gegenüber“ (Exp-Transkription IP20, 44)

Ablenkungen: Im Telesetting wurde das Umfeld als ablenkend wahrgenommen und beeinflusste die Konzentration negativ, etwa wenn weitere Personen im Hintergrund agierten (Exp-IP1, 22; Exp-IP6, 34; Exp-IP9, 26; Pat-IP12, 52/60; Pat-IP13, 41/89). Ebenso lenkten Haustiere und Geräusche ab (Exp-IP11, 25; Pat-IP13, 89), oder es waren Unterhaltungsgeräte angeschaltet (Exp-IP11, 25). Ein unruhiger, oder animierter virtueller Hintergrund konnte ablenken (Exp-IP1, 22; Pat-IP3, 56/58), gerade bei Kindern (Pat-IP3, 56) und Patient*innen waren auch durch

das eigene Kamerabild abgelenkt (Exp-IP1, 14; Exp-IP4, 56) sowie Ablenkungen durch ein Smartphone oder weitere Software wurden thematisiert (Exp-IP6, 30). Zudem wurden unkontrollierbare Ablenkungen durch das Klingeln an der Haustür oder ein Telefon beschrieben (Exp-IP10, 20; Exp-IP11, 23). Derartige Störfaktoren wurden vermieden, indem man vorab dazu informierte und ungünstige Vorkommnisse thematisierte (Pat-IP3, 22; Exp-IP11, 67). Nicht notwendige Software wurde geschlossen (Exp-IP6, 28/32) und das Telefon abgeschaltet (Pat-IP3, 22). Kleinere Ablenkungen konnten das Geschehen auflockern, aber ständige Unterbrechungen wurden als störend empfunden (Pat-IP12, 53–56), wobei Ablenkungen auch mit der Motivation von Patient*innen zu tun hatten (Exp-IP6, 30, Exp-IP11, 25).

„das hängt dann von den Familienverhältnissen so ein bisschen ab, ob es denen schwerfällt, [...] das Kind alleine in einen Raum zu setzen und die Onlinetherapie zu machen, da wuselt dann immer irgendetwas herum, das muss man ein bisschen mehr vor und nachbesprechen, was jetzt günstig war und nicht“ (Exp-Transkription IP11, 67)

„in der Onlinetherapie war das schwierig, da habe ich dann gemerkt da lief der @Fernseher zu Hause@ und er war mehr abgelenkt, dann hatten sie ein Haustier das schlenderte immer vorbei und hat ihn auch abgelenkt“ (Exp-Transkription IP11, 25)

Professionelles Setting: Das professionelle Telesetting im Vorfeld zu reflektieren, wurde für Fachkräfte als wichtig erachtet (Exp-IP20, 88). Die Arbeitsatmosphäre wurde parallel zur Präsenz reizarm gestaltet (Exp-IP1, 22; Exp-IP8, 28; Exp-IP11, 23; Pat-IP3, 22; Exp-IP14, 27) und sollte ein konzentriertes Arbeiten ermöglichen (Exp-IP9, 26; Exp-IP14, 27; Exp-IP20, 44; Exp-IP8, 20; Exp-IP11, 23). Weiter wurden die Augenkommunikation und günstige Kameraeinstellungen besprochen (Exp-IP8, 70; Pat-IP19, 50; Exp-IP14, 55). Als vorteilhaft galten bekannte Praxisräumlichkeiten (Exp-IP2, 26; Exp-IP8, 78; Pat-IP16, 35; Pat-IP19, 40) und eine unifarbene Kleidung angesehen, da dies zu weniger Fehler in der Bildübertragung führte (Exp-IP7, 46). Weiter galt es Fachkompetenz zu vermitteln (Pat-IP18, 72; Pat-IP19, 40; Pat-IP16, 49), gerade zu Beginn eines Telesettings und bei eher skeptischen Personen (Pat-IP18, 72). Eine professionelle Kennzeichnung der Institution im virtuellen Hintergrund galt ebenso als vorteilhaft für die Vertrauensbasis (Exp-IP2, 26/28/30; Pat-IP16, 35/40–47; Pat-IP3, 56; Pat-IP12, 52) und generierte eine höhere Wertigkeit (Exp-IP2, 30). Bei regelmäßig durchgeführten Telesettings wurde eine festinstallierte Raumtechnik thematisiert (Exp-IP6, 56). Waren Expert*innen im Home-Office achteten diese besonders auf ein ruhiges und vertrauenswürdiges Setting (Exp-IP8, 28; Exp-IP11, 21).

„also aus Therapeutensicht ist es wirklich sinnvoll das in den bekannten Praxisräumen zu machen [...] wir sind jetzt für euch da in unserer Praxis Kleidung [...] also so eine Wertigkeit zu geben“ (Exp-Transkription IP2, 30)

„es sollte ordentlich sein und es sieht immer gut aus, wenn irgendwo im Hintergrund Fachliteratur steht, [...] ich bin da der Meinung, dass eher die Fachkompetenz, die die Person ausstrahlt, viel wichtiger, ist als der Hintergrund“ (Pat-Transkription IP19, 40)

Zusammenfassung - Räumliche Aspekte:

Die räumlichen Aspekte im Telesetting zeigten sich teilweise stark verändert. So wurde die häusliche Umgebung wurde vorab intensiv besprochen. Ebenso galt die Organisation des Telesettings beidseitig als komplex. Dabei schaffte eine klare Kennzeichnungen von Institution eine professionelle Außenwirkung und galt als grundlegend wichtig für die Vertrauensbasis. Durch die professionelle Gestaltung wurde zudem Fachkompetenz vermittelt, was gerade bei skeptischen Personen wichtig war und bekannte, ordentliche Räumlichkeiten sowie unifarbene Kleidung galten als hilfreich. Bei regelmäßigen Telesettings wurde eine feste Raumtechnik thematisiert. Ferner wurde die Arbeitsatmosphäre parallel zur Präsenz reizarm gestaltet, um ein konzentriertes Arbeiten zu ermöglichen. Ähnliche Hinweise zur Gestaltung eines ruhigen, ablenkungsfreien Raumes, mit ausreichender Helligkeit und Größe erfolgten an Patient*innen. Es mussten Tische, Sitzmöglichkeiten, Platz für Technik und die Umsetzung von Inhalten und Übungen abgesprochen werden. Weiter galt es als wichtig eine Privatsphäre herzustellen im Hinblick auf Arbeitshaltung und Konzentration. Das eigene Zuhause konnte zudem ein Sicherheitsgefühl schaffen und ermutigte zu offenen, authentischen Gesprächen. Dabei galt der Datenschutz allgemein als wichtig, wobei die Datensicherheit während der Pandemie oft untergeordnet schien. Ansonsten wurde abgeklärt, ob weitere Personen anwesend waren und die Patient*innen mussten unter Hinweisen auf private Einblicke, selbstständig auf die Intimität der Situation achten. Zudem wurden Patient*innen zu Hause als weniger konzentriert wahrgenommen und die häusliche Umgebung konnte durch Angehörige, Haustiere oder Geräusche ablenken. Weitere Ablenkungen wurden durch Software und Smartphone beschrieben und waren teilweise unkontrollierbar. Dabei galt es als wichtig, mögliche Störfaktoren im Vorfeld mit allen Beteiligten zu besprechen und Hinweise zu geben. Einzelne Ablenkungen wurden beidseitig als Auflockerung toleriert. Im Home-Office wurde von Expert*innen besonders auf ein professionelles Setting geachtet. Zudem wurde betont, dass Sicherheits- und Hygienemaßnahmen im Telesetting eingehalten wurden, gerade während der Pandemie.

Technische Aspekte:

Im Bereich von technischen Aspekten wurde die **Usability, Hardware, Technikprobleme, Datenschutz**, sowie **Vor- und Nachteile** kategorisiert.

Usability: Eine hohe Benutzerfreundlichkeit galt als entscheidender Aspekt in der Auswahl der gesamten Technik (Exp-IP6, 18; Exp-IP20, 62/90; Exp-IP1, 20; Exp-IP5, 52/50), dann funktionierte das Telesetting gut (Exp-IP20, 62; Exp-IP1, 20). Die Software und technische Einstellungen sollten möglichst selbsterklärend und inklusiv sein (Exp-IP6, 18/26; Exp-IP2, 30; Exp-IP5, 52/50), sowohl bei der Einrichtung als auch bei der Durchführung (Exp-IP1, 26). Weiter musste die Ein- und Auswahl möglichst niederschwellig und ohne Anmeldung möglich sein (Exp-IP6, 62; Exp-IP20, 46). Eine Erinnerungsfunktion an Termine war wichtig, da diese teilweise vergessen wurden (Exp-IP20, 46). Ebenso sollte die Software erlauben Übungen und Spiele zu integrieren (Exp-IP14, 31). Gegebenenfalls wurde die Darstellung vereinfacht (Exp-IP15, 44), wenn zu viele Anwendungen abgebildet waren und Patient*innen sich verwirrt zeigten (Exp-IP20, 62). Gerade bei älteren Personen war eine Reduzierung der Komplexität wichtig, um individuelle Barrieren zu reduzieren (Exp-IP20, 90). Die Verwendung unterschiedlicher Software erschwerte für alle Beteiligten den Prozess (Exp-IP6, 62).

„ein gutes Tool, womit man VK abwickeln kann und dann halt auch wirklich mit einer einfachen intuitiven Ein- und Auswahl aus dem Tool“

(Exp-Transkription IP6, 62)

„es kommt natürlich ganz stark auf die Software an [...], weil das ja teilweise auch hochbetagte Menschen sind und mit Menschen mit Demenz da ist wirklich, weniger ist mehr“ (Exp-Transkription IP20, 90)

Hardware: Das Vorhandensein adäquater Technik wurde als Bedingung für ein gelingendes Telesetting angesehen (Exp-IP10, 22; Exp-IP15, 20/24; Exp-IP2, 30/64; Pat-IP17, 56–57; Exp-IP6, 40; Pat-IP13, 9/31; Exp-IP14, 27), was im Vorfeld kommuniziert wurde (Exp-IP15, 24; Exp-IP11, 21). Vor allem der Einsatz von Headset und externer Kamera wurde thematisiert (Exp-IP9, 14/18; Exp-IP11, 21; Pat-IP3, 26; Exp-IP2, 30), da durch die bessere Übertragung nicht so laut gesprochen werden musste (Exp-IP9, 14/18). Weiter kamen zwei Bildschirme zum Einsatz, um Inhalte und Personen gleichzeitig beachten zu können (Exp-IP9, 16). Termine mittels Smartphone wurden als unzufriedenstellend beschrieben (Exp-IP10, 22; Pat-IP16, 83; Pat-

IP12, 62), wobei ein Smartphone bei alleinigen Gesprächen noch akzeptiert wurde (Exp-IP15, 24; Pat-IP16, 11), generell aber wurde die Mindestgröße eines Tablets empfohlen, um Funktionen wie einen geteilten Bildschirm adäquat sehen zu können (Exp-IP10, 22; Pat-IP3, 26). Die Geräte sollten für eine gute Durchführung zudem auf einem relativ neuen Stand sein, was als problematisch galt (Exp-IP14, 87; Exp-IP15, 50). Nicht alle Personen besaßen die nötigen Geräte, sodass von technischen Barrieren und Abhängigkeiten gesprochen wurde (Exp-IP10, 22; Exp-IP4, 36; Exp-IP6, 18; Exp-IP10, 52; Pat-IP12, 72; Pat-IP3, 38; Pat-IP13, 89). Zusätzliche Kommunikationsgeräte wie das Telefon waren bei Technikproblemen eine wichtige Unterstützung (Exp-IP7 40/42). Patient*innen benötigten zudem oft einen Drucker (Exp-IP9, 26), oder tragbare Geräte, falls ein Raumwechsel gewünscht war (Pat-IP3, 26). Beide Seiten betonten zudem die Bedeutung einer stabilen Internetverbindung als Grundvoraussetzung für eine gute Bild- und Tonübertragung (Exp-IP1, 22; Exp-IP2, 30; Exp-IP9, 18/26; Pat-IP3, 26; Pat-IP13, 31; Exp-IP14, 27/69; Exp-IP7, 27–28; Exp-IP8, 68; Pat-IP19, 20). Eine fehlende schnelle Internetabdeckung wurde als deutliche Hürde gesehen (Exp-IP4, 36; Exp-IP6, 70; Exp-IP11, 19/63; Exp-IP14, 29/87; Exp-IP15, 50) und bei älteren Gebäuden waren enorme Umbaumaßnahmen erforderlich (Exp-IP4, 18/20), sodass auch Institutionen oftmals an der Internetabdeckung scheiterten (Exp-IP6, 70). Bei instabilen Internetverbindungen wurde der Tipp gegeben, andere Verbraucher im Haus abzustellen (Exp-IP9, 18).

„technisch braucht man ja natürlich eine gute Internetverbindung, das ist wichtig, sauberes Internet, Kamera, Mikrofon, guten Computer“ (Exp-Transkription IP2, 30)

*„also ich sag mal, der Nachteil ist sicher auch, nicht jeder hat das Equipment zu Hause, dass er das machen kann [...] auch die jungen Leute haben nicht alle einen richtigen Rechner, sondern nur ihr dämliches Handy und sonst nichts“
(Exp-Transkription IP4, 36)*

Technikprobleme: Gerade bei der Einführung von Telesettings gab es technische Probleme und Anwendungsfehler, hauptsächlich rund um die Einwahl und die Kamera (Exp-IP2, 20; Exp-IP6, 18/26/38; Pat-IP17, 56–57; Pat-IP19, 54; Pat-IP13, 11), welche aber oft gelöst werden konnten (Exp-IP2, 20; Exp-IP6, 38; Exp-IP15, 44). Es benötigte eine Gewöhnungszeit an das Medium (Pat-IP17, 17). Teilweise war persönliche Überforderung mit der Technik erkennbar (Exp-IP15, 44) und es wurde fortwährend Unterstützung vom Umfeld benötigt (Exp-IP20, 46). Eine hohe Bedeutung hatte es, bei technischen Fragen auf Augenhöhe mit Patient*innen zu

gehen und bei dem jeweiligen Stand der Fähigkeiten abzuholen (Exp-IP11, 31). Dabei wurde es als schwierig wahrgenommen, technische Probleme auf Distanz zu lösen (Exp-IP6, 20) und ein Rückgriff auf das Telefon zur Problemlösung war nötig (Exp-IP10, 34; Exp-IP6, 18; Exp-IP20, 10). Viele Störungen in der Signalübertragung wurden als hinderlich und negativ beschrieben (Exp-IP11, 19; Exp-IP14, 29; Exp-IP9, 18; Exp-IP10, 34; Pat-IP13, 31/59; Pat-IP12, 26; Pat-IP16, 25). Auch wurde die Technik als noch unausgereift wahrgenommen, um Telesettings intensiv anzubieten (Exp-IP1, 56), gerade die technische Übertragung der eigenen Stimmfarbe war negativ (Exp-IP6, 22). Ein Austausch mit IT – Spezialisten wurde bei Problemen als wichtig beschrieben (Exp-IP4, 18).

„sagen wir mal das Hauptproblem war oft so der Umgang mit der Kamera, dass man nur ein Teilbild vom Patienten gesehen hat, dass die Kameraeinstellungen nicht richtig war, dass bei einem Laptop der Aufklappwinkel anders war, man hat nur irgendwie so die Stirn und die Zimmerdecke @gesehen@“ (Exp-Transkription IP2, 20)

„wenn die Leitung nicht stimmt, dann funktioniert es auch nicht [...], wenn die Therapiestunde mehr aus Pausen und Unterbrechungen besteht dann ist sie für den Eimer @sag ich jetzt mal@“ (Exp-Transkription IP14, 29)

Vorteile: War die Technik einmal vorhanden, konnte diese in anderen Lebensbereichen genutzt werden (Pat-IP13, 89). So entstand die Möglichkeit mit anderen Personen virtuell in Kontakt zu bleiben, was während der Lockdowns ein bedeutender Aspekt war (Exp-IP8, 22; Pat-IP16, 97). Zudem wurden digitale Kompetenzen im Telesetting erlernt, welche ebenfalls übertragen wurden (Pat-IP13, 35; Pat-IP3, 28; Pat-IP17, 29). Die Technik bot zudem die Möglichkeit bei Sinneseinschränkungen die Lautstärke zu erhöhen oder Texte zu vergrößern (Exp-IP11, 67). Zudem wurde ein ökologischer Vorteil im Hinblick auf die Klimakrise und eingesparte Mobilität genannt (Pat-IP17, 79).

„seit ich das gemacht habe, kommuniziere ich ab und zu mal mit Freunden, Bekannten über Videokonferenz [...] ist einem vertrauter geworden und man nutzt es auch privat“ (Pat-Transkription IP16, 97)

„Lautstärke kann ich fast ein wenig besser kompensieren, weil ich einfach lauter mache, das kann ich in der Präsenz ja nicht unbedingt“ (Exp-Transkription IP11, 67)

Nachteile: Waren Inhalte unattraktiv oder Gespräche zu belastend, konnte man mit einem Klick den Termin schnell beenden (Exp-IP8,50/78; Pat-IP13, 93; Pat-IP16, 85–87; Exp-IP6, 22) und ein Telesetting bot mehr Fluchtmöglichkeiten (Pat-IP16, 85–87), was Gefühle des Unwohlseins bei Expert*innen auslöste (Exp-IP6, 22; Exp-IP8, 50). Gerade bei Menschen mit psychischen Problemen wurde dies als schwierig empfunden (Exp-IP8, 50), aber auch Kinder klappten den Laptop zu oder gingen weg (Exp-IP10, 16/22). Zudem wurde die Beendigung des Kamerabildes als negativ betrachtet (Exp-IP6, 22). Weiter wurde durch das Setting vermehrt an Medien herangeführt, wobei das Beratungsziel oftmals weniger Medienkonsum war (Exp-IP2, 54/68). Telesettings wurden zudem nicht so verbindlich wahrgenommen (Pat-IP3, 44).

„na ja, wenn jemand borderlinehaft immer suizidal unterwegs ist, fühlt es sich oft auch nicht gut an, dieses abrupte weg, zack Sitzung verlassen [...] hinterlässt dann bei mir durchaus auch sehr beunruhigte Gefühle“ (Exp-Transkription IP8, 50)

„ich hatte schon so einige kleine Rabauken die dann PC einfach zugeklappt haben während der Therapie und damit ist die Stunde gelaufen“ (Exp-Transkription IP10, 16)

Zusammenfassung - Technische Aspekte:

Eine hohe Benutzerfreundlichkeit der verwendeten Hard- und Software war entscheidend für ein funktionierendes Telesetting und die Reduzierung von Barrieren. Die Technik musste für Patient*innen geeignet sein und bei Problemen vereinfacht werden können. Einstellungen sollten möglichst selbsterklärend und inklusiv sein und die Einwahl ohne Anmeldung möglich sein, wobei unterschiedliche Software den Prozess erschwerte. Eine Erinnerungsfunktion der Software an Termine war wichtig und Übungen und Spiele mussten eingebunden werden können. Weiter galt adäquate und moderne Hardware als Voraussetzung, was im Vorfeld besprochen wurde. Ein Headset und eine externe Kamera wurden auf Grund der besseren Übertragungsqualität empfohlen. Mehr als ein Bildschirm galt für Expert*innen als komfortabel und Patient*innen benötigten für eine gute Bildschirmgröße bei geteiltem Bildschirm mindestens ein Tablet sowie oft ein Drucker. Einheiten mit einem Smartphone galten als unbefriedigend, wobei es bei Gesprächen teilweise akzeptiert wurde. Nicht alle Personen hatten die technischen Voraussetzungen, was eine Barriere darstellte. Gerade zur Einführung traten vermehrt technische Probleme auf und es wurden Überforderungen von Patient*innen berichtet, sodass das Umfeld unterstützen musste. Vor allem die Einwahl war oft herausfordernd und es benötigte eine Gewöhnungszeit an das Telesetting. Bei Problemen galt es als wichtig kompetenzorientiert und

individuell mit Patient*innen eine Lösung zu finden, wobei Probleme aus der Distanz heraus telefonisch schwierig zu lösen waren. Ein Austausch mit IT – Expert*innen wurde als wertvoll geschätzt. Zudem wurden viele Störungen in der Signalübertragung hinderlich, teilweise wurde die Technik auch als zu unausgereift beschrieben. Die Vorteile waren, dass die vorhandene Technik in anderen Lebensbereichen ebenfalls genutzt werden konnte und digitale Kompetenzen erlernt wurden. Die Funktionen der Technik erlaubten zudem bei Höreinschränkungen lauter zu stellen und bei Seheinschränkungen zu vergrößern. Zudem wurde ein ökologischer Vorteil durch eingesparte Wege genannt. Als Nachteil galt, dass Patient*innen bei unattraktiven oder belastenden Inhalten jederzeit das Telesetting beenden konnten, was gerade bei Patient*innen mit psychischen Erkrankungen als belastend für Expert*innen angesehen wurde. Zudem war ein ausgeschaltetes Kamerabild negativ und Teletermine wurden weniger verbindlich wahrgenommen. Ebenso wurde der erhöhte Medienkonsum bei Kindern kritisch gesehen, da dies oft konträr zum Behandlungsziel war.

Rahmenbedingungen:

Kategorien zum politischen Kontext beinhalteten **Ausbildungsaspekte** und **rechtliche Aspekte**.

Ausbildungsaspekte: Das veränderte Rollenverständnis in einem Telesetting muss in der Ausbildung berücksichtigt werden (Exp-IP4, 32). Weiter sollte das systemische Arbeiten mit dem Umfeld verstärkt gelehrt werden, ebenso wie die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team (Exp-IP6, 80). Zudem müssten Aspekte des Selbstmanagements von Patient*innen sowie ein entsprechendes Coaching zur Eigenverantwortung in der Ausbildung berücksichtigt werden (Exp-IP5, 70). Ferner erfordern die Veränderungen im Beziehungsaufbau und in der Gesprächsführung mehr psychologisches Wissen in der Ausbildung (Exp-IP14, 44–45).

„wie die Curricula in der Pflegeausbildung entwickelt wurden [...] da fing das gerade an ein Thema zu werden [...] es hat aber noch keinen Eingang in die Ausbildungscurricula wirklich gefunden“ (Exp-Transkription IP6, 80)

„wie beziehe ich Angehörige mit ein, wie kann ich Therapeuten einbeziehen, also auch quasi immer multiprofessionelles arbeiten im Team [...], aber das muss halt auch irgendwie alles gelehrt werden nicht nur irgendwie den Einrichtungen überlassen werden“ (Exp-Transkription IP6, 80)

Rechtliche Aspekte: Während der Pandemie wurden unklare rechtliche Rahmenbedingungen kritisiert (Exp-IP10, 10) und die Entwicklung verlief schneller als Empfehlungen angepasst wurden (Exp-IP6, 80), was zu Teleeinheiten führte, die nicht rechtlich abgesichert waren (Exp-IP8, 56–58). Weiter galten Fragen zur Abrechnung und Dokumentation unzureichend geklärt (Exp-IP7, 78; Exp-IP15, 50; Exp-IP9, 78; Exp-IP10, 12/26) und eine bessere Unterstützung der Krankenkassen wurde gewünscht (Exp-IP14, 101; Pat-IP3, 28/36), auch zum Thema Datenschutz, geeigneten Indikationen und Fragen zur Diagnostik (Exp-IP10, 12/26). Ebenso wurde die Einführung einer digitalen Unterschrift thematisiert (Exp-IP10, 12/26), denn während die Therapie digital erfolgte, musste weiter analog abgerechnet werden (Exp-IP15, 50). Als Nachteil für eine breite Etablierung galt, dass Telesettings während der Pandemie anfänglich nur befristet erlaubt waren (Exp-IP15, 52–54) und es an Fördertöpfen und Finanzierungsmöglichkeiten fehlte (Exp-IP6, 76).

*„wie geben wir das in die Abrechnung, was müssen wir uns einholen von den Patienten, gibt es eine digitale Unterschrift, wie läuft das bei Teleconsulting dürfen wir überhaupt eine Erstdiagnostik anbieten online und das waren alles Fragen, wo wir gesagt haben, wenn wir keine Antwort darauf haben dann dürfen wir es jetzt erst mal nicht anbieten“
(Exp-Transkription IP10, 26)*

*„da fände ich es wichtig immer zu betonen, dass man halt eine regelhafte Finanzierung hat, auch für solche Dinge braucht, ich finde diese Dinge gut und wichtig, aber wir brauchen dann Finanzierungsmöglichkeiten um so etwas halt auch zu etablieren“
(Exp-Transkription IP6, 76)*

Zusammenfassung - Rahmenbedingungen:

Die Veränderungen in einem Telesetting sollten zukünftig umfassend in der Ausbildung berücksichtigt werden. So wurden das berufliche Rollenverständnis, systemisches und multiprofessionelles Arbeiten, der Beziehungsaufbau und die Gesprächsführung sowie das Selbstmanagement und Coaching von Patient*innen als bedeutsamer dargestellt. Weiter führten unklare rechtliche Rahmenbedingungen in der Pandemie zu nicht erlaubten Telesettings. Ebenso wurden Fragen zur Abrechnung und Dokumentation unzureichend geklärt und eine bessere Unterstützung durch die Krankenkassen wurde gewünscht, gerade auch bezüglich Datenschutzes, digitaler Unterschrift, geeigneter Indikationen und Diagnostik. Als Hürde für eine breite Etablierung galten fehlende Fördertöpfe zur Finanzierung erforderlicher Investitionen.

6.3 Fragebogenerhebung

Insgesamt wurde der Fragebogen 153-mal aufgerufen, wobei 58 Fragebogen vollständig beantwortet wurden. In die Auswertung mittels SPSS und EXCEL (*Anhang X*) wurden alle Fragebögen mitaufgenommen, bei denen mindestens 70 % aller Fragen beantwortet wurden, was bei 67 Fragebögen der Fall war. Die Abbruchquote war mit 56,21 % sehr hoch. Für die Darstellung der quantitativen Ergebnisse wurde sich an der CROSS Checkliste (*Anhang U*) orientiert.

6.3.1 Soziodemografische Analyse

Von der Gesamtstichprobe (n=67) stellten Ergotherapeut*innen mit 38,8 % (n=26) die größte Gruppe dar, gefolgt von den Logopäd*innen (34,3 %; n=23), den Physiotherapeut*innen (17,9 %; n=12), Pflegefachkräften (6 %; n=4) und Patient*innen (3 %; n=2). Abbildung 6 zeigt die absoluten Häufigkeiten der Teilnehmenden.

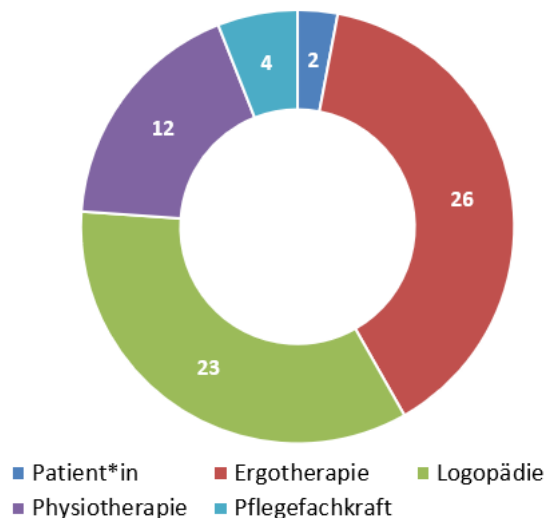


ABBILDUNG 6: TEILNEHMENDE DES FRAGEBOGENS (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN)

Das Durchschnittsalter der befragten Personen betrug 38,53 Jahre (n=66), der Median lag bei 38 Jahren. Die Spannweite betrug 46 Jahre, mit einem Minimum von 21 Jahren und einem Maximum von 67 Jahren. Eine Person machte keine Altersangabe. Von den befragten Personen waren 60 Personen weiblich (89,6 %) und sieben Personen männlich (10,4 %). Die Stichprobe verteilte sich auf die gesamte deutschsprachige D – A – CH³³ Region, wobei innerhalb Deutschlands sich die Befragten auf alle Bundesländer erstreckten.

Die teilnehmenden Patient*innen (n=2) hatten ausschließlich Erfahrungen mit der Teletherapie und VK im Fachbereich Ergotherapie, wobei eine Person zwischen 11 und 30 Teleeeinheiten und eine Person zwischen 31 und 50 Teleeeinheiten empfangen hatte.

³³ Deutschland – Österreich – Schweiz

Weiter wurden die Expert*innen (n=65) zu Beginn bezüglich ihres tätigen Arbeitsbereiches befragt. Dabei waren die meisten Personen im ambulanten Setting teletherapeutisch / telepflegerisch tätig (80,6 %; n=54), fünf Expert*innen waren im stationären Setting (7,5 %; n=5) tätig und sechs Personen gaben sonstige Arbeitsbereiche an (9 %; n=6). Innerhalb der sonstigen Arbeitsbereiche waren drei Befragte im Bereich Forschung tätig, eine Person im teilstationären Bereich der Tagespflege und zwei Aussagen waren nicht auswertbar aufgrund nicht nachvollziehbarer Angaben. Weiter wurden die Expert*innen zu ihrem Fachbereich befragt, wobei über ein Freitextfeld mehrere Fachbereiche angegeben werden konnten. Die meisten Expert*innen ordneten ihre teletherapeutische / telepflegerische Tätigkeit dem Fachbereich Neurologie (n=25) und Pädiatrie (n=21) zu. Überdies wurden die Logopädie (n=15), die Orthopädie (n=10), die Geriatrie (n=3), die Psychiatrie (n=3) und sonstige Fachbereiche (n=4) angegeben.

Die Expert*innen wurden darüber hinaus nach der Anzahl der durchgeführten Teleeeinheiten in den letzten zwei Jahren befragt. Zwanzig Expert*innen hatten mit teletherapeutischen / telepflegerischen Angeboten zwischen 11 und 30 Einheiten Erfahrung (29,9 % der Befragten; n=20), vierzehn Expert*innen hatten mehr als 100 Teleeeinheiten Erfahrung (20,9 %; n=14) zwölf Expert*innen hatten zwischen 6 und 10 Teleeeinheiten (17,9 %; n=12) durchgeführt, acht Expert*innen zwischen 31 und 50 Einheiten (11,9 %; n=8), sechs Expert*innen zwischen 51 und 100 Einheiten (9 %; n=6), und fünf Expert*innen hatten zwischen 1 und 5 Teleeeinheiten absolviert (7,5 %; n=5).

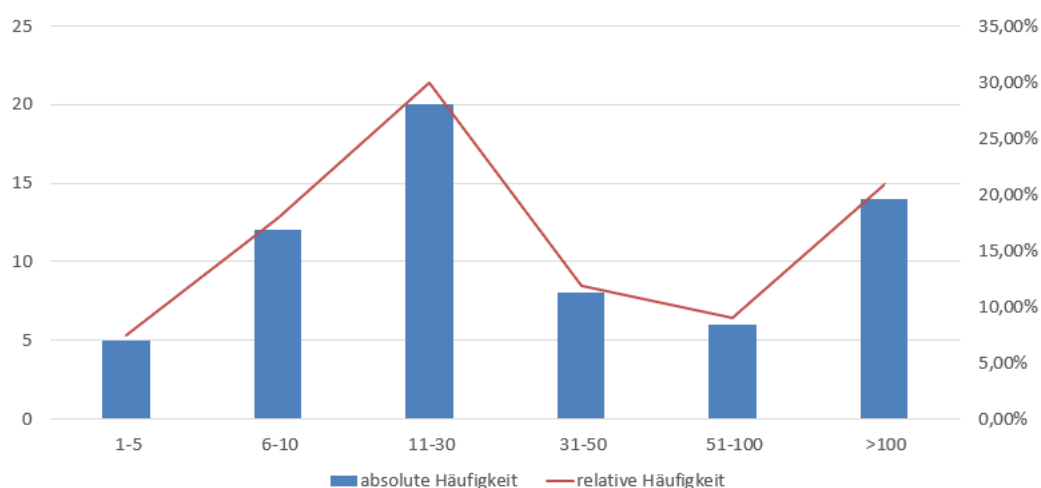


ABBILDUNG 7: ANZAHL DER DURCHGEFÜHRTEN TELEEEINHEITEN BEI EXPERT*INNEN

Mehr als die Hälfte der befragten Expert*innen führte Teleeeinheiten von den Räumlichkeiten des Arbeitsplatzes durch (58,2 %; n=39), gefolgt von Home-Office (31,3 %; n=21) und sonstigen Orten (7,5 %; n=5). Als sonstige Orte wurden beide Settings (sowohl die Räumlichkeiten am Arbeitsplatz als auch im Home-Office; n=3) und die Ausbildungsstätte (n=1) genannt.

Weiter wurde auf einer Skalierung von 0 % - 100 % (0 % = keine Teleeinheiten, 100 % = ausschließlich Teleeinheiten) der aktuelle Anteil von Teileinheiten am gesamten Arbeitspensum abgefragt. Dabei gaben die Expert*innen (n=58) einen Teleanteil von durchschnittlich 21,16 % der Arbeitszeit an, mit einem Median bei 6,5 % und einer Standardabweichung von 30,29 %. Damit führten die Expert*innen im Befragungszeitraum relativ wenig Teleeinheiten durch, da 50 % der Stichprobe unter dem Median von 6,5 % lagen, was einem sehr geringen Anteil von Teleeinheiten am gesamten Arbeitsspektrum entspricht.

6.3.2 Auswertung der Themenfelder

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Themenfelder dargestellt, wobei jeweils die entsprechende Stichprobengröße in der Beantwortung genannt wird. Weiter wurden die Antworten kumuliert. Zum einen wurde die Antwortskala „stimme voll und ganz zu“ und „stimme eher zu“ der Gruppe *Zustimmung* zugeordnet und die Antworten „stimme eher nicht zu“ und „stimme nicht zu“ der Gruppe *Ablehnung*. Weiter wurden die Antwortskala „sehr wichtig“ und „wichtig“ in der Gruppe *wichtig* zusammengefasst und die Antworten „wenig wichtig“ und „nicht wichtig“ der Gruppe *unwichtig*. Nach jedem Themenfeld erfolgt zudem eine Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse, welche für die Erstellung der Handlungsempfehlungen von besonderer Bedeutung sind.

Themenfeld 1 – Motivation der Inanspruchnahme:

(Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

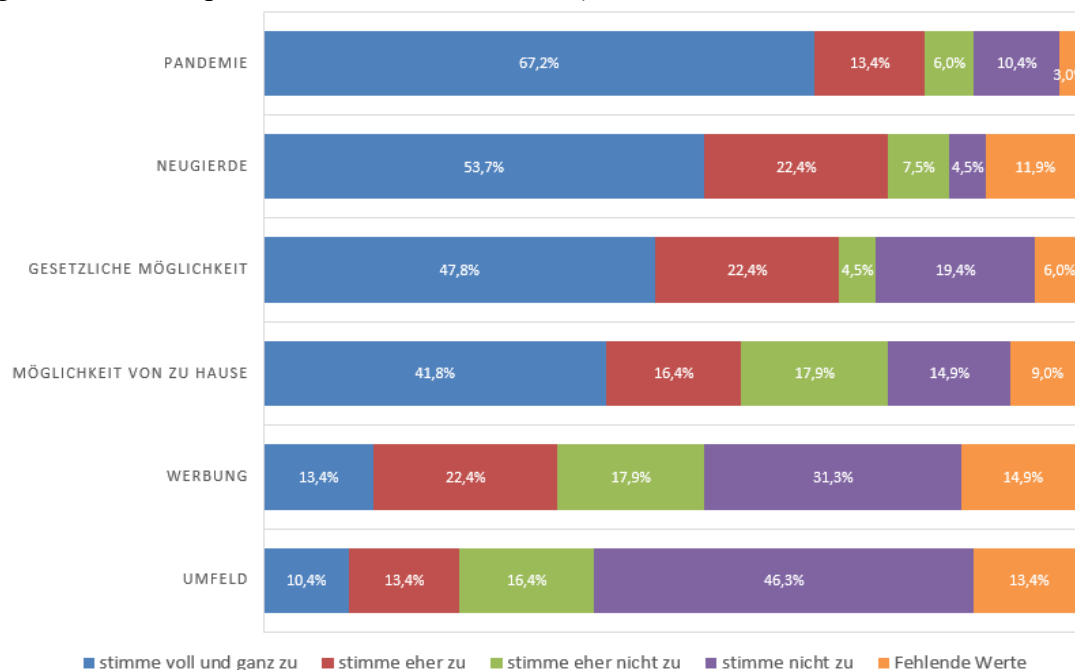


ABBILDUNG 8: GRUNDLEGENDE MOTIVATION FÜR EIN TELESETTING

Bezüglich der Aussagen, was die Befragten am meisten motiviert hat Teleeinheiten auszuprobieren, wurde die größte Motivation durch die Corona Pandemie ausgelöst (80,6 %). Es folgten die persönliche Neugierde auf diese Behandlungsform (76,1 %), die gesetzlichen Möglichkeiten, dass es erlaubt war (70,2 %) und die Möglichkeit von zu Hause teilnehmen zu können (58,2 %). Die Werbung und Empfehlung von Gesundheitsfachpersonen für diesen Versorgungsweg, motivierte 35,8 % der Befragten und weitere 23,8 % aller Befragten wurden vor allem durch das Umfeld oder Angehörige motiviert.

Des Weiteren wurde die Bedeutung des Alters für die Teilnahme an einer Teleeinheit abgefragt. Die antwortenden Personen (n=63) gaben dabei auf einer Skalierung von 0 % bis 100 % (0 % = völlig unbedeutend bis 100 % = sehr bedeutend) einen Mittelwert von 45,59 % an, was einer mittleren Bedeutung des Alters entspricht. Der Median lag bei 51 %, die Standardabweichung bei 28,12 %. Für den größten Teil der befragten Personen spielte damit das Alter für die Teilnahme an Teleeinheiten eine eher untergeordnete Rolle. Eine Tendenz gibt dem Alter eine eher bedeutsame Rolle, da der Median bei 51 % liegt.

Zusammenfassung - Motivation:

Für viele Nutzende war die Pandemie die bestimmende Motivation zur Durchführung bzw. Inanspruchnahme eines Telesettings. Die Neugierde bezüglich dieser Versorgungsform ist daher ein wichtiger Motivator, welche gezielt durch Werbung angesprochen werden kann und in der Befragung den zweitwichtigsten Motivationsaspekt darstellte. Gerade Werbung bzw. die Bekanntmachung dieses neuen Versorgungsangebots spielte in den vorliegenden Ergebnissen eine eher untergeordnete Rolle für die Motivation. Durch Werbung kann dabei auch das Umfeld gezielt sensibilisiert werden, da auch das Umfeld bislang wenig motivierend wirkt, es aber eher zu einer wahrgenommenen Entlastung des Umfelds durch ein Telesetting kommt (siehe hier Auswertung Themenfeld 13-Angehörige). Der Gewinn im häuslichen Umfeld niederschwellig Gesundheitsdienstleistungen wahrnehmen zu können, war ein weiterer bedeutender motivationaler Aspekt, welcher in der Werbung deutlich unterstrichen werden sollte. Ansonsten sollte dargestellt werden, dass ein Telesetting eine akzeptierte gesetzliche Versorgungsform ist und die Kosten von den GKV übernommen werden. Dabei war für die befragten Personen das Alter der an einem Telesetting beteiligten Personen eher unwichtig.

Themenfeld 2 – Erleben von Teletherapie / Telepflege:

(Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

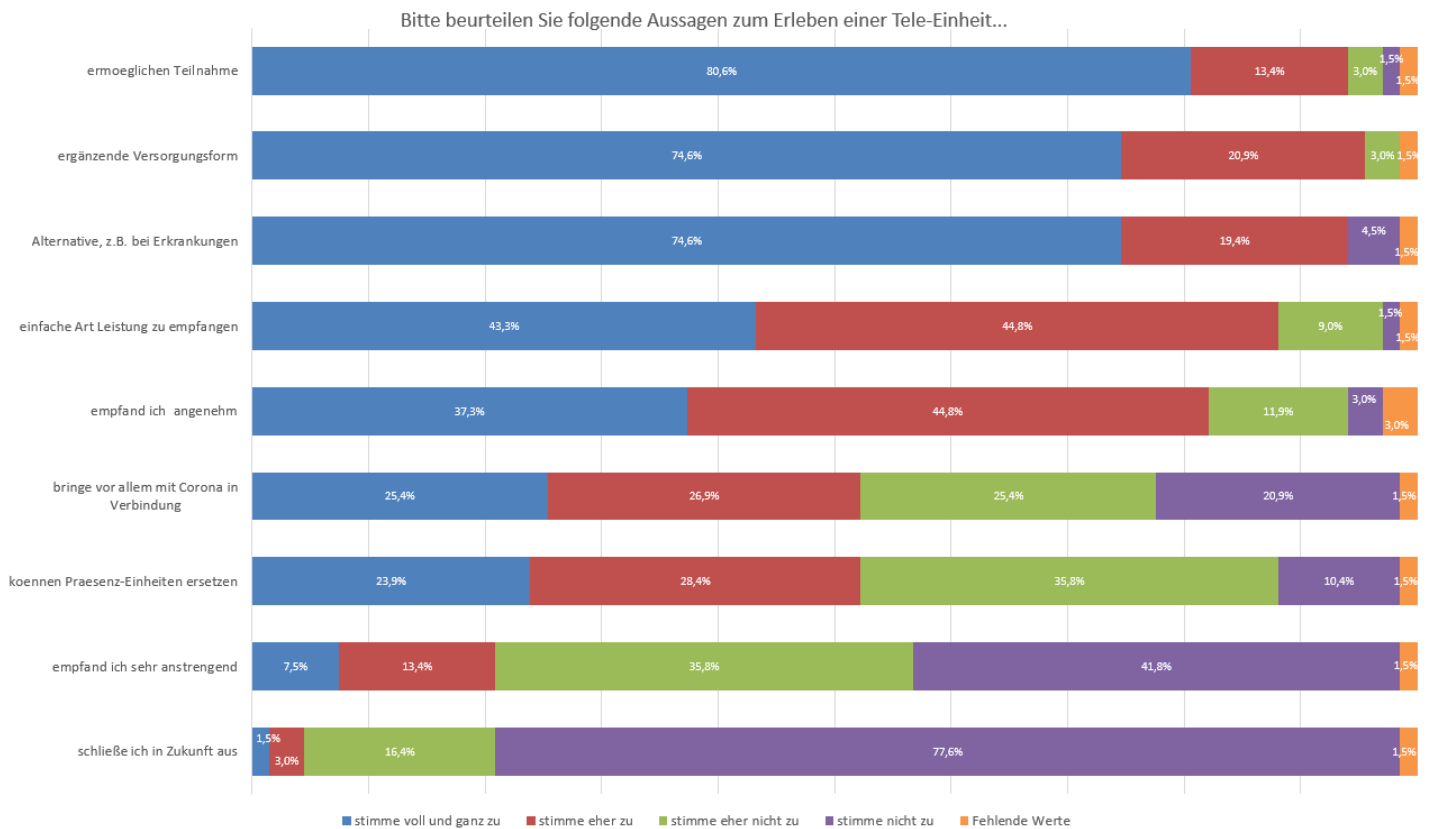


ABBILDUNG 9: PERSÖNLICHES ERLEBEN EINER TELEEEINHEIT

Auf die Frage, wie Teleeeinheiten persönlich erlebt wurden, stimmten die Befragten der Aussage zu, dass diese als ergänzende Versorgungsform für alle Beteiligten gesehen werden sollte (95,5 %). Weiter kam es zu hohen Zustimmungen bei den Aussagen, dass Teleeeinheiten eine Teilnahme an Angeboten ermöglichen, wenn das Angebot ansonsten nicht erreichbar ist für die Person (94 %). Zudem wurde das Telesetting als Alternative bei Erkrankung oder Krisen angesehen (94 %) sowie das auf einfache Art und Weise Gesundheitsdienstleistungen empfangen werden konnten (88,1 %) und diese als überwiegend angenehm empfunden wurden (82,2 %). Außerdem stimmten 52,3 % der Befragten der Aussage zu, dass Teleeeinheiten die Präsenzeinheiten ersetzen können (46,2 % Ablehnung) und ebenso viele stimmten zu (52,3 %), dass Teleeeinheiten vordergründig mit der Pandemie in Verbindung gebracht wurden (46,3 % Ablehnung). Als anstrengend wurden Teleeeinheiten von 20,9 % angesehen (77,6 % sahen dies nicht so) und nur 4,5 % würden in Zukunft Teleeeinheiten aufgrund von erlebten Problemen ausschließen (94 % würden dies nicht tun).

Zusammenfassung - Erleben einer Teleeinheit:

Eine große Mehrheit (über 90% der Befragten) erlebt das Telesetting als gewinnbringende Ergänzung für die Teilhabe und das Empfangen von therapeutischen und pflegerischen Leistungen, gerade in Krankheits- oder Krisenzeiten und wenn ein persönlicher Besuch nicht möglich ist. Dabei betonten mehr als drei Viertel aller Befragten, dass ein Telesetting eine einfache und angenehme Art und Weise ist, Gesundheitsleistungen zu empfangen. Mehr als die Hälfte sind der Meinung, dass ein Telesetting dabei auch ein Präsenzsetting ersetzen kann und sehr wenige Personen (4,5%) würden ein Telesetting in Zukunft generell ausschließen aufgrund von erlebten Problemen. Jede fünfte befragte Person hat dabei ein Telesetting als sehr oder eher anstrengend erlebt, was für die gesamte Vorbereitung und Durchführung einer Teleeinheit umfassend berücksichtigt werden sollte.

Themenfeld 3 – Tätigkeitsfelder: (Ergebnisse von Expert*innen)

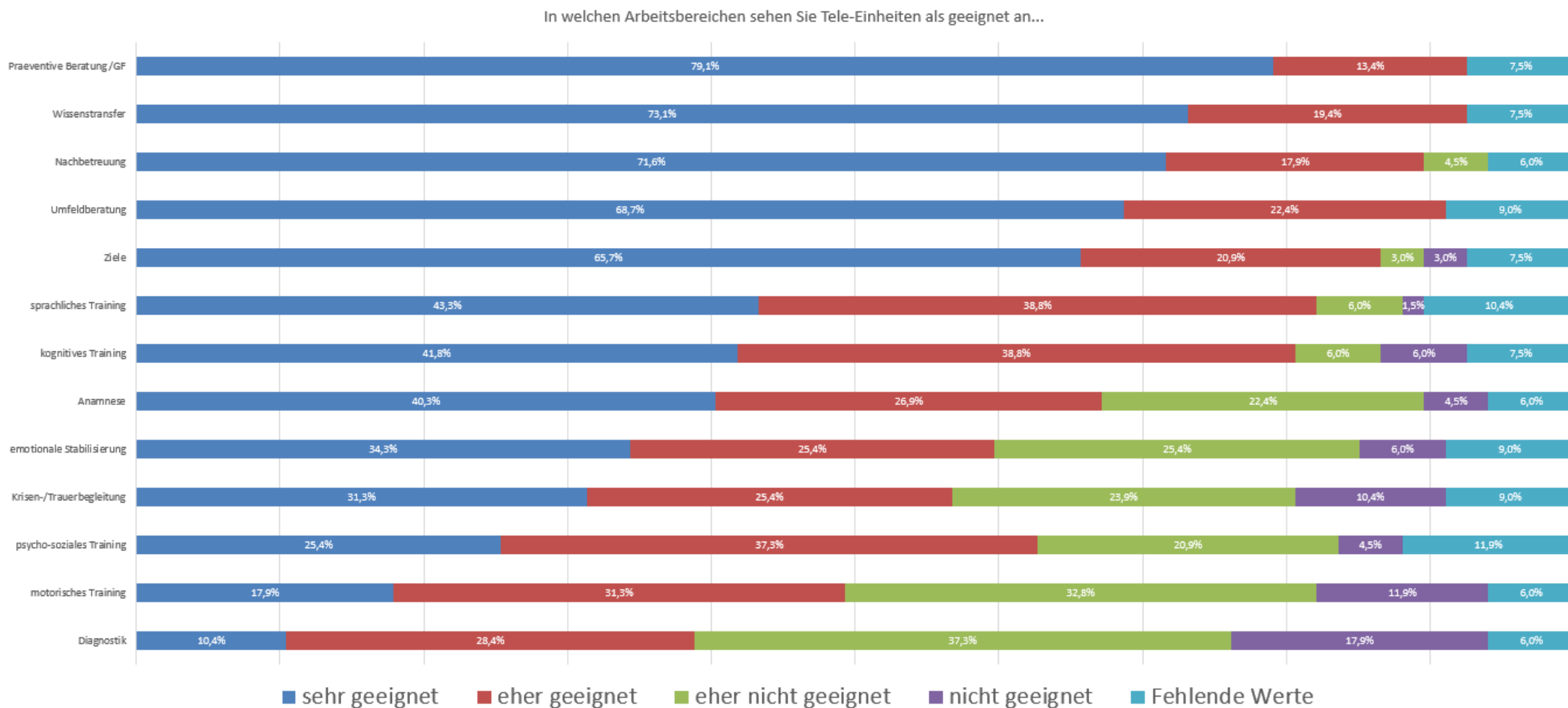


ABBILDUNG 10: GEEIGNETE ARBEITSFELDER

Als mögliche Tätigkeitsfelder werden Teleereinheiten vordergründig für Prävention und Gesundheitsförderung angesehen (92,5 %). Weiter wird der Wissenstransfer (92,5 %), die Umfeldberatung (91,1 %), die Nachbetreuung (89,5 %) sowie die Erarbeitung und Evaluation von Zielen (86,6 %) als geeignet angesehen. Zudem wird sprachliches Training (82,2 %), kognitives Training (80,6 %), die Durchführung einer Anamnese im Rahmen der Erstaufnahme (67,2 %), eine emotionale Stabilisierung (59,7 %), Krisen- bzw. Trauerbegleitung (56,7 %) und psychosoziales Training (62,5 %) von mehr als der Hälfte der Befragten als gut geeignet für ein Telesetting angesehen. Hingegen sehen beim motorischen Training (49,2 % Zustimmung; 44,7 % Ablehnung) und bei der Diagnostik (38,8 % Zustimmung; 58,2 % Ablehnung) weniger als die Hälfte der Befragten ein Telesetting als geeignet an.

