

Videokonversation für die Betreuung von Patient*innen aus der Sicht von Pflegepersonen

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Zeuner Lucia, MSc.
Matrikelnummer: 52006041

Begutachter/in: MMag.^a Tanja Adamcik

Linz, Dezember 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

04.12.2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Leone Lucia". The signature is written in a cursive style with a blue pen.

Abstract

Um dem künftigen Personalbedarf im Pflegebereich gerecht zu werden, ist es eine wichtige Strategie, sich mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals auseinanderzusetzen. Mit der Bachelorarbeit wird ein Überblick gegeben, wie Pflegepersonen den Einsatz von synchroner Videotelefonie in der häuslichen Versorgung erleben. Angelehnt an die fünf Phasen eines integrativen Reviews sind die Inhalte von drei qualitativen Studien und einer Mixed-Methods Studie zusammengefasst und diskutiert. Die reduzierte Reisezeit bietet Komfort und mehr Zeit für die Betreuung von weiteren Patient*innen. Die Triage von Patient*innen ist durch Videokontakt vorab erleichtert und ermöglicht es dringende Hausbesuche vorzuziehen. Für den Aufbau von Vertrauen ist ein persönlicher Kontakt sehr wichtig. Deshalb eignen sich Videobesuche besonders gut für Nachsorgetermine. Die Befragten meinen, dass sie mit Videokonversationen schneller die relevanten Themen ansprechen können und Gespräche nebenbei reduziert werden. Herausfordernd ist die Übermittlung von schwierigen Nachrichten und das Wahrnehmen der Gesamtsituation von Patient*innen. Insgesamt dürfte eine Mischung aus virtuellem und persönlichem Kontakt eine hochqualitative Versorgung von Patient*innen am besten unterstützen.

Schlüsselbegriffe: Video, Videobesuche, Gesundheits- und Krankenpflege, häusliche Betreuung

In order to meet the future needs in the nursing sector, it is an important strategy is too deal with the possibilities of digitization to support nursing and care staff. The bachelor thesis gives an overview of how caregivers experience the use of synchronous video telephony in domestic care. Based on the five phases of an integrative review, the contents of three qualitative studies and one mixed-methods study are summarized and discussed. The reduced travel time offers comfort and more time for the care of other patients. The triage of patients is facilitated in advance by video contact and makes it possible to bring urgent home visits forward. Personal contact is very important for building trust. Therefore video visits are particularly suitable for follow-up appointments. Respondents believe that they can address the relevant topics more quickly with video conversations and reduce off-topic conversations. The challenge is the transmission of difficult messages and the perception of the overall situation of patients. Overall, a mixture of virtual and personal contact should best support high-quality patient care.

Keywords: video, virtual visit, nursing, homecare

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und aktueller Forschungsstand	1
1.2	Forschungsfrage und Zielsetzung.....	2
1.3	Begriffsklärung	2
1.3.1	E-Health.....	3
1.3.2	Telehealth	3
1.3.3	mHealth	3
1.3.4	Telemedizin.....	3
1.3.5	Telepflege	4
2	Methodische Vorgehensweise	6
2.1	Fragestellung.....	6
2.2	Suchstrategie und Auswahl der Studien	7
2.3	Qualitätsbewertung	8
2.4	Datenanalyse	10
3	Ergebnisse	11
3.1	Studiencharakteristika	11
3.2	Benefits von Videobesuchen	14
3.2.1	Personal fühlt sich kompetent	14
3.2.2	Reduktion der Reisezeit und höhere Kapazität.....	14
3.2.3	Ergänzung zur traditionellen Nachsorge.....	15
3.2.4	Triage und effiziente Hausbesuche	15
3.2.5	Kooperation zwischen Gesundheitspersonal.....	16
3.2.6	Regelmäßiger Kontakt mit chronisch Erkrankten.....	16
3.2.7	Fokussierte Gespräche und aktive Beteiligung von Patient*innen und Angehörigen.....	17
3.2.8	Nähe durch „Sich sehen können“	18
3.2.9	Gefühl von Sicherheit und leichte Erreichbarkeit	18

3.2.10	Kontaktmöglichkeit während einer Pandemie.....	19
3.3	Herausforderungen von Videobesuchen.....	19
3.3.1	Gesundheitszustand und kognitive Fähigkeit der Patient*innen	19
3.3.2	Technologische Kompetenz, verfügbare Geräte und Datenvolumen....	20
3.3.3	Patient*innen im Mittelpunkt zu haben	20
3.3.4	Gesamtsituation von Patient*innen wahrnehmen	21
3.3.5	Aufbau von Vertrauen	21
3.3.6	Videobesuche ohne persönlichen Kontakt	21
3.3.7	Übermittlung von ernstern Nachrichten bzw. Besprechen von sensiblen Themen.....	22
3.3.8	Qualität von Bild und Ton.....	23
3.3.9	Belastung für Hauskrankenpflegepersonen, wenn sie für Videoübertragung vor Ort verantwortlich sind.....	23
3.3.10	Einwilligung der Patient*innen bzw. Datenschutz.....	24
4	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage	25
5	Schlussfolgerung und Ausblick	29
6	Literaturverzeichnis	30
	Abbildungsverzeichnis	34
	Tabellenverzeichnis	35
	Anhang	36

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und aktueller Forschungsstand

Die demografische Entwicklung zeigt auf, dass der Pflegebedarf in Österreich weiter steigen wird und gleichzeitig die Anzahl an verfügbaren Pflegefachkräften sinkt (Rappold & Juraszovich, 2019, S. 5). Um dem künftigen Bedarf im Pflegebereich gerecht zu werden, ist es eine wichtige Strategie, sich mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zur Unterstützung des Pflege- und Betreuungspersonals auseinanderzusetzen (van Houwelingen et al., 2016, S. 50). Digitale Anwendungen wie Informations- und Kommunikationstechnologien, Robotik, Monitoring und intelligente Assistenzsysteme kommen bereits in mehreren Handlungsfeldern der stationären und ambulanten professionellen Pflege zum Einsatz (Huter et al., 2020, S. 1910). Einsatzgebiete die über die elektronische Pflege- oder Prozessplanung hinausgehen sind in der Pflegepraxis laut Seibert et al. (2020, S. 104) jedoch selten anzutreffen.