Als weitere Tätigkeitsfelder wurden in einer offenen Frage Gruppenangebote und Selbsthilfegruppen genannt, die durch eine Vergrößerung des Einzugsbereichs leichter zu organisieren sind. Zudem werden Einsatzmöglichkeiten für einen kurzen Austausch zwischen Präsenzterminen gesehen, etwa für eine Rückfrage zur Befindlichkeit, oder in der Vor- und Nachsorge von Patient*innen sowie bei der interdisziplinären Zusammenarbeit, etwa bei Fallkonferenzen und für Teamsitzungen. Weiterhin wurden Anwendungsbereiche im stationären Setting genannt, beispielsweise in der Onkologie, sowie bei allen Gesundheitsdienstleistungen, bei denen ein Eigentaining im Vordergrund steht.

Zusammenfassung - Tätigkeitsfelder:

Ein Telesetting wird vor allem für den kommunikativen Austausch als sehr geeignet angesehen. Dabei sind Beratung, Wissenstransfer, Nachbetreuung und Zielbesprechungen sowie Zielevaluationen die wichtigsten Tätigkeitsfelder, aber auch die Anamnese im Erstkontakt. Weiter galten therapeutische Trainings im Hands Off Bereich als geeignet, gerade im sprachlichen, kognitiven oder psychosozialen Bereich sowie zur emotionalen Stabilisierung, oder bei der Begleitung durch Krisen und in Trauerphasen. Bei motorischen Trainings war die Gruppe der Befragten eher gespalten, so sagte knapp die Hälfte, es wären motorische Trainings geeignet, während die andere Hälfte dies ablehnte. Die Diagnostik wurde mehrheitlich als Einsatzgebiet abgelehnt, wobei hier sicherlich die Unterscheidung der einzelnen Berufsgruppen wichtig erscheint, da gerade Hands On Diagnostik nicht möglich ist und eher eine kognitive, emotionale Diagnostik noch machbar erscheint. Perspektivisch werden Erleichterungen bei Gruppenangeboten durch ein vergrößertes Einzugsgebiet gesehen und ein vermehrter interdisziplinärer Austausch kann stattfinden. Gerade für das Eigentaining und Üben zu Hause wird es als Ergänzung zu Präsenzterminen beschrieben.

Themenfeld 4 – Technisch-personelle Voraussetzungen:

(Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

Wie wichtig sind folgende Aspekte in der Durchführung von Tele-Einheiten?

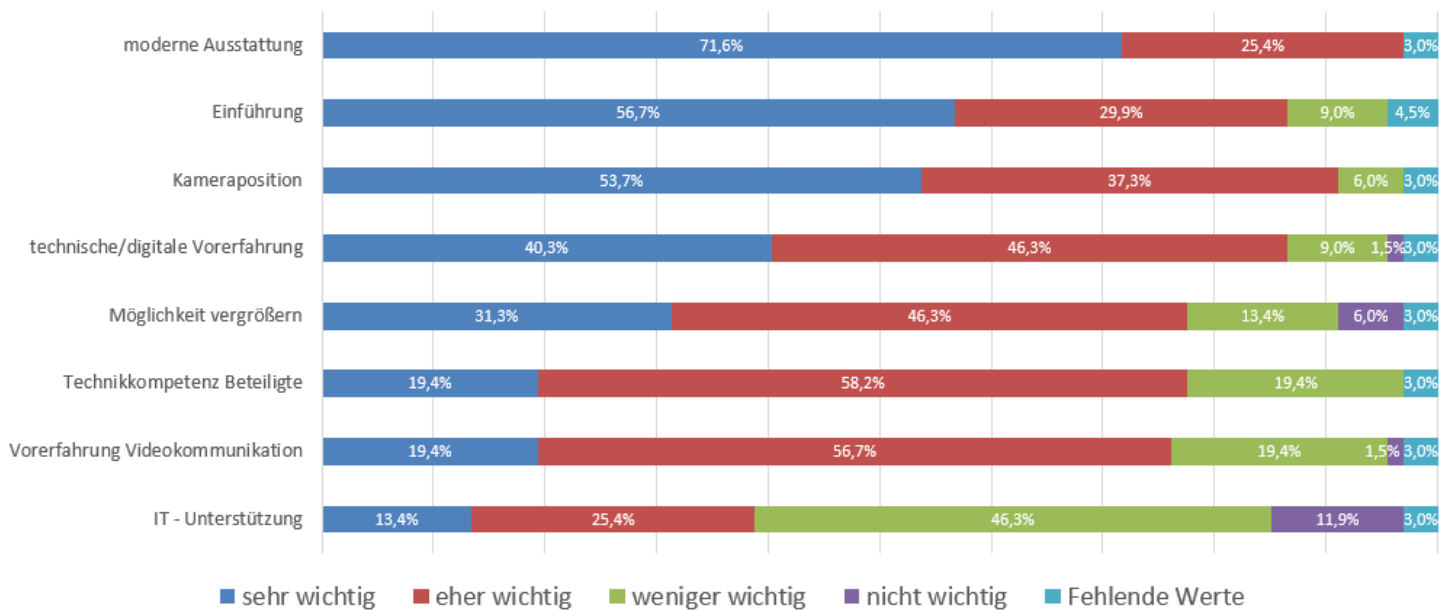


ABBILDUNG 11: TECHNISCHE UND PERSONELLE VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE TELEEEINHEIT

Bezüglich wichtiger Aspekte in der Durchführung von Teleeeinheiten wurde eine moderne technische Ausstattung auf beiden Seiten genannt (97 % Zustimmung). Weiter wurde eine hohe Bedeutung der Kameraposition (91 %) und einer Einführung in die Technik und Software (86,6 %) als wichtig beschrieben. Ebenso galt eine technische Vorerfahrung mit digitalen Geräten (86,6 %) als wichtig. Die digitalen Möglichkeiten, Sinneseinschränkungen (z. B. bei Texten oder Bildern) zu kompensieren, fanden 77,6 % wichtig. Eine Technikkompetenz der Beteiligten sahen 77,6 % als sehr wichtig bis wichtig an, ebenso die Vorerfahrungen mit VK (76,1 %), wobei bei beiden Aspekten jeweils mehr als die Hälfte der Befragten angab, dass diese eher wichtig als sehr wichtig sei. Eine Unterstützung durch Informatik (IT) Spezialisten hingegen sahen lediglich 38,4 % als sehr wichtig und wichtig an.

Zusammenfassung - Technisch-personelle Voraussetzungen:

Als wichtigste Voraussetzung gilt beiderseitig eine moderne technische Ausstattung, welche die Einrichtung der Kameraposition berücksichtigt. Zudem wurde die Einführung in technische Möglichkeiten als essenziell erachtet, welche durch technische und digitale Vorerfahrung sowie die Technikkompetenz bestimmt werden, weshalb diese unbedingt im Vorfeld eruiert werden sollten. Weiter sollten Vorteile der Technik benannt werden, etwa mögliche Vergrößerungen oder das Einstellen der Lautstärke.

Themenfeld 5 – Umgebungsfaktoren: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

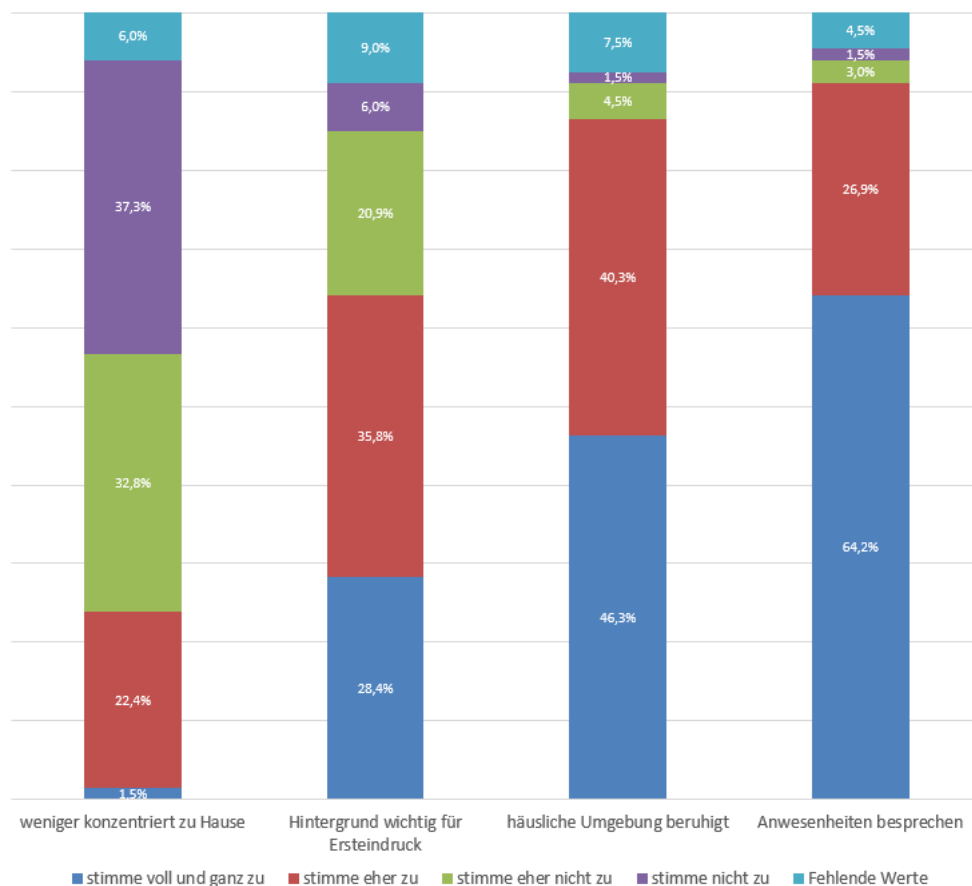


ABBILDUNG 12: BEURTEILUNG VON UMGEBUNGSFAKTOREN

Als elementar bei den Umgebungsfaktoren galt es, die Anwesenheit von weiteren Personen zu Beginn einer Teleeinheit zu besprechen (91,1 % Zustimmung). Weiter gaben 86,6 % der Befragten an, dass die häusliche Umgebung beruhigend wirkt und Patient*innen Sicherheit gibt, nur 6 % stimmten dieser Aussage nicht zu. Weiter stimmten zwei Drittel der Befragten zu (64,2 %), dass der (virtuelle) Hintergrund des Arbeitsplatzes von Fachkräften wichtig für den Ersteindruck und die Kompetenzvermittlung war. Die Leistung zur Konzentration sahen im häuslichen Setting nur 23,9 % beeinträchtigt, während 70,1 % keine schlechtere Konzentration im Telesetting wahrnahmen.

Zusammenfassung - Umgebungsfaktoren:

Die Anwesenheit von Dritten muss abgefragt und die Privatsphäre besprochen werden. Weiter gilt die häusliche Umgebung als sicherer Ort und wirkt beruhigend auf Patient*innen, ohne stark negativen Einfluss auf die Konzentrationsleistung. Bei Fachkräften ist ein professioneller Ersteindruck im Hintergrund zu gewährleisten.

Themenfeld 6 – Personelle Kompetenzen: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

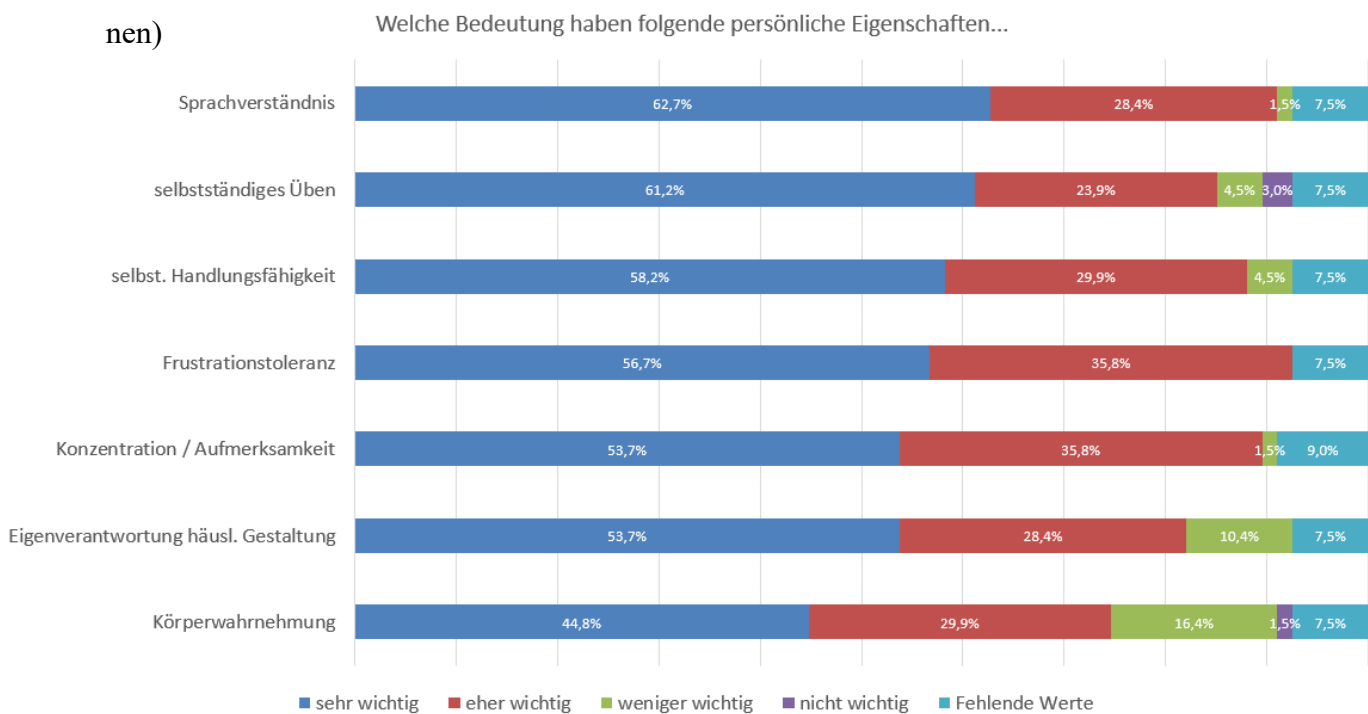


ABBILDUNG 13: BEDEUTUNG VON PERSÖNLICHEN EIGENSCHAFTEN

Auf die Frage, welche persönlichen Eigenschaften bei der Durchführung von Teleeinheiten besonders wichtig waren, stimmten 92,5 % der Aussage zu, dass eine Frustrationstoleranz gegenüber technischen Herausforderungen gegeben sein muss. Weitere 91,1 % stimmten zu, dass ein Sprachverständnis für Anweisungen elementar war sowie die Fähigkeit zur selbstständigen Konzentration und Aufmerksamkeit (89,5 %). Eine eigenständige Handlungsfähigkeit nach Anweisungen fanden 88,1 % relevant und die Fähigkeit zum selbstständigen Üben außerhalb von gemeinsamen Zeiten fanden 85,1 % wichtig. Die Bedeutung einer eigenverantwortlichen Gestaltung der häuslichen Umgebung war 82,1 % der Befragten wichtig, und die Fähigkeit zur Körperwahrnehmung wurde von 74,7 % als wichtig erachtet.

Zusammenfassung - Personelle Kompetenzen:

Die Frustrationstoleranz gegenüber technischen Herausforderungen gilt als wichtigste personelle Eigenschaft, welche im Vorhinein abgeklärt, oder im Verlauf immer wieder beobachtet werden sollte. Darüber hinaus ist das Sprachverständnis, die selbstständige Fähigkeit zur Konzentration, eine eigene Handlungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zum häuslichen Eigentaining elementar zur Nutzung. Ebenso muss die Gestaltung der Räumlichkeiten vorab besprochen werden und die Fähigkeit zur spezifischen Körperwahrnehmung abgeklärt sein, gerade um körperliche Zustände verständlich zu beschreiben und um keine fehlerhaften Rückschlüsse als Fachkraft daraus zu ziehen.

Themenfeld 7 – Kommunikation: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

Inwiefern gibt es im Bereich Kommunikation Veränderungen...

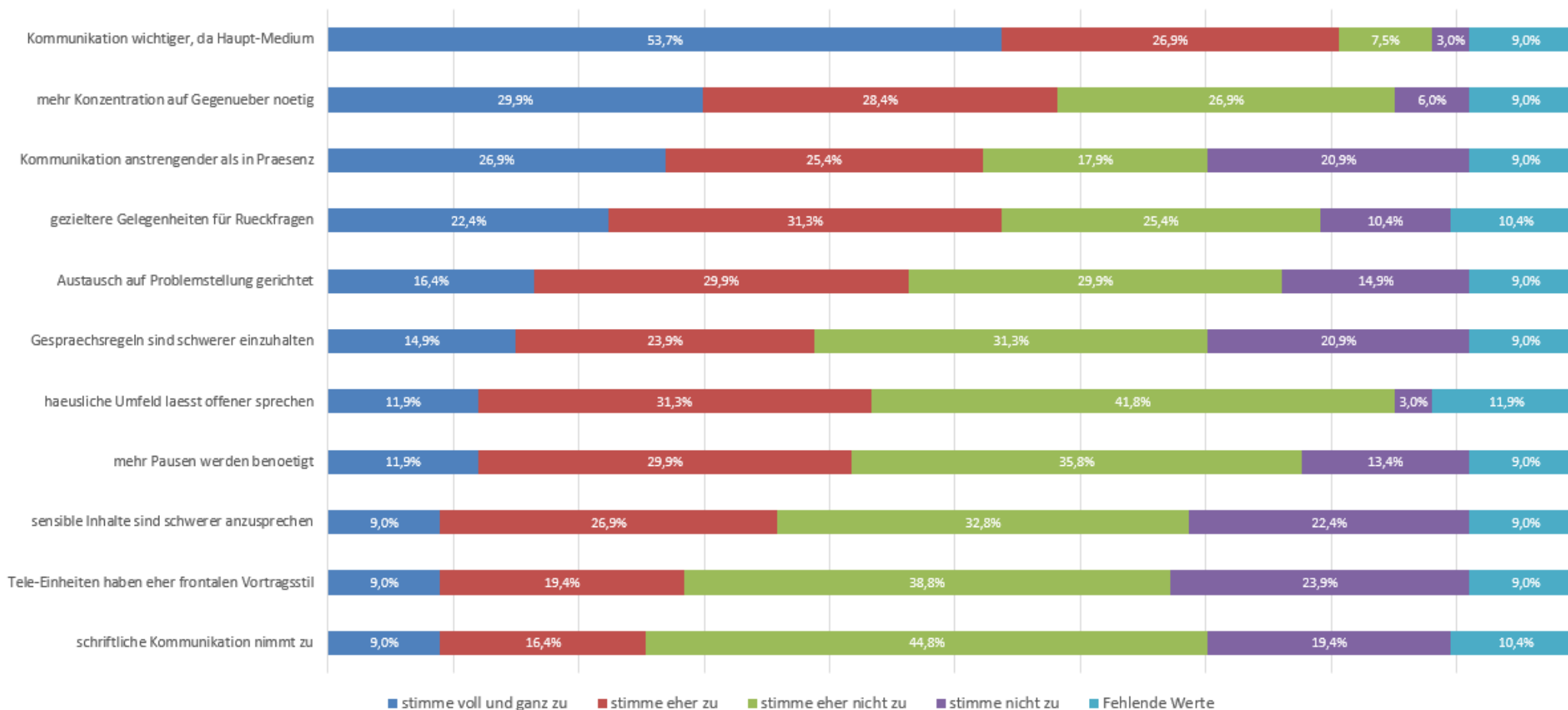


ABBILDUNG 14: VERÄNDERUNGEN IN DER KOMMUNIKATION

Auf die Frage, inwiefern es kommunikative Veränderungen in einer Teleeeinheit gegenüber einer Präsenzeinheit gab, stimmten 80,6 % der Befragten zu, dass Kommunikation noch wichtiger wurde, da es das Hauptmedium in einer Teleeeinheit ist. Weitere 58,3 % stimmten zu, dass in einer Teleeeinheit mehr Konzentration in der Kommunikation nötig waren (32,9 % stimmten nicht zu). Die Kommunikation wurde dabei von 52,3 % als anstrengender erlebt gegenüber einem Austausch in Präsenz, während 38,8 % dies nicht so sahen. Zudem stimmten 53,7 % der Befragten zu, dass gezieltere Gelegenheiten für Rückfragen geschaffen werden mussten (35,8 % sahen dies nicht so). Der Aussage, dass der Austausch oft fokussierter auf die Problemstellung gerichtet war und weniger Zwischengespräche stattfanden, stimmten 46,3 % der Befragten zu, während 44,8 % dies nicht so sahen. Die Gesprächsregeln einzuhalten wurde von 38,8 % als schwieriger angegeben, während mehr als die Hälfte der Befragten (52,2 %) hier keine Veränderungen zur Präsenz wahrnahmen. Dabei bemerkte nahezu jede zweite Person, dass das häusliche Umfeld offener sprechen ließ (43,2 % stimmten zu), während 44,8 % dies nicht so wahrnahmen. Ebenso uneindeutig waren Aussagen bezüglich der Pausen. So gaben 41,8 % der Befragten an, dass mehr Pausen in einem Telesetting nötig waren, 49,2 % sahen dies nicht so. Sensible Gesprächsinhalte waren schwerer in einer Teleeeinheit zu thematisieren, sagten 35,9 %, während mehr als die Hälfte der Befragten (55,2 %) dies nicht so wahrnahmen. Dass Teleeeinheiten einen eher frontalen Vortragsstil hatten, sahen 28,4 %, während 62,7 % dieser Aussage nicht zustimmten. Eine Zunahme der schriftlichen Kommunikation bejahten 25,4 % und 64,2 % der Befragten nicht.

Nur die Personen, welche die Kommunikation als anstrengender erlebten, wurden gefragt, in welchen Dimensionen die Anstrengung erlebt wurde. Am häufigsten wurde die Kommunikation psychisch (n=35) und emotional anstrengender erlebt (n=24), noch vor kognitiven (n=20) und körperlichen (n=17) Aspekten.

Zusätzlich wurden alle Personen befragt, wie stark die Kommunikation in Teleeeinheiten verändert war. Auf einer Skalierung von 0 % - 100 % (0 % bedeutete keine Veränderung in der Kommunikation, 100 % bedeutete sehr starke Veränderungen in der Kommunikation) wurde von den befragten Personen (n=60) ein Mittelwert von 44,23 % angegeben. Der Median lag bei 42,50 %, die Standardabweichung bei 23,79 %. Damit wurde die Kommunikation von nahezu der Hälfte der Befragten im Durchschnitt als mittelmäßig verändert erlebt.

Zusammenfassung - Kommunikation:

Die hohe Bedeutung der Kommunikation in einem Telesetting wurde hervorgehoben. Diese galt als das Hauptmedium und wurde von nahezu der Hälfte der Befragten als mittelmäßig verändert gegenüber der Präsenz erlebt. Dabei gab mehr als die Hälfte der Befragten an, dass oft mehr Konzentration in Gesprächen nötig war und eine psychische und emotionale Belastung in der Kommunikation gegeben sein konnte, aber auch kognitive und körperliche Anstrengungen wurden gesehen. Weiter müssen Pausen in einem Telesetting bewusster bedacht und gezielter geplant werden. Patient*innen müssen intensiv beobachtet und gut angeleitet werden, ob Pausen notwendig sind. Zudem wird die Kommunikation als fokussierter und zielgerichteter erlebt, es findet weniger Small Talk statt. Ebenso wurde teilweise von einem frontalen Vortragsstil und einer Zunahme der schriftlichen Kommunikation berichtet, was in den Durchführungen und den Vorbesprechungen beachtet werden sollte. Ferner sollten für Rückfragen, gerade auch zur Verständnissicherung, gezieltere Gelegenheiten geschaffen werden. Ungefähr die Hälfte der Befragten gab an, dass Gesprächsregeln schwerer einzuhalten waren, auch durch technische Verzögerungen, was ebenso berücksichtigt und besprochen werden muss. Eine Mehrheit sah dabei keinen Einfluss des Telesettings auf Gesprächsthemen, auch sensible Themen können gut angesprochen werden, wobei die Gesprächsinhalte hier von ungefähr der Hälfte der Befragten als persönlicher und offener erlebt wurden.

Themenfeld 8 – Gesprächstechniken: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

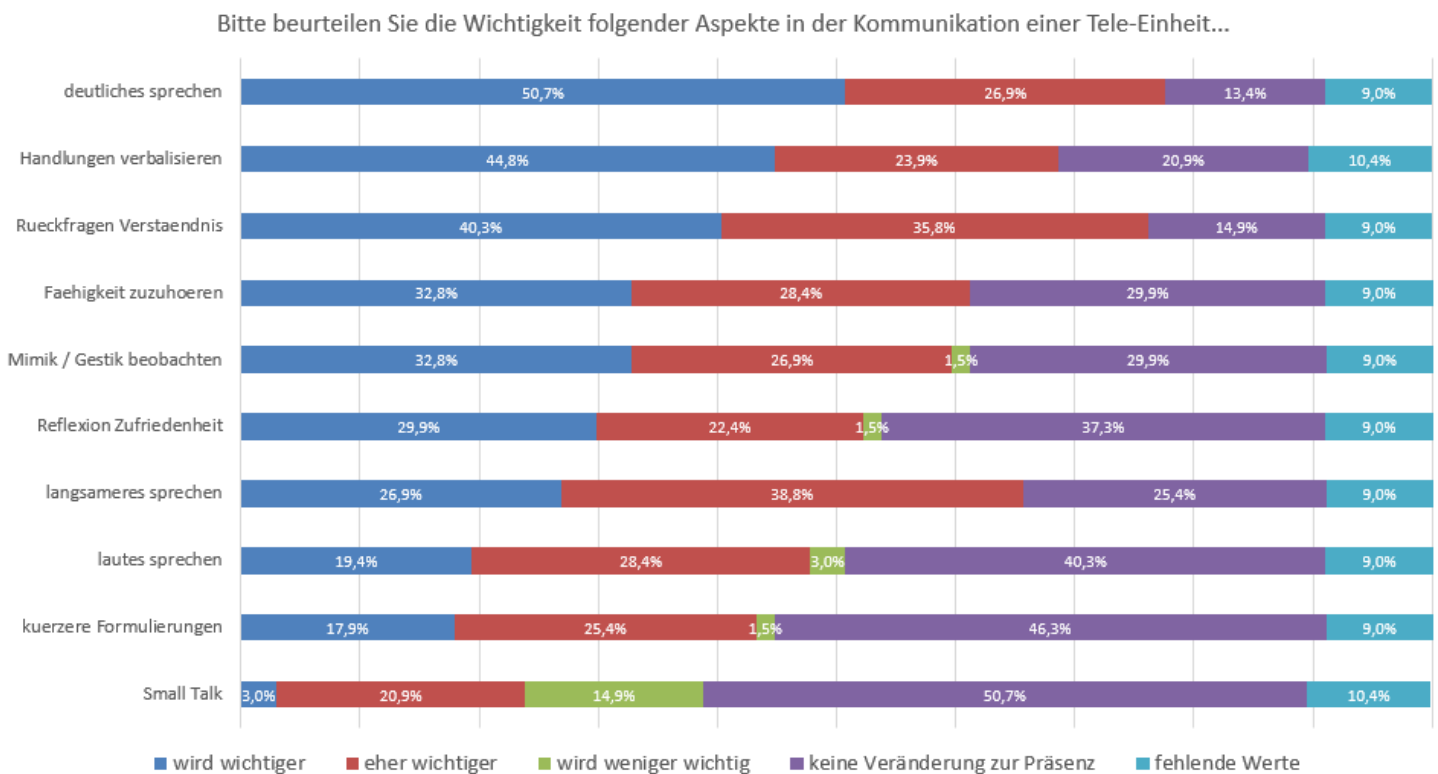


ABBILDUNG 15: WICHTIGKEIT VON ASPEKTEN DER KOMMUNIKATION

Am wichtigsten bezüglich Gesprächstechniken in einem Telesetting erschien den Befragten das deutliche Sprechen (77,6 %) und der Einsatz von Rückfragen zur Sicherung von Inhalten und Übungen (76,1 %), gefolgt von der Verbalisierung aller Handlungen (68,7 %). Etwas langsamer in einer Teleeinheit zu sprechen hielten 65,7 % für wichtiger gegenüber einer Präsenzeinheit und die Fähigkeit zuzuhören wurde von 61,2 % der Befragten als wichtiger erachtet, ebenso die verstärkte Beobachtung von Mimik und Gestik (59,7 %). Eine Reflexion am Ende bezüglich Zufriedenheit wurde für 52,3 % in einem Telesetting wichtiger, während 38,8 % dies nicht so sahen. Überdies waren mit 47,8 % ungefähr die Hälfte der Befragten der Meinung, in einem Telesetting lauter sprechen zu müssen, während 43,3 % diese Erfahrung nicht teilten. Kürzere Formulierungen waren für 43,3 % wichtiger, während 46,3 % keine Veränderungen zur Präsenz sahen. Small Talk wurde bei ca. jeder vierten befragten Person (23,9 %) in einem Telesetting eher wichtiger, bei 14,9 % eher weniger wichtig und mehr als die Hälfte der Befragten sah keine Veränderungen gegenüber einem Präsenzsetting (50,7 %).

Auf die Nachfrage, ob ein bewusster Einsatz von Gesprächstechniken wichtiger wurde in einem Telesetting gaben die Personen (n=54) auf einer Skalierung von 0 % bis 100 % (0 % bedeutete keine Veränderung im Einsatz von Gesprächstechniken, 100 % bedeutete sehr starke Veränderungen im Einsatz von Gesprächstechniken) einen Mittelwert von 40,67 % an. Der Median lag

bei 31,00 %, die Standardabweichung bei 31,67 %. Damit wurde der Einsatz von Gesprächstechniken von einer Mehrheit der befragten Personen im Durchschnitt als mittelmäßig unterschiedlich zur Präsenz erlebt, wobei die hohe Standardabweichung auf sehr heterogenes Antwortverhalten hindeutet und vereinzelt der Einsatz von Gesprächstechniken als viel bedeutsamer in einer Teleeinheit erlebt wurden.

Zudem wurde in einer offenen Frage nach weiteren Gesprächstechniken gefragt, die in einem Telesetting zum Einsatz kamen. Vor allem das aktive Zuhören (n=9) und das Paraphrasieren des Gesagten (n=9) wurden dabei gezielt eingesetzt. Ebenso wurde das Spiegeln von Emotionen und Inhalten (n=5) sowie ein langsames, deutliches Sprechen (n=2) und kurze Formulierungen (n=2) bewusst eingesetzt. Weitere Ansätze waren das gezielte Ermöglichen von Gruppengesprächen (n=2). Jeweils eine Person nannte die Skalierungstechnik bei Zielevaluationen, sowie das Reframing, also die Umdeutung von Gesagtem in einem neuen Rahmen, als Gesprächstechnik. Ebenso wurde eine bedürfnisorientierte Kommunikation von einer Person betont und eine weitere Person setzte die nonverbale Kommunikation bewusster ein, mit deutlicherer Unterstreichung von Gestik und Mimik. Weiterhin wurden vor allem Fragetechniken (n=17) als wichtige Gesprächstechniken benannt. Dabei wurden vor allem konsequente Rückfragen zu Inhalten und Übungen, aber auch zur Befindlichkeit (n=9), betont. Zudem wurden offene und geschlossene Fragen eingesetzt, die ein selbst entdeckendes Lernen unterstützten, und der Einsatz von kreisenden Fragetechniken aus systemischen Therapieansätzen wurde genannt. Des Weiteren wurden erklärende Gesprächstechniken (n=8) eingesetzt, vor allem durch Verbalisierung eigener Handlungen und Übungen oder auch von Handlungen des Gegenübers (n=4). In den Erklärungen wurden Absichten, Struktur, Ziele, Inhalt und der zeitliche Ablauf explizit thematisiert. Ansonsten wurden Pausen aktiv besprochen und Kernaussagen zum besseren Verständnis zum Teil visualisiert. Von zwei Befragten wurden zudem motivierende Gesprächstechniken empfohlen, etwa aus dem Bereich von Motivational Interviewing, was ein direktives, patientenzentriertes Verfahren beschreibt, welches den Fokus vorwiegend auf zukünftige Veränderungen im Prozess richtete. Weitere drei Personen gaben an, dass es keine direkten Veränderungen in den Gesprächstechniken in einem Telesetting gab und die Gesprächsführung identisch zur Präsenz gesehen wurde.

Zusammenfassung - Gesprächstechniken:

Das deutliche und langsame Sprechen und ein Feedbackgespräch mit Rückfragen zur Verständnissicherung werden in einem Telesetting wichtiger, ebenso wie die Verbalisierung von Handlungen. Es muss dabei nicht unbedingt lauter gesprochen oder kürzer formuliert werden aufgrund des Mediums. Weiter wird gegenüber der Präsenz die Fähigkeit zuzuhören wichtiger und es gilt, die sichtbare Körpersprache verstärkt zu beobachten. Mehr als die Hälfte ist der Meinung, dass eine Evaluation und Reflexion zum Ende der Einheit wichtiger werden. Insgesamt wurde bei einem Viertel der Befragten der Small Talk wichtiger, während mehr als die Hälfte keine Veränderungen zur Präsenz sahen. Dabei sah eine Mehrheit der Befragten Unterschiede in den Gesprächstechniken gegenüber der Präsenz.

Als bevorzugt eingesetzte Gesprächstechniken wurden in einer offenen Frage das aktive Zuhören, das Paraphrasieren sowie das Spiegeln von Emotionen und Inhalten genannt. Weiter hatten Fragetechniken eine große Bedeutung, primär zur Befindlichkeit, zum Verständnis der Inhalte sowie bezüglich der technischen Funktionalität. Neben offenen und geschlossenen Fragen kamen hier kreisende systemische Fragetechniken zum Einsatz. Ebenso von hoher Bedeutung waren erklärende Techniken wie das Verbalisieren von Handlungen. Erklärt wurden vor allem Absichten, Struktur, Ziele, Inhalt und der zeitliche Ablauf. Weiter wurden Pausen besprochen sowie Visualisierungen vorgenommen, gerade bezüglich Kernaussagen. Vereinzelt kamen motivierende Gesprächstechniken zum Einsatz, welche den Fokus auf zukünftige Veränderungen richten. Ebenso wurden vereinzelt der Einsatz von Gruppengesprächen, die Skalierungstechnik sowie das Reframing beschrieben. Ebenso wurde eine bedürfnisorientierte Kommunikation empfohlen sowie ein deutlicherer Einsatz von nonverbaler Kommunikation zur Unterstreichung des Gesagten.

Es lässt sich daher sagen, dass Gesprächstechniken im Telesetting eine ebenso weitreichende Beachtung finden sollten wie in Präsenz. Da die Kommunikation in einem Telesetting eher wichtiger wird und als Hauptmedium gilt, zeigt sich die Notwendigkeit einer umfassenden kommunikativen Grundausbildung der Fachkräfte sowie einer regelmäßigen Fort- und Weiterbildung, gerade zum Einstieg in ein Telesetting.

Themenfeld 9 – Erleben von erfolgreicher Kommunikation:

(Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

Erfolgreiche Kommunikation in einer Tele-Einheit heißt...

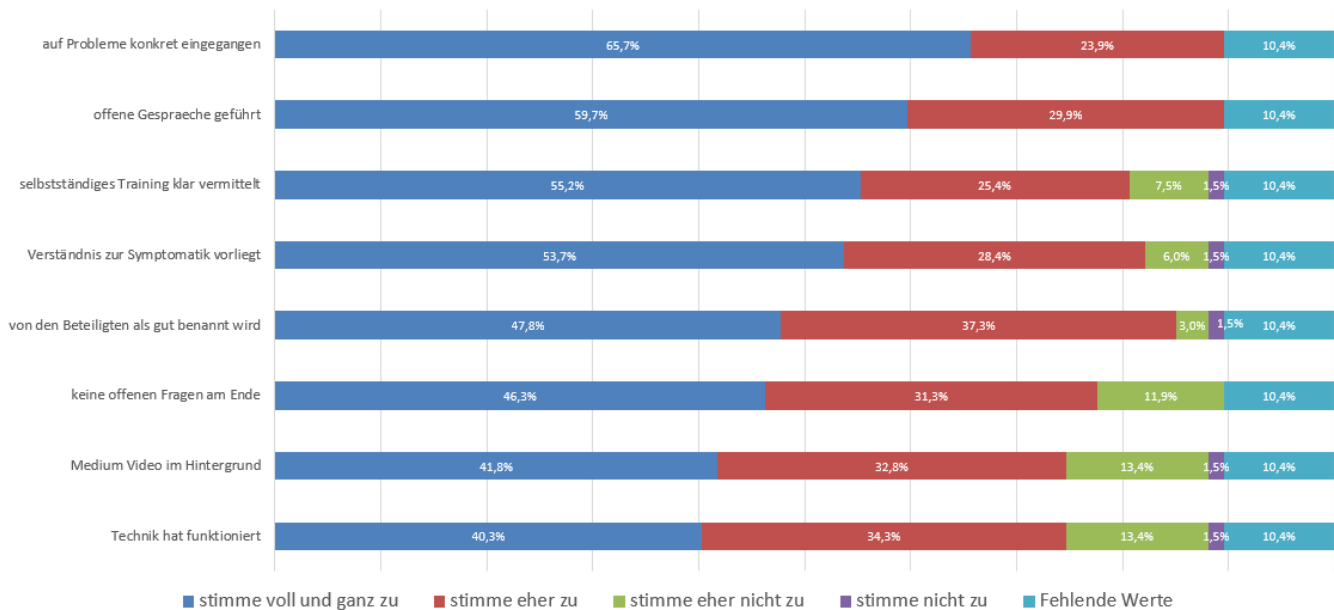


ABBILDUNG 16: VERSTÄNDNIS ZUR ERFOLGREICHEN VIDEKKOMMUNIKATION

Eine erfolgreiche VK (VK) in einer Teleeinheit wurde von jeweils 89,6 % der Befragten mit einer konkreten Problemfokussierung und mit dem Führen eines offenen Gesprächs verbunden. Für 85,1 % der Befragten war die VK erfolgreich, wenn es von den Beteiligten am Ende konkret so benannt wurde und 82,1 % stimmten der Aussage zu, dass gegenseitiges Verständnis zur Symptomatik des Gesundheitsproblems vorliegen musste. Weitere 80,6 % stimmten der Aussage zu, dass ein selbstständiges Trainieren und Üben in einer erfolgreichen VK klar vermittelt werden musste. Zudem stimmten 77,6 % der Aussage zu, dass am Ende der Einheit keine offenen Fragen mehr vorhanden sein durften. Weiterhin sahen 74,6 % es als ein Merkmal erfolgreicher VK an, wenn das Medium Video während des Gesprächs in den Hintergrund trat und ebenso viel Zustimmung (74,6 %) gab es zur Aussage, dass eine erfolgreiche VK mit einer gut funktionierenden Technik einhergehen musste.

Zusammenfassung - Erleben von erfolgreicher VK:

Die VK gilt als erfolgreich, wenn ein offenes Gespräch mit einer konkreten Problemfokussierung erlebt wird und alle Beteiligten ein Verständnis zur Symptomatik des Gesundheitsproblems haben. Als weiter wichtig wurde die klare Vermittlung der Eigenverantwortung dargestellt sowie das Abfragen zur Zufriedenheit und Qualität mit dem Medium. In einer erfolgreichen VK sollten alle Fragen geklärt werden, die Technik funktionieren und das Medium Video in den Hintergrund treten.

Themenfeld 10 – Interaktion: (Ergebnisse von Expert*innen und teilweise Patient*innen)

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen zur Interaktion in einer Tele-Einheit

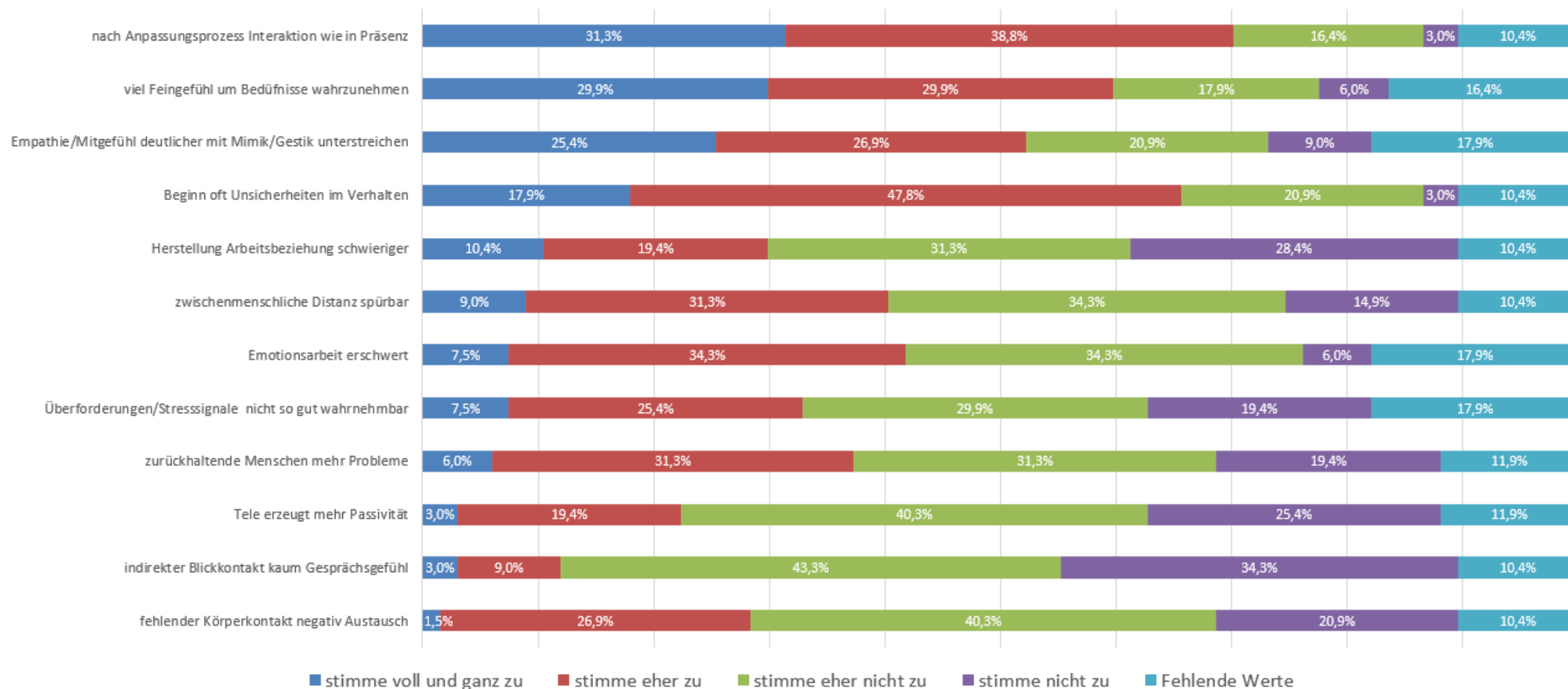


ABBILDUNG 17: EINSCHÄTZUNGEN ZUR INTERAKTION IN EINEM TELESETTING

Patient*innen und Expert*innen:

Bezüglich der Veränderungen in der Interaktion in einem Telesetting stimmten 70,1 % der Aussage zu, dass nach einem kurzen Anpassungsprozess an das Medium, die Interaktion genauso wie in der Präsenz erlebt wurde. Weitere 65,7 % stimmten der Aussage zu, dass gerade zu Beginn eines Telesettings sich oft Unsicherheiten im Verhalten der Beteiligten zeigten (23,9 % stimmten nicht zu). Der Aussage, dass eine zwischenmenschliche digitale Distanz zu spüren war, stimmten 40,3 % der Befragten zu, wobei die Mehrheit (49,2 %) diese Aussage ablehnte. Bezüglich des Aspekts, dass zurückhaltende Menschen mehr Probleme in einem Telesetting hatten, stimmten 37,3 % zu und mehr als die Hälfte der Befragten sah das nicht so (50,7 % stimmten nicht zu). Für fast jede dritte befragte Person war es schwieriger als in Präsenz eine Arbeitsbeziehung herzustellen (29,8 % Zustimmung), während mehr als die Hälfte der Befragten (59,7 %) dies nicht so sahen. Weitere 28,4 % stimmten zu, dass der fehlende Körperkontakt negativ war für den zwischenmenschlichen Austausch, wobei auch hier mehr als die Hälfte der befragten Personen (61,2 %) keine Auswirkungen auf den zwischenmenschlichen Austausch sahen. Ungefähr jede fünfte befragte Person stimmte zu (22,4 %), dass die Teilnahme an Teleeinheiten mehr Passivität erzeugt, während nahezu zwei Drittel der Befragten (65,7 %) dies nicht so sahen. Der indirekte Blickkontakt wurde von 12 % als negativ für ein entstehendes Gesprächsgefühl genannt, während 77,7 % dem nicht zustimmten.

Nur Expert*innen:

Nur die Expert*innen wurden befragt, ob mehr Feingefühl notwendig war, um die Bedürfnisse des Gegenübers in einem Telesetting wahrzunehmen. Hier stimmten 59,8 % zu, während 23,9 % dies nicht so sahen. Weitere 52,3 % stimmten zu, dass Empathie und Mitgefühl deutlicher mit Mimik und Gestik unterstrichen werden mussten (29,9 % stimmten nicht zu). Auf die Aussage, dass die Arbeit mit Emotionen im Telesetting erschwert wurde, zeigte sich ein uneindeutiges Bild, da 41,8 % der Aussage zustimmten und etwa genauso viele Expert*innen (40,3 %) nicht zustimmten. Weitere 32,9 % stimmten der Aussage zu, dass Überforderungen und Stresssignale in einem Telesetting nicht so gut wahrgenommen werden konnten, während 49,3 % dies nicht so sahen.

In einem zweiten Frageteil wurden sowohl Expert*innen als auch Patient*innen befragt (n=60), wie Sie die Veränderungen in der Interaktion in einer Teleeinheit gegenüber einer Präsenzeinheit insgesamt einschätzten. Sehr starke Veränderungen in einem Telesetting wurden lediglich von 1,5 % der befragten Personen angegeben. Weitere 23,9 % sahen starke Veränderungen. Fast die Hälfte der Befragten (47,8 %) sahen hingegen kaum Veränderungen und weitere 10,4 % sahen gar keine Veränderungen in der Interaktion. Weitere 6 % beantworteten die Frage mit „weiß nicht“ und 10,4 % gaben keine Antwort auf die Frage. Insgesamt hatten damit ungefähr jede vierte befragte Person (25,4 %) sehr starke bis starke Veränderungen in den Interaktionen einer Teleeinheit wahrgenommen. Mehr als die Hälfte der Befragten hingegen sieht wenige bis gar keine Veränderungen (58,2 %).

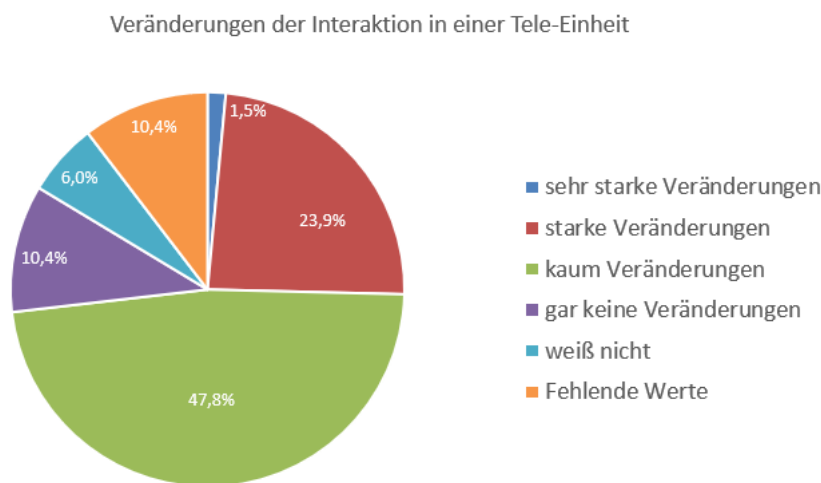


ABBILDUNG 18: VERÄNDERUNGEN IN DER INTERAKTION GEGENÜBER PRÄSENZ

Weiter wurde gefragt, inwieweit sich in einer Teleeinheit, Empathie und Mitgefühl für das Gegenüber veränderten. Die antwortenden Personen (n=57) gaben auf einer Skalierung von 0 % bis 100 % (0 % bedeutete keine Veränderung, 100 % bedeutete sehr starke Veränderungen) einen Mittelwert von 21,75 % an, mit einem Median bei 15,00 % und einer Standardabweichung bei 22,23 %. Damit wurden das Ausstrahlen und Empfangen von Empathie und Mitgefühl in der Interaktion in einer Teleeinheit als geringfügig unterschiedlich zu einem Präsenzsetting eingeschätzt.

Zusammenfassung - Interaktion:

Die Interaktion in einem Telesetting wird nach einem kurzen, individuellen Anpassungsprozess als nicht wesentlich verändert erlebt. Mehr als die Hälfte der Befragten haben keine oder wenige Veränderungen in der Interaktion wahrgenommen und nur jede vierte Person spricht von starken oder sehr starken Veränderungen. Oftmals zeigen sich zu Beginn eines Telesettings Unsicherheiten im Verhalten, die es aufzuarbeiten gilt, aber die vorhandene digitale Distanz wurde überwiegend als nicht störend empfunden. Bei zurückhaltenden Menschen sollte besonders achtsam auf die Interaktion geachtet werden, da diese teilweise mehr Probleme in der Interaktion hatten. Dabei wurde das Ausstrahlen und Empfangen von Empathie und Mitgefühl durch das Medium als wenig bis kaum verändert beschrieben. Ansonsten wurde betont, dass eine Arbeitsbeziehung gut herstellbar ist in einem Telesetting, der fehlende Körperkontakt nicht automatisch negativ ist für den Austausch und ein Telesetting nicht automatisch mehr Passivität beim Gegenüber erzeugt. Der indirekte Blickkontakt beeinflusst für die meisten befragten Personen das Gesprächsgefühl nicht negativ, sollte aber dennoch vorab besprochen werden.

Dabei betonten Expert*innen die hohe Bedeutung einer Feinfühligkeit für die Bedürfnisse des Gegenübers und einen deutlicheren Einsatz von Gestik und Mimik, um Empathie und Mitgefühl auszudrücken. Stresssignale konnten überwiegend gut wahrgenommen werden und auch ein emotionales Arbeiten war möglich.

Themenfeld 11 – Prozessebene: (Nur Expert*innen)

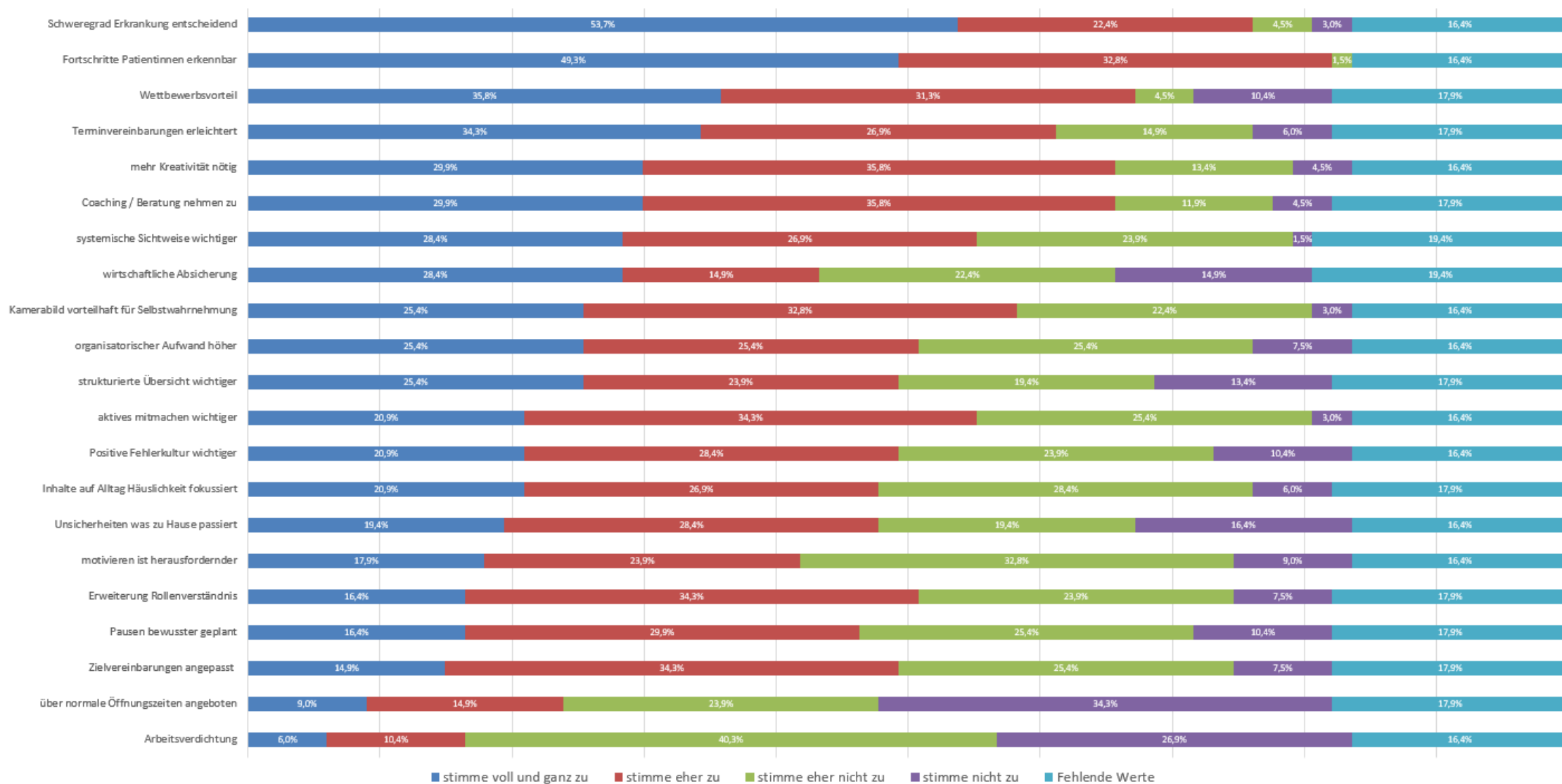


ABBILDUNG 19: VERÄNDERUNGEN DER PROZESSEBENE IN EINEM TELESSETTING

Bezüglich möglicher Veränderungen auf Prozessebene in einem Telesetting wurden ausschließlich die Expert*innen befragt. Mit größtem Abstand wurde hier der Aussage zugestimmt, dass auch in einer Teleeinheit ebensolche Fortschritte für Patient*innen erkennbar sein mussten wie in Präsenz (82,1 % Zustimmung, 1,5 % Ablehnung). Zudem galt der Schweregrad einer Erkrankung als entscheidend für den Einsatz eines Telesettings (76,1 % Zustimmung, 7,5 % Ablehnung). Weitere 67,1 % sahen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz durch Telesettings (14,9 % Ablehnung) und 61,2 % sahen Erleichterungen in der Terminvereinbarung (20,9 % Ablehnung). Zudem stimmten 65,7 % der Aussage zu, dass es mehr Kreativität in der inhaltlichen Ausgestaltung benötigte (17,9 % Ablehnung) und ebenso viele Personen stimmten der Aussage zu, dass der Anteil von Coaching und Beratung im Telesetting zunahm (65,7 % Zustimmung; 16,4 % Ablehnung). Weiter gaben 58,2 % an, dass das eigene Kamerabild für Patient*innen vorteilhaft bezüglich Selbstwahrnehmung sein konnte (25,4 % Ablehnung) und mehr als die Hälfte (55,3 %) gab an, dass eine systemische Sichtweise mit Einbezug des Umfelds wichtiger wurde (25,4 % Ablehnung). Zudem stimmten 55,2 % der Befragten zu, dass ein aktives Mitmachen von Fachkräften in Teleeinheiten an Bedeutung gewann (28,4 % Ablehnung) und 50,8 % stimmten zu, dass der organisatorische Aufwand im Vorfeld höher war als in einem Präsenzsetting (32,9 % Ablehnung). Weitere 50,7 % stimmten zu, dass eine Erweiterung des Rollenverständnisses in einem Telesetting notwendig war (31,4 % Ablehnung) und für nahezu die Hälfte (49,3 %) der Befragten wurde eine positive Fehlerkultur im Umgang mit Herausforderungen wichtiger (34,3 % Ablehnung). Ebenso viele (49,3 %) stimmten der Aussage zu, dass eine strukturierte Übersicht zur Einheit wichtiger wurde als in Präsenz (32,8 % Ablehnung) und 48,2 % der Aussage stimmten zu, dass Zielvereinbarungen im Telesetting angepasst werden mussten (32,9 % Ablehnung). Die Inhalte in einem Telesetting waren mehr auf den häuslichen Alltag fokussiert (47,8 % Zustimmung, 34,4 % Ablehnung) und ebenso viele (47,8 %) gaben an, dass es Unsicherheiten gab bezüglich der Situationen die Zuhause passierten (35,8 % Ablehnung), da Fachkräfte nicht so gut steuernd eingreifen konnten. Des Weiteren stimmten 46,3 % zu, dass Pausen bewusster geplant werden mussten (35,8 % Ablehnung). Dabei gaben 43,3 % an, dass ein Telesetting auch zur wirtschaftlichen Absicherung beitrug (37,3 % Ablehnung). Ferner stimmten 41,8 % zu, dass es in einem Telesetting herausfordernder war die Patient*innen zu motivieren (41,8 % Ablehnung) und 23,9 % hatten Teleeinheiten über normale Öffnungszeiten hinaus angeboten (58,2 % Ablehnung). Weitere 16,4 % stimmten zu, dass mit dem Telesetting eine Arbeitsverdichtung einherging (67,2 % Ablehnung).

Zusätzlich wurden ausschließlich die Expert*innen befragt, ob Teletermine eher abgesagt wurden als Präsenztermine. Von den Expert*innen (n=56) antworteten die größte Gruppe mit 46,3 % mit „Nein“, weitere 32,8 % gaben die Antwort „weiß nicht“ und lediglich 4,5 % der befragten Personen antworteten mit „Ja“. Teleeeinheiten wurden damit nicht schneller abgesagt als Präsenztermine.

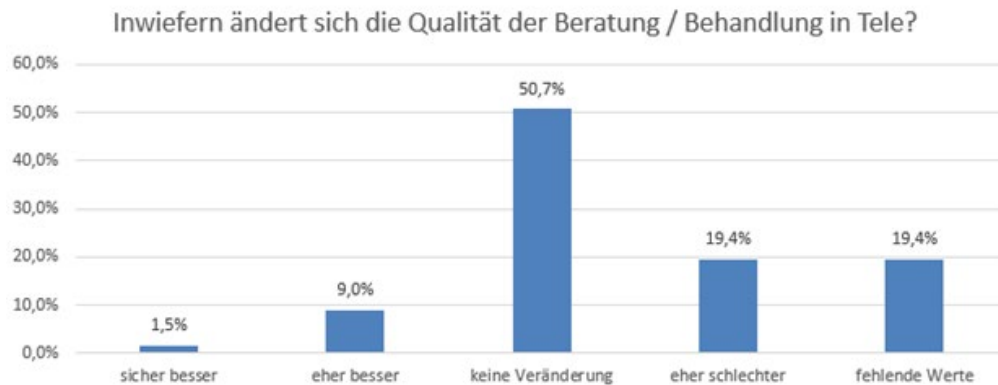


ABBILDUNG 20: VERÄNDERUNGEN IN DER QUALITÄT VON BERATUNG UND BEHANDLUNG

Weiter wurden ausschließlich die Expert*innen (n=54) zur Qualität der Beratung und Behandlung in einem Telesetting befragt. Mehr als die Hälfte (50,7 %; n=34) der befragten Personen gab an, dass sich die Qualität der Beratung und Behandlung in einem Telesetting nicht veränderte, während 19,4 % (n=13) eher eine schlechtere Qualität, 9 % (n=6) eine eher bessere und 1,5 % (n=1) eine sicher bessere Qualität im Telesetting sahen.

Damit sah jede zweite Person keine Qualitätsveränderungen durch das Telesetting und jede fünfte befragte Person eine eher schlechtere Qualität. Jede zehnte Person sah aber auch eine bessere Qualität.

Zusammenfassung - Prozessebene:

Wichtig für ein Telesetting sind weiterhin individuelle Fortschritte für Patient*innen. Dabei gilt der Schweregrad einer Erkrankung als entscheidend für einen Einsatz des Telesettings. Zudem wird das Telesetting als Wettbewerbsvorteil gesehen, es kann zur wirtschaftlichen Absicherung beitragen und die Terminvereinbarung ist erleichtert, wobei stellenweise auch unübliche Terminzeiten vereinbart wurden. Eine hohe Kreativität für die inhaltliche Ausgestaltung ist bedeutungsvoll, wobei Aspekte von Coaching und Beratung vermehrt eingesetzt wurden. Das eigene Kamerabild konnte im Prozess die Selbstwahrnehmung positiv beeinflussen und eine systemische Arbeitsweise mit konsequentem Einbezug von Angehörigen / Umfeld war wichtiger, ebenso wie das Mitmachen von Fachkräften bei Inhalten. Weiter wird die Vorbereitung als anstrengender und mit erhöhtem Aufwand beschrieben, es kann zu einer Arbeitsverdichtung kommen. Ein erweitertes Rollenverständnis und eine positive Fehlerkultur bei Herausforderungen waren für mehr als die Hälfte der Befragten wichtiger. Ebenso wurde eine strukturiertere Übersicht zum Telesetting forciert und Pausen gezielter geplant. Zielvereinbarungen mussten angepasst werden und oftmals wurden Inhalte aus dem Alltag aufgegriffen. Patient*innen in einem Telesetting zu motivieren, hatte eine hohe Bedeutung. Negativ traten Unsicherheiten zutage, dass Fachkräfte das häusliche Geschehen weniger steuern konnten. Die Termintreue war dabei ähnlich zur Präsenz und es kam nicht zu vermehrten Absagen.

Nur Expert*innen wurden zur Qualität der Beratung und Begleitung befragt. Hier sah mehr als die Hälfte der befragten Personen keine Veränderungen, wobei wenn dann eher schlechtere Qualität in einem Telesetting wahrgenommen wurde.

Themenfeld 12 – Ablenkungen: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

In dieser Ergebnisdarstellung wurde keine Kumulation von Antworten der Personen (n=58) vorgenommen. Wie oft wurden folgende Ablenkungen in einer Tele-Einheit erlebt?

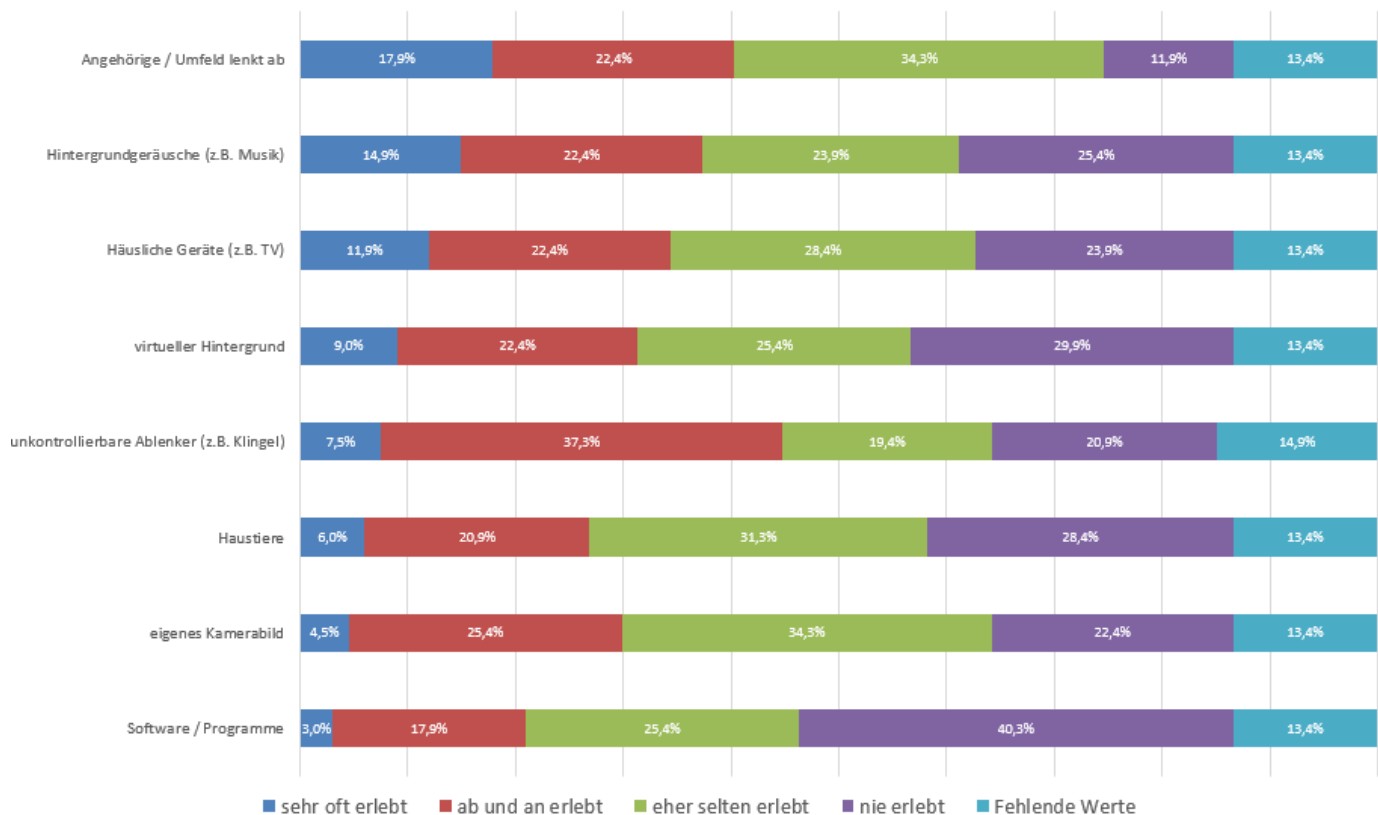


ABBILDUNG 21: ERLEBTE ABLENKUNGEN IM TELESETTING

Am Häufigsten geschahen Ablenkungen durch Angehörige und dem Umfeld (17,9 %). Auch Hintergrundgeräusche wie z. B. Musik (14,9 %), häusliche Geräte wie z. B. der Fernseher (11,9 %), der virtuelle Hintergrund (9 %) und unkontrollierbare Ablenker durch eine Klingel oder das Telefon (7,5 %) wurden als ablenkend erlebt. Daneben führten Haustiere (6 %), das eigene Kamerabild (4,5 %) und weitere geöffnete Software (3 %) zu häufigen Ablenkungen. Gelegentlich als Ablenkung wurden vor allem unkontrollierbare Ablenker (37,3 %), das eigene Kamerabild (25,4 %), sowie Angehörige/Umfeld, Hintergrundgeräusche, häusliche Geräte und der virtuelle Hintergrund (jeweils 22,4 %), sowie Haustiere (20,9 %) und weitere Software (17,9 %) erlebt. Selten oder nie wurden Ablenkungen erlebt durch weitere Software (65,7 %), Haustiere (59,7 %), das eigene Kamerabild (56,7 %), den virtuellen Hintergrund (55,3 %), häusliche Geräte (52,3 %), Hintergrundgeräusche (49,3 %), Angehörige / Umfeld (46,2 %) und unkontrollierbare Ablenker (40,3 %). Zusätzlich wurde nach weiteren Ablenkungsfaktoren gefragt. Hier wurden vor allem technische Probleme genannt (n=5) etwa durch schlechten Internetempfang, durch die VKssoftware, oder durch unbeabsichtigte Einstellungen, z. B. Untertitel. Ebenso lenkten Gegenstände am Arbeitsplatz oder im Umfeld ab (n=3) und Angehörige und

das Umfeld konnten gerade bei Kindern sehr stark ablenkend sein (n=2). Jeweils einmal wurde erlebt, dass das Therapiematerial sowie Begleitzettel oder das Telefon ablenkten. Zudem hatten Patient*innen während der Einheit gegessen oder waren weggegangen. Auch nicht angekündigter Besuch lenkte ab und ebenso galten zu lange Teleeinheiten als schwierig für die Konzentration.

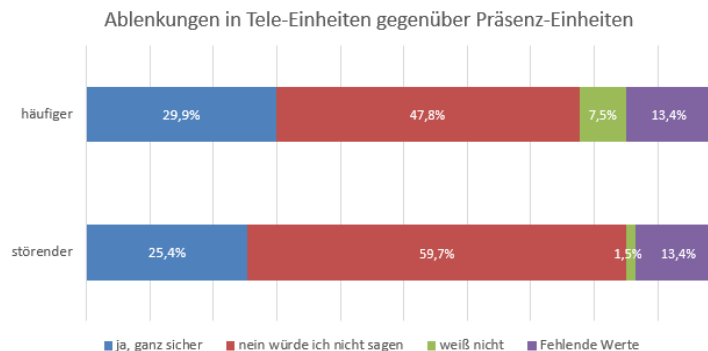


ABBILDUNG 22: ABLENKUNGEN IM VERGLEICH ZUR PRÄSENZ

Auf die Frage, ob Ablenkungen im Telesetting häufiger wurden (n=57), antworteten 29,9 % der Befragten mit „Ja“ (n=20). Nahezu die Hälfte antwortete mit „Nein“ (47,8 %; n=32) und 7,5 % antworteten mit „weiß nicht“ (n=5). Damit wurde für knapp ein Drittel der Befragten die Ablenkungen häufiger. Weiter wurde gefragt (n=58), ob die Ablenkungen als störender empfunden wurden. Von mehr als einem Viertel der befragten Expert*innen (25,4 %; n=17) wurden die Ablenkungen dabei als störender wahrgenommen, während mehr als die Hälfte (59,7 %; n=40) dies als nicht störender gegenüber der Präsenz empfanden. Weitere 1,5 % antworteten mit „weiß nicht“ (n=1). Für jede vierte Fachkraft wurden die Ablenkungen damit als störender wahrgenommen.

Zusammenfassung - Ablenkungen:

Am häufigsten wurden Angehörige und das Umfeld als ablenkend erlebt. Ebenso waren Hintergrundgeräusche, laufende Unterhaltungsgeräte, ein virtueller Hintergrund und unkontrollierbare Störungen wie die Klingel oder plötzlicher Besuch eine häufige Ablenkung. Weitere Ablenkungen geschahen durch Haustiere, dem eigenen Kamerabild und weiterer geöffneter Software. Des Weiteren wurden Ablenkungen durch technische Probleme z. B. eine schlechte Internetverbindung, oder die VKssoftware, berichtet. Auch das Therapiematerial oder Begleitinformationen konnten ablenken, gerade bei Personen mit Problemen in der Aufmerksamkeitszentrierung. Zudem wurde berichtet, dass Patient*innen während der Teleeinheit etwas gegessen hatten, oder unerwartet aufstanden und weggingen. Insgesamt betrachtet wurden dabei von ca. einem Drittel der Befragten Ablenker als häufiger und von ca. einem Viertel der Befragten als störender empfunden.

Themenfeld 13 – Angehörige und Umfeld: (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

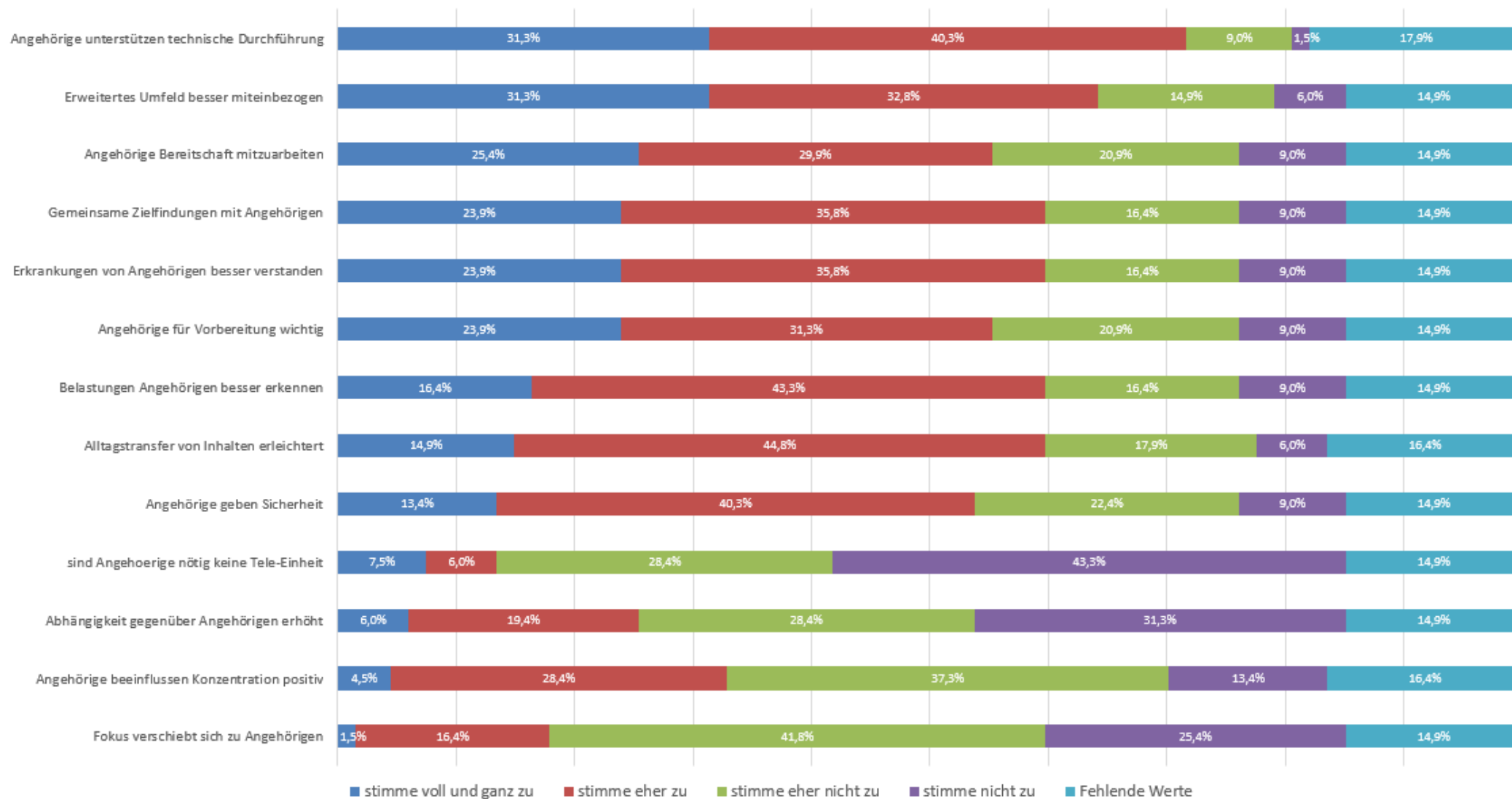


ABBILDUNG 23: ZUSAMMENARBEIT MIT ANGEHÖRIGEN

Bezüglich der Veränderungen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen in einem Telesetting wurde vor allem die technische Unterstützung der Angehörigen bei der Durchführung einer Teleeinheit hervorgehoben (71,6 % Zustimmung; 10,5 % Ablehnung). Zudem konnte das erweiterte Umfeld aus Partnern, Kindern oder auch weiteren Gesundheitsfachkräften, besser in einem Telesetting miteinbezogen werden (64,1 % Zustimmung; 20,9 % Ablehnung). Weiter stimmten die Befragten zu, dass eine gemeinsame Zielfindung mit Angehörigen erleichtert wurde (59,7 % Zustimmung; 25,4 % Ablehnung) und Angehörige die Diagnose und die Symptome besser verstanden (59,7 % Zustimmung; 25,4 % Ablehnung). Auch wurden mögliche Belastungen von Angehörigen in einer Teleeinheit besser erkannt (59,7 % Zustimmung; 25,4 % Ablehnung) und der Alltagstransfer von Inhalten wurde durch Angehörige erleichtert (59,7 % Zustimmung; 23,9 % Ablehnung). Weiter zeigten Angehörige eine größere Bereitschaft im Prozess mitzuarbeiten (55,3 % Zustimmung; 29,9 % Ablehnung) und 55,2 % der Befragten stimmten der Aussage zu, dass Angehörige wichtig waren in der gesamten Vorbereitung einer Teleeinheit (29,9 % Ablehnung). Weiterhin gab mehr als die Hälfte (53,7 %) an, dass die Anwesenheit von Angehörigen in einem Telesetting Sicherheit für Patient*innen schuf (31,4 % Ablehnung). Zudem waren 32,9 % der Meinung, dass Angehörige die Konzentration eher positiv beeinflussten, während die meisten der Befragten eher negativen Einfluss auf die Konzentration von Patient*innen sahen. (50,7 % Ablehnung) Weitere 25,4 % stimmten zu, dass möglicherweise Abhängigkeiten von Patient*innen gegenüber Angehörigen in einem Telesetting erhöht wurden (59,7 % Ablehnung). Zur Aussage, dass sich der Fokus in einem Telesetting von Patient*innen hin zu den Angehörigen verschob, stimmten 17,9 % zu, während zwei Drittel der Befragten (67,2 %) dem nicht zustimmten. Waren Angehörige zur Durchführung unbedingt nötig, stellten 13,5 % ein Telesetting dabei insgesamt infrage, während 71,7 % dies nicht taten. Zusätzlich wurde die Frage, ob Angehörige durch eine Teleeinheit eher entlastet oder belastet wurden, auf einer Skalierung von 0 % bis 100 % (0 % absolut entlastet, 100 % absolut belastet) abgefragt (n=56). Der Durchschnitt betrug 34,64 %, der Median lag bei 37,00 % und die Standardabweichung bei 23,18 %. Damit kann insgesamt eher von einer leichten Entlastung der Angehörigen in einem Telesetting ausgegangen werden.

Zusammenfassung - Angehörige und Umfeld:

Angehörige und das Umfeld galten als sehr bedeutend für die technische Unterstützung von Patient*innen und die gesamte Vorbereitung der Einheit. Angehörige und das Umfeld konnten Sicherheit für Patient*innen geben und gleichzeitig konnte das Umfeld besser in die Behandlung miteinbezogen werden. Dadurch wurde eine gemeinsame Zielfindung mit Angehörigen erleichtert und es zeigte sich eine erhöhte Bereitschaft zur Mitarbeit im Prozess, was wiederum den Alltagstransfer erleichterte. Es kam darüber hinaus zu einem Wissenszuwachs bezüglich Diagnose und Symptome und Fachkräfte konnten Belastungen des Umfelds besser erkennen. Eine erhöhte Abhängigkeit von Patient*innen gegenüber Angehörigen sahen die befragten Personen nicht und eine große Mehrheit würde Telesettings durchführen, auch wenn es zwingend Angehörige dafür benötigt. Weiter wurden Angehörige mehrheitlich eher als Ablenkungsfaktor bezeichnet, was in der Vorbereitung zu beachten gilt. Der Fokus von Fachkräften blieb dabei bei Patient*innen und verschob sich selten auf das Umfeld. Dabei sahen die befragten Personen insgesamt eher eine leichte Entlastung von Angehörigen / dem Umfeld durch ein Telesetting.

Themenfeld 14 – Präferenzen (Ergebnisse von Expert*innen und Patient*innen)

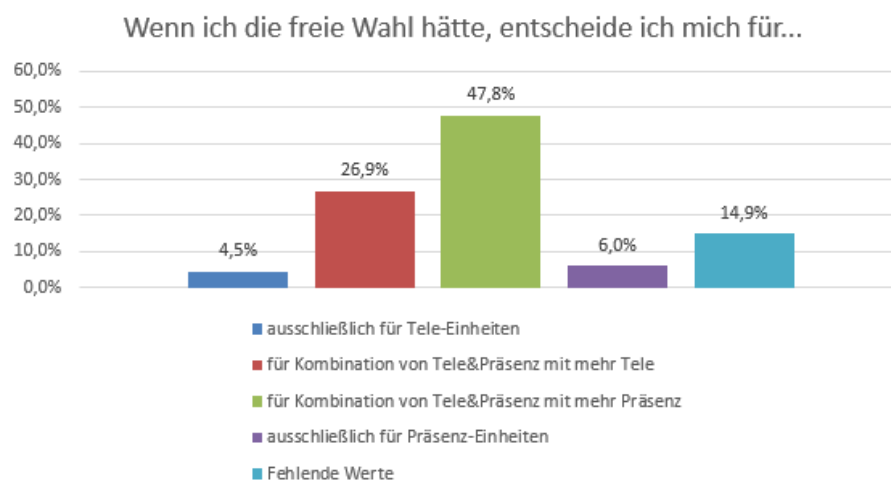


ABBILDUNG 24: PRÄFERENZ SETTING

Bei der Frage nach den Präferenzen für ein Setting wurden insgesamt 57 Antworten gegeben. Dabei gab fast jeder zweite Befragte an, dass eine Kombination von Tele- und Präsenzeinheiten mit einem größeren Anteil von Präsenzeinheiten (47,8 %; n=32) ideal sei. Weitere 26,9 % (n=18) sprachen sich für eine Kombination von Tele- und Präsenzsetting mit einem größeren Anteil von Teleeinheiten aus. Nur 6 % der Befragten (n=4) bevorzugten in Zukunft ausschließlich Präsenz und lediglich 4,5 % (n=3) bevorzugten zukünftig ausschließlich Teleeinheiten.

Auf die Frage, ob in Teleeinheiten insgesamt eher ein Vorteil oder ein Nachteil gesehen wurde, antworteten die Befragten (n=54) auf einer Skalierung von 0 % bis 100 % (0 % bedeutete Vorteil und 100 % bedeutete Nachteil) im Durchschnitt mit 24,11 %, was für eine eher positive Sichtweise und einen wahrgenommenen Vorteil bezüglich Teleeinheiten spricht. Der Median lag bei 20,50 %, die Standardabweichung bei 20,87 %.

Zusammenfassung - Präferenzen:

Knapp die Hälfte aller befragten Personen wünschten sich eine Kombination von Tele- und Präsenzeinheiten, wobei der Präsenzanteil hier größer sein soll als Teleeinheiten. Jeder vierte sprach sich für eine Kombination der Settings aus mit einem größeren Anteil von Teleeinheiten. Sehr wenige befragte Personen wollten ausschließlich ein Telesetting oder ein Präsenzsetting. Dabei überwiegen in den Teleeinheiten eher die wahrgenommenen Vorteile als die Nachteile. In einem Kommentarfeld zum Abschluss der Befragung wurde das Telesetting als Bereicherung dargestellt. Wichtig seien vorrangig bei den Fachkräften digitale Kompetenzen und Patient*innen können einen digitalen Kompetenzerwerb erleben. Dabei wird das Krankheitsbild als nicht entscheidend wahrgenommen. Auch können Patient*innen gut selbst einschätzen, ob das Telesetting geeignet ist. Gerade bei Kindern sollte die Dauer der Einheit beachtet werden. Zudem wurden deutliche Nachteile bei Hands-On Techniken genannt oder bei spezifischen z. B. stimmlichen Problemstellungen. Gleichzeitig werden Unterschiede in der Wahrnehmung von Telesettings innerhalb der Berufsgruppen deutlich und Fortbildungen, gerade für den Bereich der Kommunikation, werden gewünscht.

Offene Abschlussfrage:

Zum Abschluss des Fragebogens bestand die Möglichkeit für weitere Kommentare zum Thema. Dabei wurde das Telesetting als echte Bereicherung beschrieben, welches auch finanzielle Ausfälle bei Absagen auffangen konnte. Am Wichtigsten für das Telesetting galt der Grad an digitaler Kommunikationskompetenz und digitalem Knowhow bei den Fachkräften. Hier wurden explizit Fortbildungswünsche zur digitalen Kommunikation genannt. Weiter stellte das Telesetting für viele Patient*innen einen Kompetenzerwerb dar und eine Nutzung war vielmehr von den inneren Einstellungen von Patient*innen und deren Angehörigen abhängig als vom Störungsbild. Eine individuelle Abwägung wurde dabei stets als nötig angesehen, wobei Patient*innen gut einschätzen konnten, ob ein Telesetting für Sie möglich war. Das Telesetting wurde weiter als gute Ergänzung zur Präsenz gesehen und eine Kombination von Tele- und Präsenzeinheiten wurde als sehr gewinnbringend dargestellt. Dabei benötigten kleinere Kinder

eine eher verkürzte Einheit und bei Jugendlichen wurde eine höhere Adhärenz im Telesetting angegeben. Ansonsten wurde betont, wie arbeitsaufwendig und körperlich anstrengend (Stimme, Rücken) ein Telesetting für Expert*innen sein konnte, auch weil es oft weniger Pausenzeiten gab. Im Gegensatz dazu wurde von einer Person berichtet, dass ein Telesetting deutlich entspannter war, als ein ständiger Wechsel von Hausbesuchen und Präsenzeinheiten in der Institution. Gerade bei emotionaler Arbeit wurde ein Präsenzsetting als erfolgreicher dargestellt und bei Hands-On Techniken (z. B. in der Neurologie und Orthopädie) wurden Grenzen eines Telesettings formuliert. Eine Person kritisierte zudem die Tonübertragung und die Einstellungsmöglichkeiten, welche als hinderlich für eine Stimmtherapie galten. Dabei wurde gerade in der Physiotherapie die Teletherapie als noch wenig akzeptiert beschrieben, während bei Telesettings in der Ergotherapie, eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit beschrieben wurde.

6.3.3 Gruppenunterschiede

Mithilfe einer Varianzanalyse wurde in SPSS 29.0 ermittelt, ob es zu signifikanten Unterschieden im Antwortverhalten der involvierten Berufsgruppen kam. Eine Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner gleich dem p-Wert von 0,05 für den Alpha Fehler wurde dabei als signifikant angenommen. Wurde das Signifikanzniveau bei einer Frage nicht erreicht, erfolgte keine Aufnahme in diese Ergebnisdarstellung.

Grundlegend ist hierbei anzumerken, dass für die Interpretation der Gruppenunterschiede, neben der Signifikanz auch die kumulierten Mittelwerte der Berufsgruppen verwendet wurden. Je näher der Mittelwert beim Wert 1 liegt, desto höher war die Zustimmung, Wichtigkeit oder Bedeutung bezüglich einer Frage oder Aussage. Je näher der Mittelwert in Richtung des Wertes 4 ging, desto geringer war die Zustimmung, Wichtigkeit oder Bedeutung.

Aufgrund der geringen Teilnahme von Patient*innen ($n=2$) waren mit dieser Kohorte keine signifikanten Gruppenvergleiche möglich und wurden nicht in die Ergebnisdarstellung mitaufgenommen. Zudem sollte auch im Vergleich der Berufsgruppen aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie aufgrund der kleinen Stichprobe und einer nicht vorhandenen Normalverteilung eher von einer Tendenz als einer Signifikanz ausgegangen werden, da die Verlässlichkeit der Aussagen bei sehr kleinen Stichproben deutlich sinkt. Die Berechnungen in SPSS 29.0 mittels univariater ANOVA und Post Hoc Tests liefert allerdings nur Signifikanzbeschreibungen, unabhängig von der zugrundeliegenden Stichprobengröße.

Ergänzend wird an dieser Stelle zudem der Grundsatz betont, dass eine nachgewiesene Korrelation zwischen zwei oder mehreren Variablen keine Kausalität zugrunde liegen muss.

Exemplarisch wird mittels SPSS Tabellen die Varianzberechnung zur Motivation für ein Tele-setting bei den involvierten Berufsgruppen dargestellt. Alle weiteren SPSS-Berechnungen zu den Gruppenunterschieden finden sich im *Anhang X*.

Deskriptive Statistik

A101_05_Motivation gesetzliche Moeglichkeiten erlaubten es

	N	Mittelwert	Std.- Abweichung	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall des Mittelwerts		Minimum	Maximum
2 Ergotherapeut*in	25	1.40	.707	.141	1.11	1.69	1	4
3 Logopädie	22	2.05	1.214	.259	1.51	2.58	1	4
4 Physiotherapie	10	2.90	1.449	.458	1.86	3.94	1	4
5 Pflegefachkraft	4	2.25	.957	.479	.73	3.77	1	3
Gesamt	61	1.93	1.167	.149	1.64	2.23	1	4

ANOVA

A101_05_Motivation gesetzliche Moeglichkeiten erlaubten es

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen den Gruppen	17.133	3	5.711	5.039	.004
Innerhalb der Gruppen	64.605	57	1.133		
Gesamt	81.738	60			

Mehrere Vergleiche

Abhängige Variable: A101_05_Motivation gesetzliche Moeglichkeiten erlaubten es

Scheffé

(I) A004_ausfuellende_Person Teilnehmende Person	(J) A004_ausfuellende_Person Teilnehmende Person	Mittelwertdifferenz (I-J)	Std.-Fehler	Sig.	95% Konfidenzintervall	
2 Ergotherapeut*in	3 Logopädie	-.645	.311	.242	-1.54	.25
	4 Physiotherapie	-1.500*	.398	.005	-2.65	-.35
	5 Pflegefachkraft	-.850	.573	.537	-2.50	.80
3 Logopädie	2 Ergotherapeut*in	.645	.311	.242	-.25	1.54
	4 Physiotherapie	-.855	.406	.231	-2.02	.32
	5 Pflegefachkraft	-.205	.579	.989	-1.87	1.46
4 Physiotherapie	2 Ergotherapeut*in	1.500*	.398	.005	.35	2.65
	3 Logopädie	.855	.406	.231	-.32	2.02
	5 Pflegefachkraft	.650	.630	.786	-1.16	2.46
5 Pflegefachkraft	2 Ergotherapeut*in	.850	.573	.537	-.80	2.50
	3 Logopädie	.205	.579	.989	-1.46	1.87
	4 Physiotherapie	-.650	.630	.786	-2.46	1.16

*. Die Mittelwertdifferenz ist in Stufe ,050 signifikant.

TABELLE 12: ANOVA VARIANZVERGLEICH AUS SPSS-VERSION 29

Ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen allen Gruppen ($p=0.004$) gab es bei der Frage zur **Motivation** und ob gesetzliche Möglichkeiten diese beeinflussten. Dabei wurde ein hochsignifikanter Unterschied ($p=0.005$) zwischen Ergotherapeut*innen (Mittelwert (MW)=1.40; 1= sehr geeignet, 4= nicht geeignet; 95%Konfidenzintervall (KI) 1.11-1.69) und Physiotherapeut*innen (MW=2.90; 95%KI=1.86-3.94) deutlich.

*Während die Fachkräfte der Ergotherapie durch die Schaffung gesetzlicher Möglichkeiten am stärksten zum Telesetting motiviert wurden, waren die Physiotherapeut*innen die Berufsgruppe, die am wenigsten durch rechtliche Rahmenbedingungen motiviert wurde.*

Interpretation: Hier ist zu vermuten, dass Physiotherapeut*innen eher skeptischer gegenüber der Teletherapie eingestellt sind, da eine körpernahe Hands-On Betreuung im Selbstbild der Physiotherapie noch stark verankert ist. Zudem konnten im Erhebungszeitraum wenige Physiotherapeut*innen gefunden werden, die Erfahrung mit VK in der Teletherapie hatten, was die These stärkt, dass Physiotherapeut*innen mit am wenigsten von den zunächst befristeten gesetzlichen Änderungen zur Ermöglichung der Teletherapie gebraucht gemacht haben. Dem Gegenüber haben gerade Ergotherapeut*innen in der Datenerhebung von einer hohen Auslastung an Teletherapien berichtet.

Ein weiterer signifikanter Unterschied innerhalb der Professionen ergab sich in der Einschätzung, welche **Arbeitsbereiche** als geeignet für ein Telesetting angesehen werden.

Im Bereich von *motorischem Training* ergab sich ein tendenziell hochsignifikanter Unterschied zwischen allen Gruppen ($p=0.001$). Die befragten Physiotherapeut*innen ($MW=1.45$; $95\%KI=1.10-1.81$) sahen motorisches Training als recht geeignet an, während die Logopäd*innen ($MW=2.65$; $95\%KI=2.25-3.06$) und Ergotherapeut*innen ($MW=2.52$; $95\%KI=2.16-2.88$) dies eher ablehnten. Es zeigten sich signifikante ($p=0.004$) Unterschiede zwischen Logopäd*innen und Physiotherapeut*innen, aber auch zwischen Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen ($p=0.011$).

*Damit sahen die Physiotherapeut*innen ein motorisches Training in einem Telesetting am geeignetsten an.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung, dass vor allem Physiotherapeut*innen ein motorisches Training befürworten, könnte in dem zugrundeliegenden Berufsverständnis und der enormen Häufigkeit und Varianz an motorischen Trainings in der Physiotherapie liegen. Des Weiteren kennen Physiotherapeut*innen motorische Interventionen sehr genau und sie könnten daher eine Übertragung in ein Telesetting gut beurteilen.

Auf die Frage, ob *psychosoziales Training* im Telesetting geeignet ist, ergab sich ebenso ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen allen Gruppen ($p=0.006$). Hier zeigte sich eine Signifikanz ($p=0.039$) zwischen der Einschätzung von Pflegefachkräften ($MW=3.0$; $95\%KI=1.70-4.30$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.6$; $95\%KI=1.10-2.10$), wobei die Gruppe der Pflegefachkräfte sehr klein war.

*Damit stuften Physiotherapeut*innen ein psychosoziales Training am positivsten von allen Berufsgruppen ein und die Pflegefachkräfte am pessimistischsten.*

Interpretation: Da ein psychosoziales Training nicht schwerpunktmäßig in der Physiotherapie durchgeführt wird, überrascht dieses Ergebnis. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die beteiligten Physiotherapeut*innen einem psychosozialen Training positiv gegenüber eingestellt waren und dies erfolgreich in ein Telesetting integriert hatten, oder auf diese Frage stark sozial erwünscht geantwortet wurde. Dass gerade Pflegefachkräfte, die in der Regel mit viel mehr psychosozialen Inhalten arbeiten als Physiotherapeut*innen, dies hingegen am kritischsten sahen, lässt die Vermutung zu, dass die kleine Stichprobe von Pflegefachkräften bislang eher negative Erfahrungen in einem Telesetting mit psychosozialen Interventionen gemacht haben.

Bei der Frage, ob *sprachliches Training* für ein Telesetting geeignet ist, zeigte sich ebenso ein tendenziell signifikanter Unterschied über alle Gruppen hinweg ($p=0.01$). Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p=0.036$) in der Einschätzung von Pflegefachkräften ($MW=2.25$; $95\%KI=0.25-4.25$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.1$; $95\%KI=0.87-1.33$), wobei die Gruppe der Pflegefachkräfte sehr klein war und eher von einer Tendenz zu sprechen ist.

*Damit sahen Physiotherapeut*innen von allen Berufsgruppen ein sprachliches Training am Geeignetsten für ein Telesetting an und Pflegefachkräfte am Ungeeignetsten.*

Interpretation: Da ein sprachliches Training vorwiegend in der Logopädie durchgeführt wird, überrascht die Einschätzung von Physiotherapeut*innen und Pflegefachkräften. Eine mögliche Erklärung kann sein, dass Physiotherapeut*innen eine andere Vorstellung von sprachlichen Trainings haben, etwa in dem wie Übungen verstanden und umgesetzt werden können. Bei den Pflegefachkräften wäre eine Vermutung, dass die Patient*innen sich oft in einem fortgeschrittenem Pflegezustand befinden, der vermehrt sprachliche Einschränkungen bedeuten kann und daher für ein sprachliches Training im Telesetting als nicht geeignet gilt.

Ebenso zeigten sich tendenzielle Signifikanzen zwischen allen Gruppen ($p=0.001$) auf die Frage, wie wichtig **technische Aspekte der Vergrößerung** in einem Telesetting waren. Logopäd*innen ($MW=1,52$; $95\%KI=1.27-1.78$) unterschieden sich signifikant ($p=0,018$) von Ergotherapeut*innen ($MW=2,24$; $95\%KI=1.90-2.58$) in der Einschätzung der Wichtigkeit, Texte und Bilder vergrößern zu können. Weiter unterschieden sich die Logopäd*innen zusätzlich signifikant ($p=0,034$) von den Physiotherapeut*innen ($MW=2,36$; $95\%KI=1.74-2.98$).

*Die Logopäd*innen sahen die technischen Möglichkeiten Bilder und Texte zu vergrößern am positivsten und unterschieden sich signifikant von Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen, wobei die Funktion für Physiotherapeut*innen als am wenigsten interessant eingestuft wurde.*

Interpretation: Gerade Logopäd*innen nahmen nach Beginn der gesetzlichen Möglichkeiten eine Vorreiterstellung in der Durchführung von Teletherapie im Einzugsgebiet der Studie ein und konnten dadurch mit als Erste viele praktische Erfahrungen sammeln. Zudem sind die technischen Anpassungen stark abhängig von der jeweiligen Klientel und den zu behandelnden Diagnosen, was Unterschiede zu den Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen erklären kann. Da Physiotherapeut*innen eher weniger piktografisch und mit Papier und Stift Aufgaben arbeiten, gab es wohl weniger Nutzen für derartige technische Funktionen.

Auch im Bereich von **personellen Kompetenzen** ergaben sich tendenziell signifikante Unterschiede zwischen allen Gruppen hinweg auf die Einschätzung, wie wichtig die Kompetenz zum *eigenverantwortlichen Üben zwischen den Terminen* ist ($p=0,008$). Die Ergotherapeut*innen ($MW=1,83$; $95\%KI=1.44-2.21$) unterschieden sich dabei signifikant ($p=0,02$) von den Physiotherapeut*innen ($MW=1,00$; $95\%KI=1.00-1.00$).