Telehealth hat das Potenzial, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie deren Struktur und Organisation zu verändern (Flodgren et al., 2015, S. 29). Teleanwendungen sollen dabei den persönlichen Kontakt nicht vollständig ersetzen, sondern den Handlungsradius von Gesundheitspersonal erweitern (Hübner & Egbert, 2017). Eine virtuelle Betreuung ist schwierig, wenn die physische Anwesenheit der Gesundheitspersonen für die Erbringung von Leistungen erforderlich ist (Imlach et al., 2020, S. 8). Die Frage ist deshalb, welche sinnvollen Möglichkeiten es für eine langfristige Implementierung von Telehealth im pflegerischen Bereich gibt, weil damit die Zugänglichkeit, Flexibilität und Effizienz von Pflege erhöht werden könnte (Russell et al., 2022, S. 7).

Videokonsultation ist eine virtuelle Kontaktmöglichkeit zwischen Gesundheitsanbieter*innen und Patient*innen. Im pflegerischen Bereich wird dies beispielsweise zur Unterstützung bei der Diabetesversorgung (Vijayaraghavan et al., 2015), postoperativen Wundversorgung (White et al., 2019), mobile Palliativpflege (Funderskov et al., 2019; Osuji et al., 2020), Heimdialyse (Chow et al., 2021) oder auch für ein virtuelles Angebot der Primärversorgung (Powell et al., 2017) eingesetzt. Obwohl die Videokonsultation auf diverse Vorteile wie zeitliche Flexibilität für berufstätige Patient*innen bzw. Angehörige (Donaghy et al., 2019, S. 586) hindeuten, erfolgt eine Implementierung im Gesundheitswesen nur langsam (Seibert et al., 2020, S. 95). Durch die COVID-19 Pandemie ist es für Gesundheitsberufe weltweit notwendig geworden face-to-face Gespräche mit virtuellen Möglichkeiten zu ersetzen, ohne dabei die Behandlungsqualität zu senken oder den Zugang zu wesentlichen Gesundheitsdiensten zu erschweren (World Health Organization, 2021).

Damit Videotelefonie in der Pflege langfristig zum Einsatz kommt, muss die Technologie gut funktionieren und sowohl für die Patient*innen als auch für das medizinische Personal von Vorteil sein (Johansson et al., 2017, S. 82). Die Evidenz über die Wirksamkeit von Videokonsultationen ist begrenzt (Car et al., 2020, S. 1) und wird selten aus pflegerischer Sicht diskutiert. Da die Erfahrung von Pflegepersonen ein entscheidendes Element darstellt, wie Videokonsultationen in der pflegerischen Praxis funktionieren, werden in der gegenständlichen Arbeit die aktuellen Erkenntnisse über virtuellen Besuche im häuslichen Bereich aus dem Blickwinkel von Pflegepersonen betrachtet und zusammengefasst.

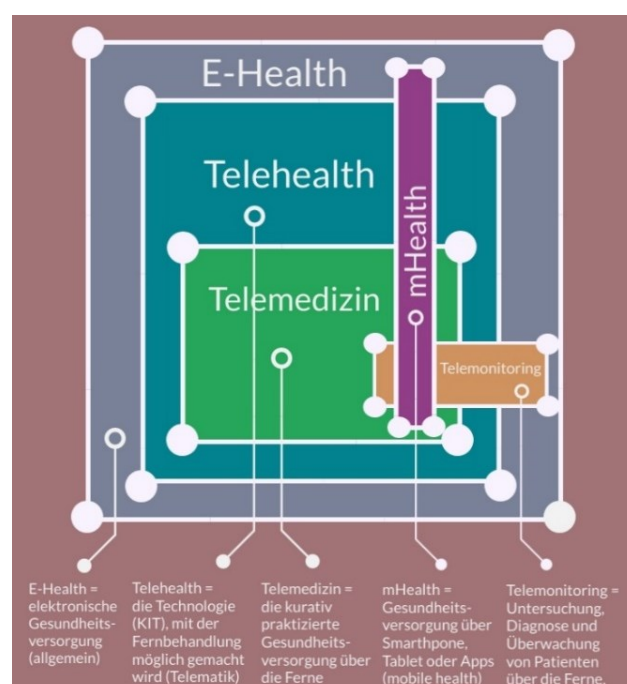
1.2 Forschungsfrage und Zielsetzung

Ziel der Bachelorarbeit ist es, einen Überblick zu geben, wie Pflegepersonen den Einsatz von Videotelefonie in der häuslichen Versorgung erleben. Dabei steht folgende Frage im Fokus. *Welche Benefits bzw. Herausforderungen ergeben sich aus Sicht von Pflegepersonen beim Einsatz von synchroner Videokonversation anstelle von persönlicher Begegnung für die pflegerische Betreuung von volljährigen Patient*innen zuhause?*

1.3 Begriffsklärung

In der digitalen Gesundheitsversorgung werden diverse Begriffe verwendet. Telemed Austria (2022) legt den Fokus auf E-Health, Telehealth, Telemedizin, mHealth und Telemonitoring. Die Beziehung zueinander ist in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

Abbildung 1: Begriffe in der digitalen Gesundheitsversorgung (Telemed Austria, 2022)



1.3.1 E-Health

Die Europäische Kommission bezeichnet E-Health ganz allgemein als „digitale Gesundheit und Pflege“ und versteht darin einen Überbegriff an diversen Tools und Diensten die mithilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Verbesserung von Prävention, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Management beitragen (Europäische Kommission, o.J). Oh et al. (2005) betonen, dass der Begriff E-Health von vielen Einzelpersonen, akademischen Einrichtungen, Berufsverbänden und Förderorganisationen verwendet wird, obwohl eine einheitliche Definition fehlt. Sie haben 51 veröffentlichte Definitionen verglichen und meinen, dass die Themen Gesundheit und Technologie in unterschiedlicher Weise in jeder Definition enthalten waren. Viele verwiesen zusätzlich auf die unterschiedlichen Interessengruppen, die vertretenen Einstellungen, die Rolle von Ort und Entfernung sowie die tatsächlichen oder potenziellen Vorteile, die von E-Health zu erwarten sind. Die Organisation für Telemedizin in Österreich (Telemed Austria, 2022) unterteilt E-Health in die Bereiche Telehealth, Telemedizin, mHealth und Telemonitoring (siehe Abbildung 1). Sie betonen, dass die Begriffe immer wieder unterschiedlich verwendet werden und man deshalb abstimmen muss, was tatsächlich gemeint ist.