*Damit sahen Physiotherapeut*innen das eigenverantwortliche Training im Telesetting am bedeutendsten von allen Berufsgruppen an und Ergotherapeut*innen legten am wenigsten Wert auf ein eigenständiges Üben.*

Interpretation: Im Bereich der Physiotherapie ist ein eigenständiges Üben von jeher Teil des therapeutischen Vorgehens. Es wäre möglich, dass sich diese grundlegende Forderung an Patient*innen auch im Telesetting fortsetzt, während die anderen Professionen bislang scheinbar weniger das eigenverantwortliche Training forcieren, gerade in der Ergotherapie.

Ebenso ergaben sich tendenziell hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,001$) auf die Einschätzung, wie wichtig die *Fähigkeit zur Körperwahrnehmung* ist im Telesetting, um eigene Befindlichkeiten einschätzen und an Fachkräfte weitergeben zu können. Die Physiotherapeut*innen (MW=1,09; 95%KI=0.89-1.29) unterschieden sich hochsignifikant ($p=0,005$) von den Ergotherapeut*innen (MW=2,09; 95%KI=1.72-2.45) und signifikant ($p=0,049$) von den Logopäd*innen (MW=1.86; 95%KI=1.52-2.21).

*Damit stuften Physiotherapeut*innen die Fähigkeit eigene Körperbefindlichkeiten adäquat zu empfinden und mitzuteilen, wichtiger ein als Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung wäre auch hier der primär motorische Ansatz in der Physiotherapie. Gerade bei der Durchführung motorischer Therapie sind Körperempfindungen zu Belastungsgrenzen, Schmerzen oder Einschränkungen essenziell. Da in der Ergotherapie und Logopädie weniger motorische Interventionen stattfinden könnte dies eine Erklärung sein, warum die Körperwahrnehmung als nicht so essenziell für ein therapeutisches Setting angesehen wird.

Im Bereich **Kommunikation** gab es tendenziell signifikante Gruppenunterschiede über alle Berufsgruppen hinweg in der Auffassung, ob das häusliche Umfeld offener sprechen lässt ($p=0.013$), ob Gesprächsregeln schwerer einzuhalten sind ($p=0.039$) und ob die Kommunikation in einem Telesetting noch wichtiger wird ($p=0.024$).

Bei der Frage inwieweit *das häusliche Umfeld offener sprechen* lässt, zeigte sich ein tendenziell signifikanter Unterschied ($p=0.014$) von Logopäd*innen (MW=2,75; 95%KI=2.45-3.05) und Physiotherapeut*innen (MW=1.80; 95%KI=1.24-2.36).

*Damit nahmen Physiotherapeut*innen die Auswirkungen des häuslichen Umfeldes auf ein offenes Sprechen am stärksten wahr.*

Interpretation: Gerade Logopäd*innen haben laut Literatur mit die größten Erfahrungen im Bereich von Teletherapie. Zudem sprechen sie mit Patient*innen mit am meisten, sodass die Einschätzung der Physiotherapeut*innen an dieser Stelle etwas überrascht. Eine Erklärung wäre, dass der Austausch in der Physiotherapie sehr zielgerichtet und fokussiert ist, was ein offenes sachliches Gespräch oft erleichtert, während in der Logopädie zusätzlich viel offenere und abstraktere Kommunikation aus dem Alltag trainiert wird.

Bezüglich des *erschwertens Einhaltens von Gesprächsregeln* zeigte sich der größte Unterschied zwischen Ergotherapeut*innen (MW=2.96; 95%KI=2.57-3.34) und Logopäd*innen (MW=2.14; 95%KI=1.70-2.58), jedoch ohne signifikant zu sein ($p=0.057$).

*Die Logopäd*innen sahen damit über alle Professionen hinweg in Tendenz die größten Probleme beim Einhalten von Gesprächsregeln.*

Interpretation: Gerade Logopäd*innen haben in der Regel den größten Gesprächsanteil in der Therapie und nehmen Kommunikation wohl mit am sensibelsten wahr. So überrascht es nicht, dass gerade Logopäd*innen im Einhalten von Gesprächsregeln eine große Herausforderung sehen.

Die Aussage, dass *Kommunikation noch wichtiger wird im Telesetting*, da es sich um das Hauptmedium handelt, unterschied sich zwischen Ergotherapeut*innen (MW=1.71; 95%KI=1.37-2.05), Logopäd*innen (MW=1.71; 95%KI=1.33-2.10), Physiotherapeut*innen (MW=1.00; 95%KI=1.00-1.00) und Pflegefachkräften (MW=1.00; 95%KI=1.00-1.00) nur geringfügig und nicht signifikant zwischen einzelnen Berufsgruppen.

*Dabei stimmten Physiotherapeut*innen und Pflegefachkräfte der Aussage zur erhöhten Bedeutung der Kommunikation stärker zu, als Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung wäre, dass der Anteil von taktilen Führungen im Bereich Physiotherapie und Pflege im Präsenzsetting höher ist als in der Logopädie und Ergotherapie. In einem Telesetting müssen jedoch sämtliche taktile Anleitungen verbalisiert werden. Diese vermehrte Kommunikation zur Anleitung könnte gerade für Fachkräfte aus der Physiotherapie und Pflege bislang nicht so üblich sein wie in der Logopädie oder Ergotherapie.

Bezüglich der Fragen zu *Veränderungen in den Gesprächstechniken* zeigten sich zwischen allen Berufsgruppen hinweg tendenziell signifikante Unterschiede in der Wichtigkeit des lauten Sprechens ($p=0.019$), der Fähigkeit zuzuhören ($p=0.028$), dem konsequenten Verbalisieren von Handlungen, um Missverständnisse vorzubeugen ($p=0.043$), dem Einsatz von Rückfragen zur Verständnissicherung von Inhalt und Übungen ($p=0.035$) sowie der Reflexion zur Zufriedenheit am Ende der Einheit ($p=0.003$).

Zur Frage, ob *lautes sprechen wichtiger* wird im Telesetting, zeigten sich tendenziell signifikante ($p=0.021$) Gruppenunterschiede von Ergotherapeut*innen ($MW=2.58$; $95\%KI=2.26-2.91$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.60$; $95\%KI=1.00-2.20$).

*Physiotherapeut*innen sahen von allen beteiligten Professionen die größte Notwendigkeit zum lauten Sprechen.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung wären hier die speziellen teletherapeutischen Methoden in der Physiotherapie, die oft eine Bewegung vor dem Bildschirm erfordern. Wenn beidseitig in Entfernung vor dem Bildschirm im Stehen gearbeitet wird, könnte die gefühlte digitale Distanz in der Kommunikation größer werden, was ein Lauteres sprechen zur Folge haben könnte. Zudem arbeiten Physiotherapeut*innen generell eher mit älterem Klientel mit eventuell bereits vorhandenen Höreinschränkungen, was ebenso ein Lauteres sprechen nötig machen würde. Aber auch Unterschiede in der technischen Ausstattung könnten eine mögliche Begründung darstellen.

Bezüglich der *Wichtigkeit des Zuhörens* zeigten sich vor allem Unterschiede von Ergotherapeut*innen ($MW=2.21$; $95\%KI=1.90-2.51$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.40$; $95\%KI=0.90-1.90$), ohne jedoch im direkten Vergleich signifikant zu sein ($p=0.07$).

*Die Physiotherapeut*innen sahen in Tendenz den größten Bedeutungszuwachs in der Fähigkeit zuzuhören.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung warum Physiotherapeut*innen im Telesetting die Fähigkeit zuzuhören als so wichtig einstufen, wäre die Tatsache, dass ein Telesetting mit vermehrter Kommunikation einhergeht und im vermehrten Gespräch das Zuhören unabdingbar ist. So sehen Physiotherapeut*innen eine höhere Bedeutung der Kommunikation und im Speziellen der Fähigkeit zuzuhören, was in sich konsistent wäre.

Bezüglich der Gesprächstechnik des konsequenten *Verbalisierens aller Handlungen*, um Missverständnisse vorzubeugen, zeigten sich die größten Unterschiede zwischen Physiotherapeut*innen ($MW=1.22$; $95\%KI=0.71-1.73$) und Logopäd*innen ($MW=2.10$; $95\%KI=1.72-2.47$), ohne jedoch signifikant zu sein ($p=0.064$).

*Damit wurde es für die Physiotherapeut*innen im Telesetting in der Tendenz wichtiger, alle Handlungen zu verbalisieren, um Missverständnisse zu vermeiden und die Logopäd*innen sahen hier die wenigsten Veränderungen.*

Interpretation: Es liegt nahe, dass gerade in der Physiotherapie im Telesetting motorische Handlungen verstärkt verbalisiert werden müssen, während das berufliche Selbstverständnis von Logopäd*innen generell mit viel Verbalisierung, egal in welchem Setting, einhergeht.

Zur Aussage, dass *Rückfragen zum Verständnis von Inhalt und Übungen wichtiger* werden im Telesetting unterschieden sich Logopäd*innen (MW=2.00; 95%KI=1.68-2.32) und Physiotherapeut*innen (MW=1.20; 95%KI=0.75-1.65) tendenziell signifikant ($p=0.041$).

*Damit stimmten die Physiotherapeut*innen am meisten der Aussage zu, dass Rückfragen zum Verständnis wichtiger werden.*

Interpretation: Auch hier kann die motorische Ausrichtung von Inhalten ausschlaggebend sein für die Einschätzung, dass Physiotherapeut*innen mehr Rück- und Verständnisfragen in einem Telesetting nutzen als gegenüber der Präsenz.

Bei der Frage, ob ein *Reflexionsgespräch am Ende der Einheit* wichtiger wird unterschieden sich Logopäd*innen (MW=2.52; 95%KI=2.21-2.83) und Physiotherapeut*innen (MW=1.40; 95%KI=0.80-2.00) tendenziell signifikant ($p=0.009$).

*Während die Logopäd*innen kaum der Aussage zustimmten, dass es wichtiger wird am Ende einer Einheit zu reflektieren, stimmten die Physiotherapeut*innen am meisten der Aussage zu.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung hierzu wäre, dass Logopäd*innen Reflexionen generell stärker nutzen als Physiotherapeut*innen, egal in welchem Setting. Gerade im Telesetting könnten Reflexionsgespräche, ähnlich wie Rückfragen zum Verständnis, eine bedeutsamere Rolle bei überwiegendem Hands-On Berufsgruppen einnehmen.

Bezüglich des Erlebens was ***erfolgreiche Kommunikation in einem Telesetting*** bedeutet, ergaben sich tendenzielle Signifikanzen zwischen den Gruppen bei der Aussage das ein selbstständiges Training klar artikuliert werden muss ($p=0.008$) sowie bei dem Aspekt, dass am Ende der Einheit keine Fragen mehr offen sein dürfen ($p=0.026$).

Bezüglich der Aussage, dass *selbstständiges Training sehr klar vermittelt werden muss*, zeigten sich tendenziell signifikante Unterschiede ($p=0.033$) zwischen Ergotherapeut*innen (MW=1.78; 95%KI=1.39-2.17) und Physiotherapeut*innen (MW=1.00; 95%KI=1.00-1.00).

*Alle Berufsgruppen stimmten dieser Aussage zu, wobei die Physiotherapeut*innen die größte Zustimmung zur klaren Vermittlung des selbstständigen Trainings hatten.*

Interpretation: Ähnliche Aussagen von Physiotherapeut*innen zum Bedeutungszuwachs der Kommunikation zeigten sich bereits bei der hohen Bedeutung von Rückfragen, Verbalisierungen von Handlungen und Reflexionsgesprächen in einem Telesetting. So kann auch hier eine mögliche Erklärung die vermehrte Kommunikation im Telesetting sein, welche notwendigerweise einen klaren Appell zum Eigentraining umfasst. Da vermutet wird, dass ein selbstständiges Üben im Bereich der Physiotherapie Setting unabhängig von hoher Bedeutung ist, wird diese hohe Bedeutung auch in ein Telesetting übertragen.

Bei der Aussage, dass *keine offenen Fragen am Ende der Einheit* mehr vorliegen, zeigten sich tendenziell signifikante Unterschiede ($p=0.043$) zwischen Ergotherapeut*innen (MW=1.96; 95%KI=1.62-2.29) und Physiotherapeut*innen (MW=1.20; 95%KI=0.90-1.50).

*Damit stimmten die Physiotherapeut*innen von allen Berufsgruppen am meisten der Aussage zu, dass am Ende keine offenen Fragen mehr vorhanden sein sollten.*

Interpretation: Ein vermuteter Zusammenhang wäre, dass die Klärung offener Fragen im Kontext der hohen Bedeutung des Eigentrainings im Bereich der Physiotherapie steht und deshalb die Fragenklärung im Telesetting als so wichtig gilt.

Im Bereich der Fragen zur **Interaktion** ergaben sich tendenziell signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($p=0.021$) bezüglich der Aussage, dass eine zwischenmenschliche Distanz im Telesetting zu spüren ist.

In der Einschätzung, dass eine erhöhte *zwischenmenschliche Distanz in der Interaktion* wahrnehmbar ist, unterschieden sich Pflegefachkräfte (MW=1.75; 95%KI=0.23-3.27) tendenziell signifikant ($p=0.036$) von Fachkräften der Physiotherapie (MW=3.20; 95%KI=2.75-3.65).

Damit spürten Pflegefachkräfte von allen involvierten Professionen am meisten eine zwischenmenschliche, digitale Distanz in einem Telesetting.

Interpretation: Hier liegt die Vermutung nahe, dass die befragten Pflegefachkräfte sehr körpernah und emotional zugewandt in der Präsenz arbeiten, was nicht unmittelbar in einem Telesetting möglich ist, und es so zu einer gefühlten, erhöhten zwischenmenschlichen Distanz in der Interaktion kommt. Weiter könnte ein berufsspezifisches Verständnis von Interaktionen die Unterschiede, gerade zur oft noch mechanisch geltenden Physiotherapie, erklären.

Bezüglich der **Auswirkungen auf Prozessebene** ergaben sich zwischen den Gruppen tendenzielle Signifikanzen bezüglich der Aussage, dass eine strukturierte Übersicht zu einer Teleeinheit wichtiger wird im Vergleich zur Präsenz ($p=0.044$), die Inhalte oft mehr auf den Alltag in der eigenen Häuslichkeit fokussiert sind ($p=0.031$), es mehr Kreativität in der inhaltlichen Ausgestaltung benötigt ($p<0.001$), ein aktives Mitmachen von Übungen wichtiger wird ($p=0.005$), Fortschritte von Patient*innen erkennbar sein müssen in einem Telesetting ($p=0.016$) sowie das Teleeinheiten oft eine Arbeitsverdichtung bedeuten ($p=0.03$).

Bei der Aussage zur *strukturierten Übersicht* im Telesetting ergab sich zwischen den Professionen die größten Unterschiede zwischen Ergotherapeut*innen ($MW=2.55$; $95\%KI=2.12-2.97$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.50$; $95\%KI=0.80-2.20$), ohne jedoch das festgelegte Signifikanzniveau zu erreichen ($p=0.079$).

*Damit stimmen Physiotherapeut*innen von allen Berufsgruppen am meisten der Aussage zu, dass in Tendenz eine strukturierte Übersicht zur Einheit in einem Telesetting wichtiger wird.*

Interpretation: Eine Erklärung wäre, dass Ergotherapeut*innen die Handlungsstruktur als Kernkompetenz ansehen und die generell hohe Strukturierung der Einheiten sich im Telesetting weniger verändert als im Bereich der Physiotherapie. Im Bereich von Physiotherapeut*innen könnten motorische Interventionen ohne taktile Unterstützung hingegen vermehrt strukturiert werden müssen.

Zur Aussage, dass die *Inhalte mehr auf den Alltag in der Häuslichkeit fokussiert* werden, ergab sich der größte Berufsgruppenunterschied zwischen Ergotherapeut*innen ($MW=2.41$; $95\%KI=2.03-2.79$) und Physiotherapeut*innen ($MW=1.50$; $95\%KI=1.12-1.88$) ohne Signifikanz ($p=0.07$).

*Die Physiotherapeut*innen stimmen damit von allen Professionen in der Tendenz einer erhöhten Alltagsorientierung von Inhalten zu.*

Interpretation: Parallel zur Erklärung der strukturierten Übersicht könnte eine Annahme sein, dass Ergotherapeut*innen grundlegend in der methodischen Orientierung eine sehr hohe Alltagsorientierung im Berufsethos Setting unabhängig innehaben. Im therapeutischen Handeln der Physiotherapie werden hingegen noch oft funktionelle Bewegungstrainings mit motorischen Trainingsgeräten durchgeführt, welche nicht ohne Weiteres in den häuslichen Bereich in einem Telesetting übertragen werden können, oder Gegenstände aus dem häuslichen Umfeld dafür Verwendung finden können.

Bezüglich der Aussage, ob es *mehr Kreativität in der inhaltlichen Ausgestaltung* benötigt, ergaben sich tendenziell hochsignifikante Unterschiede ($p < 0.001$) von Ergotherapeut*innen (MW=2.50; 95%KI=2.17-2.83) und Physiotherapeut*innen (MW=1.20; 95%KI=0.90-1.50) sowie tendenziell hochsignifikante Unterschiede ($p = 0.004$) zwischen Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen (MW=1.65; 95%KI=1.27-2.03).

*Sowohl Physiotherapeut*innen als auch Logopäd*innen bekräftigten eine notwendige höhere Kreativität für die inhaltliche Ausgestaltung von Teleeinheiten, wohingegen Ergotherapeut*innen die geringsten kreativen Anpassungen durch das Telesetting wahrnahmen.*

Interpretation: Eine mögliche Erklärung wäre, dass in der Physiotherapie und Logopädie sehr spezifische und funktionelle Trainings- und Therapiemanuale zum Einsatz kommen, die für ein Telesetting umfassend kreativ adaptiert werden müssen, oder gar nicht adaptiert werden können. Ergotherapeut*innen hingegen haben im beruflichen Selbstverständnis und der theoriegeleiteten Praxis seit jeher eine hohe Alltagsorientierung und müssen daher beständig kreativ den Alltag in die Inhalte integrieren, womit die Unterschiede zum Präsenzsetting gegenüber dem Telesetting als nicht so weitreichend eingeschätzt werden könnten.

Die Aussage, dass ein *aktives Mitmachen von Übungen in Telesettings wichtiger* wird, unterschied sich tendenziell signifikant ($p = 0.014$) zwischen Logopäd*innen (MW=2.40; 95%KI=2.02-2.78) und Physiotherapeut*innen (MW=1.40; 95%KI=0.90-1.90), sowie zwischen Pflegefachkräften (MW=2.75; 95%KI=1.95-3.55) und Physiotherapeut*innen ($p = 0.037$).

*Die Physiotherapeut*innen stimmten damit von allen Professionen am deutlichsten der Aussage zu, dass ein aktives Mitmachen wichtiger wird in einem Telesetting.*

Interpretation: Möglicherweise liegt dies in der Tatsache begründet, dass Physiotherapeut*innen in Präsenzsettings die Übungen mehr beobachten, führen und Haltungen korrigieren. Im

Telesetting braucht es jedoch eine andere Form der Anleitung, beispielsweise durch das aktive mitmachen von Übungen. Innerhalb der Logopädie und Pflege scheint das gemeinsame mitmachen von Übungen und Inhalten in Telesettings sich wenig von der Präsenz zu unterscheiden.

Bei der Aussage, dass *Fortschritte von Patient*innen auch in einem Telesetting erkennbar sein müssen*, ergaben sich die größten Unterschiede zwischen Ergotherapeut*innen (MW=1.68; 95%KI=1.43-1.93) und Logopäd*innen (MW=1.25; 95%KI=1.04-1.46), ohne jedoch signifikant zu sein ($p=0.06$).

*Alle befragten Berufsgruppen waren in Tendenz der Meinung, dass individuelle Fortschritte auch im Telesetting erkennbar sein müssen, jedoch waren Ergotherapeut*innen hier am wenigsten auf erkennbare Fortschritte ausgerichtet.*

Interpretation: Hier ist zu vermuten, dass Ergotherapeut*innen generell eine andere Form der Zielorientierung haben, oder weniger Zielorientierung als in den anderen Berufsgruppen verfolgt wird.

Bezüglich der Aussage, dass *Teleeeinheiten eine Arbeitsverdichtung mit mehr Terminen bedeuten*, ergaben sich die größten Unterschiede zwischen Logopäd*innen (MW=2.75; 95%KI=2.23-3.27) und Physiotherapeut*innen (MW=3.60; 95%KI=3.23-3.97), wobei keine Signifikanz gegeben ist ($p=0.076$).

*Damit nahmen in Tendenz die Logopäd*innen am meisten eine Arbeitsverdichtung durch Telesettings wahr, während die Physiotherapeut*innen die geringsten Auswirkungen auf die Arbeitsdichte angaben.*

Interpretation: Es wäre möglich, dass die in Präsenz generell stark durch terminierten Physiotherapeut*innen in einem oftmals 20-minütigen Behandlungstakt keine großen Abweichungen in der Arbeitsdichte zu einem Telesetting feststellen. Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz wäre, dass Logopäd*innen mehr Hausbesuche absolvieren als Physiotherapeut*innen und durch ein Telesetting in der Logopädie mehr Wegezeiten eingespart werden, die dann für mehr Teletermine genutzt werden und es so zu einer Arbeitsverdichtung kommt.

Im Bereich von möglichen **Ablenkungen** wurden tendenziell signifikante Unterschiede ($p=0.034$) zwischen den Gruppen berichtet bezüglich der Ablenkung durch Hintergrundgeräusche wie Musik, Gespräche oder Lärm.

Die befragten Pflegefachkräfte (MW=1.50; 95%KI=0.58-2.42) unterschieden sich dabei am meisten von den Physiotherapeut*innen (MW=3.10; 95%KI=2.39-3.81) bezüglich der Aussage zur *Ablenkung von Hintergrundgeräuschen*, ohne jedoch eine Signifikanz zu erreichen ($p=0.08$).

*Damit haben Pflegefachkräfte von allen befragten Professionen in der Tendenz am häufigsten Ablenkungen durch Hintergrundgeräusche erlebt und Physiotherapeut*innen am wenigsten.*

Interpretation: Eine Vermutung wäre, dass sich die Klientel in der Pflege und Physiotherapie stark unterscheiden. Gerade hochbetagte, multimorbide Personen werden vermehrt in pflegerischen Settings versorgt, wobei mit zunehmendem Alter und Multimorbidität oft Aufmerksamkeitsproblematiken und erhöhte Ablenkbarkeit einhergehen. Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass Pflegefachkräfte aufgrund der Inhalte und Tätigkeiten in der Interaktion, die Ablenkungen in einem Telesetting intensiver erleben, während hingegen die Physiotherapeut*innen durch berufsspezifische Methoden mehr Fokussierung und weniger Ablenkung erleben.

Bei den Fragen bezüglich **Angehörigen** wurden tendenziell hochsignifikante Unterschiede zwischen allen Gruppen ($p=0.006$) deutlich bei der Frage, ob Angehörige bei der technischen Durchführung unterstützen.

Hier stimmten die Ergotherapeut*innen (MW=2.05; 95%KI=1.77-2.33) tendenziell signifikant unterschiedlich ($p=0.023$) als die Pflegefachkräfte (MW=1.00; 95%KI=1.00-1.00).

*Damit nahmen die Pflegefachkräfte bei der technischen Durchführung die meiste Unterstützung von Angehörigen wahr und die Ergotherapeut*innen am wenigsten.*

Interpretation: Es könnte sein, dass die Klientel in der Pflege und Ergotherapie aufgrund eines höheren Alters und damit oft weniger vorhandenen technischen und digitalen Kompetenzen, mehr technische Unterstützung benötigen.

Zusammenfassung – Gruppenunterschiede:

Es zeigten sich professionsspezifische Muster, die zu unterschiedlichen Beurteilungen und Wahrnehmung des Telesettings führten. Allen voran gaben die Physiotherapeut*innen stärkere Veränderungen in Kommunikation, Interaktion, aber auch bei den Inhalten an. Dies lässt sich mit insgesamt sehr unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen und Methoden erklären sowie mit der Tatsache, dass gerade das Telesetting bei motorischen Interventionen und zwingendem Hands-On als schwieriger beurteilt wurde. Weiter kann sich durch die unterschiedliche Patient*innenklientel ein Unterschied in den Umsetzungsmöglichkeiten und Übertragbarkeiten von einem Präsenzsetting in ein Telesetting ergeben, gerade was Ablenkungen, Rückfragen oder auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen betrifft. Dennoch sind die Ergebnisse der Gruppenanalyse eher als Tendenz und nicht als vorhandene Signifikanz einzuordnen, da gerade die Stichprobe von Pflegekräften (n=4) und Physiotherapeut*innen (n=10) sehr klein war.

6.4 Handlungsempfehlung zur synchronen Videokommunikation

Im Nachfolgenden werden die Handlungsempfehlungen als Synopse der qualitativen und quantitativen Ergebnisse dargestellt. Überdies wurden Empfehlungen von anderen Berufsgruppen aus der Literaturrecherche in die Ausarbeitung involviert.

Zudem sollten derartige Leitfäden stets Ratschläge und Empfehlungen bezüglich der Organisation von Telesettings, des technischen Aufbaus, der geeigneten Zielgruppen, die Nutzung der VK durch die Patient*innen, die Durchführung der VK sowie die Modalitäten der Buchung enthalten (Sandbæk et al., 2021).

6.4.1 Empfehlungen aus der Literaturrecherche

Aus der durchgeführten Literaturrecherche (*Kapitel 3*) ergaben sich Aspekte, welche in der Erstellung der Handlungsempfehlungen berücksichtigt wurden. Die Empfehlungen wurden in Anlehnung an das Kategoriensystem der qualitativen Analyse strukturiert (*Tabelle 12*).

Person: Bezüglich personeller Aspekte wird bei der Auswahl von Patient*innen empfohlen, eine Entscheidung nicht auf Basis von Krankheitsbildern oder Fachbereichen zu treffen, sondern die Compliance und Eigenverantwortung der Person in den Vordergrund zu stellen (Rettinger, 2020). Zudem sollte Videotherapie mit möglichst unterschiedlichen Patient*innen ausprobiert werden (Burlefinger, 2021a). Weiter sollte die Technikverfügbarkeit und Technikakzeptanz eruiert werden (Hedqvist et al., 2023; Rettinger, 2020), ebenso wie Sicherheitsaspekte bezüglich Sturzgefährdung und Verletzungsrisiko, oder auch die Auftretenswahrscheinlichkeit

einer psychischen Notsituation. Weiter sollten dem Anlass entsprechende kognitive und sensorische Voraussetzungen geprüft werden (Rettinger, 2020). Insgesamt braucht es beidseitig den Mut, Dinge auszuprobieren sowie das Überwinden von Frustrationen und Misserfolgserlebnissen (Burlefinger, 2021a). Dabei wird empfohlen, Verunsicherungen entgegenzuwirken und ein Bewusstsein für das Medium zu entwickeln (Burlefinger, 2021a). Eine Sinnhaftigkeit für diese Behandlungsform sollte bei allen Beteiligten gegeben sein und sich an den Interessen und Wünschen der Beteiligten orientieren sowie abwechslungsreich dargeboten werden (Burlefinger, 2021b). Um eine effektive und sensible Beziehung zu Patient*innen im Behandlungsprozess aufbauen zu können, werden zudem kompetente Kommunikationsfähigkeiten benötigt (Kholdadadi et al., 2013). Fachkräfte sollten achtsamer und aufmerksamer mit den technischen Anforderungen umgehen und Anstrengungen zur nonverbalen Kommunikation unternehmen, was mehr Aktivität voraussetzt (Ahn & Scheidt, 2023). Zudem wurden Hinweise zur Beachtung der Rückengesundheit gegeben (Burlefinger, 2021a). Im Bereich der Psychotherapie wird zudem empfohlen, mit den Erwartungen von Patient*innen zu arbeiten, da diese schon seit Langem als Wirkfaktor in der Psychotherapie gelten. Es zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Erwartungen auf den Therapieerfolg, sodass als Empfehlung eine routinemäßige Erfassung der Therapieerwartung bei Therapiebeginn empfohlen wird, um mögliche Hindernisse früh identifizieren zu können (Edwards & Fehm, 2023).

Kommunikation: Die Säulen einer guten VK werden mit Wahrhaftigkeit, Konsistenz und einer allmählichen Heranführung beschrieben (Mistraletti et al., 2024). Dabei ist es bedeutsam, neben der Vermittlung von verständlichen und relevanten Informationen, auch Empathie und Emotionen Raum zu geben (Buluş et al., 2017; Mistraletti et al., 2024). Bei einer Thematisierung von negativen Aspekten sollte dabei nicht zu sehr ins Detail gegangen werden. Ebenso wird ein fester Ansprechpartner in der Kommunikation empfohlen (Mistraletti et al., 2024). Eine Freundlichkeit und ein Mitgefühl sollen deutlich vermittelt werden, ebenso wie kein zeitlicher Druck im Austausch (Wong et al., 2021). Die personenzentrierten Bedürfnisse sollten gut in ein Beratungsgespräch eingebunden werden, ähnlich wie am Telefon (Aulke, 2022). Neben dem gezielten Aufgreifen von Fragen sollten auch Themen angesprochen werden, wie Patient*innen empowert werden können (Sosnowski et al., 2020). Ferner sollten Sprechpausen und das Aushalten von Schweigephasen beachtet werden, auch wenn es als schwieriger beschrieben wird (Ahn & Scheidt, 2023). Zudem gelten im Bereich der nonverbalen Kommunikation, durch die technisch bedingte verzögerte Übertragung, der Blickkontakt sowie eine abwechselnde und fluide Interaktion als beeinträchtigt (Ahn & Scheidt, 2023; Frittgen &

Haltaufderheide, 2022). Eine wichtige Kompensation dieser medial eingeschränkten Beziehungs- und Interaktionsmöglichkeiten wird darin gesehen, dass Stimmungs- und Gefühlszustände verstärkt kommuniziert und verbalisiert werden müssen aufgrund der fehlenden oder unklaren sozialen und nonverbalen Signale (Berger, 2018, S. 112). Aus der Studie von van Nispen et al. (2022) wurde zudem ersichtlich, dass ein vermehrter Einsatz von Gesten bei Menschen mit Sprach- und Verständnisschwierigkeiten helfen kann. So beobachten Menschen mit Aphasie deutlich länger die Gestik des Gegenübers und profitieren von einem deutlichen und bewussten gestischem Einsatz (van Nispen et al., 2022). Zudem sollte alles, was nicht von Patient*innen gesehen werden kann, von Fachkräften beschrieben und uneindeutige Aussagen und Signale von Fachkräften abgeklärt werden (Burlefinger, 2021a). Weiter wurden kommunikativ-pragmatische Interaktionsstrategien wie die Beachtung des Redeanteils als unterstützend für einen Austausch geschildert (Barthel et al., 2021). Eine klare Kommunikation mit reduziertem Sprechtempo, Rückfragen zum Verständnis und paraphrasierende Zusammenfassungen werden ebenso empfohlen (Wong et al., 2021). Als weitere Aspekte von besonderer Bedeutung gelten eine „unterstützende Sprache“, ein aufmerksames, aktiv-partizipatives Zuhören sowie eine adäquate Selbstoffenbarung von allen Beteiligten und eine „Ich – Sprache“ (Buluş et al. 2017). Weiter sollten mögliche Störungen des Gesprächsflusses besprochen werden (Shaw et al., 2020). Bestimmte Gesprächstechniken, wie beispielsweise das Clinical Reasoning und damit einhergehend eine patientenorientierte Grundhaltung, können ebenso in Telesettings übertragen und eingesetzt werden (Rettinger 2020; Wolfs, 2022, S. 11-12). Gerade auch das interaktive Reasoning, als Teil des Clinical Reasoning, kann eine sehr bedeutende Rolle einnehmen, indem man die reduzierten Informationen über Metakommunikation klärt und das vermeintlich unpersönliche Setting dadurch belebt (Wolfs, 2022, S. 8).

Interaktion: Im Bereich der Videointeraktionen gilt es, ein eventuell vorhandenes Misstrauen gegenüber dem Medium abzubauen und Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, wodurch Motivation für den Prozess entstehen kann (Sachse, 2023, S. 90). Je mehr Wärme und Kompetenz von Therapeut*innen ausgestrahlt wurde, desto stärker wurden negative Ergebniserwartungen hin zu einer positiven verändert (Seewald & Rief, 2023). Gerade bei kritischen Ergebniserwartungen sollten die Aussagen genutzt und zur Optimierung entsprechender Ansätze verwendet werden (Edwards & Fehm, 2023; Seewald & Rief, 2023). Ebenfalls ist eine gute Beobachtung der Bedürfnisse und ein aktiver Blick in die Kamera wichtig (Haydon et al., 2021). Zudem wird es als wichtig betrachtet, dass Fachkräfte eine Rolle im Telesetting einnehmen, die sie üblicherweise in Interaktionen zeigen und damit einer Rollenerwartung entsprechen (Barthel et al.,

2021; Mistraletti et al., 2024). Weiterhin wurde ein günstiges therapeutisches Verhalten in Anlehnung an die Aspekte von Carl Rogers beschrieben, um mit den Aspekten der Empathie, einer positiven Wertschätzung und einer Authentizität eine emotionale Bindung aufzubauen. Die Wirkung dieser Verhaltensweisen scheint nicht auf physische Nähe angewiesen zu sein und sollte deshalb auch in einem Online-Medium Anwendung finden (Berger, 2018, S. 110). Weiter zeigen Studien, dass die Interaktionen von Gesundheitsfachkräften oft mit einem paternalistischen Interaktionsstil einhergehen, wobei Handlungen strukturiert von Expert*innen vorgegeben werden (Barthel et al., 2021). Eine Entspannung auf Fachkraftseite kann dabei Einfluss auf das Verhalten von Patient*innen haben (Haydon et al. 2021). Durch ein verändertes Verhalten kann es zu neuen oder veränderten Formen der emotionalen Übertragung kommen (Chherawala & Gill, 2020). Zudem wird in der Interaktion im Bereich der Gesundheitsversorgung die Arbeit mit Emotionen oft übersehen (Meier zu Verl, 2023, S. 171). Weiter sollen Patient*innen bei allen anfallenden Entwicklungsschritten beteiligt werden (Krüger-Brand, 2020). Zudem gibt es verbreitet Vorbehalte von Psychotherapeut*innen gegenüber der Videotherapie bezüglich möglicher eingeschränkter Beziehungsaspekte (Ahn & Scheidt, 2023), wobei diese mehrfach widerlegt wurden (Ahn & Scheidt, 2023; Berger, 2018, S. 111; Hartmann-Strauss, 2020, S. 54), was aber nicht heißen soll, diese Vorbehalte unberücksichtigt zu lassen. Weiter wurden Fehlinterpretationen durch das eingeschränkte Sichtfeld beschrieben, was reflektiert werden sollte. Die Selbstwahrnehmung des eigenen Videobildes wurde zudem teilweise als störend empfunden, weil es die Aufmerksamkeit verringerte (Ahn & Scheidt, 2023).

Prozess: Es wird empfohlen, das Setting professionell vorzubereiten (Matthes & Möller-Käppler, 2020; Sosnowski et al., 2020) und den Ablauf möglichst einheitlich zu gestalten, um Konsistenz zwischen den Terminen zu ermöglichen (Chherawala & Gill, 2020). Dabei wird innerhalb eines festen Rahmens ein flexibles Gestalten der Einheit empfohlen, um interessante und klientenzentrierte Angebote zu schaffen (Burlefinger, 2021a). Ebenso müssen die Besonderheiten in der Diagnostik beachtet werden (Sosnowski et al., 2020). Zudem soll eine Einführung in die technische Einwahl und mögliche technische Problemlösung stattfinden (Shaw et al., 2020). Die Einführung dient dabei auch dem generellen Vertrauensaufbau zum Medium und zur Person und dem Abklären technischer Fertigkeiten (Sosnowski et al., 2020). Weiter wurden digitale Hausaufgaben empfohlen, beispielsweise per App, da diese als motivierender gegenüber analogen gelten und eine erhöhte Übungsintensität in Bezug zur Häufigkeit und Dauer beschrieben wurde (Utz & Grassinger, 2021).

Institution: Es sollten institutionelle Einflüsse berücksichtigt werden, da die nachhaltige und erfolgreiche Umsetzung von der Organisationskultur, von internen Unterstützungen und der Schulung des Personals abhängen (Newbould et al., 2021). Sind entsprechende Initiativen für ein Telesetting geplant, sollten diese daher systematisch in institutionelle Prozesse eingebettet werden (Barsom et al., 2020). Zudem wird empfohlen das Personal einzusetzen, welches sich motiviert zeigt und entsprechende Fähigkeiten bereits gezeigt hat (Marhefka et al., 2020). Darüber hinaus muss die Einhaltung von Vorschriften, der Schutz von Privatsphäre und Sicherheit beachtet werden (Sosnowski et al., 2020). Weiter sollten zur Vorbereitung für Patient*innen Verschriftlichungen ausgehändigt werden (Sandbæk et al., 2021; Wong et al., 2021). Zusätzlich wird ein Fortbildungsbedarf formuliert (Burlefinger, 2021a; Khodadadi et al., 2013), da neue Techniken immer auch neue Kompetenzen erfordern und sich neue Möglichkeiten von Dienstleistungen ergeben (Hübner & Egbert, 2017, S. 219-220).

Umwelt: Von besonderer Bedeutung im Telesetting ist die Vertraulichkeit und Ruhe in der Situation, welche als unmittelbare Erfolgsfaktoren gesehen werden und abzuklären sind (Hartmann-Strauss, 2020, S. 64; Haydon et al., 2021). Als wichtige Kriterien gelten dabei ein ungestörtes Setting und die dazugehörigen notwendigen Geräte (Burlefinger, 2021b). Der Raum sollte minimal ablenkend sein und ein stabiles, schnelles Internet wird als sehr wichtig erachtet (Wong et al., 2021). Zu Beginn sollte der Kamerablickwinkel überprüft und eventuelle Hinweise zur Umgebungsbeleuchtung (Licht einschalten, Fenster beschatten) sowie zum Türe schließen, gegeben werden (Haydon et al., 2021). Dabei wurde die Blickrichtung und der Augenkontakt als häufiges Problem bei Videokonferenzen genannt und das die Bildschirmgröße einen Einfluss darauf hatte (Horstmann & Linke, 2022). Zudem sollten weitere anwesende Personen vorgestellt werden (Wong et al., 2021). Das Beisein von Betreuungspersonen wurde teilweise als wichtig empfunden (Latulippe et al., 2022), welche zudem vermehrt miteinbezogen werden sollten (Burlefinger, 2021a; Sosnowski et al., 2020). Ebenso wird die Aufsichtspflicht von Eltern in einem Telesetting betont (Matthes & Möller-Käppler, 2020).

6.4.2 Orientierung an der ICF

Um dem interdisziplinären Einsatz der Handlungsempfehlungen und ein berufsübergreifendes Verständnis der Ergebnisse zu ermöglichen wurde das bio-psycho-soziale Modell der ICF der WHO als Grundlage verwendet (*Abbildung 25*).

Als professions- und sektorenübergreifendes holistisches Bezugsmodell entwickelt, bildet die ICF die funktionale Gesundheit eines Menschen mit Behinderung in verschiedenen

Komponenten und Domänen ab (Weigl et al., 2008, S. 565). Die einheitliche Fachsprache der ICF ermöglicht das gleiche Paradigmenverständnis im gesamten Gesundheits- und Sozialsystem (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2025b; Weigl et al., 2008, S. 565).

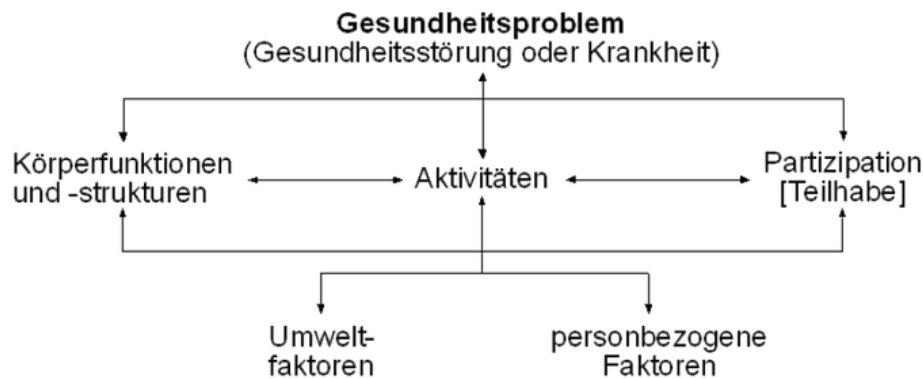


Abbildung 25: ICF / BfArM

Die Anlehnung an die ICF stellt sicher, dass die Handlungsempfehlung im Rahmen der Ausbildung, des Studiums und im Rahmen der Fort- und Weiterbildung, gleichermaßen von den in der Untersuchung involvierten Berufsgruppen der Pflege, Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie genutzt werden können. Weiter kann und soll die ICF für angewandte Forschung genutzt werden und zur Lösung von Problemstellungen im Kontext des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens beitragen (Costa, 2023, S. 269). Dabei unterstützt die ICF gerade interdisziplinäre Forschungsansätze und bietet ein Rahmenmodell sowie eine geeignete Struktur für alle Beteiligten und kann dadurch Forschungsergebnisse vergleichbar machen (Costa, 2023, S. 271). Vor allem Mixed Methods Designs gelten dabei als geeignet und können sehr gut durch die ICF unterstützt werden (Costa, 2023, S. 274). Als mögliche Beispiele für Forschungsvorhaben mittels ICF werden die Formulierung von Leitlinien und Empfehlungen zur optimalen Versorgung genannt (Costa, 2023, S. 274).

6.4.3 Entwicklung der Handlungsempfehlungen

Die Entwicklung der *"Handlungsempfehlungen für Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Pflege im Bereich Teletherapie und Telepflege"* (HELP-TEL) orientierte sich an den ICF-Komponenten (Abbildung 25). In der Synthese wurden alle relevanten Ergebnisse zur Forschungsfrage den jeweiligen ICF-Komponenten zugeteilt und darüber hinaus allgemeine Empfehlungen und Erfahrungen sowie Vor- und Nachteile eines Telesettings beschrieben. Zusätzlich wurde die Prozessstruktur eines Telesettings dargestellt. Die Handlungsempfehlungen sind dabei dem *Anhang Y* zu entnehmen.

7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Forschungsmethodik und die einzelnen methodischen Zugänge kritisch reflektiert. Weiterhin erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse und die Darstellung von geltenden Limitationen in der vorliegenden Untersuchung.

7.1 Methodenkritik

Neben der Orientierung an spezifischen Leitlinien zur Studiendarstellung (*siehe Kapitel 5.3*) erfolgte eine konsequente Beachtung von möglichen Bias und Confounder Quellen während des gesamten Forschungsmanagements. Des Weiteren wurden zur methodischen Stärkung mehrere Pretests in beiden Forschungssträngen durchgeführt (*siehe Kapitel 5.5.3 und 5.7.3*).

Zu Beginn der Studie war das Forschungsvorhaben unmittelbar von der COVID-19 Pandemie und den damit einhergehenden Lockdowns und Quarantänemaßnahmen geprägt. Dieser Zeitraum könnte eine subjektiv verzerrte Wahrnehmung zu allen Aspekten der Telemedizin in der Gesamtbevölkerung nach sich gezogen haben, weshalb ein Einstellungs-Bias von Teilnehmenden dieser Untersuchung nicht ausgeschlossen werden kann. Ferner ist ein Detection-Bias möglich, da Teleinterventionen zur Weiterführung von Pflege und Therapie sich während der Pandemie schnell etablierten und im Laufe des Erhebungszeitraums bei zunehmendem Erhalt von Telesettings, von einer Veränderung in Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft ausgegangen werden kann. Die Methode der internetbasierten Datenerhebung bei Interviews und Fragebogen adressierte darüber hinaus Personen, welche der Nutzung von Online-Tools gegenüber offen waren. Durch vorhandene Digital- und Technikkompetenzen, oder eine mögliche hohe Technologieaffinität bei den befragten Personen, standen diese eventuell der Behandlung und Beratung mittels VK in einem Telesetting positiver gegenüber, was zu einem Selection-Bias führen konnte. Zudem kann ein Gender-Bias vorhanden sein, da mehr Männer an den Datenerhebungen teilnahmen als Frauen und deshalb eine Diskrepanz zur tatsächlichen Geschlechterverteilung in den involvierten Berufen festzustellen ist.

Das Outcome der Studie sollte durch die beschriebenen Bias-Formen jedoch nicht maßgeblich negativ beeinflusst worden sein, da allgemeine Handlungsempfehlungen entwickelt wurden und sich die Gestaltung eines Telesettings auch nach der Pandemie sehr ähnlich darstellt. Als allgemein positiv ist anzuführen, dass neben den Perspektiven von Fachkräften, die Sichtweise von Patient*innen in der Studie erfasst wurde.

7.1.1 Qualitative Methoden

Alle Interviews wurden Online durchgeführt. Dies bot einerseits eine große Nähe zum Forschungsgegenstand, was als positiv angesehen werden kann, andererseits sind Online-Interviews methodisch relativ neu und nicht so umfassend evaluiert bezüglich etwaiger Spezifika oder Unzulänglichkeiten, wie andere Interviewmethoden (Nicklich et al., 2023). So wird in der Literatur aufgeführt, dass das „Auratische“ im Onlineinterview verloren geht und Räume „anders durchwirkt werden“ als bei einem Präsenzinterview (Nicklich et al., 2023). Obwohl Interviews in einem klassischen Verständnis Interaktion und Kommunikation der Anwesenden voraussetzen, wurden schon immer technische Möglichkeiten in der qualitativen Erhebung genutzt, wie z. B. Telefoninterviews. Ob die befürchteten Nachteile sich als übertrieben herausstellen und die Vorteile überwiegen, wird die zukünftige Nutzung und Forschung zeigen (Nicklich et al., 2023). Durch den nötigen Internetzugang für die Interviewerhebung ist jedoch ein weiterer Selection-Bias in der Rekrutierung der Stichprobe entstanden, wobei die involvierten Berufsgruppen in allen drei Ländern nach eigenen Angaben eine sehr hohe Internetverfügbarkeit im beruflichen Kontext haben, dies jedoch für Patient*innen wohl in einem geringeren Maße zutrifft. Weiter wurden die Interviews in einem Zeitraum von 162 Tagen erhoben, was zu Wahrnehmungsveränderungen bei den befragten Personen in dieser Zeit führen kann (Kuckartz, 2018, S. 89). So könnte sich der telemedizinische Einsatz von Technik und Software sowie das Verständnis zur VK verändert haben, sowohl beim Interviewführenden als auch bei den Teilnehmenden der Interviews.

Ferner traten während der Rekrutierung von Interviewpersonen eine Reihe von Problemen auf. Zu Beginn der Erhebung erfolgte eine willkürliche und bewusste Auswahl der Stichprobe in bekannten Netzwerken in Deutschland, was den Kriterien einer nicht probabilistischen Auswahl entspricht und daher potenziell einen Selection-Bias beinhalten könnte. Da sich im Bereich von Fachkräften aus der Pflege, in der Physiotherapie sowie bei der Rekrutierung von Patient*innen, auch nach anhaltenden Rekrutierungsbemühungen zu wenige Teilnehmende abzeichneten, wurde die Rekrutierung nach ca. drei Monaten im November 2021 auf Österreich und den deutschsprachigen Raum in der Schweiz ausgedehnt und insgesamt der Datenerhebungszeitraum verlängert. Diese Erweiterung erschien angemessen, da weniger systemische Ländervergleiche, als kommunikative und interaktive Besonderheiten sowie die Gestaltung des Telesettings im Vordergrund stand. Jedoch ist durch die teilweise erheblich unterschiedliche Ausbildung und Qualifizierung der involvierten Berufe in den drei Ländern, von einem differentiellen Wissensstand bezüglich Digitalisierung im Gesundheitswesen, oder bei kommunikativen Schwerpunkten in den Curricula, auszugehen. Parallel dazu wurden Teilnahmeaufrufe in

entsprechenden Social-Media-Kanälen in den drei Ländern über Facebook und LinkedIn wiederholt gepostet. Da vor allem im Bereich Pflege nur eine Expert*in und keine Patient*innen mit Erfahrungshintergrund gefunden werden konnte, erfolgten im Winter 2021/2022 verstärkte Rekrutierungsbemühungen in allen drei Ländern. Mit der Bitte um Unterstützung wurden der deutsche katholische und evangelische Pflegeverband sowie bayerische Pflegestützpunkte und Pflegeberatungsstellen angeschrieben, ebenso der nationale schweizerische (SBK³⁴) und österreichische Pflegeverband (ÖGKV³⁵). Zudem wurde die Pflegeberatung der Privaten Krankenversicherung (COMPASS) in Deutschland, das Deutsche Zentrum für Telemedizin, das Zentrum für Qualität in der Pflege sowie das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung in Berlin, um Mithilfe bei der Rekrutierung gebeten, jedoch ohne Erfolg. Ebenso ging ein zweiter Aufruf an die deutschen Krankenkassen AOK, TK, Barmer sowie einzelne Betriebskrankenkassen, welche allesamt mitteilten, dass weiterhin keine Erfahrungen mit Videoberatung in der Pflege vorlagen. Nach Feldhinweisen wurde der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in die Rekrutierung involviert, jedoch ergab sich nach telefonischer Anfrage in vier Bundesländern (Niedersachsen, Berlin, Bayern, Baden-Württemberg) auch hier kein Hinweis auf Erfahrungen in der Videoberatung, sodass davon abgesehen wurde, weitere MDK Landesverbände zu kontaktieren. Am Ende konnten all diese Bemühungen die Zahl an interviewten Pflegefachkräften um eine Person erhöhen, wobei weiterhin keine Patient*innen aus dem Bereich Pflege akquiriert werden konnten.

Dennoch weist die qualitative Stichprobe viele Merkmale zur unterschiedlichen Kontrastierung auf (*siehe Kapitel 6.1*), vorrangig in den Merkmalen Alter, Geschlecht, Berufserfahrung sowie bezüglich Einstellungen und Perspektiven zum Forschungsgegenstand. Dabei wurde die Kontrastierung des Forschungsgegenstandes durch die notwendige Ausdehnung der Stichprobe auf den deutschsprachigen Raum in der Schweiz und Österreich weiter erhöht. Darüber hinaus wurden sowohl ambulant als auch stationär tätige Personen befragt, was den üblichen Tätigkeitsfeldern der involvierten Fachkräfte entspricht und einer geforderten, umfassenden Feldexploration diene (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 40). Der sozioökonomische Status mit Einkommensverhältnissen wurde nach den Grundsätzen der Datensparsamkeit nicht erhoben, wodurch keine Rückschlüsse auf Zugehörigkeit zur Unter-, Mittel- oder Oberschicht der befragten Personen möglich waren. Im Sinne eines „Over- / Undersampling“ könnten deshalb Abdeckungsfehler in der Stichprobe vorhanden sein, wie der sogenannte Mittelschichtbias (Döring & Bortz, 2016, S. 295). Weiterhin wurde in der Interviewerhebung eine Geschlechterquote

³⁴ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

³⁵ Österreichischer Gesundheits- & Krankenpflegeverband

von 61,54 % zugunsten von Frauen erreicht, was den deutlich höheren Frauenanteil bei den involvierten Gesundheitsfachberufen nur teilweise widerspiegelt, da gerade im Bereich Pflege, Logopädie und Ergotherapie von einem höheren Frauenanteil auszugehen ist. Dies könnte eine Quelle von potentiellen Verzerrungen sein, da unterschiedliche Geschlechter eine unterschiedliche Herangehensweise und Umsetzung von telemedizinischen Settings und Interventionen zeigen könnten, was jedoch separat zu untersuchen wäre. In der Interviewführung achtete der Forschende zudem explizit darauf, eine „Leitfadenbürokratie“ aufgrund des eingesetzten strukturierten Leitfadens zu vermeiden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 121). Dabei konnte eine flexible Interviewdurchführung und der Einbau von immanenten und exmanenten Nachfragen mit zunehmend Erfahrung und Sicherheit besser in den Gesprächsfluss integriert werden, um die Interaktion so natürlich wie möglich zu gestalten. Die genannten qualitativen Gütekriterien (*siehe Kapitel 5.3.1*) konnten unterschiedlich stark beachtet werden. Eine kommunikative Validierung mit den befragten Personen zur Qualitätssicherung erfolgte nicht (Flick, 2019, S. 475), da keine unklaren Passagen vorlagen und weder die Transkripte noch die Interviewergebnisse während des Studienzeitraums mit den Teilnehmenden besprochen wurden. Dies schränkt die Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit etwas ein, jedoch wird es durchaus konträr gesehen Transkripte gegenlesen zu lassen, da dies eine Form der Belastung darstellen konnte. Die Aspekte der Übertragbarkeit, Bestätigbarkeit und Zuverlässigkeit ist hingegen als hoch einzustufen, da viele Ergebnisse sich auch in Untersuchungen aus anderen Berufsgruppen sehr ähnlich zeigten (*siehe Kapitel 6.4.1*). Zur weiteren Erhöhung der methodischen Qualität der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurde zudem eine Interrater Überprüfung (*siehe Kapitel 5.6.4*) mit 20 % des gesammelten Datenmaterials durchgeführt, was ebenso die Bestätigbarkeit und Zuverlässigkeit der gefundenen Ergebnisse unterstrich. Weiter kann die Datenerhebung mit mehr als zwei Jahren im Forschungsfeld als lang bezeichnet werden, was eine theoretische Durchdringung fördert und eine entsprechende methodische Triangulation hat durch das gewählte Forschungsdesign stattgefunden. Hierbei wurde auch die von Strübing et al. (2018) beschriebene Gegenstandsangemessenheit der gewählten methodischen Ausrichtung umfassend berücksichtigt. Die empirische Sättigung wurde durch eine entsprechend breite Zusammensetzung der Stichprobe und auftretenden Redundanzen in den Interviews erreicht (Strübing et al., 2018). Darüber hinaus wurde die Originalität und textuelle Performanz in der Veröffentlichung der Ergebnisse im Journal Digital Health dokumentiert (Lichtenauer et al. 2024a).

7.1.2 Quantitative Methoden

Die Online-Fragebogenerhebung wurde aus Datenschutzgründen anonym durchgeführt, wodurch mögliche soziodemografische Confounder und Abdeckungsfehler unbeleuchtet blieben. Ebenso könnten die Teilnehmenden sozial erwünscht geantwortet haben, um vermeintliche, subtile Erwartungen von Forschern oder der Gesellschaft zu erfüllen. Es ist vorstellbar, dass Teilnehmende sich mit negativen Bewertungen zurückgehalten haben, um der weiteren Etablierung von Telesettings nicht entgegenzustehen, wodurch negatives Antwortverhalten abgeschwächt oder ganz vermieden worden sein könnte. Weiter wurde in der Ausgestaltung und Konstruktion des Fragebogens darauf geachtet, verschiedene Bewertungsmöglichkeiten zu integrieren, um die Erhebung möglichst abwechslungsreich zu gestalten und die Aufmerksamkeit und Motivation während der Erhebung zu unterstützen (Döring & Bortz, 2016, S. 407). Zudem sollten durch das Skalenniveau möglichst keine Beeinflussungen der Ergebnisse stattfinden, weshalb die Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ und Freitextfelder verwendet wurden. Ebenso konnten einzelne Fragen ausgelassen werden, ohne den Fragebogen abbrechen zu müssen. Im durchgeführten Pretest (*siehe Kapitel 5.7.3*) wurde die spezifische Art und Weise der Fragestellungen überprüft, gerade bezüglich möglicher Suggestionen oder fehlender Offenheit. Die Fragebogenkonstruktion basierte zudem unter anderem auf den qualitativ erhobenen Aspekten. Sind in der qualitativen Erhebung und Analyse lückenhafte Darstellungen zum Thema vorhanden oder Fehler passiert, so zogen sich diese fehlenden oder falschen Annahmen in der Fragebogenerhebung fort. Dabei wurde versucht, diese Fehlerquelle durch die Integration von Assessments und einer ausführlichen Literaturrecherche möglichst zu minimieren. Eine entsprechende Faktorenanalyse der Items wurde im Pretest jedoch nicht durchgeführt, sodass der Fragebogen ohne eine Prüfung mittels teststatistischer Verfahren entwickelt wurde.

Aufgrund des geringen Rücklaufs wurden im Erhebungszeitraum fortlaufend weitere Rekrutierungsmaßnahmen ergriffen und schließlich die Datenerhebung um einen Monat verlängert. Der gesamte Rekrutierungsprozess erwies sich dabei als sehr zeit- und arbeitsintensiv und ging weit über die dafür vorgesehenen Ressourcen hinaus. Das gewählte Schneeball-Sampling erwies sich im Vorfeld als sehr geeignet für den Forschungsgegenstand, aber insgesamt als wenig erfolgsgenerierend, gerade für die Zielgruppe der Patient*innen und im Bereich von Fachkräften der Pflege. Alle Einladungen und Bekanntmachungen, sowie die letzte Seite bei der Online-Befragung, wiesen explizit darauf hin, dass der Link bzw. QR-Code zur Fragebogen-Teilnahme an entsprechende Patient*innen und Fachkräfte mit Erfahrungshintergrund weitergegeben werden kann und auch sollte. Eine Rücklaufquote konnte aufgrund der Rekrutierungsstrategie und des gewählten Schneeballs – Samplings nicht ermittelt werden. Der Link zum Fragebogen

wurde über Berufsverbände und Fachzeitschriften, sowie über Social-Media-Kanäle und private Netzwerke verteilt, welche für den Forscher nicht zu rekonstruieren waren. Teilweise wurde der Aufruf nicht unterstützt, da die angeschriebenen Personen und Institutionen von zu vielen Forschungs-Anfragen berichteten. Eine relativ hohe Abbruchquote (non-response) von 56,21 % könnte darüber hinaus das Vorhandensein eines Attrition-Bias bedeuten (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2025). Durch die gewählte Samplingmethode könnte der Fragebogen oft von Personen aufgerufen worden sein, die sich dann bei der Überprüfung der Einschlusskriterien, als nicht geeignet herausstellten. Ein multiples Ausfüllen von Teilnehmenden konnte nicht sicher verhindert werden. Ansonsten konnte die relativ lange Bearbeitungsdauer des Fragebogens von ca. 20 Minuten zu Abbrüchen, Überforderungen oder Motivationsverlust geführt haben. Jedoch konnte die lange Ausfülldauer aus einer positiven Perspektive heraus die Erfüllung der Einschlusskriterien unterstützen, da Personen, die wenig Themenerfahrung hatten oder die fälschlicherweise mit dem Ausfüllen des Fragebogens begannen, eher zum Abbruch neigen konnten.

Am Ende des Erhebungszeitraums war die erreichte Stichprobe ($n=67$) bezogen auf die Grundgesamtheit der Berufsgruppen relativ gering und nicht repräsentativ, auch wenn davon auszugehen ist, dass im Erhebungszeitraum ein relativ geringer Prozentsatz der involvierten Berufsbilder Erfahrungen mit einem Telesetting hatte. So nahmen vor allem sehr wenige Pflegefachkräfte und Patient*innen aus dem Bereich Pflege an der Fragebogenerhebung teil, was die Aussagekraft der Ergebnisse in diesen Bereichen deutlich einschränkt. Die daraus berechneten statistischen Lage- und Streumaße (*siehe Kapitel 6.3.1*) sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Zudem könnte die geringe Stichprobengröße auch als ein Indiz dafür gelten, dass die gesetzlichen Vorgaben und Möglichkeiten zur Einführung der VK in Telesettings im Erhebungszeitraum eher schleppend umgesetzt wurden und gerade im Bereich Pflege noch wenig Fachkräfte Erfahrung mit diesem Medium hatten. Dieser Aspekt deckt sich mit den Angaben der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes aus den Telefonaten zur Rekrutierung, bei dem wenig bis gar keine Erfahrung angegeben wurde.

Darüber hinaus konnte am Ende des Fragebogens eine offene Rückmeldung gegeben werden. Hier wurde von den ausfüllenden Personen bemängelt, dass der Fragebogen zu unausgewogen sei, da viele Fragen sich primär auf den ambulanten Bereich bezogen. Hier ist möglich, dass stationär arbeitendes Personal die Datenqualität negativ beeinflusst hat. Ebenso wurde der Fragebogen als zu lang bezeichnet und teilweise wurden Items zur Motivation und Akzeptanz als zu redundant beschrieben, da es bereits Akzeptanz- und Compliancestudien gäbe. Weiter wurden manche Fragen als schwer zu beantworten eingestuft und mehr Fragen zur digitalen

Kommunikationskompetenz sowie zu notwendigen Unterstützungsleistungen wurden gewünscht. Ansonsten stellte sich die Frage, inwieweit Doppelerhebungen der gleichen Person als Bias auftraten und die Datenqualität beeinflussten, da aufgrund der durchgeführten Rekrutierungsstrategie keine persönlichen Zugangscodes verwendet werden konnten und die Stichprobe unbekannt und als schwer zugänglich galt.

Bezüglich der Auswertungsstrategie ist abschließend zu betonen, dass die Berechnung der Gruppenvergleiche bei nicht parametrischen Verfahren als schwierig gilt, da eine Varianzanalyse nur über Post-Hoc Tests möglich ist. Zudem bedeutet eine mögliche Korrelation noch keine Kausalität aufgrund der kleinen Stichprobe, insbesondere bei Pflegefachkräften und Patient*innen.

Ferner wurden versucht die quantitativen Gütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität möglichst umfänglich zu berücksichtigen. Dies erfolgte bereits ab der Konstruktion des Fragebogens durch die Anlehnung an bekannte Assessments, welche die Gütekriterien erfüllen. Weiterhin wurden die Gütekriterien entsprechend der gesammelten Stichprobengröße und dadurch möglicher Analysen in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt. Die geforderte methodische Strenge wurde durch eine größtmögliche transparente Beschreibung der Erstellung der Erhebungsinstrumente und des gesamten Forschungsprozesses umfassend berücksichtigt. Weiter kann die inhaltliche Relevanz der quantitativen Studie als hoch angesehen werden, da Ergebnisse auf einer qualitativen Analyse beruhten und sich diese zusätzlich mit den Ergebnissen der Literatur aus anderen Berufsgruppen deckte. So kann auch die externe Validität insgesamt durchaus als hoch angesehen werden, in Anbetracht der Übereinstimmungen mit Ergebnissen aus anderen Berufsgruppen mit einem ähnlichen Forschungsschwerpunkt. Zudem wurde eine ethische Strenge durch die Einbindung der Ethikkommission und ausführlichen Erklärungen im Informed Consent umgesetzt.

7.2 Ergebnisse

Der Fokus dieser Mixed Methods Untersuchung lag auf den subjektiven Erfahrungen zum Erleben von möglichen Spezifika in einem Telesetting, welche sich während der Durchführung synchroner VK in einem teletherapeutischen oder telepflegerischen Setting zeigten. Insbesondere interessierten Besonderheiten und Unterschiede im gesamten Ablauf sowie speziell in der Kommunikation und Interaktion. Nachfolgend werden in der Ergebnispräsentation die im Vorfeld der Studie aufgestellten Hypothesen diskutiert (*siehe Kapitel 4.2*), bevor eine Einordnung der Ergebnisse in den wissenschaftlichen Diskurs und die praktische Relevanz geschieht. Die

Diskussion der Ergebnisse ist dabei eine Synthese der einzelnen qualitativen und quantitativen Analysen.

Die erste Hypothese adressierte mögliche Unterschiede in der Kommunikation in einem Telesetting gegenüber einem Präsenzsetting. Diese Hypothese kann bestätigt werden, da von einer teils stark veränderten Kommunikation berichtet wurde. Kommunikation galt als das Hauptmedium und eine elementare Bedeutung wurde unterstrichen. Dabei galt es in einem Telesetting als wichtig, alle drei Ebenen der Kommunikation konzentrierter und achtsamer zu beobachten. Gerade die nonverbalen und paraverbalen Kommunikationsanteile erwiesen sich als different gegenüber einem Präsenzsetting und wurde als bedeutsamer beschrieben. So wurde Mimik und Gestik in der VK vermehrt und bewusster eingesetzt sowie auf eine Synchronisation geachtet und verstärkt verbalisiert. In den paraverbalen Anteilen wurde die Sprechmelodie sowie die Artikulation und das Sprechtempo an das Setting angepasst und verstärkt reflektiert, auch aufgrund technischer Gegebenheiten. Als unterschiedlich zur Kommunikation in Präsenz wurde darüber hinaus auch die verbale VK von den befragten Personen erlebt. Als verändert wurden Gesprächsregeln, die Gesprächsführung und insbesondere die vollständige Klärung von Fragen angesehen. Die Einhaltung von Schweigephasen, die Vermeidung eines Vortragsstils von Expert*innen und gezielte Gelegenheiten zum Feedback und für Fragen waren unterschiedlich zur Präsenz. Dabei wurde es als wichtiger betont, Gelegenheiten für Rückfragen oder Small Talk zu schaffen und die hohe Bedeutung der Eigenverantwortung von Patient*innen wurde unterstrichen. Weiter konnte das Telesetting Einfluss auf den Austausch mit Patient*innen haben und es wurde als offener und authentischer erlebt. Es konnten dabei auch sensible Themen gut besprochen werden. Zudem wurde der Prozessablauf transparenter beschrieben und Kognition, Sprachverständnis, Ausdauer und Motivation wurden noch mehr berücksichtigt. Dabei wurde insgesamt oft eine vermehrte und anstrengendere Kommunikation thematisiert, gerade in der Anleitung von Übungen für das Selbstmanagement. Inhaltlich blieben die Gesprächsthemen oft gleich, jedoch wurden das häusliche Umfeld sowie der Alltag stärker thematisiert und mehr elektronische Kommunikationswege verwendet. Lediglich die gezielte Nutzung von Small Talk wurden als kaum unterschiedlich beschrieben, jedoch gab es oft weniger zeitliche Gelegenheiten dafür. Am Ende der Teleeinheit wurde zudem die Reflexion zur Zufriedenheit mit der Qualität und Zielerreichung wichtiger. Wurde ein offenes und zielgerichtetes Gespräch geführt und alle offenen Fragen am Ende geklärt und die Technik trat in den Hintergrund, wurde die VK als erfolgreich wahrgenommen.

Eine weitere Hypothese hierzu war, dass im Telesetting neue Gesprächstechniken und -strategien eingesetzt werden. Da vorwiegend die gleichen Gesprächstechniken beschrieben wurden,

muss diese Hypothese weitgehend verworfen werden. Es wurden keine grundlegend neuen Gesprächstechniken und -strategien beschrieben, viel mehr waren diese weiter patientenorientiert sowie an entsprechenden Bedürfnissen und Diagnosen orientiert und nicht an der Form des Settings. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die Bedeutung und der Einsatz von Gesprächstechniken im Telesetting wichtiger wurden. Vor allem Techniken, die das gegenseitige Verständnis sicherten, wie das Paraphrasieren, Spiegeln oder Fragetechniken, wurden verstärkt eingesetzt und als bedeutsamer dargestellt, hauptsächlich im Hinblick auf Verständnissicherung und Selbstmanagement. Zudem wurden verbales begleiten und die Fähigkeit zum Zuhören wichtiger. So kann festgehalten werden, dass zwar keine neuen Gesprächstechniken zum Einsatz kamen, aber deren Bedeutung wuchs.

Des Weiteren wurde zu Beginn der Untersuchung die Hypothese aufgestellt, dass sich die Interaktion, ebenso wie die Kommunikation, in einem Telesetting unterschiedlich darstellt. Diese Hypothese kann teilweise bestätigt werden. Durch die Spezifika in den drei Ebenen der Kommunikation ergaben sich auch für die Interaktionen in einem Telesetting Veränderungen, wenn diese teilweise auch nur als gering bezeichnet wurden. So wurde der Aufbau einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung als wichtiger dargestellt, was technisch bedingt oft als schwieriger galt, insbesondere auch bei zurückhaltenden Menschen. Dabei wurde der indirekte Blickkontakt als Herausforderung für die Beziehung beschrieben und es galt diesen vorab zu besprechen. Ebenso wurde die Empathie in einem Telesetting als unterschiedlich erlebt und es benötigte mehr Fokussierung von Expert*innen, da Emotionen über VK abgeschwächt übertragen wurden, aber weiterhin mit Emotionen gearbeitet werden konnte. Weiter achteten Expert*innen verstärkt auf die eigene Ausstrahlung sowie auf das Herstellen gegenseitiger Sympathie und zeigten ein offeneres und humorvolles Rollenverhalten. Zudem wurde betont, dass Expert*innen verstärkt Ruhe und Sicherheit ausstrahlen sollten, gerade auch bei technischen Herausforderungen. Als weitere Besonderheit zeigte sich die Beachtung intrafamiliärer Beziehungen, wobei es galt Abhängigkeiten und Erfolgserwartungen von Angehörigen an Patient*innen gut zu reflektieren. Angehörige galten als bedeutungsvoll für die gesamte Vorbereitung und technische Unterstützung. Überdies wurde eine verstärkte Zusammenarbeit mit Angehörigen, aber auch dem erweiterten Umfeld inklusive weiterer Expert*innen, beschrieben und auch wichtiger, wobei das Telesetting oftmals erstmalig eine Teilhabe des Umfelds ermöglichte. Dies wurde oft als großer Vorteil wahrgenommen und erleichterte den Wissens- und Informationstransfer sowie Alltagsorientierung von Zielen und Inhalten. Zudem konnten Belastungen von Angehörigen besser erkannt werden und die Bereitschaft zur Mitarbeit war erhöht gegenüber der Präsenz. Hier wurden auch Entlastungen von Angehörigen durch ein Telesetting

deutlicher, da Zeit und Wege eingespart wurden. Als Nachteil galt dabei, wenn Angehörige sich selbst in den Mittelpunkt stellten und sich der Fokus von Interventionen zu sehr von Patient*innen wegbewegte, was jedoch selten geschah. Weiter wurde eine veränderte Rolle von Angehörigen thematisiert, welche vermehrt als Assistenzen beschrieben wurden, die Einschränkungen, Unsicherheiten sowie Verständnis- und Durchführungsprobleme von Patient*innen kompensierten. Parallel dazu wurde ein anderes Rollenverhalten von den Gesundheitsfachkräften im Telesetting beschrieben und es galt das Gegenüber mehr zu aktivieren, da oft mehr Passivität von Patient*innen beobachtet wurde. Schließlich zeigten sich durch die fehlende körperliche Präsenz der Beteiligten weitere Spezifika, wobei das Telesetting teilweise aufgrund einer empfundenen digitalen Distanz auch beidseits abgelehnt wurde. Gerade die Körperarbeit galt bei Expert*innen als ein besonderer Aspekt in der gesundheitlichen Versorgung, welche die Interaktion in Verbindung mit dem Körper erweitert, beispielsweise bei einer Mobilisation oder Führung, und was so in einem Telesetting nicht möglich war. Unterschiede wurden ebenso im auratischen beschrieben, was wiederum Einfluss darauf haben konnte wie aktiv oder passiv sich die Personen im Telesetting verhielten. So wurden Interaktionen teilweise als eingeschränkt und weniger intensiv erlebt oder waren stärker auf den Prozess fokussiert. Zudem verstärkten Expert*innen die Beobachtung von Körper- und Stresssignalen, gerade bei zurückhaltenden Menschen und die Feinfühligkeit für Interaktionen wurde wichtiger, auch um mehr auf Emotionen reagieren zu können. Übungen sowie Inhalte wurden explizit mitgemacht und galt als noch wichtiger als in Präsenz. Als negativ wurde es betrachtet, bei Problemen in Konzentration, Motivation und Ausdauer nicht haptisch intervenieren zu können und ein gewisser Kontrollverlust wurde beschrieben, was teilweise beunruhigende Gefühle bei Expert*innen auslöste. Des Weiteren wurde auch die Rolle von Patient*innen als andersartig beschrieben. Diese waren im Telesetting bezüglich methodischer und inhaltlicher Umsetzung vordergründig eigenverantwortlich und selbstbestimmt, sodass das Selbstmanagement als grundlegend unterschiedlich gegenüber einem Präsenzsetting galt. Weiter drohte die Gefahr das gerade zurückgezogen lebende Patient*innen das Haus noch weniger verlassen.

Die letzte Hypothese zielte auf mögliche Veränderungen in den Umgebungsfaktoren eines Telesettings ab. Da sich durch den Technikeinsatz eine Reihe von grundlegenden Veränderungen zeigten, kann diese Hypothese umfassend bestätigt werden. So wurden viele technische Aspekte betont, welche vorab intensiv mit Patient*innen besprochen wurden und der vorhandene Ist-Zustand wurde aufgenommen. Um etwaige Barrieren in der Technik- und Digitalkompetenz zu reduzieren, sollten Einwahl, Einstellungen und Bedienung detailliert erklärt werden, möglichst intuitiv sein und die eingesetzten Hard- und Software insgesamt eine hohe Usability

aufweisen. Zudem galten eine moderne Hardware und ein großer Bildschirm als vorteilhaft. Gerade zu Beginn wurden oftmals technische Herausforderungen und Überforderungen für Patient*innen beschrieben, welche es zu beachten gilt. Besondere Wichtigkeit hatte die Überprüfung der Kameraposition und des Sichtfeldes. Teilweise wurde auch auf Informatik Fachpersonal zur Allgemeinen und beidseitigen Unterstützung zurückgegriffen. Kam es zu vielen technisch bedingten Störungen, konnte das Telesetting abgelehnt werden. Dem Gegenüber wurden mögliche Kompensationen bei Sinneseinschränkungen, etwa Inhalte zu vergrößern oder die Lautstärke zu erhöhen, als vorteilhaft beschrieben, ebenso wie die Tatsache, die erworbene Technikkompetenz auch für weitere Lebensbereiche nutzen zu können. Als eindeutig verändert zur Präsenz wurden zudem unerwartete Terminabbrüche wahrgenommen, welche gerade bei Kindern oder bei Patient*innen mit psychischen Problemen, als verunsichernd und belastend für Expert*innen beschrieben wurden. Weiter wurde ein erhöhter Medienkonsum durch das Telesetting kritisch gesehen. Ferner wurden veränderte räumliche Aspekte im häuslichen Setting bezüglich reizarmer Arbeitsatmosphäre, notwendiger Ausstattung und Datenschutz, intensiv mit Patient*innen vorbesprochen und Möglichkeiten eruiert. Das häusliche Setting konnte beruhigend und motivierend, aber auch ablenkend und mit wenig Privatsphäre wahrgenommen werden. Hier wurden auch vermehrte Ablenkungen von Patient*innen durch Umweltfaktoren im Telesetting beschrieben, welche ebenso präventiv angesprochen wurden. Vor allem Angehörige lenkten ab, aber auch Hintergrundgeräusche, Haustiere, weitere geöffnete Software, das eigene Kamerabild, aber auch Therapie- und Begleitmaterial sowie unkontrollierbare Ablenker wie die Haustürklingel. Dabei wurden Ablenkungen eher häufiger und störender empfunden als in Präsenz und die Beachtung bei Personen mit vorhandenen Aufmerksamkeitsproblemen wurde wichtiger. Zudem gab es Veränderungen im professionellen Setting bei Expert*innen, wobei eine feste Raumtechnik bei regelmäßigen Durchführungen von Telesettings empfohlen wurde. Gleichzeitig wurde verstärkt auf eine professionelle Außenwirkung der Institution und geeignete berufliche Kleidung geachtet. Weiter wurden erhöhte Sicherheits- und Hygienestandards im Telesetting thematisiert. Des Weiteren wurden veränderte Rahmenbedingungen durch ein Telesetting beschrieben. Die Veränderungen im beruflichen Rollenverständnis sowie im Bereich der systemischen und multiprofessionellen Arbeitsweise wurden dabei als so bedeutsam dargestellt, dass diese in Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt vermittelt werden sollten, ebenso wie Veränderungen in Kommunikation und Interaktion sich in Curricula wiederfinden müssten. Weiter wurden systemische Veränderungen in der Zusammenarbeit mit gesetzlichen Krankenkassen thematisiert. Vor allem bezüglich digitaler Unterschrift, Möglichkeiten zur

Diagnostik sowie bezüglich Finanzierung von erforderlichen Investitionen wurden klare rechtliche Rahmenbedingungen gewünscht.

Über die Beantwortung der Hypothesen hinaus ergaben sich weitere interessante Aspekte aus den Mixed Methods Ergebnissen, welche in die Handlungsempfehlungen integriert wurden. Von besonderer Bedeutung für ein Telesetting zeigten sich personelle Aspekte bei Patient*innen und Expert*innen. Beidseitig erschien das Vorhandensein von digitalen Kompetenzen oder Vorerfahrungen zur VK als elementar für die Durchführbarkeit. Neben dem Alter und dem Technikinteresse galten dabei persönliche Einstellungen und Werte zu einem Telesetting als entscheidend. Wurden individuelle Vorteile erkannt oder es gab positive Vorbilder und Erfahrungen, war die Bereitschaft für ein Telesetting höher, sowohl für Patient*innen als auch Expert*innen. Weiter zeigten sich eine hohe Zufriedenheit und Akzeptanz zum Telesetting, wobei gerade zu Beginn bzw. bei der Einführung beidseits Nervosität und technische Hürden beschrieben wurden. Gezielte Einführungen und Erklärungen wurden als notwendig erachtet und waren von den Vorerfahrungen der Personen abhängig, welche es im Vorfeld zu ermitteln galt. Zudem erlebten beide Seiten ein Telesetting oftmals als anstrengender für Kognition und Motorik, was umfassend zu berücksichtigen ist. Insgesamt wurde das Telesetting beidseitig überwiegend als Bereicherung wahrgenommen, mit neuen Lern- und Gestaltungsmöglichkeiten. Bezüglich Patient*innen wurden darüber hinaus spezifische Veränderungen und Anforderungen sichtbar. Neben einer seriösen Betrachtung dieser Versorgungsform wurde eine realistische Selbstwahrnehmung von Patient*innen als wichtig betrachtet, um Über- oder Unterforderungen oder Fehlbehandlungen durch falsche Rückschlüsse zu vermeiden. Dabei galt es, eine individuelle Eignung abzuwiegen, wobei Diagnose, Symptome, Ziele und Alter Einfluss darauf hatten. Am wichtigsten wurden jedoch die vorhandenen Symptome und Digitalkompetenzen betrachtet und weniger das Alter und die Diagnose. Bei einer Notwendigkeit von Hands On Methoden war eine Grenze für das Telesetting erreicht. Weiter wurden Voraussetzungen für Kognition und Motorik betont, allen voran Aufmerksamkeit, Sprachverständnis und eigene Handlungsfähigkeit zur Umsetzung von Inhalten, aber auch zur vorab Organisation eines häuslichen Settings. Hier wurde auch eine Frustrationstoleranz, gerade gegenüber technischen Herausforderungen, als bedeutungsvoll bezeichnet, welche im Verlauf achtsam beobachtet werden muss. Weiter konnten die Patient*innen sehr gut selbst einschätzen, ob ein Telesetting für sie geeignet war. Bei Expert*innen galten die Reflexion des eigenen Rollenbildes und der Rollenerwartungen als wichtig, da mehr Beratungs- und Anleitungaspekte in einem Telesetting beschrieben wurden.

Zudem wurden ein aktiveres Kommunizieren und eine Erweiterung der Beobachtungsfähigkeit als wichtige Grundhaltung bei Expert*innen thematisiert.

Des Weiteren zeigten sich einige spezifische Veränderungen in der Prozessgestaltung eines Telesettings. Bezüglich der Strukturierung eines Telesettings wurde durch den Technikeinsatz von vermehrter Vor- und Nachbereitung berichtet. Weiter wurden beidseitig Technikeinweisungen durchgeführt, wobei Patient*innen einen erhöhten Bedarf hatten. Von Expert*innen wurden im Prozess vermehrt standardisierte Instrumente bevorzugt, jedoch gab es im Bereich Diagnostik große Unsicherheiten und Einschränkungen. Hingegen galt der Ablauf einer Teleeinheit mit einem Überblick zu Beginn, Ablaufprozedere und Schlussreflexion als identisch zur Präsenz. Teilweise wurden Ziele entsprechend an die Methoden und Materialien angepasst. Da ein Telesetting insgesamt als abstrakter für Patient*innen bezeichnet wurde, galt es jedoch klarer und konkreter zu erklären und zu vermitteln. Zudem wurden Pausen und Aufgaben stärker vorstrukturiert und Improvisationen von Inhalt und Material während der Einheit waren deutlich komplizierter. Inhaltlich zeigte sich ein Telesetting oftmals verdichtet. Dabei wurde aufgrund von fehlenden Methoden für ein Telesetting, oft auf Inhalte aus dem Alltag und dem häuslichen Umfeld von Patient*innen zurückgegriffen und es wurde als wichtiger angesehen, dass Inhalte gemeinsam erarbeitet und von Expert*innen mitgemacht wurden. Sprachliche und kognitive Trainings zeigten sich hingegen nahezu identisch. Dabei galt auch in der inhaltlichen Umsetzung die Eigenverantwortung von Patient*innen als erhöht und Materialien, Ziele oder Ideen wurden stärker eingebracht. Ebenso war eine hohe Kreativität bei der inhaltlichen Ausgestaltung wichtig, und systemisches Arbeiten mit Beratung und Coaching wurde vermehrt eingesetzt. Zudem war der Einsatz von Videos vermehrt gegenüber der Präsenz, was den Aufwand für beide Seiten erhöhte. Bezüglich Qualitätsaspekten zeigten sich ebenso einige Veränderungen im Telesetting. So wurde die Fokussierung auf Problemstellungen erhöht wahrgenommen und Patient*innen als aktiver und selbstwirksamer bezeichnet. Eine funktionierende Technik hatte dabei großen Einfluss auf das beidseitige Qualitätsempfinden und die wahrgenommene Zufriedenheit von Patient*innen. Verschlechterungen der Qualität wurden gerade bei der Einführung von Telesettings der Unbeholfenheit aller Nutzenden zugeschrieben, wobei hier in Zukunft durch Forschung und Entwicklung eine positive Entwicklung erwartet wird. Weiter galt als negativ, dass Rollenerfahrungen für einige Patient*innen im Telesetting nicht möglich waren. Die Mehrheit der in dieser Untersuchung befragten Personen sprach sich dabei für eine Kombination von Tele- und Präsenzsettings aus, wobei Präsenzsettings überwiegen sollten. Telesettings wurden als gewinnbringend und angenehme Ergänzung bezeichnet und eine Mehrheit

sah ein Telesetting gar als Ersatz für ein Präsenzsetting. Als wichtig für einen erfolgreichen Prozess galten dabei individuelle Fortschritte von Patient*innen.

Als weitere Ergebnisse zeigten sich veränderte institutionelle Aspekte. Dabei konnte es durch ein Telesetting sowohl zu einer Arbeitsverdichtung und dem Wegfall von Entlastungszeiten kommen, als auch zur Einsparung von zeitlichen und ökonomischen Ressourcen. Weiter wurde die Organisation von Terminen und Abläufen als erleichtert gegenüber der Präsenz wahrgenommen. Durch das Telesetting entstand eine zeitliche und räumliche Flexibilität, sodass beide Seiten eine bessere Terminintegration in die Tagesstruktur angaben. Zudem galt bei Expert*innen der interdisziplinäre und multiprofessionelle Austausch als enorm erleichtert gegenüber dem Präsenzsetting. Ebenso zeigten sich eine größere Variation von Behandlungszeiten im Telesetting mit längeren und kürzeren Einheiten gegenüber der Präsenz. Ansonsten wurde das Telesetting als wertvolle Alternative bezeichnet, die eine neuartige, niederschwellige Versorgung ermöglichte, welche zuvor so nicht möglich war. Dies wurde gerade für Aspekte der Nachbetreuung oder in akuten Krisen als besonders positiv aufgefasst. Weiter konnte das Telesetting die Therapiefrequenz und -kontinuität individuell stärken und es ergaben sich veränderte Möglichkeiten in der Versorgung von weiter entfernten Regionen. Zudem wurden mehr Selbstbestimmung und Privatsphäre für Patient*innen dadurch möglich. Zuletzt hatte das Telesetting auch Veränderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeit mit sich gebracht und wurde als Wettbewerbsvorteil bezeichnet. So wurde viel Potenzial beschrieben, um Institutionen und Prozesse effektiver zu gestalten und neues Klientel zu erschließen. Zudem war mit dem Telesetting eine wirtschaftliche Unternehmenssicherung möglich, gerade bei auftretenden Krisen, die so vorher nicht gegeben war. Die Bedeutung des Telesettings werde dabei zunehmend erkannt und wichtiger, auch wenn der fortschreitende Fachkräftemangel dadurch nicht beseitigt werden kann. Überdies wurden gezielte Darstellungen und Bekanntmachungen des Angebotes eines Telesettings empfohlen, um Neugier auf diese Versorgungsform und Motivation bei infrage kommenden Personen zu schaffen. Die Darstellung von Vorteilen und eine Betonung der Kostenfreiheit kann ebenso die Motivation für ein Telesetting erhöhen, gerade wenn Entlastungen ermöglicht werden, auch beim Umfeld. Weiter sollte die Niedrigschwelligkeit betont werden, da dies als bedeutender Motivator angegeben wurde. Vor allem Angebote mit Schwerpunkten in der Beratung, Wissenstransfer, Zielevaluation und Nachbetreuung sowie bei kognitiven, sprachlichen und psychosozialen Methoden aus dem Hands Off Bereich gelten als geeignet für ein Telesetting, wobei teilweise auch motorische Angebote durchgeführt wurden. Die Diagnostik ist bis auf die Anamnese eher nicht geeignet.

Im Vergleich der involvierten Berufsgruppen untereinander zeigten sich zudem Unterschiede in der Ausgestaltung und Wahrnehmung eines Telesettings, was teilweise mit dem durchaus sehr unterschiedliche Patient*innenklientel ein Unterschied in den Umsetzungsmöglichkeiten und Übertragbarkeiten von einem Präsenzsetting in ein Telesetting ergeben, gerade was Ablenkungen, Rückfragen, oder auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen betrifft.

Gerade Expert*innen aus dem Bereich Physiotherapie und Pflege gaben dabei stärkere Veränderungen im Bereich von Kommunikation und Interaktion an, während im Bereich der Ergotherapie und Logopädie weniger Veränderungen wahrgenommen wurden. Dies lässt sich mit insgesamt sehr unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen und Methoden erklären sowie mit der Tatsache, dass gerade das Telesetting bei motorischen Interventionen und zwingendem Hands-On als schwieriger beurteilt wurde.

7.3 Limitationen

Die vorliegende Untersuchung hat folgende Limitationen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

1. Fehlende systematische Risikobewertung der gefundenen Studien (Risk of Bias Assessment): Eine systematische Risikobewertung einzelner Studien wurde im Rahmen der Literaturrecherche nicht durchgeführt. Daher ist es nicht möglich, das Risiko einer Über- oder Unterschätzung von Wirkungen und Ergebnissen in den ausgewählten Studien zu ermitteln.

2. Qualität der ausgewählten Studien: Trotz der sorgfältigen Auswahl und Überprüfung der Studien ist es möglich, dass einige Studien fälschlicherweise als relevant für die Bereiche Kommunikation und Interaktion in synchroner VK eingestuft wurden. Die Einbeziehung solcher Studien könnte Auswirkungen auf die Ergebnisse in Bezug zur Entwicklung des Leitfadens für die Interviews und den Fragebogen haben.

3. Begrenzte Generalisierbarkeit der Ergebnisse: Die in dieser Untersuchung entwickelten Handlungsempfehlungen basieren auf der zugrundeliegenden, begrenzten Stichprobe, ein Anspruch auf Repräsentativität wird nicht erhoben. Damit können die Ergebnisse nicht beliebig verallgemeinert werden. Bei dem Versuch, diese Ergebnisse auf andere Berufsgruppen zu übertragen, ist unbedingt Vorsicht geboten. Zudem zeigten sich innerhalb der vier involvierten Berufsgruppen Unterschiede, gerade bezüglich der Gruppen Physiotherapie und Pflege, welche es zu beachten gilt.

4. Da der Forscher selbst der Berufsgruppe der Ergotherapeut*innen angehört, ist nicht auszuschließen, dass eine spezifische Wahrnehmung zum Telesetting vorliegt, die theoretisch alle genannten Aspekte umschließen kann. Hier wurde explizit darauf geachtet, dies entsprechend gründlich und fortwährend zu reflektieren sowie die gefundenen Aspekte mittels disziplinübergreifender Fachsprache der ICF zu generalisieren.

5. Weiterhin kann als Einschränkung gelten, dass keinerlei Daten zur Wahrnehmung der VK und des Telesettings der involvierten Berufsgruppen vor der COVID-19 Situation vorlagen, um die aktuellen Daten zu falsifizieren oder zu verifizieren.

Die genannten Einschränkungen unterstreichen den Bedarf an weiteren Forschungsarbeiten, um ein vertieftes Verständnis aller Aspekte eines Telesettings zu ermitteln.

7.4 Involvierte Institutionen

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde von der Ostbayerisch Technischen Hochschule (OTH) Regensburg, der Universität Regensburg und der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt betreut. Im Rahmen einer Verbundpromotion konnte das Forschungsthema an der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg im Fachbereich Humanwissenschaften platziert werden. Zusätzlich wurde die Promotion über das Bayerische Wissenschaftsforum (BayWiss) betreut und war im BayWiss Verbundkolleg Gesundheit angegliedert. Über das BayWiss Kolleg fand eine finanzielle Förderung für Kongress- und Vortragsreisen, Workshops und für Maßnahme zur Datenerhebung statt.

Der Forscher war als Gesundheitswissenschaftler (M.Sc.) und Ergotherapeut (B.Sc.) zu Beginn der Promotion an der OTH Regensburg. Im Verlauf der Promotionszeit erfolgte ein Wechsel an die Technische Hochschule Deggendorf (THD) zum Gesundheitscampus Bad Kötzing.

8 Ausblick

Ziel der Untersuchung war es, erste empirisch belegbare Handlungsempfehlungen für den Bereich der synchronen VK in den involvierten Gesundheitsfachberufen vorzulegen. Der Fokus lag dabei auf möglicherweise veränderten prozessualen Abläufen in einem Telesetting sowie auf den Aspekten Kommunikation und Interaktion. Insgesamt werden die Ergebnisse dieser Untersuchung auch in anderen Berufsbildern in der Literatur beschrieben.

Neue Ansätze in der Versorgung werden geschaffen

Das Telesetting wurde in der vorliegenden Untersuchung als niederschwellige Alternative beschrieben, was sich mit Darstellungen beispielsweise aus dem Bereich Psychotherapie deckt (Ahn & Scheidt, 2023). Dabei senkt das als niedrigschwellig wahrgenommene Telesetting die Schwelle für eine Inanspruchnahme von Leistungen. Die Chancen zur Kontaktaufnahme zu Fachpersonal steigen, ebenso vergrößert sich der potenzielle Markt für Gesundheitsfachkräfte (Roesler, 2011), was sich auch deutlich in der vorliegenden Studie zeigte. Das Telesetting wird in diesem Zusammenhang gerne als Türöffner bezeichnet, um beispielsweise bei psychischer Symptomatik wie Angst oder Trauma, eine Erhöhung der Therapiekontinuität und damit einhergehend die Aufrechterhaltung des therapeutischen Erfolgs zu erreichen (Roesler, 2011). Zudem wird das Telesetting primär in Krisenzeiten als sehr wertvoll beschrieben (Bürkle et al., 2021) und gerade während der Pandemie wurde eine hohe Nutzung von synchroner VK bestätigt (Bürkle et al., 2021; Simon, 2022), was sich ebenso in den vorliegenden Daten zeigte. Außerdem sind neue Ansätze denkbar, um beispielsweise das weltweite zunehmende Phänomen der subjektiv belastenden Einsamkeit mittels VK in Einzel- oder Gruppensettings zu entgegnen (Mistraletti et al., 2024). Mit zunehmendem Alter von Menschen gibt es oft weniger Kontaktmöglichkeiten und weniger persönliche Bindungen (Schmidt, 2020), sodass die Einsamkeit und soziale Isolation, vordergründig der älteren Bevölkerung, ein ernstes und bekanntes Problem während der Pandemie darstellten (Conroy et al., 2020). Den digitalen Medien wird hier das Potenzial zugeschrieben, Partizipation zu ermöglichen und eine gesellschaftliche Anschlussfähigkeit herzustellen, die beispielsweise auch mit einer eingeschränkten Mobilität im Alter einhergeht (Hrncal & Hofius, 2023, S. 121).

Ferner wurde eine mögliche Erweiterung des Versorgungsangebotes ebenso in weiteren Untersuchungen dargestellt (Wittmar et al., 2023) und auch Vorteile bezüglich Hygiene und Sicherheit durch die Kontaktreduzierung sind bereits postuliert (Sutherland et al., 2020). Ebenso wurde in der vorliegenden Studie hervorgehoben, dass in einem Telesetting die Suche nach

Spezialist*innen zur eigenen Symptomatik erleichtert wird, was sich ebenso in der Literatur wiederfindet (Di Cerbo et al., 2015). Dabei zeigten sich weitere Übereinstimmungen im Bereich der räumlichen und zeitlichen Flexibilität, wodurch zeitliche Ressourcen durch wegfallende Wegstrecken eingespart und Termine besser geplant werden können (Wittmar et al., 2023). Auch die lange Vor- und Nachbereitung in einem Telesetting (Wittmar et al., 2023) konnte in der vorliegenden Untersuchung bei den involvierten Berufsgruppen bestätigt werden.

Dem Telesetting gehört die Zukunft

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine überwiegend hohe Akzeptanz und Nutzungsbereitschaft von Telesettings bei den involvierten Berufsgruppen. Eine generell hohe Zufriedenheit mit Telesettings wurde dabei bereits in weiteren Berufsgruppen ermittelt (Bürkle et al., 2021; Wittmar et al., 2023). Zudem gilt es hier festzuhalten, dass die Anzahl derer, die noch nie mit digitalen Medien in Kontakt gekommen sind, stetig abnimmt, je länger die Gesellschaft insgesamt mit diesen Medien lebt (Hrncal & Hofius, 2023, S. 140). Gerade Patienten gelten dabei grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber technischen Lösungen im Gesundheitsbereich (Ziefle, 2021, S. 456), was mit den vorliegenden Ergebnissen bestätigt werden kann. Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass die Nutzenden von internetbasierter Gesundheitskommunikation und -angeboten in vielen Untersuchungen als relativ jung, gebildet und einkommensstark beschrieben werden, was im Widerspruch zu der alternden Bevölkerung und deren gesundheitlichen Bedürfnissen steht (Rossmann & Stehr, 2019, S. 400). Angesichts dessen scheint ein zielgruppenorientiertes Vorgehen besonders wichtig, mit individuellen technischen und methodischen Einführungen für verschiedene Patient*innengruppen. Eine weitere Verbreitung ist darüber hinaus von schnellem Internet abhängig (Wittmar et al., 2023), sodass vorausgehend politische Maßnahmen wichtig und notwendig sind. Des Weiteren gibt es eine Reihe von besonders geeigneten Einsatzbereichen für ein Telesetting, welche zukünftig eine stärkere Rolle in der Gesundheitsversorgung einnehmen könnten. So kann der Einsatz von Audio- und Videofunktionen neue Formen der Beratung und des Empowerments im Rahmen einer maßgeschneiderten Gesundheitskommunikation ermöglichen (Debbeler et al., 2020, S. 8). Gerade durch Beratungen und Coaching im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung, wird großes Potenzial gesehen, mit dem Ziel Wahrnehmung und Verhalten von Personen zu verändern, wobei Optionen für die Primär, Sekundär- oder Tertiärprävention denkbar sind. Ebenso kann die Gesundheitskompetenz gestärkt werden, etwa in dem mehr Selbstmanagement, Selbstwirksamkeit und Empowerment allein durch die Spezifika eines Telesettings stattfinden.

Implementierungen strukturiert und inklusiv planen

Der Moment der Einführung von digitalen Maßnahmen gilt als entscheidend und kann eine Reihe von Hürden beinhalten, die proaktiv angegangen werden sollten, was sich in den Ergebnissen der Studien zeigte. Generell wird für die Einführung digitaler Prozesse deshalb ein konzeptionelles Vorgehen und die Strukturierung und Implementierung von digitalen Abläufen empfohlen, wobei diese idealerweise in einer Digitalisierungsstrategie vorab festgehalten wurden (Lichtenauer et al., 2024b). Schon vor der Einführung müssen die benötigten Ressourcen bedacht werden, um die Technik zu implementieren und langfristig zu erhalten. Der genaue Nutzen sollte vorab überlegt und formuliert werden, um den anfänglich entstehenden Mehraufwand zu rechtfertigen (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 91). Weiter müssen Interoperabilität und Personalschulungen bedacht werden und sind bei digitalen Implementierungen Voraussetzung, ebenso wie die Beachtung ethischer und rechtlicher Standards (Lichtenauer et al., 2024b). Vor allem eine institutionelle Unterstützung und das Vorhandensein positiver Vorbilder wurde in den vorliegenden Ergebnissen als wichtig dargestellt, damit derartige Implementierungen gelingen. Dies deckt sich mit den bisherigen Erkenntnissen, dass eine angemessene administrative Unterstützung bei der Einführung technischer Innovationen wichtig ist (Sutherland et al., 2020). Dies erscheint unumgänglich, da sowohl in den Daten als auch in der Literatur, eine Reihe von Hindernissen beschrieben werden, welche in drei Ebenen auftreten können und in einem komplexen soziotechnischen System sich wechselseitig beeinflussen (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 86). Die Berücksichtigung dieser Wechselwirkung wird als essenziell angesehen, um von allen Beteiligten akzeptierte Maßnahmen entwickeln zu können. Als erstes Handlungsfeld muss das Individuum gut eingebunden werden, da gerade Gesundheitspersonal oftmals einem engen Wertesystem unterliegt und eine anwaltschaftliche Stellung ihren Schutzbefohlenen gegenüber einnimmt. Die zu vertretenden Werte welche Behandlung beispielsweise akzeptiert werden, wird von Patient*innen und deren Angehörige, aber auch durch das gesellschaftliche Meinungsbild und der derzeitigen Moral mitgeprägt, wobei die mediale Berichterstattung oftmals mehr emotionsfokussiert als sachlich berichtet und dabei gesellschaftliche Diskussionen beeinflusst (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 86-88). Die zweite Ebene sind die leistungserbringenden Organisationen und die dazugehörige Managementebene. Diese nehmen auf die Akzeptanz der einzuführenden Produkte Einfluss und schaffen die Grundlagen für die einzuführenden Produkte, indem sie die nötige Organisationskultur schaffen und die Infrastruktur im Unternehmensrahmen bereitstellen (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 90-91). Auf der dritten Ebene werden die Hersteller*innen derartiger Technologien gesehen. Hier sollten Gesundheitsfachpersonen konsequent von Beginn an in der Entwicklung eingebunden werden,

was in der Vergangenheit oftmals nicht der Fall war. Weitere Hürden stellen werden in einer unzureichenden hersteller- und systemübergreifenden Konnektivität von technischen Lösungen beschrieben (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 91-93). Dabei fiel den in der Untersuchung involvierten Expert*innen und Patient*innen eine Umstellung auf ein Telesetting erstaunlich leicht, was auch aus weiteren Studien bekannt ist (Bürkle et al. 2021).