1.3.2 Telehealth

Telehealth gewährleistet wie E-Health ebenfalls die Gesundheitsversorgung unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie. Allerdings kommt hier die Komponente der „Distanz“ hinzu, weil die Gesundheitsexpert*innen und Patient*innen sich zum Zeitpunkt der Konsultation nicht am selben Ort befinden (Braeseke et al., 2020, S. 30).

1.3.3 mHealth

Der Begriff mHealth steht für „Mobile Health“ umfasst medizinische und öffentliche Gesundheitspraktiken, die durch Mobilgeräte unterstützt werden (Bensemmane & Baeten, 2019). Viele oder sogar die meisten dieser Apps wurden nicht mit dem Blick auf ihre Verwendung in der therapeutischen Beziehung zwischen medizinischen Fachkräften und Patient*innen entwickelt, bieten aber ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Selbstkontrolle des körperlichen und gesundheitlichen Zustandes (Bensemmane & Baeten, 2019).

1.3.4 Telemedizin

Aufgrund der zunehmend verfügbaren Kommunikationstechnologie stößt Telemedizin auf wachsendes Interesse (van Houwelingen et al., 2016, S. 50). Telemedizin meint meist die virtuelle Betreuung von Patient*innen durch Ärzt*innen, aber es kann sich auch um andere Gesundheitsdienstleister*innen handeln (Bensemmane & Baeten, 2019). Das Bundesministerium

für Gesundheit (BMSGPK, 2019) unterteilt die Telemedizin in Telemonitoring, Teletherapie, Telekonzil und Telekonferenz.

- Beim **Telemonitoring** überwachen Gesundheitsexpert*innen die Daten von Patient*innen aus der Ferne. Dafür können die Daten durch Patient*innen selbst, einer anderen medizinischen Fachkraft oder über ein Überwachungsgerät erhoben werden.
- **Bei der Teletherapie** findet eine therapeutische oder medizinische Handlung zwischen Gesundheitsdienstleister*innen und Patient*innen aus der Ferne statt.
- **Telekonzile** finden zwischen zwei oder mehr Fachleuten ohne Gegenwart von Patient*innen statt. Sie umfassen diagnostische Diskussionen und das Einholen von Zweitmeinungen.
- **Telekonferenz** dient zum Hinzuziehen von weiteren Gesundheitsdienstleister*innen während einer Behandlung (BMSGPK, 2019).

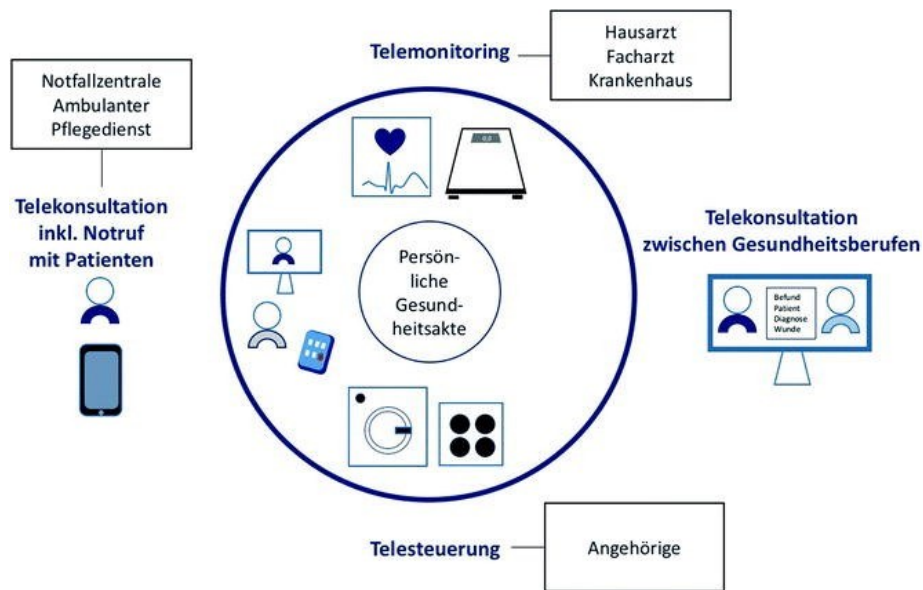
1.3.5 Telepflege

Telepflege ist ähnlich wie Telemedizin eine Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie im Gesundheitswesen, bei der Pflegepersonen eine virtuelle Verbindung mit anderen Berufsgruppen sowie mit Patient*innen und ihren Angehörigen ermöglicht (Hübner & Egbert, 2017). In einer Delphi-Studie des IGES Instituts merken Pflegeexpert*innen an, dass vor allem Tätigkeiten wie

- Information und Beratung,
- Anleitung von pflegerischen Handlungen,
- Überwachung und Monitoring,
- pflegerische Betreuungsleistungen

aus der Ferne erbracht werden können (Braeseke et al., 2020, S. 6). Angefangen von einer sehr einfachen Form eines Hausnotrufsystems bietet Telepflege ein Telemonitoring zur Vitalwertüberwachung von Risikopatient*innen (siehe Abbildung 2). Komplexere Formen sind Videokonferenzsysteme für Telekonsultationen zwischen Gesundheitsberufen. Des Weiteren beinhaltet Telepflege auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen (Hübner & Egbert, 2017). Für die Telekonsultation mit Patient*innen können Videos für die Kommunikation eingesetzt werden. Mithilfe von Videotelefonie kann eine Betreuung trotz physischer Distanz in Zeiten der Pandemie gewährleistet werden (Birkhoff et al., 2021, S. 14).

Abbildung 2: Anwendungen von Telepflege (Hübner & Egbert, 2017)



Unterschieden wird zwischen

- synchroner Videokonferenzen (Live), wo eine audiovisuelle Zwei-Wege-Verbindung zwischen Patient*innen und Leistungserbringer*innen besteht, und
- asynchronen Videokonferenz (Store-and-Forward), bei der die Sichtung und Bearbeitung der Information zeitlich versetzt stattfindet (Health IT, 2020).

In der Bachelorarbeit geht es um synchrone Videokonferenzen im Bereich der Pflege.