Edukationsräume und Wissensaneignung gezielt ermöglichen

Digitale Kompetenzen und Fähigkeiten bei Gesundheitsfachkräften werden immer wichtiger (Howgego et al., 2020; Leonardsen et al., 2023) und für eine digitale Teilhabe als unumgänglich betrachtet (Chadwick et al., 2022). Dabei werden teilweise beidseitig gezielt Ängste formuliert, bei der technischen und digitalen Entwicklung nicht mehr mithalten zu können (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 89). So gelten fehlende digitale und technische Kompetenzen allgemein als mögliche Hürde zur Inanspruchnahme (Simon, 2022). Dabei wurde die hohe Bedeutung von digitalen Kompetenzen und möglichen Vorerfahrungen zur VK in dieser Studie ebenso deutlich. Für die zukünftige Entwicklung und Verbreitung von digitalen Technologien in Therapie und Pflege sollten deshalb gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote für Gesundheitsfachkräfte angeboten werden. Derartige Schulungen sollten idealerweise von Arbeitgeber*innen und Hersteller*innen sowie in enger Zusammenarbeit mit den Nutzenden gestaltet werden (Beushausen, 2022). Dabei unterscheiden sich viele Aspekte in einem Telesetting so gravierend von der Präsenz, dass es eine bewusste Auseinandersetzung mit den digitalen Medien erfolgen sollte. Es braucht Kenntnisse über Besonderheiten eines Telesettings und virtuelle Beziehungen werden gar als eine neue Form der Beziehungsgestaltung mit eigenen Gesetzmäßigkeiten verstanden (Roesler, 2011). Mittel- und langfristig ist es deshalb geboten, so früh wie möglich in der Ausbildung die digitale Kompetenz von Fachkräften in Pflege und Therapie zu stärken. Zudem können die Berufsbilder dadurch für die Generation der Digital-Natives weiter attraktiv gestaltet werden im Hinblick auf den Fachkräftemangel. Zugleich wird die Notwendigkeit von berufsspezifischen Prozessmodellen für derartige Telesettings formuliert (Beushausen, 2022). Dies erscheint als ein hochrelevanter Aspekt, da durch unterschiedliche Qualifikationen in den verschiedenen Gesundheitsfachberufen sowie bei Technik- und Digitalfertigkeiten, Probleme beim Umgang mit Technik entstehen können, welche durch Bildung von potenziell Anwendenden entgegengewirkt werden sollte (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 91; Sutherland et al., 2020; Thranberend et al., 2015). Ferner sollten Organisationen eine positive Fehlerkultur bezüglich technischer Einführungen etablieren. Bei individuellen Herausforderungen mit der Technik in der Praxis gilt es, sich diesen offen und vorbehaltlos zu stellen. Durch

die Schaffung sogenannter Edukationsräume ist es dabei möglich, die Handlungssicherheit, Selbstwirksamkeit und Freiwilligkeit von Personen beim Einsatz digitaler Technologien zu stärken, da ein Telesetting mit einem neuen Therapie- und Beratungsverständnis einhergeht. Hier können gut geschulte sowie im Umgang sichere und von der Technik überzeugte Fachkräfte, anderen Kolleg*innen und auch Patient*innen die Technologie näher bringen, etwaigen Vorbehalten (z. B. Überwachung) entgegenwirken und vom langfristigen Nutzen überzeugen (Klemm & Preutenborbeck, 2023, S. 90-91).

Investitionen und Finanzierung langfristig sichern

Des Weiteren weisen viele neue Technologien derzeit noch hohe Investitionskosten auf, wobei eine mögliche Kosteneffektivität oft unklar bleibt und die Kosten daher nicht von der GKV übernommen werden. Im Bereich von Telesettings ergeben sich Anschaffungskosten auf institutioneller Ebene im Ausbau der Internetverfügbarkeit und der Bereitstellung von moderner Hardware mit externen Geräten zur Erhöhung der Qualität der Signalübertragung. Weiterhin müssen Softwarelizenzen erworben werden, welche einen möglichen Ertrag pro durchgeführter Einheit reduzieren würden im Gegensatz zu einem Präsenzsetting, was als Nachteil wahrgenommen werden kann. Weiter war die anfänglich befristete Option eines Telesettings im Bereich der Heilmittelberufe eher hemmend für Innovationen bezüglich teletherapeutischer Interventionen (Lauer, 2020). Zudem sind aufseiten der Patient*innen ebenso mögliche Investitionen denkbar, vorrangig im Bereich geeigneter Hardware. Gerade vulnerable oder ältere Menschen haben allerdings häufig nicht die finanziellen Mittel, um technische Hilfen zu erwerben, zudem gilt die Bereitschaft zur eigenen Kostenübernahme in Deutschland als gering, da ansonsten viele Leistungen von der GKV übernommen werden (Mähs, 2022, S. 40–41). Als Lösungsoption könnten Institutionen entsprechende Leihgeräte vorhalten, die temporär an Patient*innen ausgegeben werden. In diesem Zusammenhang wird oftmals eine Finanzierung der Technik und der Serviceleistungen der entsprechenden Akteure gefordert (Chadwick et al., 2022), was in den vorliegenden Daten ebenso formuliert wurde. Überdies fordern acht Verbände aus dem Sozial-, Pflege- und Gesundheitswesen im Verbändebündnis *„Digitalisierung in der Pflege“* eine dauerhafte technische Finanzierung, welche in neuen Gesetzesverfahren berücksichtigt werden sollten (Sleziona, 2023). Als ein Anfang kann im Rahmen der Pandemie eine verfügbare Pauschale von 1.000 € für die Heilmittelberufe gelten, welche in den Jahren 2023 – 2025 eine Förderung benötigter Hard- und Software erlaubt, um die Praxen bei der Erweiterung der Versorgungsstrukturen zu unterstützen (Simon, 2022).

Risiken dürfen nicht außer Acht gelassen werden

Jedoch gibt es auch Risiken beim Einsatz eines Telesettings, welche beachtet werden müssen. Durch die starke Reduzierung non- und paraverbaler Signale werden Emotionen oft entsinnlicht und uneindeutiger übertragen. Dabei werden viele moderne technische Systeme im Bereich Gesundheit gerade deshalb bisher nicht eingesetzt, da die Aspekte der menschlichen Zuwendung, die Empathie und die Interaktion eine entscheidende Rolle spielen (Zöllick et al., 2019, S. 212). Soziale Berufe und die Gesundheitsversorgung sind ohne Empathie nur schwer vorstellbar. Dabei gilt die Empathie als eine notwendige und wichtige Voraussetzung im interpersonellen Austausch und ist zugleich zentrales Arbeitsinstrument, um Gefühlslagen und Bedürfnisse des Gegenübers zu erschließen (Kocks, 2021, S. 11). Um einer möglichen Dehumanisierung durch eine zunehmend digitale Pflege und Betreuung zu begegnen, muss daher die Autonomie und Würde von älteren Personen umfassend berücksichtigt werden (Jacobs et al., 2017). Dabei hat auch der deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme zu „Robotik für gute Pflege“ betont, dass Technik zwischenmenschliche Beziehung nicht ersetzen kann und soll und nur bei Akzeptanz von Betroffenen eingesetzt werden darf und nicht aufgrund von Effizienzansprüchen (Krüger-Brand, 2020). Parallel dazu wurde in bisherigen Untersuchungen oft postuliert, dass bei VK das Schwitzen und nervöse Zucken nicht direkt beobachtbar ist. Hier stellt sich jedoch grundlegend die Frage, ob nervöse Patient*innen nicht auch noch andere Hinweise aussenden, die interpretiert werden können (Hartmann-Strauss, 2020, S. 7). Ferner gelten Kommunikation und Interaktion als mehrdeutig, sodass es durch die Kanalreduktion in einem Telesetting zu einer Zunahme von Missverständnissen kommen kann, und fragilere Beziehungen drohen (Roesler, 2011), was sich auch in den vorliegenden Daten zeigte. Aufgrund vorangegangener Studien wird jedoch insgesamt davon ausgegangen, dass es wenig bis keine signifikanten Unterschiede in der therapeutischen Beziehung durch das Medium Video gibt (Ahn & Scheidt, 2023; Chherawala & Gill, 2020; Hartmann-Strauss, 2020, S. 5). Zudem kann auf die Kritik zur virtuellen Begegnung argumentiert werden, dass sich Herausforderungen oft im Alltäglichen ergeben und Menschen per Video unmittelbarer im Alltag begleitet werden können, als dies in einer therapeutischen Situation geschehen kann (Hartmann-Strauss, 2020, S. 4). Des Weiteren können ein Enthemmungseffekt und größere Selbstoffenbarung in einem Telesetting mit einem erhöhten Potenzial an Aggressionen und Grenzüberschreitungen einhergehen (Roesler, 2011), was bei Social-Media-Kommentaren beobachtet werden kann. Zusätzliche Risiken wurden in der vorliegenden Untersuchung in der beschränkten Einflussnahme auf das häusliche Geschehen, eine teilweise erhöhte Unverbindlichkeit gegenüber Terminen, oder durch plötzliche Kontaktabbrüche gesehen, was auch in der Literatur schon beschrieben wurde (Roesler, 2011).

Die Aussage, dass Videoeinheiten bequemer oder unbequemer wahrgenommen werden, ist ebenso kritisch zu hinterfragen. Äußern Personen die besondere Bedeutung dem Alltag zu durch einen Praxisbesuch zu entfliehen, so ist die Gefahr nicht von der Hand zu weisen, dass ein Telesetting auch negative Folgen haben kann. Ein geschützter therapeutischer Rahmen kann Sicherheit bieten und sehr wesentlich für die Zusammenarbeit von Fachkräften und Patient*innen sein, jedoch ist die gegenseitige Erkenntnis wichtig, dass Veränderung für Patient*innen oft im privaten Raum zu Hause beginnt. Haben die Prozessbeteiligten keinen ungestörten Raum für die Videositzungen, oder wird eine mangelnde Abgrenzungsfähigkeit deutlich und es kommt zu häufigen Ablenkungen durch die Familie, ist es wichtig schnell gegenzusteuern und der betreffenden Person zu vermitteln, dass diese für sich sein sollte und sich in einem Telesetting vermehrt abgrenzen muss (Hartmann-Strauss, 2020, S. 9). Andererseits konnte bei einem Teil der Patient*innen eine erhöhte Motivation in einem Telesetting festgestellt werden, was sich ebenfalls in der Literatur zeigte (Wittmar et al., 2023).

Datenschutz und Privatsphäre bleiben zentral

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt bezieht sich auf datenschutzrelevante Aspekte durch den Technikeinsatz. Gerade die Zunahme an digitalen personenbezogenen Gesundheitsdaten durch den vermehrten Technikeinsatz, schafft neue Herausforderungen in der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Will & Raptis, 2022, S. 255). Hierzu hat der Gesetzgeber bereits entsprechende Regularien zum Datenschutz in der DSGVO beschlossen und den Einsatz von VK in Telesettings in den HeilM-RL für Therapeut*innen und dem DVPMG für Pflegefachkräfte geregelt. Jedoch wird weiterhin die Besorgnis geäußert, dass der Einsatz von Technologie zu vielen Veränderungen im täglichen Leben führt und als starker Eingriff in die Privatsphäre wahrgenommen wird (Will & Raptis, 2022, S. 255). Dabei ist die rechtliche Konformität der Maßnahmen primär für Fachkräfte und Institutionen essenziell, während Patient*innen den Datenschutz hingegen oft als weniger wichtig einstufen (Beer et al., 2021; Haug et al., 2024, S. 14-15). Das Vertrauen von Personen zum Umgang mit personenbezogenen Gesundheitsdaten ist darüber hinaus bei staatlichen Institutionen am höchsten, während nicht staatlichen Einrichtungen, Versicherungen oder der Privatwirtschaft eher misstraut wird (Lichtenauer et al., 2024b).

Neue Materialien und Assessments sind noch nötig

Zudem wurde in den Erhebungen deutlich, dass sowohl für direkte Interventionen und Beratungen, als auch für den Bereich Diagnostik noch geeignete Instrumente fehlen. So werden die bislang vorhandene Assessments zur Einschätzung der Patientenzufriedenheit in Telesettings teilweise als unzureichend bemängelt, was ebenso in der Literatur beschrieben wird (Barsom et al., 2020). Ein in dem Spektrum von Telesettings sinnvoller Fragebogen zur Akzeptanz von digitalen Gesundheitsleistungen ist der im Jahr 2023 veröffentlichte *Digital Health Acceptability Questionnaire* mit 19 Items (Haydon et al., 2023). Weitere Assessments zur Motivation bezüglich eines Telesettings, zur gezielten Beobachtung von Fertigkeiten und Fähigkeiten von Patient*innen sowie zur Evaluation des Outcomes und des entsprechenden Mitteleinsatzes sind wichtig. Ansonsten wird Bedarf an elaborierten und als praxistauglich wahrgenommenen digitalen Methoden und Materialien gesehen. Dabei sind partizipative Entwicklungen vielversprechend, bei der die zukünftigen nutzenden Gesundheitsfachkräfte wesentlich stärker in die Entwicklung, Einführung und Evaluation der Technik mit einbezogen werden und dadurch Akzeptanz und Implementierung steigen kann. Isoliertes Entwickeln von vermeintlich funktioneller Technologie durch Ingenieur*innen ist nicht genug, um über die spätere Praxistauglichkeit zu entscheiden. Hersteller*innen sind an dieser Stelle aufgerufen, die Usability und die Konnektivität verschiedener Systeme und somit die Zugänglichkeit für alle zu erhöhen (Beushausen, 2022).

Weitere Forschung zu Unterschieden und Spezifika bleibt zentral

Zuletzt bedarf es in der weiteren Dissemination digitaler Gesundheitstechnologien und damit auch der synchronen VK, einer umfassenden Begleitforschung aus multiplen Perspektiven. Die nun vorliegenden Handlungsempfehlungen können einerseits eine Grundlage für praktische tätig Expert*innen und deren Patient*innen darstellen und eine weitere professionelle Implementierung telepflegerischer und teletherapeutischer Interventionen unterstützen. Andererseits kann damit weitergehende Forschungen zum Einsatz von VK in den Berufen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie sowie Pflege stattfinden. Dabei ist festzuhalten, dass viele Handlungsempfehlungen und Tipps zur Gestaltung eines Telesettings in den involvierten Berufsgruppen sich sehr ähnlich zeigten zu Erkenntnissen, etwa aus dem Bereich der Psychologie. Übergreifend wurde multidisziplinär eine hohe Legitimation für das Telesetting nachgewiesen, sodass in Zukunft die Forschungstätigkeiten in anderen Forschungsfeldern stattfinden sein sollten. So äußerten gerade Therapeut*innen in der vorliegenden Studie den Wunsch nach mehr Forschungsergebnissen, welche unter anderem die Wirkung von Interventionen via VK betrachten.

Erste Ergebnisse aus Befragungen von Therapeut*innen sahen hier mehrheitlich keine Beeinflussung des Therapieerfolgs, was erste Rückschlüsse auf die Effektivität erlaubt, aber noch eingehender erforscht werden muss (Wittmar et al., 2023). In Zukunft sollte daher die Forschung ein besseres Verständnis von Besonderheiten und Unterschieden der beiden Ansätze ermöglichen (Berger, 2018, S. 115). Methodisch sinnvoll wären hauptsächlich randomisiert kontrollierte Studie, bei der Aspekte der Kommunikation und Interaktion sowie Therapieerfolg, Zielfindung und Akzeptanz bei verschiedenen Symptomausprägungen miteinander verglichen werden, um geeignete Subgruppen für ein Telesetting zu ermitteln. Ferner gelten weitere Kommunikations- und Interaktionsanalysen für die VK als sinnvoll (Barthel et al., 2021). Zudem gilt gerade die Kommunikation mit älteren Menschen bislang als wenig spezifisch untersucht (Hrncal & Hofius, 2023, S. 121). Das Wissen über verschiedene Charakteristika kann darüber hinaus helfen, weitere digitale Gesundheitsinterventionen zu entwickeln (Weisel et al., 2023, S. 433). Dabei sind zukünftig auch Gruppenangebote vorstellbar, aufgrund des möglichen vergrößerten Einzugsgebietes sowie der allgemeinen Erhöhung der räumlichen und zeitlichen Flexibilität im Telesetting. Des Weiteren können die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung Anhaltspunkte für weitere Forschungsansätze bieten. In den vorliegenden Ergebnissen wurden bezüglich der Umgebungsfaktoren eines Telesettings sowie dem spezifischen Einsatz von Methoden und Materialien Unterschiede ermittelt, was Ansätze für neue Forschungsfragen bieten kann. Zudem sollten Spezifika der Personenfaktoren bezüglich Motivation, Ablenkung und notwendigen kognitive Voraussetzungen genauer ermittelt werden. So könnten die in den Handlungsempfehlungen beschriebenen Aspekte validiert und ergänzt werden, oder eine Grundlage für neue Erhebungsinstrumente darstellen. Ferner wurden in den vorliegenden Daten spezifische Belastungen im körperlichen, stimmlichen und kognitiven Bereichen beschrieben, sodass in Anbetracht eines gesunden Arbeitsplatzes gesundheitsfördernde Angebote der Arbeitgeber angedacht werden sollten. Gleichzeitig werden Implementierungshilfen empfohlen, die weiterhin nicht in ausreichendem Maße vorliegen (Green et al., 2023; Howgego et al., 2020; Shea et al., 2021). In diesem Zusammenhang wird auf eine Übertragbarkeit von bekannten Aspekten hingewiesen (Burlefinger, 2021b), wobei Leitlinien je nach methodischem Hintergrund durchaus spezifisch gestaltet werden sollten (Green et al. 2023).

Die in dieser Studie erstellten Handlungsempfehlungen ergänzen dabei Perspektiven aus anderen Berufsgruppen und bestätigen partiell die Übertragbarkeit von Vorgehensweisen in der Anleitung, Führung und Partizipation von Patient*innen. Neben einem gezielten praktischen Einsatz zur Heranführung an das Telesetting können Sie für weitere Forschungsansätze genutzt werden.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2020). *Soziale Interaktion: Eine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Aboujaoudé, A., Bier, N., Lussier, M., Ménard, C., Couture, M., Demers, L., Auger, C., Pigot, H., Caouette, M., Lussier-Desrochers, D. & Belchior, P. (2021). Canadian occupational therapists' use of technology with older adults: A nationwide survey. *OTJR: occupation, participation and health*, 41(2), 67–79. <https://doi.org/10.1177/1539449220961340>
- Ahn, J. S. & Scheidt, C. E. (2023). Qualität der therapeutischen Beziehung und nonverbale Interaktion in der videobasierten Psychotherapie. *Die Psychotherapie*, 68(1), 21–27. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00625-7>
- Allianz der deutschen Wissenschaftsorganisationen. (2010). *Grundsätze zum Umgang mit Forschungsdaten*. Allianz der deutschen Wissenschaftsorganisationen. https://gfzpublic.gfz-potsdam.de/pubman/faces/ViewItemOverviewPage.jsp?itemId=item_2949914 (Abgerufen am 3. Februar 2025)
- Altman, D. G. (1990). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall/CRC.
- American Telemedicine Association. (2011). *Telehealth nursing fact sheet: ATA Telehealth Nursing SIG*. American Telemedicine Association. <https://studylib.net/doc/8439283/telehealth-nursing-fact-sheet---american-telemedicine-ass> (Abgerufen am 14. Februar 2025)
- Aries, P., Welcker, M., Callhoff, J., Chehab, G., Krusche, M., Schneider, M., Specker, C. & Richter, J. G. (2020). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) zur Anwendung der Videosprechstunde in der Rheumatologie. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 79(10), 1078–1085. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00932-x>
- Aulke, Y. (2022). Pflegeberatung: Auch per Videogespräch möglich. *Pflegezeitschrift*, 75(1-2), 30–31. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1188-2>
- Auschra, C., Möller, J., Berthod, O., Mazheika, Y. & Bursiak, P. (2020). Befundergebnisse verständlich vermitteln: Eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Wortwahl in der Ärzt*innen-Patient*innen-Kommunikation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 156, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.07.007>
- Australian Nursing and Midwifery Federation. (2013). *Nursing and Midwifery Telehealth Consortia.: Telehealth Standards: Registered Nurses*. Australian Nursing Federation. https://www.anmf.org.au/media/f5bo52xi/telehealth_standards_registered_nurses.pdf (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Backhaus, K., Erichson, B., Gensler, S., Weiber, R. & Weiber, T. (2023). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Springer Gabler.
- Banbury, A., Nancarrow, S., Dart, J., Gray, L. & Parkinson, L. (2018). Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), 1-17. <https://doi.org/10.2196/jmir.8090>
- Barsom, E. Z., Meijer, H. A. W., Blom, J., Schuur, M. J., Bemelman, W. A. & Schijven, M. P. (2021). Emergency upscaling of video consultation during the COVID-19 pandemic: Contrasting user experience with data insights from the electronic health record in a large academic hospital. *International Journal of Medical Informatics*, 150, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104463>
- Barsom, E. Z., van Hees, E., Bemelman, W. A. & Schijven, M. P. (2020). Measuring patient satisfaction with video consultation: A systematic review of assessment tools and their measurement properties. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(4), 1–7. <https://doi.org/10.1017/S0266462320000367>

- Barthel, M., Schwinn, S., Borgetto, B. & Leinweber, J. (2021). Digitalisierungschancen – Spurensuche nach Evidenz. *Forum Logopädie*, 35(1), 34-39. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210105>
- Bauereiß, N., Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2023). Krebserkrankungen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 305-318). Springer.
- Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG), GVBl. S. 286 (2018). <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayDSG>
- Beck, K. (2014). *Soziologie der Online-Kommunikation. Essentials*. Springer VS.
- Beck, K. (2019). Ethik der Online-Kommunikation. In W. Schweiger, & K. Beck (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 131-164). Springer VS.
- Becker, R. (2021). Telemedizin in der Geriatrie - Möglichkeiten und Grenzen. *Geriatrie-Report*, 16(1), 26–27. <https://doi.org/10.1007/s42090-021-1226-7>
- Becker, S. (2017). Demografische Herausforderungen. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger, & K. Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen* (S. 17–26). Springer.
- Beckers R. & Marx, G. (2021). Telekooperation – Telemonitoring – Teletherapie: Begriffsklärungen. In G. Marx, R. Rossaint, & N. Marx (Hrsg.), *Telemedizin: Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen* (S. 3-8). Springer.
- Beer, J. M., Mackin, T. E., Mois, G., Koon, L. M., Datta, A., Mitzner, T. L. & Rogers, W. A. (2021). User attitudes and implementation requirements of a tele-exercise intervention for people aging with lower body mobility impairment. *Gerontechnology*, 20(2), 1–12. <https://doi.org/10.4017/gt.2021.20.2.6.429.09>
- Bekteshi, S., Konings, M., Karlsson, P., van Crielinge, T., Dan, B. & Monbaliu, E. (2023). Teleintervention for users of augmentative and alternative communication devices: A systematic review. *Developmental medicine and child neurology*, 65(2), 171–184. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15387>
- Berger, T. (2018). Die therapeutische Beziehung in internetbasierten Behandlungsansätzen. In H. Bents (Hrsg.), *Psychotherapie und Würde* (S. 105–117). Springer.
- Berger, T., Friedl, N., Weisel, K., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2023). Digitale Gesundheitsinterventionen bei psychischen Störungen– Angststörungen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 55-68). Springer.
- Beushausen, U. (2021). Teletherapie in der Logopädie im deutschsprachigen Raum: Ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse. *Forum Logopädie*, 35(3), 6–10. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210301>
- Beushausen, U. & Sippel, S. (2021). Videotherapie vs. Präsenztherapie in der Stimmfunktionstherapie. Klinische RCT-Studie zum Vergleich der Wirksamkeit. *Forum Logopädie*, 35(3), 12–15. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210302>
- Beushausen, U. (2022). Telemedizin könnte Chancengleichheit erhöhen. *Sprache · Stimme · Gehör*, 46(03), 112–113. <https://doi.org/10.1055/a-1874-7679>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025a). *Deutsches Register Klinischer Studien German Clinical Trials Register: Wir über uns*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Deutsches-Register-Klinischer-Studien/_node.html (Abgerufen am 17. Februar 2025)

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025b, August 10). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Biesdorf, S., Niedermann, F., Sickmüller, K. & Tuot, K. (2022). *Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland*. McKinsey. https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2022/2022-05-24%2042-mrd-euro-chance/220524_mckinsey_die%2042-mrd-euro-chance.pdf (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Bilder, R. M., Postal, K. S., Barisa, M., Aase, D. M., Cullum, C. M., Gillaspay, S. R., Harder, L., Kanter, G., Lanca, M., Lechuga, D. M., Morgan, J. M., Most, R., Puente, A. E., Salinas, C. M. & Woodhouse, J. (2020). Inter organizational practice committee recommendations/guidance for teleneuropsychology in response to the COVID-19 Pandemic. *Archives of clinical neuropsychology*, 35(6), 647–659. <https://doi.org/10.1093/arclin/acia046>
- Birschmann, N. (2019). Viel hilft viel - digitale Kommunikation in der Pflege. In A. Elmer, & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Die Digitale Transformation der Pflege: Wandel, Innovation, Smart Services* (S.37-42). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Blüher, S., Stein, T., Schilling, R., Grittner, U. & Kuhlmei, A. (2021). Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis. In K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, J. Klauiber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen* (S. 91–102). Springer.
- Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ. (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/achter-altersbericht-159918> (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Qualitative Sozialforschung*. Springer VS.
- Böttche, M., Knaevelsrud, C. & Niemeyer, H. (2023). Digitale Gesundheitsinterventionen bei psychischen Störungen– Traumafolgestörungen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S.85-98). Springer.
- Braeseke et al. (2020). *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung: Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Brown, R. C., Coombes, J. S., Jungbluth Rodriguez, K., Hickman, I. J. & Keating, S. E. (2022). Effectiveness of exercise via telehealth for chronic disease: a systematic review and meta-analysis of exercise interventions delivered via videoconferencing. *British Journal of Sports Medicine*, 56(18), 1042–1052. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105118>
- Buchholz, M. (2018). *Let's stay in touch! Remote communication for people with communicative and cognitive disabilities*. Gothenburg University Library. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/57718> (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. Pearson Studium.
- Buluş, M., Atan, A. & Sarıkaya, H. E. (2017). Effective communication skills: A new conceptual framework and scale development study. *International Online Journal of Educational Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.15345/iojes.2017.02.020>
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), BGBl. I S. 2097 (2017). https://www.gesetze-im-inter-net.de/bdsg_2018/

- Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Konzertierte Aktion Pflege*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/191129_KAP_Gesamttext__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Buntrock, C., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2023). Zielgruppen und Setting-spezifische digitale Gesundheitsinterventionen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 341-354). Springer.
- Bürkle et al. (2021). PatientInnen-Zufriedenheit: mit der Videotherapie bei Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen während der COVID-19-Pandemie - Eine Zwischenbilanz der Studie PaZu-Video. *Forum Logopädie*, 35(3), 16–19. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210303>
- Burlefinger, K. (2021a). Tipps zur Videotherapie - Die neue Therapieform lässt sich lernen und üben. *Forum Logopädie*, 35(3), 34–35. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210304>
- Burlefinger, K. (2021b). *Videotherapie in Logopädie und Sprachtherapie: Schritt-für-Schritt-Anleitung für TherapeutInnen zum vielseitigen Arbeiten mit einem Videokonferenzsystem*. Schulz-Kirchner Verlag.
- Buschle, C. & Bethmann, A. (2017). *Kognitives Pretesting*. Deutsches Jugendinstitut. <https://doi.org/10.5281/zenodo.997323> (Abgerufen am 17. Februar 2025)
- Chadwick, D., Ågren, K. A., Caton, S., Chiner, E., Danker, J., Gómez-Puerta, M., Heitplatz, V., Johansson, S., Normand, C. L., Murphy, E., Plichta, P., Strnadová, I. & Wallén, E. F. (2022). Digital inclusion and participation of people with intellectual disabilities during COVID-19: A rapid review and international bricolage. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(3), 242–256. <https://doi.org/10.1111/jppi.12410>
- Chherawala, N. & Gill, S. (2020). Up-to-date review of psychotherapy via videoconference: implications and recommendations for the RANZCP psychotherapy written case during the COVID-19 pandemic. *Australasian psychiatry*, 28(5), 517–520. <https://doi.org/10.1177/1039856220939495>
- Cipolletta, S., Frassoni, E. & Faccio, E. (2018). Construing a therapeutic relationship online: An analysis of videoconference sessions. *Clinical Psychologist*, 22(2), 220–229. <https://doi.org/10.1111/cp.12117>
- Conroy, K. M., Krishnan, S., Mittelstaedt, S. & Patel, S. S. (2020). Technological advancements to address elderly loneliness: Practical considerations and community resilience implications for COVID-19 pandemic. *Working with older people*, 24(4), 257–264. <https://doi.org/10.1108/wwop-07-2020-0036>
- Costa, U. (2023). ICF - basierte Forschungsmethoden. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 267–275). Springer.
- D’Onofrio, S. (2022). Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 59(6), 1448–1460. <https://doi.org/10.1365/s40702-022-00930-4>
- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (2018). In: <https://dsgvo-gesetz.de/>
- Davidson, S. K., Sanci, L., Nicolás Izquierdo, C. de, Watson, C. J., Baltag, V. & Sawyer, S. M. (2022). Best practice during teleconsultations with adolescents: A scoping review. *The Journal of adolescent health*, 70(5), 714–728. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.11.012>
- Davies, L., Hinman, R. S., Russell, T., Lawford, B. & Bennell, K. (2021). An international core capability framework for physiotherapists to deliver quality care via videoconferencing: a Delphi study. *Journal of Physiotherapy*, 67(4), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.09.001>
- Debbeler, L. J., Wahl, D. R., Villinger, K. & Renner, B. (2020). Die Bedeutung der Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann, & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1–11). Springer.

- Deeney, B. (2023). *Guidance on the benefits and barriers of virtual home assessments*. Nursing Time. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/healthcare-it/guidance-on-the-benefits-and-barriers-of-virtual-home-assessments-24-04-2023/> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (2022). *Guidelines for safeguarding good research practice. Code of conduct*. Deutsche Forschungsgemeinschaft. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3923601> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Di Cerbo, A., Morales-Medina, J. C., Palmieri, B. & Iannitti, T. (2015). Narrative review of telemedicine consultation in medical practice. *Patient preference and adherence*, 9, 65–75. <https://doi.org/10.2147/PPA.S61617>
- Digitale–Versorgung–und–Pflege–Modernisierungs–Gesetz (DVPMG) (2021). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/dvpmg.html>
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer.
- Edwards, L. & Fehm, L. (2023). Positive und negative Therapieerwartungen sagen Therapieerfolg vorher. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 52(2), 98–107. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000706>
- Elma, A., Cook, D., Howard, M., Takaoka, A., Hoad, N., Swinton, M., Clarke, F., Rudkowski, J., Boyle, A., Dennis, B., Vegas, D. B. & Vanstone, M. (2022). Use of video technology in end-of-life care for hospitalized patients during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Critical Care*, 31(3), 240–248. <https://doi.org/10.4037/ajcc2022722>
- Elsayed Farid Amr, A., Taha Ahmed Abou Elazab, R., Ramadan Hussein, S., Ibrahim Doma, N. & Salah Shalaby Salama, E. (2021). Effect of tele-nursing on burden and coping strategies among family caregivers of confirmed COVID- 19 patients. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(4), 511–529. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.201432>
- EQUATOR. (2025). *Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*. Equator-network. <https://www.equator-network.org/about-us/> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Flechtenmacher, J. (2023). Der Weg in die Zukunft ist nicht der Weg zurück in alte Zeiten. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 13(1), 30–31. <https://doi.org/10.1007/s41785-022-3793-8>
- Flick, U. (2011). Das Episodische Interview. In G. Oelerich, & H-U. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit* (S. 273–280). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 473–488). Springer VS.
- Flick, U.; Kardorff, E. v. & Steinke, I. (2022). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S. & Kielhofner, G. (2011). *The assessment of communication and interaction skills (ACIS)*. Schulz-Kirchner Verlag.
- Franzen, A. (2022). Antwortskalen in standardisierten Befragungen. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 1115–1126). Springer VS.
- Frielitz, F.-S., Dördelmann, J., Lemke, S., Lange, K., Hiort, O., Katalinic, A. & Sengbusch, S. v. (2021). Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes - A qualitative study among diabetes professionals. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes*, 129(11), 831–836. <https://doi.org/10.1055/a-1149-8814>
- Frittgen, E.-M. & Haltaufderheide, J. (2022). ‚Can you hear me?‘: communication, relationship and ethics in video-based telepsychiatric consultations. *Journal of Medical Ethics*, 48(1), 22–30. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107434>

- Funderskov, K. F., Boe Danbjørg, D., Jess, M., Munk, L., Olsen Zwisler, A.-D. & Dieperink, K. B. (2019). Telemedicine in specialised palliative care: Healthcare professionals' and their perspectives on video consultations-A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 28(21-22), 3966–3976. <https://doi.org/10.1111/jocn.15004>
- Gajarawala, S. N. & Pelkowski, J. N. (2021). Telehealth benefits and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 218–221. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.09.013>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). *Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie HeilM-RL: Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) und weitere Änderungen*. Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7966/2021-10-21_HeilM-RL_Videotherapie_TrG.pdf (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Gentili, A., Failla, G., Melnyk, A., Puleo, V., Di Tanna, G. L., Ricciardi, W. & Cascini, F. (2022). The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-31. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.787135>
- Geirhos, A., Bendig, E., Schmitt, A., Ebert, D. D. & Baumeister, H. (2023). Digitale Gesundheitsinterventionen bei körperlichen Erkrankungen – Diabetes mellitus. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 275-292). Springer.
- Ghaneirad, E., Groba, S., Bleich, S. & Szycik, G. R. (2021). Nutzung der ambulanten Psychotherapie über die Videosprechstunde: Ein Drittel der Patienten wird nicht erreicht. *Psychotherapeut*, 66(3), 240–246. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00497-3>
- Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) & Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG). (2016). *Leitfaden für die Erstellung von Datenschutzkonzepten im Gesundheitswesen*. Gesundheitsdatenschutz. https://gesundheitsdatenschutz.org/download/2016-12-12_datenschutzkonzept.pdf (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Godulla, A. (2016). *Öffentliche Kommunikation im digitalen Zeitalter: Grundlagen und Perspektiven einer integrativen Modellbildung*. Springer VS.
- Goldgruber, J., Kratky, W. & Löffler, K. (2021). Teletherapie — eine innovative Therapiemöglichkeit (auch) für ältere Menschen. *Procare*, 26(4), 48–51. <https://doi.org/10.1007/s00735-021-1341-6>
- Grant, C., Jones, A. & Land, H. (2022). What are the perspectives of speech pathologists, occupational therapists and physiotherapists on using telehealth videoconferencing for service delivery to children with developmental delays? A systematic review of the literature. *The Australian journal of rural health*, 30(3), 321–336. <https://doi.org/10.1111/ajr.12843>
- Green, S., Hartzfeld, D., Terry, A. B., Fissell, K., Friedman, S., Paolino, N., Principe, K., Sandbach, J., Trzupek, K., Winheld, S. & Malinowski, J. (2023). An evidence-based practice guideline of the National Society of Genetic Counselors for telehealth genetic counseling. *Journal of genetic counseling*, 32(1), 4–17. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1627>
- Gumz, A., Kanal, S., Ünser, A., Kästner, D. & Beck-Hiesteremann, F. M. L. (2021). „In Videobehandlungen trotz Distanz Nähe schaffen“: Wie erlebten Psychotherapeuten die Durchführung von Videobehandlungen in Zeiten von COVID-19? *Psychotherapeut*, 66(5), 382–397. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00529-y>
- Hammersley, M. (2023). Are there assessment criteria for qualitative findings? A challenge facing mixed methods research. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 24 (1), 1-15. <https://doi.org/10.17169/FQS-24.1.3935>

- Hammersley, V., Donaghy, E., Parker, R., McNeilly, H., Atherton, H., Bikker, A., Campbell, J. & McKinstry, B. (2019). Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *The British journal of general practice*, 69(686), 595-604. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704573>
- Hartmann-Strauss, S. (2020). *Videotherapie und Videosupervision: Praxishandbuch Für Psychotherapie und Beratung Online*. Springer.
- Haubrock, M. (2017). Sozioökonomische Herausforderungen für die Pflege. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger, & K. Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten - eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen* (S. 3–15). Springer.
- Haug, S., Raptis, G. & Weber, K. (2024). Einstellung zu Datenschutz und Wahrnehmung von Datensicherheit im Gesundheitsbereich: Die Sicht der Stakeholder*innen und der Bevölkerung. In K. Weber, S. Haug, N. Lauer, C. Mohr, A. Pfingsten, G. Raptis, & G. Bahr (Hrsg.), *Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie: Nutzung, Akzeptanz, Wirkung und Lebensqualität* (S. 17–24). transcript Verlag.
- Haydon, H. M., Major, T., Kelly, J. T., Catapan, S. d. C., Caffery, L. J., Smith, A. C., Gallegos-Rejas, V., Thomas, E. E., Banbury, A. & Snoswell, C. L. (2023). Development and validation of the Digital Health Acceptability Questionnaire. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 29(10), 8-15. <https://doi.org/10.1177/1357633X231202279>
- Haydon, H. M., Smith, A. C., Snoswell, C. L., Thomas, E. E. & Caffery, L. J. (2021). Addressing concerns and adapting psychological techniques for videoconsultations: A practical guide. *Clinical Psychologist*, 25(2), 179–186. <https://doi.org/10.1080/13284207.2021.1916904>
- Hedqvist, A.-T., Svensson, A. & Larsson, L. G. (2023). Nurses' experiences of person-centred care planning using video-conferencing. *Nursing open*, 10(3), 1879–1888. <https://doi.org/10.1002/nop2.1452>
- Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875–892). Springer VS.
- Heuer, J., Osterwald, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., Kohring, C., Dammertz, L. & Bätzing, J. (2023). *Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2021*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/136/VA-23-06-Telemedizin_Final.pdf (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C. & McMillan, J. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 5(10), 1-20. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>
- Hoffmann, M., Wensing, M., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J., Hartmann, M., Friederich, H.-C. & Haun, M. W. (2020). Perspectives of psychotherapists and psychiatrists on mental health care integration within primary care via video consultations: Qualitative preimplementation study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 1-11. <https://doi.org/10.2196/17569>
- Höfner, C., Hochgerner, M., Mantl, G., Stefan, R. & Stammer, J. (2021). Telepsychotherapie als Chance und Herausforderung: Eine longitudinale Mixed-Methods Studie. *Psychotherapie Forum*, 25(1-2), 37–43. <https://doi.org/10.1007/s00729-021-00169-2>
- Horstmann, G. & Linke, L. (2022). Perception of direct gaze in a video-conference setting: the effects of position and size. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 7(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s41235-022-00418-1>
- Howgego, G., Sharma, I. & Kalu, P. (2020). The rules for online clinical engagement in the COVID era. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*, 73(12), 2127–2135. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2020.08.045>

- Hrncal, C. & Hofius, K. (2023). Digitale Kommunikation im Alter. In R. Mollenhauer, & C. Meier zu Verl (Hrsg.), *Interaktion und Kommunikation im Alter: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven*. Velbrück Wissenschaft.
- Hübner, U. & Egbert, N. (2017). Telepflege. In P. Pechtel, I. Smerdka-Arhelger, & K. Lipp (Hrsg.). *Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen* (S. 211–224). Springer.
- Hughes, G., Moore, L., Maniatopoulos, G., Wherton, J., Wood, G. W., Greenhalgh, T. & Shaw, S. (2022). Theorising the shift to video consulting in the UK during the COVID-19 pandemic: Analysis of a mixed methods study using practice theory. *Social science & medicine*, 311, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115368>
- Hung Kn, G. & Fong, K. N. (2019). Effects of telerehabilitation in occupational therapy practice: A systematic review. *Hong Kong journal of occupational therapy: HKJOT*, 32(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/1569186119849119>
- Ignatowicz, A., Atherton, H., Bernstein, C. J., Bryce, C., Court, R., Sturt, J. & Griffiths, F. (2019). Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *Digital Health*, 5, 1-27. <https://doi.org/10.1177/2055207619845831>
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2025). *Biasarten*. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. <https://www.iqwig.de/sonstiges/glossar/biasarten.html>
- Irvine, F. E., Clark, M. T., Efstathiou, N., Herber, O. R., Howroyd, F., Gratrix, L., Sammut, D., Trumm, A., Hanssen, T. A., Taylor, J. & Bradbury-Jones, C. (2020). The state of mixed methods research in nursing: A focused mapping review and synthesis. *Journal of advanced nursing*, 76(11), 2798–2809. <https://doi.org/10.1111/jan.14479>
- Jacobs, G., van der Zijpp, T., van Lieshout, F. & van Dulmen, S. (2017). Research into person-centred healthcare technology. In B. McCormack, A. M. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl, & T. Eide (Hrsg.), *Person-centred healthcare research* (S. 61–68). Wiley Blackwell.
- Jones, C., Miguel-Cruz, A., Smith-MacDonald, L., Cruikshank, E., Baghoori, D., Kaur Chohan, A., Laidlaw, A., White, A., Cao, B., Agyapong, V., Burbach, L., Winkler, O., Seigny, P. R., Dennett, L., Ferguson-Pell, M., Greenshaw, A. & Brémault-Phillips, S. (2020). Virtual trauma-focused therapy for military members, veterans, and public safety personnel with posttraumatic stress injury: Systematic scoping review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(9), 1-20. <https://doi.org/10.2196/22079>
- Juffernbruch, K. (2021). Mobile Interaktion. In G. Marx, R. Rossaint, & N. Marx (Hrsg.), *Telemedizin: Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen* (S. 445–450). Springer.
- Khodadadi, E., Ebrahimi, H., Moghaddasian, S. & Babapour, J. (2013). The effect of communication skills training on quality of care, self-efficacy, job satisfaction and communication skills rate of nurses in hospitals of tabriz, iran. *Journal of caring sciences*, 2(1), 27–37. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.004>
- Khoshrounejad, F., Hamednia, M., Mehrjerd, A., Pichaghsaz, S., Jamalirad, H., Sargolzaei, M., Hoseini, B. & Aalaei, S. (2021). Telehealth-based services during the COVID-19 Pandemic: A systematic review of features and challenges. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.711762>
- Klemm, M. & Preutenborbeck, J. (2023). Akzeptanz und Gelingensfaktoren: Einführung innovativer technischer und digitaler Produkte. In K. Weber, S. Haug, N. Lauer, C. Mohr, A. Pfingsten, G. Raptis, & G. Bahr (Hrsg.), *Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie: Impulse für die Praxis* (S. 83–98). transcript Verlag.

- Knappertsbusch, F. (2023). From paradigm wars to peaceful coexistence? A sociological perspective on the qualitative-quantitative-divide and future directions for mixed methods methodology. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 24 (1), 1-26. <https://doi.org/10.17169/FQS-24.1.3966>
- Knausz, I. (2021). Das Prinzip pflegerischer Verantwortung – Lösungswege in der Betreuung und Pflege älterer Menschen. In W. Schippinger, R. Likar, & G. Pinter (Hrsg.), *Das ganze Leben leben: Holt euch das Alter wieder zurück!*. (S. 163–179). Springer.
- Kocks, A. (2021). Einordnung von Empathie im pflegerischen Kontext. In L. Thiry, V. Schönefeld, M. Deckers, & A. Kocks (Hrsg.), *empCARE: Arbeitsbuch zur empathiebasierten Entlastung in Pflege- und Gesundheitsberufen* (S. 11-28). Springer.
- Kringle, E. A., Skidmore, E. R., Baum, M. C., Shih, M., Rogers, C. & Hammel, J. M. (2023). Stakeholders' experiences using videoconferencing for a group-based stroke intervention during COVID-19: A thematic analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 77(3). 7703205100. <https://doi.org/10.5014/ajot.2023.050111>
- Krüger-Brand, H. E. (2020, Dezember 5). *Robotik in der Pflege: Ethikrat sieht großes Potenzial*. Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213177/Robotik-in-der-Pflege-Ethikrat-sieht-großes-Potenzial> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Hahn, E. (2019). *Telemedizin – Das Recht der Fernbehandlung. Ein Überblick für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Heilpraktiker und Juristen*. Springer
- Kubek, V. (2020). Digitalisierung in der Pflege: Überblick über aktuelle Ansätze. In S. Velten, F. Eierdanz, & A. Blaudszun-Lahm (2020). *Digitalisierung in der Pflege: Zur Unterstützung einer besseren Arbeitsorganisation* (S. 15-20). Springer.
- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer VS.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse – Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Kumar, S. & Snooks, H. (2011). *Telenursing*. Springer.
- Kurilla, R. (2023). Intersektionale Kommunikation im Alter – Zur Differenz von interpersonaler Kommunikation und Intergruppenkommunikation. In R. Mollenhauer, & C. Meier zu Verl (Hrsg.), *Interaktion und Kommunikation im Alter: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven*. Velbrück Wissenschaft.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.
- Langbecker, D. H., Caffery, L., Taylor, M., Theodoros, D. & Smith, A. C. (2019). Impact of school-based allied health therapy via telehealth on children's speech and language, class participation and educational outcomes. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(9), 559–565. <https://doi.org/10.1177/1357633X19875848>
- Langner, B. (2020). *Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz: Praxisleitfaden zum Expertenstandard*. Springer.
- Latulippe, K., Giroux, D., Guay, M., Kairy, D., Vincent, C., Boivin, K., Morales, E., Obradovic, N. & Provencher, V. (2022). Mobile videoconferencing for occupational therapists' assessments of patients' home environments prior to hospital discharge: Mixed methods feasibility and comparative Study. *JMIR aging*, 5(3), 1-13. <https://doi.org/10.2196/24376>
- Lauer, N. (2020). Teletherapie – hat die Logopädie eine digitale Zukunft?. *Forum Logopädie*, 34(5), 12–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-53020200502>

- Leech, N. L. & Onwuegbuzie, A. J. (2010). Guidelines for conducting and reporting mixed research in the field of counseling and beyond. *Journal of Counseling & Development*, 88(1), 61–69. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00151.x>
- Leonardsen, A.-C. L., Hardeland, C., Hallgren, J., Femdal, I., Thapa, D. R., Helgesen, A. K., Bååth, C., Halvorsrud, L., Grøndahl, V. A. & Gillsjö, C. (2023). Nursing students' attitudes towards the use of digital technology in the healthcare of older adults- a cross-sectional study in Norway and Sweden. *BMC Nursing*, 22(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01600-6>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report. *The American Psychologist*, 73(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Lichtenauer, N., Schlachetzki, F., Eberl, I. & Meussling-Sentpali, A. (2024a). Differences in teletherapy and telecare? Experiences of health professionals and patients with video communication in nursing, physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy. *Digital Health*, 10, 1-16. <https://doi.org/10.1177/20552076241301963>
- Lichtenauer, N., Schmidbauer, L., Wilhelm, S. & Wahl, F. (2024b). A Scoping review on analysis of the barriers and support factors of open data. *Information*, 15(1), 1-32. <https://doi.org/10.3390/info15010005>
- Liljestrand, C. & Zingmark, M. (2024). Use of information and communication technology in occupational therapy for older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 31(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2023.2271035>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Lühmann, D., Keim, R., Brammer, L., Puschmann, E., Strauß, A., Wagner, H.-O. & Scherer, M. (2016). Gelingende Arzt-Patient-Kommunikation - die ewige Herausforderung. *Hamburger Ärzteblatt*, 2016(06), 12–15. https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/wissenswertes/kommunikation/HAEB_062016_Gelingende_Arzt_Patienten_Kommunikation_die_ewige_Herausforderung.pdf (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Lutze, M., Glock, G., Stubbe, J. & Paulicke, D. (2019). *Digitalisierung und Pflegebedürftigkeit – Nutzen und Potenziale von Assistenztechnologien: Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 15*. CW Haarfeld.
- Mähs, M. (2022). *Gesundheitsökonomische Evaluation von AAL-Technologien: Eine Analyse am Beispiel von Intelligenzen Rollatoren in der häuslichen Versorgung*. Springer VS.
- Marhefka, S., Lockhart, E. & Turner, D. (2020). Achieve research continuity during social distancing by rapidly implementing individual and group videoconferencing with participants: Key considerations, best practices, and protocols. *AIDS and Behavior*, 24(7), 1983–1989. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02837-x>
- Matthes, S. & Möller-Käppler, N. (2020). Verbindung aufbauen – Videotherapie. *ergopraxis*, 13(07/08), 37–39. <https://doi.org/10.1055/a-1174-3190>
- Mayer, H. & Mitterer, M. (2014). „Mix it up“ Die Kombination von qualitativer und quantitativer Forschung oder Mixed Methods Research. *ProCare*, 19(1-2), 12-16. <https://doi.org/10.1007/s00735-014-0241-4>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Meier zu Verl, C. (2023). Affizierung und Responsivität als Arbeit – Interaktionssoziologische Untersuchungen zur reflexiven Praxis der Demenzpflege. In R. Mollenhauer, & C. Meier zu Verl (Hrsg.), *Interaktion und Kommunikation im Alter: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven*. Velbrück Wissenschaft.

- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016). PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Statement. *Journal of clinical epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- Mistraletti, G., Gristina, G., Mascarin, S., Iacobone, E., Giubbilo, I., Bonfanti, S., Fiocca, F., Fullin, G., Fuselli, E., Bocci, M. G., Mazzon, D., Giusti, G. D., Galazzi, A., Negro, A., Iaco, F. de, Gandolfo, E., Lamiani, G., Del Negro, S., Monti, L., . . . Petrini, F. (2024). How to communicate with families living in complete isolation. *BMJ supportive & Palliative care*, 14, 2954-2965. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002633>
- Molini-Avejonas, D. R., Rondon-Melo, S., La Amato, C. A. d. H. & Samelli, A. G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 367–376. <https://doi.org/10.1177/1357633X15583215>
- Mollenhauer, R. (2023). Den Akteuren folgen? – Eine kommunikationstheoretische Betrachtung des Altersbegriffs und ihre methodologischen Implikationen. In R. Mollenhauer, & C. Meier zu Verl (Hrsg.), *Interaktion und Kommunikation im Alter: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven*. Velbrück Wissenschaft.
- Mollenhauer, R. & Meier zu Verl, C. (2023). *Interaktion und Kommunikation im Alter: Interdisziplinäre Forschungsperspektiven*. Velbrück Wissenschaft.
- Nesher Shoshan, H. & Wehrt, W. (2022). Understanding “Zoom fatigue”: A mixed-method approach. *Applied Psychology*, 71(3), 827–852. <https://doi.org/10.1111/apps.12360>
- Neset, M. B., Lauvrud, C., Meisingset, A., Nyhus, E., Palmstierna, T., & Lara-Cabrera, M. L. (2023). Development of nurse-led videoconference-delivered cognitive behavioural therapy for domestic violence: Feasibility and acceptability. *Journal of advanced nursing*, 79(4), 1503–1512. <https://doi.org/10.1111/jan.15347>
- Newbould, L., Ariss, S., Mountain, G. & Hawley, M. S. (2021). Exploring factors that affect the uptake and sustainability of videoconferencing for healthcare provision for older adults in care homes: A realist evaluation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01372-y>
- Nicklich, M., Röbenack, S., Sauer, S., Schreyer, J. & Tihlarik, A. (2023). Qualitative Sozialforschung auf Distanz. Das Interview im Zeitalter seiner virtuellen Durchführbarkeit. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 24 (1), 1-24. <https://doi.org/10.17169/FQS-24.1.4010>
- Nordhausen, T. & Hirt, J. (2025). *RefHunter - 10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche*. RefHunter. https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/ (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Norwood, C., Moghaddam, N. G., Malins, S. & Sabin-Farrell, R. (2018). Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 797–808. <https://doi.org/10.1002/cpp.2315>
- Norzel, J. & Vorbohle, H. (2009). Assessment: ACIS – Kommunikation und Interaktion erfassen. *ergo-praxis*, 2(02), 30–31. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1254434>
- O’Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Pellegrino, A. J. & DiGennaro Reed, F. D. (2020). Using telehealth to teach valued skills to adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53(3), 1276–1289. <https://doi.org/10.1002/jaba.734>
- Perkhofer, S., Gebhart, V., Tucek, G., Wertz, F. J., Weigl, R., Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger, B., Stamm, T., Mewes, J. S., Maasz, M., Chapparo, C., Tatzer, V. C., Plunger, P., Reitingner, E. & Heimerl, K. (2023). Qualitative Forschung. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. A. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 71–143). Springer.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Qu, L., Chen, H., Miller, H., Miller, A., Colombi, C., Chen, W. & Ulrich, D. A. (2022). Assessing the satisfaction and acceptability of an online parent coaching intervention: A mixed-methods approach. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.859145>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). Intercoder-Übereinstimmung analysieren. In S. Rädiker, & U. Kuckartz (Hrsg.), *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video* (S. 287–303). Springer VS.
- Radtke, R. (2024). *Bedarf und Angebot an Pflegekräften in Deutschland bis 2049*. Statistisches Bundesamt. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Raehlmann, I. (2020). Corona! Die Krise der Verschlinkung und ihre Folgen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74(3), 216–221. <https://doi.org/10.1007/s41449-020-00216-9>
- Ramseyer, F. & Tschacher, W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 284–295. <https://doi.org/10.1037/a0023419>
- Rettinger, L. (2020). Teletherapie in der Ergotherapie: So gelingt Ihnen die praktische Umsetzung. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 59(7), 18–22. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-51020200702>
- Rettinger, L., Klupper, C., Werner, F. & Putz, P. (2023). Changing attitudes towards teletherapy in Austrian therapists during the COVID-19 pandemic. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 29(5), 406–414. <https://doi.org/10.1177/1357633X20986038>
- Rettinger, L. & Kuhn, S. (2023). Barriers to video call-based telehealth in allied health professions and nursing: Scoping review and mapping process. *Journal of Medical Internet Research*, 25, 1-23. <https://doi.org/10.2196/46715>
- Roesler, C. (2011). Die virtuelle therapeutische Beziehung – ein kritischer Blick auf die Nutzung neuer Medien in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 12(2), 107-112
- Rösler et al. (2018). *Digitalisierung in der Pflege: Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern*. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. https://inqa.de/SharedDocs/downloads/webshop/pflege-4.0.pdf?__blob=publication-File&v=2 (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Rossmann, C. & Stehr, P. (2019). Gesundheitskommunikation im Internet: Erscheinungsformen, Potenziale, Grenzen. In W. Schweiger, & K. Beck (Hrsg.), *Handbuch Online-Kommunikation* (S. 394–413). Springer VS.
- Rygg, L. Ø., Brataas, H. V. & Nordtug, B. (2021). Oncology nurses' lived experiences of video communication in follow-up care of home-living patients: A phenomenological study in rural Norway. *European journal of oncology nursing*, 52, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101955>
- Sachse, R. (2023). *Psychologische Grunderkenntnisse für Psychotherapie: Wie eine konzeptübergreifende Psychotherapie gelingen kann*. Springer.

- Sandbæk, A., Christensen, L. D., Larsen, L. L., Primholdt Christensen, N., Kofod, F. G., Guassora, A. D., Merrild, C. H. & Assing Hvidt, E. (2021). Guidance for implementing video consultations in Danish general practice: Rapid cycle coproduction study. *JMIR formative research*, 5(11), 1-14. <https://doi.org/10.2196/27323>
- Santhosh, L., Rojas, J. C. & Lyons, P. G. (2021). Zooming into focus groups: Strategies for qualitative research in the era of social distancing. *ATS scholar*, 2(2), 176–184. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0127PS>
- Schaub, M. P. (2023). Digitale Gesundheitsinterventionen bei psychischen Störungen– Suchtstörungen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 69-84). Springer.
- Schlegel, W. (2002). Bestrahlungsgeräte der Teletherapie. In J. Bille & W. Schlegel (Hrsg.), *Medizinische Physik 2* (S. 369–393). Springer.
- Schmidt, A. (2018). *Interaktion und Kommunikation*. In D. Hoffmann, & R. Winter (Hrsg.), *Medizinsoziologie: Handbuch für Wissenschaft und Studium* (S.15-38). Nomos.
- Schmidt, S. (2020). Videokonferenzen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. *Pflegezeitschrift*, 73(11), 30-33. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0918-1>
- Schnell, R. (2019). *Survey-Interviews: Methoden Standardisierter Befragungen*. Springer VS.
- Scholl, W., Lackner, K., & Grieger, K. (2016). Kommunikation als Methode und als Thema im Coaching. In S. Greif, H. Möller, & W. Scholl (Hrsg.), *Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching* (S. 1–11). Springer.
- Schoonenboom, J. (2023). The fundamental difference between qualitative and quantitative data in mixed methods research. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 24(1), 1-24. <https://doi.org/10.17169/FQS-24.1.3986>
- Schroll-Decker, I., Meussling-Sentpali, A. & Krauß, C. (2021). *Empfehlungen zur konzeptionellen Ausrichtung der Fachstellen für pflegende Angehörige*. Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP). [https://www.bestellen.bayern.de/application/e-shop_app000003?SID=1664853615&ACTIONxSESSx-SHOWPIC\(BILDxKEY:%27stmgp_pflege_054%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\)](https://www.bestellen.bayern.de/application/e-shop_app000003?SID=1664853615&ACTIONxSESSx-SHOWPIC(BILDxKEY:%27stmgp_pflege_054%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27))
- Schulz von Thun, F. (2010). *Miteinander reden*. rororo
- Seewald, A. & Rief, W. (2023). How to change negative outcome expectations in psychotherapy? The role of the therapist's warmth and competence. *Clinical Psychological Science*, 11(1), 149–163. <https://doi.org/10.1177/21677026221094331>
- Shah, S., Diwan, S., Kohan, L., Rosenblum, D., Gharibo, C., Soin, A., Sulindro, A., Nguyen, Q. & Provenzano, D. A. (2020). The technological impact of COVID-19 on the future of education and health care delivery. *Pain physician*, 23(4S), 367-380. <https://doi.org/10.36076/ppj.2020/23/S367>
- Sharma, A., Feuer, V., Stuart, B. K., Folk, J. B., Doan, B. T., Kulkarni, C. A., Ramtekkar, U., Fortuna, L. & Myers, K. (2021a). Home-based telemental health: A proposed privacy and safety protocol and tool. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 31(7), 464–474. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0020>
- Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., Nam, N. H., Ng, S. J., Abbas, K. S., Huy, N. T., Marušić, A., Paul, C. L., Kwok, J., Karbwang, J., Waure, C. de, Drummond, F. J., Kizawa, Y., Taal, E., Vermeulen, J., Lee, G. H. M., Gyedu, A., To, K. G., . . . Karamouzian, M. (2021b). A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *Journal of general internal medicine*, 36(10), 3179–3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>

- Shaw, S. E., Seuren, L. M., Wherton, J., Cameron, D., A'Court, C., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S. & Greenhalgh, T. (2020). Video consultations between patients and clinicians in diabetes, cancer, and heart failure services: Linguistic ethnographic study of video-mediated interaction. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), 1-20. <https://doi.org/10.2196/18378>
- Shea, K. D., Towers, V., Koon, M. & Silva, G. (2021). Development of an intentional telehealth viewing guide for home-based patient assessment. *Telemedicine Reports*, 2(1), 32–38. <https://doi.org/10.1089/tmr.2020.0017>
- Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E. & Hilty, D. (2018). Best practices in videoconferencing-based telemental health april 2018. *Telemedicine journal and e-health*, 24(11), 827–832. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>
- Simon, B. (2022). Telemedizin in der Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 61(11), 30–33. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2022-51020221104>
- Simpson, S., Richardson, L., Pietrabissa, G., Castelnovo, G. & Reid, C. (2021). Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID-19. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(2), 409–421. <https://doi.org/10.1002/cpp.2521>
- Sleziona, M. (2023). *Digitalisierung der Pflege: Bündnis kritisiert Digitalgesetze*. Bibliomed Pflege. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/buendnis-kritisiert-digitalgesetze>
- Solli, H., Bjørk, I. T., Hvalvik, S. & Hellesø, R. (2012). Principle-based analysis of the concept of tel-ecare. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2802–2815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06038.x>
- Sommer, D., Wilhelm, S., Ahrens, D. & Wahl, F. (2023). Implementing an Intersectoral Telemedicine Network in Rural Areas: Evaluation from the Point of View of Telemedicine Users. *Proceedings of the 9th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health - ICT4AWE, SciTePress*, 15-27. <https://doi.org/10.5220/0011755500003476>
- Sommer, D., Wilhelm, S. & Wahl, F. (2024). Nurses' workplace perceptions in southern Germany: Job satisfaction and self-intended retention towards nursing. *Healthcare*, 12(2), 1-32. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020172>
- SoSciSurvey (2025). *Der Online Fragebogen. SoSci Survey – einfach aber mächtig*. SoSciSurvey. <https://www.soscisurvey.de/de/about> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Sosnowski, R., Kamecki, H., Joniau, S., Walz, J., Dowling, J., Behrendt, M., Klaassen, Z., Palou, J. & van Poppel, H. (2020). Uro-oncology in the era of social distancing: the principles of patient-centered online consultations during the COVID-19 pandemic. *Central European journal of urology*, 73(3), 260–264. <https://doi.org/10.5173/cej.2020.0171>
- Späth, A. (2013). Assessment: Evaluation of Social Interaction (ESI) - Interaktion messen. *ergopraxis*, 6(02), 28–29. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1334980>
- Statistisches Bundesamt. (2024a). *Pflege in Deutschland: Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2023*. Statistisches Bundesamt. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/6988/dokument/pflege-in-deutschland-statista-dossier/> (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Statistisches Bundesamt. (2024b). *Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren von 2006 bis 2023*. Statistisches Bundesamt. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/12395/dokument/hilfs-und-heilmittel-statista-dossier/> (Abgerufen am 18. Februar 2025)

- Statistisches Bundesamt. (2024c). *IT - Nutzung*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/_inhalt.html#sprg233630 (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- SteelFisher, G. K., McMurtry, C. L., Caporello, H., Lubell, K. M., Koonin, L. M., Neri, A. J., Ben-Porath, E. N., Mehrotra, A., McGowan, E., Espino, L. C. & Barnett, M. L. (2023). Video telemedicine experiences in COVID-19 were positive, but physicians and patients prefer in-person care for the future. *Health affairs*, 42(4), 575–584. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.01027>
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung*. Juventa.
- Steubl, L. S. & Baumeister, H. (2023). Videobasierte Psychotherapie: Aktuelle Rahmenbedingungen und Entwicklungen sowie Empfehlungen für die praktische Umsetzung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(2), 154–159. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03644-6>
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321–326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Sury, U. (2020). Digitalisierung im Gesundheitswesen. *Informatik Spektrum*, 43(6), 442–443. <https://doi.org/10.1007/s00287-020-01317-9>
- Sutherland, A. E., Stickland, J. & Wee, B. (2020). Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the Covid-19 pandemic: rapid review. *BMJ supportive & palliative care*, 10(3), 271–275. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002326>
- Spiegelhalder, K., Ebert, D. D. & Lehr, D. (2023). Digitale Gesundheitsinterventionen bei psychischen Störungen– Schlafstörungen. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 118-130). Springer.
- Tarasuik, J., Galligan, R. & Kaufman, J. (2013). Seeing is believing but is hearing? Comparing audio and video communication for young children. *Frontiers in Psychology*, 4, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00064>
- Thranberend et al. (2015). *Video-Sprechstunden: Sinnvolles Instrument in der ambulanten Versorgung - Akzeptanz in der Ärzteschaft zentraler Hebel für die Etablierung*. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_VideoSprechstunde_dt_final_web.pdf (Abgerufen am 18. Februar 2025)
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tschamper, M. K. & Jakobsen, R. (2019). Parents' experiences of videoconference as a tool for multidisciplinary information exchange for children with epilepsy and disability. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1506–1516. <https://doi.org/10.1111/jocn.14755>
- Utz, I. & Grassinger, R. (2021). Vergleich digitale vs. analoge Hausaufgaben: Studie zum Einsatz einer App zur Steigerung der Motivation beim häuslichen Üben in der phonetisch-phonologischen Therapie. *Forum Logopädie*, 35(3), 28–33. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210305>
- van Nispen, K., Sekine, K., van der Meulen, I. & Preisig, B. C. (2022). Gesture in the eye of the beholder: An eye-tracking study on factors determining the attention for gestures produced by people with aphasia. *Neuropsychologia*, 174, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2022.108315>
- VERBI Software. (2025). *MAXQDA 2022 Online Manual*. MAXQDA. <https://www.maxqda.com/de/hilfe-mx22/willkommen> (Abgerufen am 18. Februar 2025)

- Wallisch, A., Little, L., Pope, E. & Dunn, W. (2019). Parent perspectives of an occupational therapy telehealth intervention. *International journal of telerehabilitation*, 11(1), 15–22. <https://doi.org/10.5195/ijt.2019.6274>
- Warmoth, K., Lynch, J., Darlington, N., Bunn, F. & Goodman, C. (2022). Using video consultation technology between care homes and health and social care professionals: A scoping review and interview study during COVID-19 pandemic. *Age and Ageing*, 51(2), 1-17. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab279>
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (2011). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien*. Hogrefe.
- Weichbold, M. (2022). Pretests. In N. Baur, & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 443–451). Springer VS.
- Weigl, M., Schwarzkopf, S. R. & Stucki, G. (2008). Anwendung der ICF in der rheumatologischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 67(7), 565–574. <https://doi.org/10.1007/s00393-008-0320-7>
- Weisel, K. K., Baumeister, H. & Ebert, D. D. (2023). Differenzielle Wirksamkeit. In D. D. Ebert, & H. Baumeister (Hrsg.), *Digitale Gesundheitsinterventionen: Anwendungen in Therapie und Prävention* (S. 423–435). Springer.
- Will, A. & Raptis, G. (2022). Erfolgsfaktoren und Hemmnisse für die Akzeptanz von Ambient Assisted Living: Ein systematisches Literatur-Review. In K. Weber, S. Haug, N. Lauer, A. Meussling-Sentpali, C. Mohr, A. Pfingsten, G. Raptis, & G. Bahr (Hrsg.), *Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie: Herausforderungen, Lösungen, Anwendungen und Forschungsperspektiven* (S. 245–286). transcript Verlag.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory - short revised (WAI-SR) - Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(3), 343-358. <https://doi.org/10.7892/BORIS.27962>
- Wittmar, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2020). Digitalisierungschancen - Umsetzung von Videotherapie im Lockdown. *Forum Logopädie* 34(6), 36-40. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2020-53020200605>
- Wittmar, S., Barthel, M., Leinweber, J. & Borgetto, B. (2023). Outpatient speech and language therapy via videoconferencing in Germany during the COVID-19 pandemic: Experiences of therapists. *International Journal of Health Professions*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2023-0001>
- Wolfs, A. (2022). *Systemisch-Konstruktivistisches Clinical Reasoning: Im Präsenz- und Telesetting für Mediziner und Therapeuten*. Springer.
- Wong, A., Bhyat, R., Srivastava, S., Boissé Lomax, L. & Appireddy, R. (2021). Patient care during the COVID-19 pandemic: Use of virtual care. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.2196/20621>
- Worboys, T., Brassington, M., Ward, E. C. & Cornwell, P. L. (2018). Delivering occupational therapy hand assessment and treatment sessions via telehealth. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(3), 185–192. <https://doi.org/10.1177/1357633X17691861>
- Ziefle, M. (2021). Ambient Assisted Living. In G. Marx, R. Rossaint, & N. Marx (Hrsg.), *Telemedizin: Grundlagen und praktische Anwendung in stationären und ambulanten Einrichtungen* (S. 451–466). Springer.
- Zimmermann, G. W. (2021). Heilmittel per Video werden fester Teil der Versorgung. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 163(3), 32–33. <https://doi.org/10.1007/s15006-021-0248-2>

Zöllick, J. C., Kuhlmei, A., Suhr, R., Eggert, S., Nordheim, J. & Blüher, S. (2020). Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. In K. Jacobs, S. Greß, J. Klauber, A. Kuhlmei, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* (S. 211–218). Springer.

Anhang

- A – Datenbankspezifische Suchstrings
- B – Ethikantrag
- C – Ethikvotum der Universität Regensburg (*im Anhang*)
- D – Informed Consent Interviews
- E – Informed Consent Fragebogen
- F – Einwilligungserklärung
- G – Interviewleitfaden Expert*innen
- H – Interviewleitfaden Patient*innen
- I – Pretest Interview
- J – Transkriptionsregeln für Interviews
- K – Transkripte aller Interviews
- L – Auswertung Interviews
- M – Zusammenfassung Interviews
- N – Kappa Berechnung
- O – Fragebogen für Expert*innen und Patient*innen
- P – Pretest Fragebogen
- Q – Rekrutierung Fragebogen
- R – Teilnahmeliste Forscher
- S – SRQR Checklist
- T – COREQ Checklist
- U – CROSS Checklist
- V – MMARS Checklist
- W – Journal Artikel in Sage - Digital Health (*im Anhang*)
- X – SPSS und EXCEL Dateien zur Fragebogenauswertung
- Y – HELP – TEL

Bei Interesse können weitere Anhänge unter Angabe des Verwendungszwecks bei: norbert.lichtenauer@gmx.net angefordert werden.

Danksagung

Mein herzlicher und wertschätzender Dank in dieser anstrengenden Zeit der Promotion gilt allen mir zugewandten und unterstützenden Personen. Allen voran ist hier von ganzem Herzen meiner Ehefrau und Freundin Martina zu danken, die trotz der Tatsache, dass zwei kleine Kinder im Haus genug Aufmerksamkeit forderten, auch für Ihren in vielen Nachtschichten gequälten Ehemann noch Zeit und Raum für Unterstützung hatte. Ebenso möchte ich meinen Eltern und Schwiegereltern danken, die uns als Familie und mich persönlich immer wieder moralisch und durch Betreuung der Kinder unterstützt haben. Ohne diese Unterstützung wäre vieles noch schwieriger geworden.

Als Doktorand und junger Familienvater mit einer Vollzeitstelle war es ohne finanzielle und zeitliche Förderung eine permanente Grandwanderung zwischen verschiedenen Rollen und Anforderungen aus allen Lebensbereichen. Dieser systemische Einblick in die Qualifizierungsphasen einer Promotion im Bereich der Gesundheits- und Humanwissenschaften hat mich leider nachhaltig enttäuscht, da gerade in den Gesundheitswissenschaften eine geförderte Promotion äußerst selten ist und schon die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Gesundheits- und Sozialwesen sowie die akademische Ausbildung oft eigenverantwortlich kostenpflichtig ist. Bedanken möchte ich mich an dieser Stelle ausdrücklich beim Bayerischen Wissenschaftsforum, welches anstatt der beteiligten Hochschulen und Universitäten einige grundlegende Förderungen für Kongressreisen und methodische Workshops übernahm.

Weiter möchte ich all meinen Freunden und Kolleg*innen für deren Interesse und Fachexpertise zum Thema danken sowie für die Zeit, um Forschungsmethoden zu konkretisieren und zu reflektieren.

Darüber hinaus möchte ich mich herzlichst bei meiner Mentorin Prof. Dr. Inge Eberl und meinem Mentor Prof. Dr. Felix Schlachetzki für die kollegiale Unterstützung auf Augenhöhe und die interdisziplinären Anregungen danken. In den gemeinsamen Kolloquien und vielen weiteren Austauschrunden wurden meine methodischen und inhaltlichen Perspektiven erweitert und geschärft. Dabei möchte ich einen besonders großen Dank an meine erste Mentorin Prof. Dr. Annette Meussling-Sentpali richten. Diese hat mich stets freundschaftlich, wertschätzend und sicher auf allen Wegen zur Promotion begleitet und war darüber hinaus mit Ihrer fachlichen Expertise eine wertvolle Stütze bei allen Fragen und Erfahrungen zum Forschungsfeld.

Pielenhofen, den 10.3.2025

Lebenslauf

Beruflicher Werdegang

Mai 2021 – Mai 2025	Doktorand an der Universität Regensburg im Rahmen einer Verbundpromotion über das Bayrische Wissenschaftsforum (BayWiss) im Promotionskolleg Gesundheit
Seit Mai 2020	Gesundheitsforschung / Wissenschaftlicher Mitarbeiter THD Deggendorf (seit Mai 2023): Projekt <i>EAsyAnon</i> : Empfehlungs- und Auditsystem zur Anonymisierung von personenbezogenen Daten OTH Regensburg (Mai 2020 – Mai 2023): Projekt <i>TePUS</i> : Telepräsenzroboter für die Pflege und Unterstützung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten
seit Okt. 2018	Lehraufträge an verschiedenen Hochschulen
seit Juli 2009	Dozent im eigenen Fortbildungsunternehmen (www.ergotherapie-lichtenauer.de)
Sept. 2016 – Juli 2022	Dozent an der Fachakademie für Heilpädagogik (KJF) in Regensburg
März 2017 – April 2020	Integrationsfachdienst Oberpfalz / Begleitung von Menschen mit Schwerbehinderung in die berufliche Integration
Juni 2016 – März 2017	Caritas Tageszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen
Juni 2014 – Juni 2016	Dozent an einer Privaten Berufsfachschule für Ergotherapie in Regensburg und parallele Tätigkeit als angestellter Ergotherapeut in einer Praxis in Regensburg (Fachbereiche Pädiatrie, Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie)
Juli 2013 – April 2014	Privater Auslandsaufenthalt
März 2008 – Juni 2013	Ergotherapeut im Zentrum für Kinder und Jugendliche (SPZ) in Altötting; Leitungsaufgaben mit Einführung von Evidence-Based-Practice (EBP) in der Ergotherapie
Sept. 2007 – März 2008	Angestellter Ergotherapeut in einer Praxis in Mühldorf am Inn (Fachbereich Pädiatrie, Neurologie)
1997 – 1999	Ausbildung zum Bürokaufmann in Obernzell bei Passau

Studium / Schulbildung / Praktika

- 2015 – 2017 Master of Science (M.Sc.) - Gesundheits- und Pflege-
wissenschaften an der Martin-Luther-Universität Halle/Saale
Fachrichtung: Bildung und Didaktik
Thema der Masterarbeit: Wie erleben Jobcoachinnen und
Jobcoachs ihre professionelle Rolle im Bereich Arbeitsplatzsiche-
rung von Menschen mit Behinderung – eine qualitative Studie in
zwei Bundesländern
- 2006 – 2008 Bachelor of Science (B.Sc.) - Ergotherapie an der Hochschule
Osnabrück
Fachrichtung: Ergotherapie mit dem Schwerpunkt Wirksamkeit in
der Therapie
Thema der Bachelorarbeit: Spielend Lernen - Förderung therapeu-
tischer Gruppenangebote an einer Schule zur individuellen Lernför-
derung - Eine Konzeptentwicklung und ihre Wirksamkeit
Praktika: Autismus Therapiezentrum Osnabrück
- 2003 – 2006 Private Berufsfachschule für Ergotherapie in Vilshofen
Abschluss: Staatsexamen
Praktika:
 - Psychiatrisches Bezirksklinikum / Taufkirchen an der Vils
 - Neurologische Rehabilitation Jesuitenschlüssel / Passau
 - Praxis für pädiatrische Ergotherapie / Straubing
 - Barmherzige Brüder – Fördergruppe Arbeitstherapie /
Straubing
- 1999 – 2001 Berufsoberschule Passau / Wirtschaftszweig
Abschluss: Fachgebundene Hochschulreife
- 1997 – 1999 Kaufmännische Berufsschule Passau
Abschluss: Prüfung zum Bürokaufmann
- 1993 – 1997 Staatliche Realschule Hauzenberg
Abschluss: Mittlere Reife

Selbstständigkeitserklärung

Ich, Norbert Lichtenauer, geboren am 07.04.1981 in Freyung, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Regensburg, den 10.3.2025



Norbert Lichtenauer



Universität Regensburg

**Ethikkommission
bei der Universität Regensburg**

Ethikkommission · Universität Regensburg · 93040 Regensburg

OTH Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Norbert Lichtenauer, M.Sc.
Uferbreite, 4
93188 Pienhofen
Deutschland

Prof. Edward K. Geissler, PhD, Vorsitzender

Dr. iur. Frederike Seitz, M.A., Geschäftsführerin

Geschäftsstelle:
Telefon +49 941 943-5370
Telefax +49 941 943-5369
Postanschrift:
Universität Regensburg
ETHIKKOMMISSION
D-93040 Regensburg

ethikkommission@ur.de
<http://ethikkommission.uni-regensburg.de>

23.06.2021

Unser Zeichen: 21-2451-101

Beratung nach § 15 Abs. 1 Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

für das Forschungsvorhaben:

Forschungsvorhaben	Good Practice synchroner Videokommunikation innerhalb von Pflege und Therapie nach ICF Kriterien
	Eine Mixed Methods Untersuchung anhand von episodischen Interviews und eines Online-Fragebogens mit Expert*innen und Patient*innen
Antragssteller	Norbert Lichtenauer, M.Sc.

Die Ethikkommission der Universität Regensburg hat in Ihrer Sitzung am 23.06.2021 über das o.g. Forschungsvorhaben auf Grundlage der im Anhang aufgeführten Unterlagen beraten. Es ergeben sich daraus keine berufsethischen oder rechtlichen Bedenken gegen das vorgelegte Forschungsvorhaben.

Es wird auf folgendes grundsätzlich hingewiesen:

Unabhängig vom Beratungsergebnis verbleibt die ärztliche und juristische Verantwortung beim Forscher und seinen Mitarbeitern. Eine Nichtbeachtung des Beratungsergebnisses kann berufs- und haftungsrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Die Auflagen der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in ihrer aktuellen Fassung hinsichtlich ethischen und rechtlichen Aspekten biomedizinischer Forschung am Menschen sind strikt zu beachten.

Die Ethikkommission erwartet bei Interventionsstudien, dass ihr alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse (u.a. Todesfälle), die während der Studie auftreten und die Sicherheit der Studienteilnehmer oder die Durchführung der Studie beeinträchtigen können, unverzüglich schriftlich mitgeteilt werden. Dieses sollte in Verbindung mit einer Stellungnahme des

Antragsstellers geschehen, ob aus seiner Sicht die Nutzen-Risiko-Relation des Vorhabens verändert ist.

Die Ethikkommission bittet darum, dass ihr der Abbruch oder Abschluss einer Studie mitgeteilt werden.

Dieses Schreiben ist mit den Studienunterlagen jederzeit sorgfältig aufzubewahren. Duplikate oder Abschriften dieses Schreibens können im Nachhinein nicht erstellt werden.

Auf die Rechtspflichten zum Umgang mit dienstlichem Schriftgut bzw. Urkunden wird verwiesen.

Auf Grundlage dieser rein berufsrechtlichen Beratung können Sie nachträgliche Änderungen am Protokoll dieses Forschungsvorhabens vornehmen, ohne dafür eine erneute Beratung (umgangssprachlich 'Amendmentvotum') durch die Ethikkommission beantragen zu müssen. Zur Begrenzung rechtlicher Risiken wird eine solche Beratung aber gleichwohl dringend empfohlen.

Sobald Sie jedoch ein neues Forschungsvorhaben durchführen wollen, müssen Sie dieses einer eigenständigen Beratung durch die Ethikkommission zuführen. Hierfür gilt gemäß Grundsatzbeschluss unserer Ethikkommission vom 02.08.2016:

In der Regel handelt es sich noch um ein und dasselbe Forschungsvorhaben, wenn sich lediglich ergänzende Fragestellungen im Rahmen der selben Hypothese, methodische Erweiterungen oder Beschränkungen oder Erweiterungen oder Beschränkungen in der Studienpopulation nachträglich ergeben. Um ein neues Forschungsvorhaben handelt es sich aber in der Regel, wenn die Formulierung einer neuen Hypothese, wesentliche Änderungen am Studiengegenstand bzw. der Entität sowie wesentliche Änderungen an der wissenschaftlichen oder technischen Vorgehensweise vorgenommen werden sollen, was dann eine Pflicht zur neuerlichen Beratung durch die Ethikkommission begründet. Gesetzliche Vorschriften bleiben unberührt.

Die Ethikkommission bestätigt die Bearbeitung gemäß der GCP/ICH-Richtlinien.

Die Ethikkommission empfiehlt im Einklang mit der Deklaration von Helsinki nachdrücklich die Registrierung der Studie vor Studienbeginn in einem öffentlich zugänglichen Register, das die von der WHO geforderten Voraussetzungen erfüllt.

Falls kein gesetzlicher Kostenbefreiungstatbestand greift, wird ein gesonderter Kostenbescheid für die Gebühren und Auslagen der Ethikkommission ergehen.

Die Übermittlung personenbezogener Daten einschließlich DNA-tragender Biomaterialien in datenschutzrechtlich unsichere Drittstaaten, wie etwa die USA, bedarf einer gesonderten datenschutzrechtlichen Beurteilung und Risikoaufklärung.

Datenschutzrecht wird durch die Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft. Dieses Votum ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 16. Juli 2020 [Aktenzeichen C3-11/18] stellen die Regelungen des EU-US-Privacy Shield insbesondere vor dem Hintergrund des Clarifying Lawful Overseas Use of Data Act (CLOUD Act) bzw. des Foreign Surveillance Act (FISA) keinen tauglichen Rechtsrahmen mehr dar. Es sollte seitens der Verantwortlichen im Einzelfall geprüft werden, inwieweit personenbezogene/personenbeziehbare Daten (also auch i.S.d. Art. 4 Abs. 5 DSGVO pseudonymisierte Datensätze) rechtssicher entweder auf Basis geeigneter Garantien (etwa verbindlicher Unternehmensregeln, Standardvertragsklauseln oder auf Basis einer ausdrücklichen Einwilligung nach erfolgter Risiko-Aufklärung nach Art. 49 Abs. 1 lit. a) DSGVO) übermittelt

werden können. Es bleiben v.a. hinsichtlich der Standardvertragsklauseln die Auswirkungen des Urteils und die voraussichtlich folgenden regulatorischen Leitlinien seitens der zuständigen Behörden aufmerksam zu verfolgen. Es ist daher den Sponsoren dringend zu raten, sich mit dem zuständigen Landesbeauftragten für den Datenschutz abzustimmen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Joachim Hahn
Stellvertretender Vorsitzender

Anlage

Dokumente betreffend diesen Vorfall:

Anlageelemente	Datei-Name	Datum
Prüfplan	Anlage 1 - Studienprotokoll.pdf	31.05.2021
Vorgesehene Untersuchungsmethoden/ Abweichung von der üblichen Praxis	Anlage 10 - Beschreibung Untersuchungsmethoden.pdf	31.05.2021
Literaturverzeichnis	Anlage 11 - Literaturverzeichnis.pdf	31.05.2021
Datenschutzerklärung	Anlage 12 - Angaben zur Methodik und Verarbeitung Daten.pdf	31.05.2021
Gegenstand/ Ziele der klinischen Prüfung	Anlage 2 - Gegenstand des Forschungsvorhabens.pdf	31.05.2021
Nutzen-Risiko-Bewertung	Anlage 3 - Angaben zum Nutzen.pdf	31.05.2021
Nutzen-Risiko-Bewertung	Anlage 4 - Info Aufwand,Belastung,Risiko TN.pdf	31.05.2021
Angaben zu Anzahl, Alter und Geschlecht	Anlage 5 - Alter,Anzahl,Geschlecht.pdf	31.05.2021
Nutzen-Risiko-Bewertung	Anlage 6 - Angaben zu Problematiken.pdf	31.05.2021
Sonstiges	Anlage 7 - Honorar für Versuchspersonen.pdf	31.05.2021
Patienteninformation	Anlage 8 - Informed Consent - Fragebogen.pdf	31.05.2021
Keine	Anlage 8 - Informed Consent - Fragebogen.pdf	10.06.2021
Patienteninformation	Anlage 8 - Informed Consent - Interviews.pdf	31.05.2021
Keine	Anlage 8 - Informed Consent - Interviews.pdf	10.06.2021
Patienteneinwilligung	Anlage 9 - Einwilligung.pdf	31.05.2021
Keine	Anlage 9 - Einwilligung.pdf	10.06.2021
Keine	Gebührenreduzierung.pdf	19.05.2021
Gegenstand des Forschungsvorhabens	Interviewfragen V3.pdf	31.05.2021
Keine	Kurzbeschreibung.pdf	02.06.2021

Differences in teletherapy and telecare?—Experiences of health professionals and patients with video communication in nursing, physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy

DIGITAL HEALTH
Volume 10: 1–16
© The Author(s) 2024
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/20552076241301963
journals.sagepub.com/home/dhj



Norbert Lichtenauer^{1,2,3} , Felix Schlachetzki⁴, Inge Eberl⁵
and Annette Meussling-Sentpali³

Abstract

Introduction: The spread and implementation of digital synchronous video communication in telecare and teletherapy has recently increased significantly, not just because of COVID-19 but also due to a global trend towards more digital healthcare services in the last two decades. This shift prompts the question of how digital telesetting differs from a face-to-face setting and which aspects are fundamental.

Methods: As the first part of a mixed-method study, qualitative interviews ($n=20$) were conducted from July 2021 to January 2022. Health professionals ($n=13$) and patients ($n=7$) from occupational therapy, physiotherapy, speech therapy, and nursing were interviewed. All interviewees came from Germany, Austria, and Switzerland. The results were categorized using structured content analysis.

Results: Six main categories and 20 sub-categories were summarized, which can act as barriers or resources in a telesetting. Both sides described a high level of acceptance and approval of telesetting. Motivation and digital skills were of great importance. Furthermore, special features in communication and interaction were described, as well as changes in organizational procedures and a specific process flow in telesetting. Including relatives was more feasible, although several environmental factors should be considered.

Discussion: A number of specific changes in a telesetting compared to a face-to-face setting show the need for a structured guide for interested parties. Appropriate basic principles must be taught in training and further education to support the spread of this new form of care. Furthermore, it is crucial to adapt the methodological and content-related aspects of telesetting and develop new approaches that specifically integrate audio-visual possibilities.

Keywords

Teletherapy, telenursing, synchronous video communication, video consultations, guideline, recommendation for action

Submission date: 11 June 2024; Acceptance date: 6 November 2024

¹Deggendorf Institute of Technology (THD)/Faculty of Applied Health Sciences - Health Campus Bad Kötzing, Germany

²Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg, Regensburg Center of Health Sciences and Technology, (RCHST), Germany

³Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg, Faculty of Health and Social Sciences; Nursing Science, Germany

⁴Department of Neurology, TEMPiS Telastroke Center, Medbo Bezirksklinikum, University of Regensburg, Germany

⁵Catholic University of Eichstätt - Ingolstadt, Faculty of Social Work, Germany

Corresponding author:

Norbert Lichtenauer, Deggendorf Institute of Technology (THD), Faculty of Applied Health Sciences, Health Campus Bad Kötzing, Landshuter Straße 1e, 93444 Bad Kötzing, Germany.
Email: norbert.lichtenauer@th-deg.de



Introduction

Demographic changes are increasing the number of cases for healthcare services

Demographic change is considered a relevant fact in health policy and economics worldwide, especially in highly developed countries. It has far-reaching consequences for the care situation and the financing of services in the healthcare system.¹ Society's aging due to too few births and people's increased life expectancy is triggering a dynamic for increased case numbers in the healthcare system. A further increase in the number of people needing care and therapy is predicted, with associated cost increases.^{2,3}

Telemedicine for effective use of resources. Telemedical approaches in the healthcare sector, like telecare and teletherapy, have considerable potential to maintain or improve the safety, efficiency, and quality of care and to reduce healthcare costs.⁴ Modern internet-based communication technologies play a central role but are not yet routinely used.⁵ The COVID-19 pandemic also accelerated the development of digital interventions in outpatient healthcare settings⁶ and showed its benefits in healthcare.⁷ The format of video consultations is a promising way to meet patients' needs, reduce healthcare costs, and ensure high-quality care in the long term^{8,9} or improve access to healthcare services,¹⁰ including for people with communication or cognitive impairments.¹¹ In the best-case scenario, personal visits to medical staff or home visits can be saved, relatives can be more involved, and hospital admissions can be reduced.^{12,13} The potential savings from establishing digital care pathways in Germany are enormous. According to a 2022 study, the consistent implementation of 26 digital solutions could generate savings of up to €42 billion per year for the German healthcare system, with the most significant savings potential seen in online interactions at up to €12 billion per year.¹⁴

Telecare and teletherapy offer opportunities. Both telecare and teletherapy are seen as areas of application of telemedicine that share the ability to participate actively in the treatment of patients from a distance and are defined using information and communication technologies (ICT).^{15,16} A distinction can be made between synchronous, asynchronous, and hybrid services¹⁷ in telesetting. Synchronous services include a live exchange and direct communication as a central element. Asynchronous offerings are conveyed via various digital communication channels, enabling time-delayed editing of apps, audio, and video files. Hybrid offerings include a combination of synchronous and asynchronous offerings, often in combination with a face-to-face setting.^{17,18} Synchronous video communication is used most frequently^{18,19} and should be seen as an extension of the possibilities to get in touch with

patients.²⁰ Applications for teleintervention in care primarily include counselling and instructing care recipients and their relatives, prevention and health promotion, monitoring vital data, and information exchange between professionals.²¹ Additional motor, communicative, and cognitive treatments are carried out within teletherapy.²² Other aspects include diagnostic activities and aftercare.¹⁹

Aim of the present work. The research objective of this study is to develop a recommendation for implementing video communication in telecare and teletherapy, as there are currently no guidelines and standards for teleinterventions.^{19,23,24} The aim is to record the experiences of healthcare professionals and patients from the fields of nursing and therapy to consider possible special features in communication, interaction, and the framework conditions in the future. For many healthcare professions, video consultation is still an entirely new way of working carried out without guidelines, which has often led to barriers in the past.^{25,26}

Methods

Literature search

A sensitive literature search was conducted using the German Network for Evidence-Based Medicine recommendations (www.refhunter.org).²⁷ The search was operationalized using the PICO scheme and aimed at existing guidelines and recommendations for patients and health professionals on synchronous video communication in care and therapy. It was conducted in the medical and health science databases MEDLINE (via PubMed), CINAHL Full Text (via EBSCOhost), Cochrane Library, OTseeker, PEDro, speechBITE, PubPsych, and the cross-sectional database Web of Science.

Research questions and objectives

The research question was "How do health professionals and patients from care and therapy experience synchronous video communication?". The following secondary questions were also of importance:

- What communicative and interactive characteristics are perceived in synchronous video communication?
- Which conversation techniques and strategies are used according to the health professionals?
- How should the environmental factors be designed for synchronous video communication?
- What are the advantages and disadvantages of synchronous video communication?
- What other aspects are of great importance during synchronous video communication?

The aim is to develop a guideline for further establishing synchronous video communication in teletherapy and telecare.

Research design

A mixed methods approach was chosen because it combines qualitative and quantitative research approaches,^{28,29} which seemed appropriate for the research subject (Figure 1). The preliminary results from the hypothesis-generating interview survey with a small sample have been completed. These will subsequently be validated and expanded using a questionnaire with more cases to develop the recommendation for action. The research questions are addressed in the triangulation of a systematic literature analysis, a qualitative interview survey, and a final quantitative questionnaire survey. This approach enables a comprehensive examination of the study subject using different perspectives and research approaches.³⁰ Within the mixed methodology, the explorative sequential design was chosen. In this design, the two sub-studies are carried out one after the other, and the results of the first sub-study also influence the subsequent survey.³¹

Ethics and data protection

To comprehensively consider ethical and data protection challenges in the research project,³² an ethics vote was submitted to the Ethics Committee of the University of Regensburg in advance of the survey and approved (No. 21-2451-101). The study was registered in the German Register of Clinical Trials following the positive ethics vote to enable transparency and avoid duplicate data collection (DRKS ID DRKS00025771).

Method of data collection

The episodic interview was chosen for the Phase 1 qualitative sub-study (Figure 1) because it generates open narrative accounts of experiences and enables definitions and correlations of terms.³³ The interviews were conducted using a structured guideline developed based on literature research and a system for creating questionnaires.³⁴ No copyrights were involved in creating and using the questions in the interview guide. The interview questions were not shared before the interview, and the guideline was not validated. A cognitive pre-test of the questions was carried out to check linguistic and content-related items for comprehension.³⁵ Test interviews were also conducted with two physiotherapy and occupational therapy therapists.

Sample and implementation

After defining the inclusion criteria (Table 1), the first health professionals and patients were selected using theoretical sampling. After a preliminary telephone interview or written information by e-mail, they were interviewed about their experiences with synchronous video communication in teletherapy and telecare. Snowball sampling was used later in the survey.³⁶ A call for participation was also made via the relevant professional associations, specialist journals, social media channels, and personal networks.

Twenty interviews (health professionals: $n=13$, patients: $n=7$) were conducted exclusively by the first author of this study after comprehensive clarification using informed consent.³⁷ The interviewer had prior knowledge of the topic due to his experience conducting telesettings as an occupational therapist. Recommendations for conducting guided expert interviews were followed.³⁸ The data collection lasted from July 2021 to January 2022 and

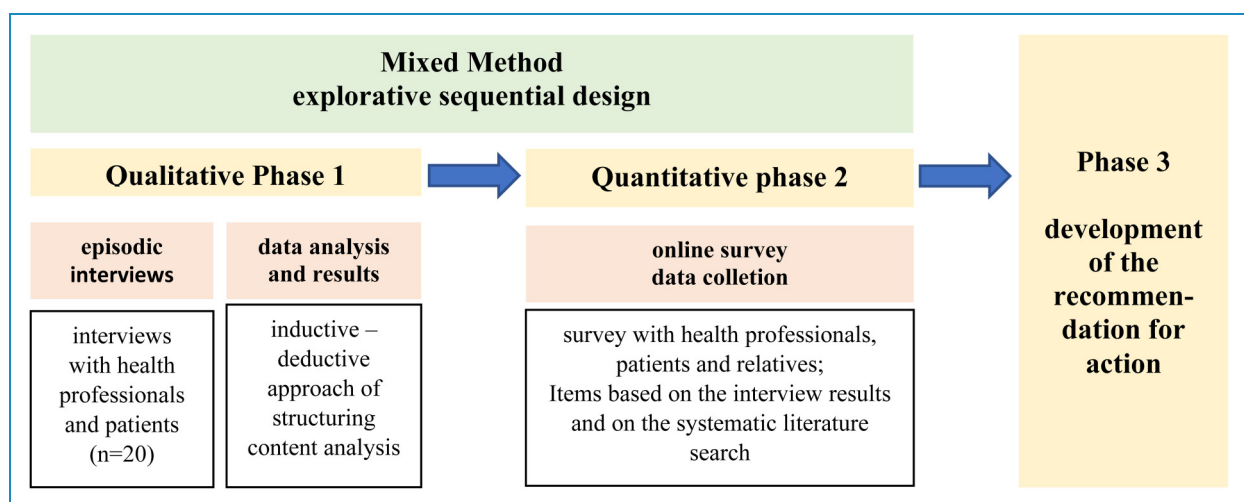


Figure 1. Illustration of the mixed methods approach; own illustration.

covered the period affected by the pandemic restrictions in Germany. All interviews were conducted online without prior acquaintance, and no other person was present.³⁹ Before the interview, the author gave a brief personal introduction and repeated the objectives and background of the study. During the interviews, notes were taken. The audio track was recorded via the video conferencing tool and then transcribed based on the rules of Przyborski and Wohlrab-Sahr.³⁶ The interviewees did not proofread the transcripts. According to the principle of theoretical saturation,³⁶ interviews were collected until redundancy in the data became apparent. No interviews were canceled during the survey or refused to give answers. No repeat interviews were conducted.

Qualitative data analysis

The analysis was done with MAXQDA 2020®, using the inductive-deductive approach of structuring content analysis from Kuckartz.⁴⁰ After initial text work, preliminary deductive main and subcategories were created using the interview guide. The categories were supplemented and specified by inductive codes through an initial coding of six interviews. Subsequently, the author coded all interviews with the revised categories.⁴⁰ To enable a collaborative evaluation and create intersubjective comprehensibility, selected passages of the data material were discussed in interpretation groups with other healthcare researchers.⁴¹ In addition, an intercoder reliability check was carried out in MAXQDA.⁴² For this purpose, two interviews were intercoded by two experts conducting qualitative research on similar topics. The interraters received

interviews in which the researcher assigned segments to a main category in advance. The interraters then had to assign the pre-defined segment to corresponding subcategories and could also leave comments regarding the main category. According to Kuckartz and Rädiker, this procedure is recommended to calculate a randomly corrected kappa according to Brennan and Prediger.^{43–45} Since both interraters reviewed different interviews, a common kappa value was not possible, and a mean value was formed from the two kappas, corresponding to the correct procedure according to Kuckartz and Rädiker.⁴⁵ The Kappa K_n was 0.75, which, according to Landis and Koch⁴⁶ corresponds to substantial agreement and according to Altmann⁴⁷ to a good agreement. This was followed by an exchange with the interrater persons, and a revision of the category system followed.

Quality criteria

Since a mixed methods survey combines qualitative and quantitative research methods, the quality criteria of the respective approaches must also be considered.⁴⁸ The four criteria of trustworthiness, transferability, reliability, and confirmability are central to qualitative research.⁴⁸ Furthermore, in the process, the appropriateness of the subject matter, empirical saturation, theoretical penetration, textual performance, and originality were comprehensively considered as descriptions that characterize quality.⁴⁹ In addition to the quality criteria mentioned, the international recommendations for qualitative (mixed-methods) research of the COREQ,⁵⁰ SRQR,⁵¹ and MMARS²⁸ Guidelines and the CROSS⁴⁷ Guideline will be adhered to for the quantitative design.