2 Methodische Vorgehensweise

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird ein narrativer Review mit empirischen Arbeiten durchgeführt, bei dem Studien hinsichtlich der Fragestellung zusammengefasst und kritisch gewürdigt werden. Die Durchführung ist an die fünf Phasen eines integrativen Reviews nach Whitemore und Knafl (2005) angelehnt, welcher die Einbeziehung von qualitativen und quantitativen Studien ermöglicht (Souza et al., 2010). Dabei wird

1. die Fragestellung überlegt (Kapitel 2.1),
2. eine Literaturrecherche durchgeführt (Kapitel 2.2),
3. die methodische Qualität der Studien bewertet (Kapitel 2.3) und
4. die Inhalte der inkludierten Studien auf die zwei Kategorien „Benefits“ (Kapitel 3.2) und „Herausforderungen“ (Kapitel 3.3) reduziert. Nachfolgend werden Untergruppen erstellt und
5. im letzten Schritt die Ergebnisse aus der Datenanalyse mithilfe einer Tabelle graphisch dargestellt (Kapitel 0).

2.1 Fragestellung

Im ersten Schritt wird die Forschungsfrage anhand des SPICE Framework (Booth, 2006) definiert und danach Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Darstellung der Fragestellung anhand des SPICE Framework inklusive Ein- und Ausschlusskriterien

Merkmale der Studien	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
S Setting	Im häuslichen Bereich	Im stationären Umfeld
P Perspektive	Aus der Sicht von Pflegepersonen	Aus der Sicht von Patient*innen
I Intervention	Synchrone Videokonversation zwischen Pflegepersonen und erwachsenen Patient*innen	Asynchrone Videos oder Konversationen ausschließlich zwischen Gesundheitspersonal oder mit Angehörigen
C Comparison	Nicht relevant	
E Evaluation	Studien berichten über förderliche bzw. hinderliche Faktoren beim Einsatz von Videokonversation	

Das SPICE Framework baut auf dem PICO Framework (Population, Intervention, Comparison and Outcomes) auf. Die Populationskomponente ist in die Komponenten Setting und Perspektive aufgeteilt. Des Weiteren wird die Komponente „Ergebnisse“ durch „Evaluation“ ersetzt, um einen breiteren Bewertungsrahmen zu fördern und Konzepte wie „Ergebnisse“ und „Wirkung“ zusammenzufassen (Booth, 2006). In der Bachelorarbeit wird die synchrone Videokonferenz zwischen Pflegepersonal und Patient*innen im häuslichen Bereich aus Sicht der Pflegepersonen betrachtet. Studien werden ausgeschlossen, bei denen die synchrone Videokonferenz zwischen stationären und extramuralen Gesundheitsdiensten stattfindet oder es sich um die Bereitstellung von asynchronen Videos zum Beispiel für Lernzwecke für Patient*innen handelt.

2.2 Suchstrategie und Auswahl der Studien

In der zweiten Phase wird eine Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken Cinahl und PubMed mit folgenden Suchbegriffe durchgeführt: primary care OR community OR primary care nurs* OR nurs* OR home care OR nursing OR nurse practitioner OR telecare [AND] video OR video conferencing OR virtual visit [NOT] child OR infant OR toddler OR baby OR children. Das Suchprotokoll ist im Anhang aufgelistet (Tabelle 4). Berücksichtigt werden englische und deutsche Studien mit Publikationsdatum zwischen 2012 und 2022 unabhängig von der geographischen Lage. Zusätzlich zu der Literaturrecherche in den Datenbanken werden die Referenzlisten von den eingeschlossenen Studien auf geeignete Studien untersucht.

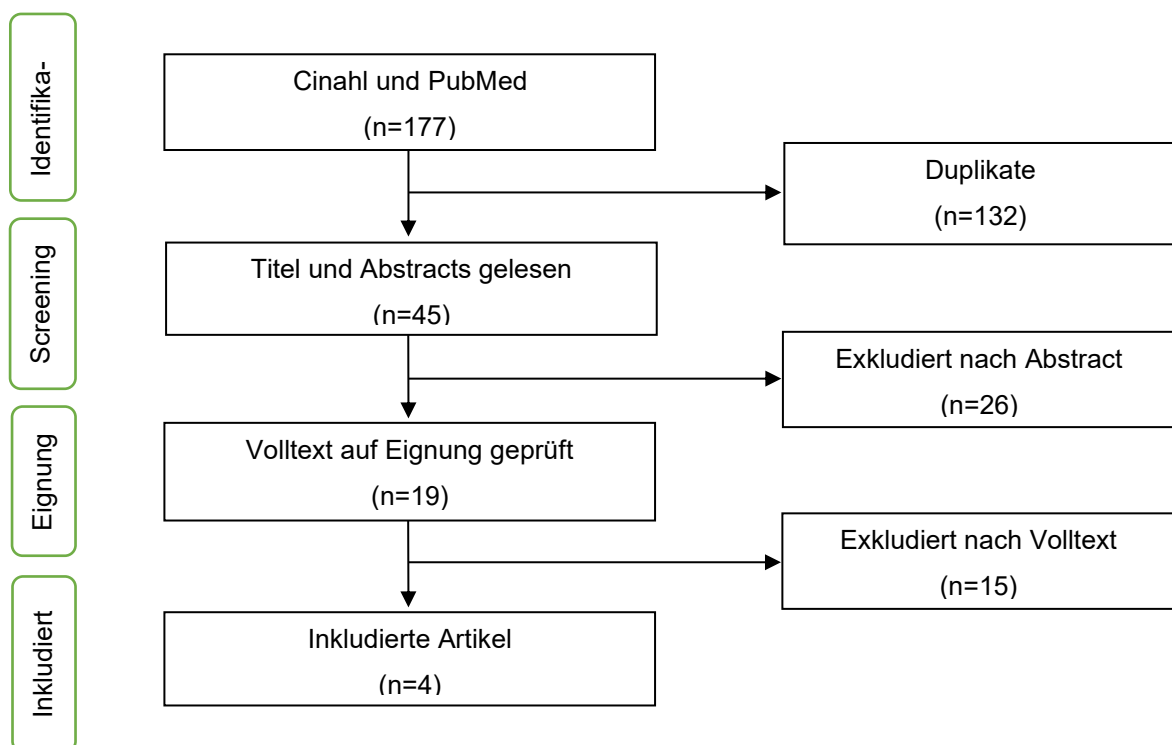


Abbildung 3: PRISMA-Diagramm der eingeschlossene Artikel (eigene Darstellung)

Insgesamt werden vier Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Das PRISMA-Diagramm in

Abbildung 3 skizziert den Suchprozess und zeigt, wie die endgültige Zahl der eingeschlossenen Studien erreicht wird. Bei der Literaturrecherche können 177 Studien identifiziert werden. Nach dem Ausschluss von Duplikaten werden die Titel bzw. Abstracts von 45 Studien gelesen. Dabei werden 26 Studien exkludiert und die Volltexte von 19 Studien auf deren Eignung geprüft. 15 Studien sind ausgeschlossen, weil nur die Sichtweise von Patient*innen und nicht von Pflegepersonen dargestellt wurde, ausschließlich Angehörige beraten wurden, Videokonversation für Interviews im Datenerhebungsprozess und nicht als Intervention verwendet wurden, nur asynchrone Lernvideos bereitgestellt wurden oder Telekonzile ohne Patient*innen stattgefunden haben.