Table 1. Inclusion criteria sample ($n=20$).

Criteria for health professionals and patients
Age of majority
Ability to give consent
sufficient language to be able to conduct interviews in German, both reciprocally and expressively
Experience in conducting synchronous video communication in the areas of care or therapy
Additional criteria for health professionals only
Training in the fields of occupational therapy, speech therapy, physiotherapy, or nursing
In addition to direct work with patients, activities also include the organizational level in the facility, e.g., managers or specialist managers

Results

Socio-demographic data

Thirteen interviews with health professionals and seven patient interviews were conducted with people from Germany, Austria, and Switzerland (Tables 2 and 3). A total of 826 audio minutes of interview material was collected (MV 41.3 min/interview).

Categories and subcategories

The interview statements were subsumed into six main categories and twenty subcategories (Table 3).

Person

Overall, *the initial impressions* of video communication showed few differences from the face-to-face setting. “I can’t think of any major differences per se compared to face-to-face physiotherapy, I would say it is very targeted,

Table 2. Participating health professionals ($n=13$) and patients in the interviews ($n=7$)/MV = mean value/R = range.

Group	Profession (1)/background (2)	Age	Total work experience/experience with video communication (1) units with video communication (2)
(1) Total health professionals ($n=13$)	Physiotherapy ($n=3$) Occupational therapy ($n=4$) Speech therapy ($n=4$) Nursing ($n=2$)	44 years (MV) 31–64 (R)	20.4 years (MV)/1.37 years (MV)
(2) Total patients ($n=7$)	Physiotherapy ($n=4$) Occupational therapy ($n=2$) Speech therapy ($n=1$)	39 years (MV) 23–62 (R)	14,33 units (MV)

Table 3. Categories from the structured content analysis of the interviews ($n=20$).

Categories	Subcategories
Person	First experiences
	Digital skills
	Motivation
	Patients
	Health professionals
Communication	Nonverbal communication
	Paraverbal communication
	Verbal communication
Interaction	Relationship
	Physicality
	Relatives
Process	Structuring
	Contents
	Quality aspects
Organization	Internal processes
	Alternative offer
	Economic efficiency
Environment	Spatial aspects
	Technical aspects
	General conditions

but it also depends entirely on who you are doing the physiotherapy with and it can be just as targeted in a face-to-face setting” (Patient IP¹18, 42). Overall, telesetting was highly accepted and was described as a practical and flexible way of exchanging information. “I think it’s brilliant technology like this; I mean, you could be on the moon, and communication could take place” (Patient IP16, 103). This also resulted in new learning opportunities. “So, for me, it was a gain and a learning experience; I don’t think I’ve learned so much for ages” (Health Professional IP7, 74). In the first units of the telesetting, there were also reports of personnel, technical and organizational hurdles. “The first hour was a bit restless, a bit of jumping back and forth with the technical things, a bit of a mess” (Health Professional IP9, 16).

The participants’ digital skills were seen as both a resource and a barrier and were highly important for telesetting. With previous experience and technical expertise, telesetting could be used well and quickly, and younger people, in particular, had fewer problems. “I think it makes a difference whether the person receiving video therapy is technically experienced” (Health Professional IP10, 16). “So it was very different, so we had [...] different age structures; the younger ones often found it a bit easier to use this technology” (Health Professional IP6, 18). A lack of digital skills was the main barrier to implementing telesetting. “The technical compliance, whether people can really get it right, so to speak, are the barriers” (Health Professional IP1, 26).

The great importance of *motivation* was also discussed. It could be carried out successfully if this was present for a telesetting. “If the patients were motivated, we always found a way to offer it” (Health Professional IP10, 18). Personal attitudes and the recognition of individual advantages were important. “I am a whole lot more open, I can detach myself more from such things and like to try them out” (Patient IP3, 72) and „also quite comfortable, I say living room atmosphere because you can do it quite easily from home“ (Patient IP18, 10). Extrinsic motivations were also described, such as managers wanting to inspire employees. “So for me personally it was an innovation, I

wanted to offer it, for me in my position at work it was also a pioneer, a role model” (Health Professional IP10, 24). However, a lack of motivation to engage with the technology and skepticism about this form of interaction were obstacles. “The employees were all very skeptical, we’re not going to do that, how is that supposed to work” (Health Professional IP4, 20).

In addition, *specific personal aspects of patients* for telesetting were described that had to be taken into account. The ability to perceive the body was seen as an essential factor to avoid drawing false conclusions for counseling and treatment.

If someone has poor body awareness [...] then video communication makes little sense in that case because people are more or less left out in the cold with the exercises, they don’t even know what to do, they probably do it wrong, they document it wrongly so that the wrong conclusions can be drawn and you may end up training completely past the problem. (Patient IP19, 68)

The individual state of illness or health was also considered decisive for the feasibility of telesetting, and the need for physical contact represented a natural limit. “The disorder must fit, so of course it doesn’t work for everyone” (Health Professional IP9, 22) and “apart from the situation that we can’t go hands-on and have to think very clearly about which clients we can offer video therapy to” (Health Professional IP10, 52). Sensory, physical, and cognitive requirements for telesetting were also mentioned. “Maybe you can say that it is contraindicated [...] if he can’t realize what you actually want, which means that he doesn’t understand it, that he is insecure” (Health Professional IP1, 48). In addition, self-management skills were essential for the process, and personal responsibility for content was emphasized. “Then the patient must also be able to carry out the exercises themselves actively” (Health Professional IP5, 52), and “The advantages were definitely that the patient really became more aware that he really has to work on it” (Health Professional IP5, 48).

There were also *specific personal aspects for health professionals* mentioned for a telesetting. Individual attitudes to how learning experiences are handled were important. “First of all, the willingness to try it out at all to gain the experience” (Health Professional IP14, 43). There should also be a reflection on whether the telesetting fits in with the previous professional understanding of the role and the way of working. “How you see yourself as a therapist, so I already know colleagues who really like coaching, it’s not so much me now” (Health Professional IP2, 70). Professionals should increasingly adapt their behavior in the telesetting and radiate calm and security in contact. “The most important thing for me was to convey a sense of security and calmness with those affected, i.e., this target group” (Health Professional IP20, 10). Overall,

observations by professionals in telesetting were more intensive than in a face-to-face setting, which required more concentration and effort.

At least I had the realization that you have to be even more present and even more in the observation and in the perception, because you only see a part of it and don’t have the whole body language [...] so I personally found it more exhausting, because you always have to be 100% present. (Health Professional IP20, 14–18)

Communication

Communication was essentially identical to the face-to-face setting, although specific changes in telesetting were mentioned. In *nonverbal communication*, the increased use of gestures and facial expressions was described, some of which were also verbalized. “I have started to gesticulate more, thumbs up here and also to give more feedback using gestures and facial expressions” (Health Professional IP11, 35) and “You have to verbalize your gestures and facial expressions, everything you see is important” (Health Professional IP7, 56).

Furthermore, the significance of *paraverbal aspects* was discussed more than in a face-to-face setting. The pace of speech should be slower, and voice modulation should be more targeted. “That you have to pay attention to the tempo, so to speak, and also to the pronunciation, so rather a slower tempo” (Health Professional IP20, 40). They also spoke a little louder, which could also lead to vocal complaints. “I remember that it affected my voice because you still speak very loudly, so I’m talking louder again now [...] you’re shouting a bit” (Health Professional IP9, 14).

In addition, *verbal communication* showed some specific characteristics compared to the face-to-face setting. The general importance of communication grew, and it was considered the primary method in telesetting. “Video lives from communication; the main thing we have here is communication” (Health Professional IP14, 51). Compliance with conversation rules was described as more difficult due to delayed audio transmissions, more interruptions, and fewer speaker changes compared to a face-to-face setting.

So the communication is a bit different for me in that [...] it is difficult to adhere to the rules of conversation, so you simply have less on the screen when the next person finishes their sentence, and I can say something about it” (Health Professional IP11, 13) and what is, of course, a difference, and what may be due to the slight delays I think, is this turn-taking that means that you still switch back and forth more quickly in a real conversation. (Health Professional IP9, 64)

Overall, the language was described as less formal and more personal, “the type of language was actually different too, so it was less formal” (Health Professional IP10, 40).

Small talk hardly changed and continued to be used intensively, especially to capture everyday life. “Personally, I also think it’s important that you don’t discard familiar phrases that you usually use in everyday life [...] I always find a round of small talk at the beginning important in the sense of check-in, check-out” (Health Professional IP6, 60), and “that’s where you get interesting insights that help you [...] for example, where you carefully give structural hints about the daily routine” (Health Professional IP14, 85). The questioning behavior was described as very similar to the face-to-face setting, with more personal questions being asked. “In my experience, it’s actually no different to face-to-face therapy, so they bring their concerns, bring their questions, no difference” (Health Professional IP8, 74), and “To ask us very personal questions about your children’s development, which they often refrain from doing when the children are standing next to them” (Health Professional IP10, 36). It was also important for self-management, personal responsibility, and self-efficacy. “I always do that again to say whether he has understood everything correctly, whether he still has questions [...] and that he can then continue this in some form in self-management” (Health Professional IP5, 26), and “I think you gain a lot of self-efficacy through it and you realize that you have to tackle the problems yourself in any case” (Patient IP18, 46). The use of conversation techniques was described as quite similar to presence, “so I actually greeted my patients as I always do [...] the process and the way I communicated felt just as natural in the end, no special technique” (Health Professional IP8, 72), although active listening, action-accompanying speech, and feedback discussions were sometimes considered more important. “So active listening plays a very special role again” (Health Professional IP6, 28), and “so that it’s not irritating, I verbalized everything, so I also said I’m going to go down quickly and pick this and that up from the floor [...] so that it’s not seen as disrespectful or [...] as a lack of interest (Health Professional IP7, 56), and „the patient also understood this when working and looking in the feedback discussion“ (Health Professional IP5, 28). The communication channels were extended by the chat functions of the video software, emails, and messenger services, and the exchange was more regular.

When we offer video therapy, it either happens afterward that you then write an email [...] or patients can then also ask their own questions beforehand in the chat [...] they can also use additional tools that they might not have used before. (Health Professional IP10, 32)

Interaction

The interactions were sometimes described as changed and sometimes identical to face-to-face therapy. Establishing a *trusting relationship* was similarly successful in the

telesetting as in face-to-face therapy. “So I don’t find it difficult to build up the same bond with the patient-therapist as in face-to-face therapy, I think it works very well” (Health Professional IP11, 17). Eye contact, on the other hand, was made more difficult for technical reasons, which was often discussed to avoid irritation during interactions. “You either look very directly into each other’s eyes, and that can also be unpleasant, or when someone looks away and misunderstands [...] such interactions have to be communicated” (Health Professional IP8, 68). Showing empathy was considered more difficult compared to the face-to-face setting, and emotions could not be felt either. “This empathy in particular, you can also bring that into video therapy, feeling into the patient through the camera, that’s possible, but it’s not comparable to direct contact” (Health Professional IP2, 52) and “I also find it a hurdle to feel less or nothing at all” (Health Professional IP8, 44). The familiar setting of their own home often seemed to create a sense of security and made patients more open and talkative. “It was a more informal approach, because that’s my guess, the environment they were in was familiar to them and natural and cozy at home [...] takes away a bit of shyness, makes them more talkative” (Health Professional IP14, 83). However, the danger of leaving one’s living area less due to the telesetting was also discussed here. “But it can also lead to people leaving their own home less - that would be a disadvantage” (Patient IP3, 46). More attention had to be paid to intra-family relationships, especially in the case of dependency relationships or expectations of success from relatives. “You really have to check whether things are going well emotionally and socially between them [...] although you mean well as a therapist, a lot can go wrong socially” (Health Professional IP14, 39).

In the *area of physicality*, some negative aspects of the interaction became clear. For example, a loss of contact was described due to the lack of physical presence, which was described as a clear difference in presence. “The biggest difference is the lack of personal contact, which [...] should not be underestimated” (Health Professional IP1, 36). The limited observability of body signals was often described as a further disadvantage of the interaction. “The body signals, whether the patient is agitated, tense, their posture, their smile [...] just these classic ones [...] that is always easier to assess in direct contact” (Health Professional IP2, 38) and „I can’t judge what is happening below the upper body [...] that is perhaps a disadvantage compared to face-to-face therapy“ (Health Professional IP10, 46). The aura and charisma of the other person were hardly present and could create distance. “We all have our aura around us, we all have our charisma; however, you want to express it, and a lot of that is lost with video; it’s just not there” (Health Professional IP4, 54). Interacting with each other was also described as challenging and sometimes perceived as less intense. “It’s also

another hurdle because when someone comes to my practice, we're two people in one room, so I'm a face on a screen [...], and I think people interact a bit better with people than with screens" (Health Professional IP15, 30). Overall, interactions were often more focused on content in the telesetting. "I would say that especially with Name2 [...], much more attention was paid to my problems" (Patient IP18, 22). It was important to initiate tele-setting interactions and activate the other person.

Yes, I always find it very important to activate the other person at this point, i.e., to explicitly ask them to do so again and again and [...] as a speaker, you are even more challenged to somehow (...) enter into interaction with the other person and to stimulate this interaction from the other side. (Health Professional IP6, 26)

In some cases, the interaction was also perceived as lonely and sterile, which could lead to the rejection of tele-setting over time. "It did get lonely and sterile at some point, so it was good at first, and at some point, nobody wanted it in the long term" (Health Professional IP8, 80). The inability to intervene on-site could also lead to a loss of control and anxiety among health professionals. "In a way, I have a loss of control over the patient because I can't influence what happens on-site" (Health Professional IP10, 46), and "What I always experience is the fear that you don't know what to do [...] that you can't restrain the child, can't motivate them, and of course, it's more difficult via video" (Health Professional IP7, 36).

The *participation of relatives* in telesetting was perceived as more manageable and more substantial compared to the face-to-face setting and was considered a great advantage. "I noticed that in the last video therapies, parents are basically sitting in and the parents act as co-therapists, a very important and really great point" (Health Professional IP14, 37). In addition, more information was exchanged, and relatives were made more aware, which could also shift professionals' focus towards relatives. "The communication was actually more, so the content flowed more, but the child itself or the patient itself was often left out" (Health Professional IP9, 56), and "What also came from the feedback was that they now understand the clinical picture of dementia better thanks to this regular support" (Health Professional IP20, 56). It was difficult when relatives were pushed to the fore. "Sometimes we had to slow down the relatives we brought on board a little because they put themselves too much in the foreground" (Health Professional IP2, 40). The understanding of the role of relatives among professionals also changed. In telesetting, they were sometimes described as assistants who compensated for implementation and communication problems, helped with the preparation, and had a calming effect on patients. "In the interaction with the relatives,

too, to carry out this therapy together with the woman [...] there is a lack of verbal communication in some parts (with the patient) and from the context we always carried out the exercises in threes [...] she was partly my hand, my assistant" (Health Professional IP5, 30), and "the parents participate in the sense of printing out documents that should then be looked at like these little cards that should then also be colored in and cut out" (Patient IP17, 39). A telesetting was also described as relieving the burden on relatives due to the distance saved. "In terms of time, of course, it's a huge advantage because you don't have to drive to the practice to see the patient [...] you don't need a relative to drive either" (Health Professional IP2, 52).

Process

Some changes to the face-to-face setting were described *in the structuring of the process*. Preparation, follow-up, and data protection required more time and resources in the tele-setting. "That meant a lot of preparation for us at the beginning, that meant obtaining consent, a lot of e-mail correspondence, a lot of preparation in the form of design, new data protection, compliant platform" (Health Professional IP10, 12). The necessary technical instruction was seen as the responsibility of experts and managers. "Of course, you always have a responsibility not only for your own content but also to a certain extent if you are the organizer for the technology" (Health Professional IP6, 26). Appropriate training was essential here and conveyed a sense of security, although it was challenging to communicate at a distance. "We did staff training with regard to the technical care of the patients" (Health Professional IP10, 12), and "Yes, it was really difficult at times [...] especially when there were problems afterwards and solving them at a distance" (Health Professional IP6, 20). Diagnostics were described as more difficult, and standardized instruments were recommended wherever possible.

You also don't know how to design an examination like this, or an anamnesis via video, if I don't really have the person right in front of me [...] I have a list of questions ready [...] where I say ok, I can ask certain things, they should always be the same in a standardized way. (Health Professional IP15, 16–20)

On the other hand, a medical history and everyday orientation were easy to integrate into a telesetting. "I can do it well when I take a medical history to get started, to ask about certain things" (Health Professional IP4, 26), and to "Simply (gain) insight into the home environment" (Health Professional IP7, 80). The rough sequence of the tele-units was quite identical to the presence.

A brief setting of goals for today's lesson [...] then it really goes into the exercise sequence [...] both with adults and with children [...] so nothing really changes in the process whether it's face-to-face therapy or video therapy, it's always the same process. (Health Professional IP10, 28)

In the telesetting, however, specific information was given about the process and technical aspects.

That you have a certain amount of certainty about how long it will actually take, pointing out to the patients that you can, of course, also see into their private environment through the camera's view, simply informing them. (Health Professional IP2, 22)

Tasks were more pre-structured, and improvised action was more difficult. "There is simply a clear structure behind the whole thing (exercises), a folder for the video therapy so that he always has everything to hand and this material is always to hand in our practice" (Health Professional IP2, 36). The achievement of goals was communicated very clearly.

Online, you always have to say clearly beforehand, this is what we want to achieve today, and yes, and then we'll see what happens, but the goal setting at the beginning is very important, so that means the patient must always be clear what are we doing now. (Health Professional IP1, 30)

Differences in the content compared to a face-to-face setting were also discussed. These resulted from a lack of materials or methods unsuitable for telesetting, so that content was often considered and adapted together. "Above all, I don't have as many opportunities to treat the patient at home, I have other material" (Health Professional IP5, 48), and "Yes, and then we thought about what we could do via video [...] we just came up with yoga, she does something before I do it after [...] yes, we did that too" (Patient IP13, 11). Prevention and counseling services were also expanded. "That you also go into counseling and prevention, in fact, that was not such a big request in our practices before, and that has actually grown" (Health Professional IP10, 32). The materials and methods used were often taken from everyday situations and were intended to provide haptic stimuli. "Because we were simply able to dissolve the washing situations, my son didn't even notice his therapist at that moment, he was sitting on the floor stretching out and growling to himself [...], and the laptop didn't matter anymore" (Patient IP3, 52), and "I find that if you describe it superficially, the haptic, that several senses are nevertheless addressed [...] that the patient actually has something in his hand and can feel that it has to do with the therapy" (Health Professional IP2, 30). In some cases,

materials were sent or obtained independently by patients, and the use of videos was described. "So we also brought exercise equipment home to the patient [...] the patient needs dumbbells [...] then we brought it to the patient's front door" (Health Professional IP2, 28), and "this also taught us how we can motivate the patients with additional videos, for example, by additionally writing down instructions for action" (Health Professional IP10, 32).

In terms of quality, a successful and high-quality telesetting was primarily associated with functioning technology.

Yes, the technical story was the most important thing, that at least that's the basic prerequisite, it has to work, otherwise, if it's always running around, then it's no fun for the children, the parents and of course not for us either. (Health Professional IP9, 18)

Furthermore, an increased focus on everyday life and a successful goal orientation in telesetting were mentioned as positive quality features. "A big advantage was that it took place in our home because we wouldn't have had a home visit, yes, so we could use the bathroom to deal with the washing situation directly and not somehow with a washing bowl in practice, which doesn't really make any sense because it's not the place where the conflicts take place" (Patient IP3, 46), and "When patients make progress that's always the case [...] it's very goal-oriented and should improve the symptoms" (Health Professional IP11, 69). Patients were often more active in the telesetting, and self-efficacy was supported. "I would say that, as a rule, this online setting helps to improve self-efficacy because [...] it is clear from the outset that it is not possible to do the exercises together" (Patient IP18, 48). Furthermore, the telesetting made complying with safety and hygiene measures easier. "I'm in quarantine and would have to cancel twice now for two weeks, or I've just got a cough. Can I come into the practice then? We actually say no for safety reasons" (Health Professional IP9, 70). Negative quality experiences were limited equipment and technical problems. "The equipment of the households, i.e., the spatial environment of the clients, those were my limits, so if the child has no glue, then it has no glue [...] or because the printer was broken and you send something" (Health Professional IP7, 48). Some patients had problems with their working posture, meaning telesetting was sometimes rejected. "To say to my daughter she found it difficult at first to find any communication because she didn't know how to act" (Patient IP17, 13). Quality development is expected through research and new developments. "We should definitely continue to investigate whether video therapy makes a difference compared to face-to-face therapy" (Health Professional IP10, 52), and "I believe that it will also improve in terms of quality because you simply have to think about the material that suits the individual disorders" (Health Professional IP11, 77).

Organization

Changes in the *internal organization* were reported as a result of telesetting. In the area of work organization, work intensification and reduced relief times were described, and usual working hours were shifted. “It is both a blessing and a curse [...] in practice, it often leads to a concentration of work [...] you can just put appointment after appointment after appointment and the relief times in between are eliminated” (Health Professional IP6, 50), and “So I was quite flexible in terms of time [...] I even did therapy on Sundays” (Health Professional IP7, 44). Making appointments easier was described. “Cancellations at short notice were quite common due to the quarantine situation, but it was also possible to quickly offer another appointment, so there was a lot of flexibility on both sides” (Health Professional IP10, 40). The flexibility of person and place was also seen as a great advantage, especially when looking for specialists.

For me, this is an opening of boundaries that we didn’t have before, that I can no longer just work offline from person to person, but that it is now independent of place, time, and space, and I can also get in touch with people who are now not in my circle. (Health Professional IP7, 10)

Time advantages were mentioned in terms of reduced travel distances and better compatibility of appointments with everyday life. “You also save time [...] you can save the trip to the practice” (Patient IP12, 40), and “That is, of course, a clear time saving, so we were able to schedule the appointments so that they took place directly after school” (Health Professional IP6, 38). Furthermore, a simplification in inter- and intradisciplinary exchange through telesetting was reported. “It simply expands the possibilities for communication, even at short notice, so if you want to exchange opinions on a topic at short notice, it’s really great to just send someone a link and say, come let’s meet” (Health Professional IP6, 64).

Telesetting was also seen as a low-threshold *alternative* care option in illness and crises, which enables further support. “The advantages, especially during the first lockdown, when we didn’t yet know what the pandemic would bring [...] it remained a good option [...] that the therapy could still continue in this form” (Health Professional IP5, 48), and “For patients who were afraid, panicked or so depressed that they couldn’t come to the practice, they still had this therapy session” (Health Professional IP7, 80). Telesetting has helped to counteract social isolation, prevent hospital stays, and provide continuous support for chronic illnesses. “Because you can also clearly say that you now realize that this can also prevent social isolation or contribute to maintaining contact with relatives” (Health Professional IP6, 70), and “So I think for highly acute patients it can be a way to be in contact

[...] it can hold something [...] I think this can prevent many a hospital stay” (Health Professional IP8, 46), and “I think it makes a lot of sense for chronically ill children [...] if she has bad phases, then we really would have had to cancel week after week [...] which is a real shame because then she doesn’t get to enjoy the appointments and it’s difficult for the practice with all this canceling” (Patient IP17, 79). Telesetting was described as a substitute for home visits, particularly in underserved regions. “So it is a substitute for the home visit” (Patient IP3, 46). The combination of remote and face-to-face settings was recommended, especially in phases of aftercare or consolidation. “So that you don’t perhaps meet physically so often and use it in between, for example, if you provide closer support [...] as a combination, I would simply see it as good” (Health Professional IP20, 74), and “To provide support in the phases where it is about consolidation, so that I have to carry out fewer therapies on-site [...] pattern changes take half a year, so I don’t have to call the patient into the practice every two weeks” (Health Professional IP14, 101).

Aspects of efficiency that changed in telesetting were also described. The expansion of the clientele was seen as advantageous, as telesetting provided economic security, minimized risk, and compensated for absences. “The field of work it even broadens this field of work in principle I can serve a different kind of clientele” (Health Professional IP15, 14), and “I wouldn’t want to miss it anymore, so especially as far as absences, spontaneous absences are concerned, absolute profit, risk minimization for the entrepreneur, absolute profit” (Health Professional IP14, 99). The proportion of telesettings varied greatly during the survey period but declined after the end of the pandemic. “The number of patients has decreased significantly I only have two patients myself now I used to work from home two days a week because I had online therapies all day” (Health Professional IP10, 50). In the future, telesetting will be seen as a new care pathway, and more people will have the necessary technology and skills. “I am absolutely convinced that this will be normal at some point, that there will, of course, be on-site treatments, but that it will simply emerge as another pillar” (Health Professional IP1, 54), and “I think that the technology will progress quickly and that more and more people will have access to this technology” (Patient IP16, 101). Concerns about the lack of financial support for investments and falling treatment prices were expressed. “I think it would be important to emphasize that we have regular funding, also for things like this [...] we need funding opportunities to establish something like this” (Health Professional IP6, 76), and “If videotherapy is really to become more widespread, the lobbies must take good care that we are not pushed down even more in our prices” (Health Professional IP8, 90).

Environment

In the area of environmental factors, changes in *spatial aspects* were described. The home environment was discussed in detail in advance and should offer sufficient space. “They should have room to take five steps, I have to clarify that” (Health Professional IP4, 68). Creating a quiet environment in the teleshopping was essential for building trust, data protection, concentration, and a working atmosphere. “Yes, the protected atmosphere is very important [...] in addition, an undisturbed room, this quietness” (Health Professional IP20, 44), and “I think [...] to look for a rather quiet environment, that you are simply not disturbed by background noise, that you can also concentrate on the conversation” (Patient IP12, 52). Furthermore, increased distraction factors were reported for patients in the home setting. “I think the distraction factors are higher in the home” (Health Professional IP6, 36). A professional setting was discussed for professionals, which can be created by tidy rooms, professional clothing, and a reflective working attitude. “So from a therapist’s point of view, it really makes sense to do it in the familiar practice rooms, which has such professionalism, I think work clothes are cool [...] so to give it a value” (Health Professional IP2, 30).

The high importance of *technical aspects* was also mentioned. High usability of the software was crucial for a functioning teleshopping and the reduction of barriers. “if you decide on this method of video communication, you also decide on a tool that is as inclusive as possible and allows many participants on board” (Health Professional IP6, 26). Modern hardware and a stable internet connection were prerequisites and discussed in advance; external devices were recommended. “A stable internet connection [...] maybe you can summarize it, a reasonable technology, that we then also switched to a headset and microphone [...] yes, the technical story was the most important thing” (Health Professional IP9, 18). Teleshopping was rejected if the technology was too unstable. “Of course, it is also important for me that the technology works, it is very unpleasant [...] unsatisfactory if something doesn’t work” (Patient IP16, 25). The advantage was that digital devices and skills could be used in other areas of life. “We used the video again to communicate with friends or acquaintances, so we didn’t call, but used the video” (Health Professional IP8, 22). Increased media consumption and an abrupt end to the teleshopping session were cited as technical disadvantages. “Another disadvantage is that you then tie the children even more to the screens” (Health Professional IP2, 54), and “this abrupt departure, leaving the session [...] also leaves me with very uneasy feelings” (Health Professional IP8, 50).

Concerning the importance of framework conditions, the specifics of teleshopping should be considered in future training, especially in systemic and multi-professional work.

“And of course it must also [...] be included in the curricula [...] it must also be addressed, when can I do this, how do I involve patients [...] how do I involve relatives, how can I involve therapists, in other words always implement multi-professional work in the team” (Health Professional IP6, 80). Furthermore, an uncertain legal environment regarding billing, documentation, indications, and diagnostics was discussed, which should regulate processes sustainably and substantially.

So what is possible in terms of framework conditions are we allowed to do diagnostics first yes or no online [...] that must actually come from the health insurance companies I think they must also think about possibilities of digital signatures, possibilities of documentation. (Health Professional, IP10, 52)

Discussion

The overarching research question addressed the subjective experience of healthcare professionals and patients when implementing synchronous video communication in care and therapy. The results show some specific changes in teleshopping compared to a face-to-face setting.

On the one hand, communication and interaction were described as very different in some areas compared to face-to-face settings. Furthermore, important changes in the therapeutic process, the organization, and the framework conditions of a teleshopping became clear.

In the first question, the subjective initial experiences of video communication in teleshopping were interesting. In their initial experiences, the professionals and patients surveyed unanimously emphasized high satisfaction and acceptance of video communication in teleshopping. Above all, individual advantages were mentioned, particularly the possibility of low-threshold use. Furthermore, teleshopping was seen as a simple and convenient way to communicate with one another. These statements on satisfaction and acceptance were in line with earlier studies on teleinterventions in other professional fields.^{52–56}

Another essential question concerned possible changes in communication and interaction in teleshopping. Many similarities to the face-to-face setting were described in both communication and interaction, and it was shown that much of what is considered necessary in a face-to-face therapeutic exchange also applies to teleshopping. However, communication’s importance grew compared to a face-to-face setting, and specific changes became apparent, for example, in the use of many different communication channels due to technical possibilities. Furthermore, non-verbal communication was sometimes additionally verbalized, and paraverbal communication aspects such as the pace of speech and volume were more critical than in a face-to-face setting.

Further, minor differences were found in the adherence to conversation rules, as there were sometimes more interruptions and fewer exchanges of words in a telesetting. In addition, a more frontal communication style was reported in the telesetting compared to the face-to-face setting. In some cases, however, the conversations were also described as more open and personal than face-to-face. Significant changes occurred in questioning behavior and were explained by the direct effects on the necessary self-management in telesetting. The interview techniques were almost identical to those used in the face-to-face setting. However, individual techniques such as action-accompanying speech, paraphrasing, active listening, and specific questioning techniques became more important.

The interactions in the telesetting were easy to implement and essentially presented as identical to face-to-face, for example, when establishing and maintaining a therapeutic relationship. Technical hurdles such as making direct eye contact more difficult had a minor impact on the interactions. Nevertheless, there were some specific changes in the area of interactions. Overall, the home environment seemed to make patients more self-confident, whereby patients were sometimes perceived as more open and talkative in their interactions. Fundamental changes were also described in the relationship between patients and relatives in the telesetting. Relatives were sometimes described as assistants and co-therapists. Increased participation of relatives was also described in telesetting compared to presence, which enabled an increased flow of information but also led to new conflicts. Relatives gained insight into what was happening and understood processes better, but could also exert more pressure on patients. Overall, telesetting was described as a relief for relatives compared to a face-to-face setting. On the other hand, the emotional transfer in interactions was described as a significant deterioration. The lack of physicality negatively impacted interactions, and professionals described a loss of control over patients' actions at home. Mutual interactions were sometimes described as limited, and engaging in joint action and active exchange was more difficult. The telesetting was also perceived as more sterile and lonely than face-to-face.

Another question dealt with changes at a procedural and organizational level as well as environmental aspects. The procedural design of a telesetting was essentially seen as very identical to a face-to-face setting, and the course of the units was almost similar. Fundamental changes arose in the preparation and follow-up due to increased technical effort. Diagnostics and reporting were considered more difficult, although initial interviews and medical history could be conducted well in a telesetting. However, the telesetting content differed significantly from the face-to-face setting. Counseling services and everyday orientation generally increased significantly. Furthermore, the content was adapted to the home environment, although limitations in materials and methods were mentioned here.

The most significant influence on the quality experience of telesetting was functional technology and a pronounced ability for patients to self-manage. Future research and innovations are expected to lead to further quality improvements at a procedural level. In addition, changes in institutional organization compared to a face-to-face setting became clear. Critical and negative aspects such as work intensification, lack of relief time, or financial burdens due to telesetting were discussed. At the same time, organizing appointments was perceived to be easier than in a face-to-face setting. There were also further advantages in fewer absences, less travel, and interprofessional exchange. Telesetting was described as an alternative care option to face-to-face care and, in some cases, was also seen as a substitute for home visits. The advantages of low-threshold access to telesetting were formulated, particularly in crises or in the event of illness circumstances such as immobility, poor weather conditions, lack of relatives, or a very rural place of residence. In addition, higher treatment continuity was achieved than in a face-to-face setting. High acute phases of illness and chronic illnesses could be better managed in telesetting, which sometimes prevented hospital stays. Furthermore, new possibilities were described through telesetting, particularly in aftercare or prevention. The provision of telesetting also had an economic impact. For example, additional business security was formulated through an expanded clientele. However, telesetting does not yet appear to be widely established, as there was a sharp decline in telesetting units after the pandemic. In the future, a combination of tele- and face-to-face settings was described as very advantageous, and further growth in telesettings was assumed.

Environmental factors also changed compared to face-to-face settings. For example, the importance of discussing the patient's home setting well in advance increased, and the professionals recommended a professional setting in the professional premises. Technical aspects became much more critical compared to a face-to-face setting. A high usability level was crucial to creating an inclusive and participatory offer. Modern and powerful hardware was recommended for this. Expanding technical and digital skills, which could be used in many other areas of life, was seen as an advantage for everyone involved. Disadvantages included increased commitment and dependence on media. In addition, necessary changes in the framework conditions were discussed, especially concerning curricula and creating a secure legal framework. Aspects of high importance in telesetting were also of further research interest. It became clear that several general personal factors are more important for the success of telesetting, and that applies to both professionals and patients. First and foremost, digital and technical skills were mentioned here, which were seen as both a barrier and a resource. In connection with intrinsic motivation and personal attitude, this could be decisive for the acceptance and

success of a teleshopping and was therefore determined in advance. Such clarification is also recommended in the existing literature.^{9,57,58} In addition, specific personal factors were described for patients and professionals that were considered crucial for a successful teleshopping and were different from a face-to-face setting. For patients, the individual manifestation of symptoms and resources was considered more decisive for teleshopping than the diagnosis. For example, good body awareness was emphasized as particularly important, as physical reactions and sensations had to be well described to avoid risks or even damage through independent training in teleshopping. Another change was seen in the self-management of patients, which was considered extremely important in teleshopping and represented a significant difference from the face-to-face setting. For professionals, a change in their understanding of their professional role was emphasized, significantly influencing the perception of teleshopping. Overall, the proportion of coaching and counseling in teleshopping rose sharply, which had to match the individual professional self-image. There were minor changes in therapeutic behavior, with calm and structure described as more important. The professionals also stated that teleshopping was perceived as more strenuous than a face-to-face setting, mainly due to more intensive observation and the need for increased concentration in the teleshopping.

Conclusions

The subjective experience of teleshopping differs from a face-to-face setting in many respects. Many aspects mentioned in the interviews describe a specific process with exceptional communication and interaction in a teleshopping compared to a face-to-face setting. At the same time, many factors are not yet sufficiently taught in training. Hence, acquiring specific knowledge about teleshopping seems essential to developing role behavior and personal attitudes towards teleshopping and increasing the acceptance and dissemination of digital therapy and care. This needs to be addressed as early as the training phase, and appropriate communicative, situational, technical, and methodological knowledge needs to be imparted. Curricular consideration has not yet been given to the extent that could correspond to technological development. Care situations often change more quickly than could be considered in curricula. It is precisely the teaching of such fundamental aspects that can promote the further spread of telecommunications. In addition, this study revealed the importance of administrative support and staff training in introducing digital care structures. Additional expertise and specialists are needed to support both sides, especially in technology and methods. Specific methods and exercises for teleshopping should also be developed in the future to increase quality and quantity. It is essential to take full account of the technical possibilities and limitations and, at the same time,

address the needs of patients so that the new content is as inclusive and participatory as possible. In addition to targeted funding for research projects, innovative methods are also needed here geared toward the digital audio-visual possibilities in teleshopping. At the same time, a comprehensive research landscape with randomized clinical study designs is required, which, above all, makes the therapeutic outcome and the effects of tele- and face-to-face settings comparable. Knowledge of these special features and further research can help professionalize teletherapy and telecare further and support disseminating telemedical approaches.

The planned recommendations for action can benefit health professionals and patients who want to try out or further professionalize this new and promising care pathway. An initial result of this qualitative study is that it would be beneficial for health professionals and patients to have their own recommendations for action.

Limitations

The study has several limitations that should be considered when interpreting the results. Due to the small sample, the categories and results are not representative. By including health professionals from four specialist areas and patients' perspectives, an attempt was made to establish a cross-professional consensus.

Another important aspect is the period during which the interviews were conducted during the COVID-19 pandemic. It is conceivable, for example, that the attitude of society as a whole towards video consultations was different during the pandemic than after the pandemic, but this can be refuted by similar results from earlier studies that took place before the pandemic. At the same time, the interview data collected can be considered unique, as it was collected directly in a global risk situation and, therefore, cannot be repeated. However, the results derived from this must be interpreted about this selection and attrition bias.

There were also difficulties in recruiting health professionals and patients from nursing and physiotherapy, and the catchment area was extended to Austria and Switzerland. This may also have led to a selection bias in the choice of interviewees. In addition, the recruitment of individual interview participants after the theoretical sampling that took place at the beginning was not comprehensible for the researcher due to the subsequent snowball sampling, so a selection and attrition bias of people with an affinity for technology and attitudes towards the research topic cannot be ruled out.

In addition, national and international guidelines and recommendations on teletherapy and telecare were presented during the survey period, which, despite the iterative research, could not be fully incorporated into the interview guidelines.

Acknowledgments: The authors thank all patients and health professionals for their time, contribution, and support. In particular, for the support of the professional associations for occupational therapy in Germany (DVE, BdE, DGEW), the professional association Ergoautria in Austria and the occupational therapy organization in Switzerland EVS/ASE, as well as the German professional associations for speech therapy (DBL e.V., DBS e.V., Logo—Germany, DBA e.V.) and physiotherapy (VDB, IFK, ZVK, DGPTW), as well as the nursing associations in Germany (DBfK, DPV, DIP, DGPW, Deutscher Pflegerat, Pflegekammer Rheinland-Pfalz) and the Caritas Association in Austria and the TEMPiS-Telestroke-Network in Germany, are expressly thanked. We would also like to thank Thieme Verlag and Schulz Kirchner Verlag for their calls for support in specialist journals.

Contributorship: N.L. developed the study design, managed the qualitative survey and formal analysis, and wrote the original draft, including the presentation of the tables. A.M.S. provided the necessary resources and extensively conceptualized the entire study. I.E. and F.S. notably supported the methodological approach. A.M.S., F.S., and, I.E., supported the data collection and data analysis phases and contributed to the written review and editing.

Data availability statement: The data sets that were compiled and/or analysed as part of the current study are not publicly accessible due to the restrictions of the participants in the Informed Consent, but they can be requested from the corresponding author upon reasoned request.

Declaration of conflicting interests: The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Ethical Approval: To rule out ethical and data protection concerns about the research project.³² Before the survey, an ethics vote was submitted to the University of Regensburg Ethics Committee and approved (No. 21-2451-101). The study was registered in the German Register of Clinical Trials following the positive ethics vote to enable transparency and avoid duplicate data collection (DRKS ID DRKS00025771).

Funding: The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Guarantor: I, Norbert Lichtenauer, now declare on behalf of the Deggendorf Institute of Technology that we will fully cover all costs incurred for the open-access publication of this research paper in the journal Digital Health. Funding is provided by the Department of Research and Development at Deggendorf Institute of Technology. The publication costs mentioned include all fees associated with open-access publication, particularly Article Processing Charges (APCs). Please consider this statement as formal confirmation of our commitment to financially support the open-access publication of the above-mentioned research paper.

Informed consent: All study participants received comprehensive information and explanations about the purpose and content of the study and had the opportunity to ask questions. Participation in the study was documented in writing in a declaration of consent. All study participants have provided a written declaration of consent to publish the results.

ORCID iD: Norbert Lichtenauer  <https://orcid.org/0009-0005-4860-1571>

Note

1. Number of interviewed Person, Paragraph in the interview

References

1. Bechtel P. *Pflege im Wandel gestalten—eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen*. Berlin: Springer, 2017.
2. Radtke R. *Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften in Deutschland bis zum Jahr 2035*: Statistisches Bundesamt; 2022, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/> (2022, accessed 9 January 2024).
3. Klemm M, Preutenborbeck J, et al. Akzeptanz und Gelingensfaktoren: Einführung innovativer technischer und digitaler Produkte. In: Weber K, Haug S and Lauer N (eds) *Digitale Technik für ambulante Pflege und Therapie Impulse für die Praxis*. Bielefeld: Transcript Verlag, 2023, pp.83–98.
4. Gentili A, Failla G, Melnyk A, et al. The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature. *Front Public Health* 2022; 10: 1–31.
5. Hammersley V, Donaghy E, Parker R, et al. Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations: a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary care. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 2019; 69: 595–604.
6. Wolfs A. *Systemisch-Konstruktivistisches Clinical Reasoning: Im Präsenz- und Telesetting Für Mediziner und Therapeuten*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2022.
7. Haydon HM, Major T, Kelly JT, et al. Development and validation of the digital health acceptability questionnaire. *J Telemed Telecare* 2023; 29: 8–15.
8. Barsom EZ, van Hees E, Bemelman WA, et al. Measuring patient satisfaction with video consultation: a systematic review of assessment tools and their measurement properties. *Int J Technol Assess Health Care* 2020; 36: 1–7.
9. Barsom EZ, Meijer HAW, Blom J, et al. Emergency upscaling of video consultation during the COVID-19 pandemic: contrasting user experience with data insights from the electronic health record in a large academic hospital. *Int J Med Inf* 2021; 150: 1–7.
10. Shore JH, Yellowlees P, Caudill R, et al. Best practices in videoconferencing-based telemental health April 2018. *Telemedicine Journal and e-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association* 2018; 24: 827–832.
11. Buchholz M. Let's stay in touch! *Remote communication for people with communicative and cognitive disabilities*. 2018.

- <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/57718> (2018, accessed 12 January 2024).
12. Becker R. Telemedizin in der Geriatrie: Möglichkeiten und Grenzen. *Geriatrie Report* 2021; 16: 26–27.
 13. Shea KD, Towers V, Koon M, et al. Development of an intentional telehealth viewing guide for home-based patient assessment. *Telemedicine Reports* 2021; 2: 32–38.
 14. Biesdorf S, Niedermann F, Sickmüller K, et al. Digitalisierung im Gesundheitswesen. *Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland*; 2022. https://www.mckinsey.de/~media/mckinsey/locations/europe%20and%20middle%20east/deutschland/news/presse/2022/2022-05-24%2042-mrd-euro-chance/220524_mckinsey_die%2042-mrd-euro-chance.pdf (2022, accessed 8 January 2024).
 15. Kumar S and Snooks H. *Telenursing*. London: Springer, 2011.
 16. Goldgruber J, Kratky W and Löffler K. Teletherapie—eine innovative therapiemöglichkeit (auch) für ältere menschen. *Procare* 2021; 26: 48–51.
 17. Lauer N. Teletherapie—shat die Logopädie eine digitale zukunft? *Forum Logoädie* 2020; 34: 12–17.
 18. Molini-Avejonas DR, Rondon-Melo S, La Amato C, et al. A systematic review of the use of telehealth in speech, language, and hearing sciences. *J Telemed Telecare* 2015; 21: 367–376.
 19. Khoshrounejad F, Hamednia M, Mehrjerd A, et al. Telehealth-based services during the COVID-19 pandemic: a systematic review of features and challenges. *Front Public Health* 2021; 9: 711–762.
 20. Birschmann N. Viel hilft viel - digitale Kommunikation in der Pflege. In: Elmer A and Matusiewicz D (eds) *Die Digitale Transformation der Pflege*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2019, pp.37–42.
 21. Braeseke G, Engelmann F, Hanhel E, et al. *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung; Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit*; 2020, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf (2020 accessed: 23 May 2023).
 22. Aboujaoudé A, Bier N, Lussier M, et al. Canadian occupational therapists' use of technology with older adults: a nationwide survey. *OTJR: Occupation, Participation, and Health* 2021; 41: 67–79.
 23. Wong A, Bhyat R, Srivastava S, et al. Patient care during the COVID-19 pandemic: use of virtual care. *J Med Internet Res* 2021; 23: 1–9.
 24. Rettinger L and Kuhn S. Barriers to video call-based telehealth in allied health professions and nursing: Scoping review and mapping process. *J Med Internet Res* 2023; 25: 1–23.
 25. Sandbæk A, Christensen LD, Larsen LL, et al. Guidance for implementing video consultations in danish general practice: rapid cycle coproduction study. *JMIR formative Research* 2021; 5: 1–14.
 26. Davidson SK, Sancí L, Nicolás Izquierdo Cd, et al. Best practice during teleconsultations with adolescents: a scoping review. *J Adolesc Health* 2022; 70: 714–728.
 27. Nordhausen T and Hirt J. *RefHunter - 10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche*; 2022. https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/ (2022, accessed: 11 April 2024).
 28. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, et al. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *Am Psychol* 2018; 73: 26–46.
 29. Schoonenboom J. The fundamental difference between qualitative and quantitative data in mixed methods research. *Forum: Qualitative Social Research* 2023; 24: 1–24.
 30. Mayer M and Mitterer H. “Mix it ups” Die Kombination von qualitativer und quantitativer Forschung oder mixed methods research. *ProCare* 2014; 19: 12–16.
 31. Kuckartz U. *Mixed methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS, 2014.
 32. Deutsche Forschungsgemeinschaft. *Guidelines for Safeguarding Good Research Practice. Code of Conduct*; 2022. <https://www.dfg.de/resource/blob/174052/1a235cb138c77e353789263b8730b1df/kodex-gwp-en-data.pdf> (2022 accessed: 11 April 2024).
 33. Flick U. Das Episodische Interview. In: Oelerich G and HU O (eds) *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011, pp.273–280.
 34. Helfferich C. Leitfaden- und experteninterviews. In: Baur N and Blasius J (eds) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS, 2014, pp.559–574.
 35. Buschle C and Bethmann A. *Kognitives pretesting*. https://www.researchgate.net/publication/322910375_Kognitives_Pretesting (2017, accessed 8 April 2024).
 36. Przyborski A and Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung*. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag, 2014.
 37. Schröder A, Proll L and In-Albon T. Informed consent in onlinestudien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2023; 52: 38–50.
 38. Bogner A, Littig B and Menz W. *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS, 2014.
 39. Nicklich M, Röbenack S, Sauer S, et al. Qualitative Sozialforschung auf Distanz. Das Interview im Zeitalter seiner virtuellen Durchführbarkeit. *Forum: Qualitative Social Research* 2023; 24: 1–24.
 40. Kuckartz U. *Qualitative inhaltsanalyse: methoden, praxis, computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, 2018.
 41. Flick U, Kardorff E von, et al. *Qualitative forschung: ein handbuch*. Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2022.
 42. VERBI Software. MAXQDA® 2022 Online Manual; 2021. <https://www.maxqda.com/helpmax20/welcome> (2021, accessed 5 April 2024).
 43. Brennan RL and Prediger DJ. Coefficient kappa: some uses, misuses, and alternatives. *Educ Psychol Meas* 1981; 41: 687–699.
 44. Rädiker S and Kuckartz U. Intercoder-Übereinstimmung analysieren. In: Rädiker S and Kuckartz U (eds) *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Wiesbaden: Springer VS, 2019, pp.287–303.
 45. Kuckartz U and Rädiker S. *Qualitative content analysis: methods, practice and software*. Los Angeles/London/New Delhi/Singapore/Washington DC/Melbourne: Sage, 2023.
 46. Landis JR and Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159–174.

47. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman and Hall/CRC, 1990.
 48. Döring N and Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin/Heidelberg: Springer, 2016.
 49. Strübing J, Hirschauer S, Ayaß R, et al. Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie* 2018; 47: 83–100.
 50. Tong A, Sainsbury P and Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357.
 51. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Journal of the Association of American Medical Colleges* 2014; 89: 1245–1251.
 52. Beushausen U. Teletherapie in der logopädie im deutschsprachigen Raum: ein Überblick über aktuelle Studienergebnisse. *Forum Logopädie* 2021; 35: 6–10.
 53. Wittmar S, Barthel M, Leinweber J, et al. Outpatient speech and language therapy via videoconferencing in Germany during the COVID-19 pandemic: experiences of therapists. *International Journal of Health Professions* 2023; 10: 1–10.
 54. Simon B. Telemedizin in der ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation* 2022; 61: 30–33.
 55. SteelFisher GK, McMurtry CL, Caporello H, et al. Video telemedicine experiences in COVID-19 were positive, but physicians and patients prefer in-person care for the future. *Health Aff* 2023; 42: 575–584.
 56. Sutherland AE, Stickland J and Wee B. Can video consultations replace face-to-face interviews? Palliative medicine and the COVID-19 pandemic: rapid review. *BMJ Support Palliat Care* 2020; 10: 271–275.
 57. Gumz A, Kanal S, Ünser A, et al. In Videobehandlungen trotz Distanz Nähe schaffen: wie erlebten Psychotherapeuten die Durchführung von Videobehandlungen in Zeiten von COVID-19? *Psychotherapeut* 2021; 66: 382–397.
 58. Kringle EA, Skidmore ER, Baum MC, et al. Stakeholders' experiences using videoconferencing for a group-based stroke intervention during COVID-19: a thematic analysis. *Am J Occup Ther* 2023; 77: 1–10.
-