2.3 Qualitätsbewertung

Im dritten Schritt wird die methodische Qualität der Studien mit dem Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) überprüft (Hong, Fàbregues et al., 2018). Der MMAT beinhaltet in einem einzigen Tool methodische Qualitätskriterien für qualitativer Forschung (1), quantitativ randomisiert kontrollierten Studien (2), quantitativ nicht randomisierter Forschung (3), quantitativ deskriptives Design (4) sowie Mixed Methods Studien (5). Dies erleichtert den Prozess der kritischen Bewertung im Rahmen von systematischen Reviews mit Studien aus unterschiedlichen Designs (Hong et al., 2019, S. 2). Für die Durchführung der Bewertung wird ein Nutzungshandbuch (Hong, Pluye et al., 2018) herangezogen. Da davon abgeraten wird die Einzelbewertungen der Kriterien zu einer Gesamtpunkteanzahl zu summieren (Hong, Pluye et al., 2018, S. 1), wird die Bewertung textlich beschrieben. Die detaillierte Darstellung befindet sich in Tabelle 5 im Anhang.

In einem ersten Schritt werden die beiden Screeningfragen für alle Studien beantwortet. Nur in der Studie von Osuji et al. (2020) muss die Frage nach einer konkreten Fragestellung mit „Nein“ beantwortet werden, da nur das Ziel der Forschung beschrieben ist. Wenn eine oder beide Screeningfragen mit „Nein“ oder „Kann ich nicht sagen“ beantwortet sind, deutet dies darauf hin, dass es sich möglicherweise um keine empirische Studie handelt und deshalb nicht mit dem MMAT bewertet werden kann (Hong, Pluye et al., 2018, S. 2). Da es sich um eine empirische Studie handelt, kann sie trotzdem mit dem MMAT bewertet werden.

Im zweiten Schritt wird die Kategorie des Studiendesigns gewählt und die zugehörigen Fragen beantwortet (siehe Tabelle 2). Die Studien von Franzosa et al. (2021), Funderskov et al. (2019) und Rygg et al. (2021) verwenden ein qualitatives Studiendesign, welches mit einer sehr guten Qualität bewertet werden konnte. Osuji et al. (2020) verwendet in ihrer Mixed Methods Studie

neben qualitativem Design, das ebenfalls eine sehr gute Qualität aufweist, auch eine quantitativ deskriptive Herangehensweise.

Tabelle 2: Bewertung der inkludierten Studien in Anlehnung an das Mixed Methods Appraisal Tool von Hong, Fàbregues et al. (2018, S. 2)

Design	Methodische Qualitätskriterien	Franzosa et al. (2021)	Funderskov et al. (2019)	Osuji et al. (2020)	Rygg et al. (2021)
1. Qualitativ	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes	Yes	Yes	Yes
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Quantitativ deskriptiv	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?			Yes	
	4.2. Is the sample representative of the target population?			Yes	
	4.3. Are the measurements appropriate?			Yes	
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			No	
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?			No	
5. Mixed Methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?			Yes	
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?			Yes	
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?			Yes	
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			No	
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?			No	

Bei der Betrachtung der quantitativen Komponente von Osuji et al. (2020) fällt auf, dass ein „Nonresponse Bias“ besteht, da nicht beschrieben ist, weshalb nur die Hälfte der eingeladenen Personen an der Umfrage teilgenommen haben. So ist möglicherweise die Sichtweise von eher positiv eingestellten Personen in der Studie beschrieben. Des Weiteren sind die angewendeten statistischen Analysen nicht klar angegeben und begründet. Die Kritik an dem Mixed Methods Design in der Studie ist, dass es nicht ausreichend Unterschiede zwischen qualitativen

und quantitativen Ergebnissen aufzulisten. Die Abweichungen müssten auch erklärt werden. Obwohl die Studie Defizite aufweist, kann sie für die Bachelorarbeit verwendet werden, da vor allem die qualitativen Ergebnisse der Studie in den Review einfließen.

2.4 Datenanalyse

In der vierten Phase werden die Ergebnisse der vier Studien gesichtet und alle Inhalte, die sich mit dem Forschungsthema der Videokonferenz aus Sicht von Pflegepersonen beschäftigen, gesammelt und auf die zwei Kategorien „Benefits“ und „Herausforderungen“ reduziert. Dann werden die Inhalte der Kategorien verglichen und Untergruppen erstellt. Dies unterstützt eine umfassendere und unvoreingenommene Interpretation der Primärquellen (Whittemore & Knafl, 2005, S. 550). Im fünften und letzten Schritt werden die Ergebnisse aus der Datenanalyse mithilfe einer Tabelle graphisch dargestellt.

3 Ergebnisse

Insgesamt werden vier Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Drei Studien verwenden ein qualitatives Design zur Beantwortung der Fragestellung (Franzosa et al., 2021; Funderskov et al., 2019; Rygg et al., 2021). In der vierten Studie (Osuji et al., 2020) wird zuerst eine quantitativ deskriptive Herangehensweise gewählt und nachgelagert mit einer qualitativen Forschung ergänzt um die Aussagen tiefergehend zu verstehen. Alle vier Studien können mit einer ausreichenden methodischen Qualität (siehe Kapitel 2.3) für die Bachelorarbeit herangezogen werden.

3.1 Studiencharakteristika

Die Charakteristika der vier inkludierten Studien ist in Tabelle 3 zusammengefasst. Das Umfeld der Studien ist unterschiedlich. Zwei Studien finden im städtischen Gebiet in den USA (Franzosa et al., 2021; Osuji et al., 2020) und die beiden anderen im ländlichen Bereich in Dänemark (Funderskov et al., 2019) und Norwegen (Rygg et al., 2021) statt. Die Videobesuche werden meist im onkologischen Setting (Funderskov et al., 2019; Osuji et al., 2020; Rygg et al., 2021) aber auch in der Primärversorgung (Franzosa et al., 2021) verwendet.

Die vier Studien sind im Zeitraum von 2019 bis 2022 publiziert worden. Bei zwei der inkludierten Studien (Funderskov et al., 2019; Osuji et al., 2020) werden die Daten vor Beginn der COVID-19 Pandemie erhoben. Rygg et al. (2021) beschreiben den Zeitraum der Datenerhebung nicht näher. Es kann jedoch angenommen werden, dass diese davor stattgefunden hat, weil die Pandemie in der Publikation gar nicht erwähnt ist. Franzosa et al. (2021) führen die Interviews nach Ausbruch der COVID-19 Pandemie durch. In der Pandemie sind viele Primärversorgungszentren in den USA in kurzer Zeit gezwungen gewesen Videobesuche bereits für den Erstkontakt zwischen Personal und Patient*innen zu implementieren, um die Gesundheitsversorgung aufrechterhalten zu können.

Bei der Auswahl der Studien wird darauf geachtet, dass ein großer Anteil der befragten Personen aus dem Pflegebereich kommt. Bei Rygg et al. (2021) nehmen in einer Fokusgruppe vier Krankenpflegepersonen mit onkologischem Schwerpunkt teil. Da Pflegepersonen häufig in interdisziplinären Teams arbeiten, werden bei den anderen drei Studien auch weitere Berufsgruppen befragt. Die qualitative Befragung von Franzosa et al. (2021) inkludiert neben drei Krankenpflegepersonen und eine*n Programmkoordinator*in aus der Pflege auch sechs medizinische Direktor*innen sowie drei Sozialarbeiter*innen. Funderskov et al. (2019) beobachten und befragen fünf Hauskrankenpflegepersonen, eine Krankenpflegeperson mit palliativem Schwerpunkt sowie eine chefärztliche Person und eine*n Physiotherapeut*in. Die quantitative anonyme Querschnittsumfrage von Osuji et al. (2020) umfasst 48 Krankenpflegepersonen und

36 Ärzt*innen. Weiters werden qualitative Interviews mit sieben Krankenpflegepersonen und sieben Ärzt*innen durchgeführt.

Die Gründe zur Verwendung von Videokonferenzen sowie die verwendeten Plattformen und Geräte weichen bei allen Studien voneinander ab. Bei Franzosa et al. (2021) müssen Primärversorgungszentren pandemiebedingt sehr schnell auf Videobesuche umstellen und dafür passende Lösungen gefunden werden. Die Patient*innen nutzen für die Videokonversation ihre eigenen Geräte und können neben HIPAA-konformen Plattformen auch Verbrauchertools wie FaceTime und WhatsApp verwenden. Mitarbeiter*innen werden retrospektiv befragt, wie sie diese Umstellung erlebt haben.

In der Studie von Funderskov et al. (2019) wird den Patient*innen ein Tablet mit einer neu entwickelten App zur Verfügung gestellt, wo bei Bedarf auch dritte Personen dazugeschaltet werden können. Die Pflegepersonen des Palliativteams führt nach einem ersten persönlichen Kontakt mit elf Patient*innen annähernd wöchentlich Videokonsultationen über einen Zeitraum von sechs Monaten durch. Videokonferenzen finden nicht nur zwischen Patient*innen und dem mobilen Palliativteam sondern auch Hauskrankenpflegepersonen können bei einem Hausbesuch das Palliativteam per Video hinzuziehen.

Osuji et al. (2020) evaluieren ein technisch unterstützendes Modell für das mobile Palliativteam. Die Standardbetreuung durch das mobile Palliativteam erfordert typischerweise separate Hausbesuche von Ärzt*innen und Pflegekräften. Beim evaluierten Modell besucht eine Krankenpflegeperson die Patient*innen zu Hause und ermöglicht über ein firmeneigenes Gerät eine synchrone Videosprechstunde zwischen Patient*innen bzw. deren Familien und den behandelnden Ärzt*innen. Die verwendete Plattform ist in der Studie nicht näher beschrieben.

Bei Rygg et al. (2021) stellen Pflegepersonen nach einem ersten persönlichen Hausbesuch von acht Krebspatient*innen Videokonferenzen als Nachsorgetermine zur Verfügung. Dies wird als qualitätsfördernde Ergänzung zum traditionellen Angebot wie Telefonauskünfte oder persönlichen Besuche gesehen. Die Patient*innen verwenden ihre eigenen Geräte. Auf die genutzte Plattform ist in dieser Studie nicht näher eingegangen.

Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

AUTOR (Jahr)	SETTING Land, Anwendungsbereich, Zeitraum der Datenerhebung	PERSPEKTIVE Beschreibung der Teilneh- mer*innen	INTERVENTION Was genau wurde beobachtet?	GERÄTE Welche Tools bzw. Geräte wurden verwendet?
Franzosa et al. (2021)	USA Primärversorgung im städtischen Bereich Datenerhebung 2-4 Monate nach Ausbruch der COVID-19 Pandemie	Qualitative Befragung in 6 Primärversorgungszentren: - 6 medizinische Direktor*innen - <u>1 Programmkoordinator*in aus der Pflege</u> - <u>3 Krankenpflegepersonen</u> - 3 Sozialarbeiter*innen	Primärversorgungszentren müssen pandemiebedingt sehr schnell auf Videobesuche umstellen und passende Lösungen finden. Mitarbeiter*innen werden retrospektiv befragt, wie sie die Umstellung erlebt haben und welche Vorteile und Herausforderungen daraus entstanden sind.	Private Geräte von Patient*innen. Um HIPAA-konforme Plattformen zu ergänzen verwenden alle Praxen Verbrauchertools wie SMS, E-Mail, FaceTime und WhatsApp.
Funderskov et al. (2019)	Dänemark Onkologie im ländlichen Bereich Datenerhebung vor der Pandemie im September 2016 – Februar 2017	Qualitative Beobachtung und Befragung: - <u>5 Hauskrankenpflegepersonen</u> - 3 Fachleute des Palliativteams (1 Chefarzt, 1 Physiotherapeut, <u>1 Krankenpflegeperson mit palliativem Schwerpunkt</u>)	11 Patient*innen erhalten nach einem persönlichen Hausbesuch annähernd wöchentlich Videokonsultationen von Pflegepersonen (gesamt 82 Videokonferenzen). Zusätzlich können Hauskrankenpflegepersonen bei einem Hausbesuch das Palliativteam per Video hinzuziehen.	Es wird ein Tablet mit einer dafür entwickelten App bereitgestellt, mit der auch dritte Personen wie Angehörige oder anderes Gesundheitspersonal zum Gespräch dazugeschaltet werden können.
Osuji et al. (2020)	USA Mobile Palliativversorgung Datenerhebung vor der COVID-19 Pandemie	Querschnittsumfrage des mobilen Palliativteams: - <u>48 Krankenpflegepersonen</u> - 36 Ärzt*innen Zusätzlich qualitative Interviews: - 7 Ärzt*innen und - <u>7 Krankenpflegepersonen</u>	Die Standardbetreuung durch das mobile Palliativteam erfordert typischerweise separate Hausbesuche von Ärzt*innen und Pflegekräften. Beim evaluierten Modell besucht eine Krankenpflegeperson die Patient*innen zu Hause und ermöglicht über ein firmeneigenes Gerät eine synchrone Videosprechstunde zwischen Patient*innen und den behandelnden Ärzt*innen.	Firmeneigenes Gerät des Pflegepersonals. Plattform nicht näher beschrieben.
Rygg et al. (2021)	Norwegen Onkologie im ländlichen Bereich Zeitraum der Datenerhebung nicht näher beschrieben	Qualitative Fokusgruppe mit <u>4 Krankenpflegepersonen mit onkologischem Schwerpunkt</u> aus drei Gemeinden	Krankenpflegepersonen stellen nach einem ersten persönlichen Hausbesuch Videokonferenzen als Ergänzung zum traditionellen Angebot (Telefon oder persönlicher Besuch) als Nachsorgeterminen von 8 Patient*innen zur Verfügung.	Private Tablets von Patient*innen. Plattform nicht näher beschrieben.

3.2 Benefits von Videobesuchen

3.2.1 Personal fühlt sich kompetent

Die Befragten der quantitativen Umfrage bei Osuji et al. (2020) haben im Allgemeinen eine positive Einstellung zu Videovisiten und Telemedizin. Sie sind sich sicher, dass sie über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen, um ihre Rolle bei Videobesuchen erfolgreich zu gestalten. Das Personal fühlt sich bei der Durchführung von Videobesuchen kompetent (Osuji et al., 2020). Die Verwendung von technologischen Geräten wie Tablets ist in der täglichen klinischen Pflegepraxis bei Krankenpflegepersonen üblich (Funderskov et al., 2019). Die Verwendung des Tablets als neues Gerät im Palliativteam scheint den Arbeitsablauf der Pflegefachkräfte nicht negativ zu beeinflussen. *Hauskrankenpflegeperson 2: "Eine meiner Kolleg*innen hat es versucht, und sie dachte, es sei einfach [...] sie brauchte nicht einmal die Anweisungen [...] und sie ist eine unserer älteren Krankenpflegepersonen in unserem Team, die manchmal Probleme mit der IT hat"* (Funderskov et al., 2019). In Situationen, in denen Krankenpflegepersonen der Meinung ist, dass der Einsatz von Videokonsultationen passend sei, sind sie sich einig, dass sie in der Lage sind, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten (Rygg et al., 2021).

3.2.2 Reduktion der Reisezeit und höhere Kapazität

Videokonversationen anstelle von Hausbesuchen verkürzen die Reisezeit für Gesundheitspersonal (Osuji et al., 2020). *„Als ich meinen ersten Follow-up-Besuch mit einem stabilen Patienten machte, war es großartig. Ich sparte mir eine Autofahrt und konnte den Status des Patienten beurteilen. (MD)“* Die meisten Befragten meinen, dass die verkürzte Reisezeit zu einer Effizienzsteigerung in ihrer Arbeit führt und es dadurch möglich wird, mehr Patient*innen zu sehen oder Patient*innen häufiger zu sehen (Osuji et al., 2020). Teilnehmer*innen der Primärversorgungszentren geben an, dass durch die Eliminierung der Reisezeit die Reichweite und Kapazität erweitert werden kann und so in Zukunft größere Einzugsgebiete bedient werden können (Franzosa et al., 2021). Bei Rygg et al. (2021) ersparen sich onkologische Krankenpflegepersonen durch die virtuelle Pflege lange Fahrtwege und können dadurch häufiger Nachsorgetermine anbieten: *"Ich finde es großartig. Ich spare viel Zeit" (ON1)* (Rygg et al., 2021).

3.2.3 Ergänzung zur traditionellen Nachsorge

Die Verwendung von Videoberatung via Tablets ermöglicht einen zeitsparenden und gleichzeitig besseren Service mit mehr Nachbetreuung im Vergleich zur Betreuung mit ausschließlich Hausbesuchen (Rygg et al., 2021). Die Krankenpflegepersonen führen weniger Hausbesuche, aber häufigere Konsultationen als nur bei traditionellen Hausbesuchen durch. *"Wir haben Hausbesuche durch ein paar weitere Video-Anrufe ersetzt"* (ON2). Sie erleben, dass ein häufiges virtuelles Follow-up ein Gefühl der Qualität in ihrem Service vermittelt, wie ON3 erklärte: *"Wir können ihnen mit Videovisiten ein besseres Serviceangebot machen"*. Deshalb wird virtuelle Pflege als nützliche Ergänzung zur traditionellen Nachsorge angesehen (Rygg et al., 2021). Bei Osuji et al. (2020) werden Videobesuche in erster Linie für Folgetermine verwendet, weil sich Videos ihrer Meinung nach am besten für Nachsorgetermine eignen und zu einer häufigen und sicheren Betreuung beitragen (Osuji et al., 2020). Die Patient*innen und Familienmitglieder geben ebenfalls positive Rückmeldungen zu Videobesuchen: *„Videobesuche waren großartig. Alle unsere Patienten und Familie genießen sie, da sie dadurch zusätzlichen Kontakt zu mir haben.“* (MD) (Osuji et al., 2020).

3.2.4 Triage und effiziente Hausbesuche

Videobesuche werden verwendet, um die Bedürfnisse der Patient*innen zu triagieren und festzustellen *"was wirklich ein Notfall ist und was nur ein Bluterguss ist"* (CD, Praxis 5) Dadurch kann ermittelt werden, ob ein persönlicher Besuch notwendig ist (Franzosa et al., 2021). Dringende Pflegebesuche können zeitnah per Video durchgeführt werden. Früher mussten die Besuche angefordert und geplant werden, bevor am nächsten Tag jemand kommen konnte, aber *"jetzt konnte eine Person mittags anrufen, und wir konnten einen Video-Notfallbesuch um zwei Uhr machen"* (CD, Praxis 6) (Franzosa et al., 2021). Die Befragten bei Osuji et al. (2020) geben an, dass einige Probleme wie Medikationsmanagement, Symptomexazerbation mit Videobesuchen effektiv besprochen werden können.

Kliniker*innen in Primärversorgungszentren finden Videobesuche auch wertvoll, um notwendige Informationen vor einem persönlichen Besuch zu sammeln, und *"den Besuch so effizient und effektiv wie möglich vorzubereiten"* (SW, Praxis 1) (Franzosa et al., 2021). Dem mobilen Palliativteam ermöglichen die wöchentliche, regelmäßige Videotelefonie Patient*innen per Video zu sehen und Veränderungen, wie Gewichtsverlust oder ein schlechtes geistiges Erscheinungsbild wahrzunehmen, um bei Bedarf einen persönliche Besuche in die Wege zu leiten (Funderskov et al., 2019).

3.2.5 Kooperation zwischen Gesundheitspersonal

Die Befragung von Osuji et al. (2020) ergibt, dass Patient*innen und Familien positiv auf Videobesuche reagieren, wenn ärztliches Personal per Video durch eine Pflegeperson hinzugezogen wird. Die Teilnehmer*innen stellen fest, dass Videoplattformen eine bessere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsdienstleister*innen ermöglicht und das Beziehen von Spezialist*innen erleichtert ist (Franzosa et al., 2021). *"Wenn Sie und ich an einer Diskussion mit einem bestimmten Patienten teilnehmen wollten, könnten wir einfach beide gleichzeitig in den Link einsteigen"*, erklärte ein medizinischer Direktor. *"Ich war in Gesprächen mit bis zu vier Personen und das war leicht zu ermöglichen"* (Praxis 2) (Franzosa et al., 2021).

Der Einsatz von Videokonsultationen ermöglicht es dem Hauskrankenpflegepersonal und der Pflegeperson im Palliativteam, auf interprofessioneller Ebene zusammenzuarbeiten und sich gegenseitig zu ergänzen (Funderskov et al., 2019). Während die Hauskrankenpflegeperson die Patient*innen täglich beobachten, nimmt die Krankenpflegeperson des mobilen Palliativteams eine eher beratende Rolle ein, da sie die Patient*innen nur gelegentlich bei Terminen vor Ort sieht. Wenn bei Patient*innen Hauterkrankungen oder Veränderungen im Krankheitsverlauf durch die Hauskrankenpflegeperson festgestellt werden, kann das mobile Palliativteam per Video beigezogen und die Beobachtungen während der Videokonsultation besprochen werden. *"Sie zeigte mir das Bein und das führte tatsächlich zu einer Krankenhausaufnahme wegen einer tiefen Venenthrombose (mobiles Palliativteam)."* (Funderskov et al., 2019).

3.2.6 Regelmäßiger Kontakt mit chronisch Erkrankten

Onkologische Krankenpflegepersonen finden die virtuelle Pflege bei der Bereitstellung von Information nützlich (Rygg et al., 2021). Sie stellen fest, dass Patient*innen nach Krankenhauskonsultationen einen wiederholten Informationsaustausch benötigen. Die Krankenpflegepersonen wissen, welche Informationen Patient*innen im Krankenhaus erhalten und können die notwendige Unterstützung geben: *"Vielleicht hat der Patient die Hälfte dessen, was der Arzt gesagt hat, nicht verstanden oder vergessen und hat möglicherweise das Gefühl, dass er überhaupt keine Informationen erhalten hat."* (Rygg et al., 2021).

Die Fachleute des mobilen Palliativteams sind durch den regelmäßigen Videokontakt mit den Patient*innen und Angehörigen vertraut und bemerken, wenn sich die körperlichen oder geistigen Bedingungen verändern. Sie sind der Meinung, dass Videobesuche den Zugang zur Versorgung verbessern und die Betreuungsqualität erhöhen: *"Die Kommunikation verbessert sich dadurch tatsächlich und braucht nicht unbedingt mehr Zeit [...] Wir bekommen tonnenweise mehr Informationen."* (Funderskov et al., 2019).

Die Befragten empfinden die Einführung von Videovisiten bei chronisch kranken Patient*innen sinnvoll, weil eine häufige und regelmäßige Betreuung in Zukunft absehbar ist: *"Für diese Patienten wissen wir, dass es schlimmer werden wird"* (ON3) (Rygg et al., 2021). Wenn Patient*innen den Einsatz von Videoberatung beherrschen, wird angenommen, dass in Zukunft der Kontakt erleichtert ist: *"Natürlich wird es dann (wenn sich die Krankheit verschlimmert) einfacher sein, mit ihnen in Kontakt zu treten, und dann können wir ihnen ein besseres Angebot machen"* (ON3) (Rygg et al., 2021).

3.2.7 Fokussierte Gespräche und aktive Beteiligung von Patient*innen und Angehörigen

Vor der Einführung von Videokonversationen wurde der medizinische Zustand der Patient*innen ohne direkter Einbindung der Patient*innen zwischen Hauskrankenpflegepersonal und dem Palliativteam telefonisch diskutiert (Funderskov et al., 2019). Der Einsatz von Videokonsultationen führt zu einer Verhaltensänderung. Die Gespräche finden nun in Videokonferenz mit Einbindung der Patient*innen statt (Funderskov et al., 2019). Des Weiteren können Angehörige aktiv an den Videokonsultationen zwischen Personal und Patient*innen teilnehmen, auch wenn sie nicht vor Ort sind (Funderskov et al., 2019). *Teilnehmerbeobachtung 1: "Die Tochter der Patientin nimmt über die für das Projekt entwickelte App an der Videosprechstunde in ihrer Arbeit teil [...] und stellt Fragen zur Behandlung, als wäre sie im Wohnzimmer."* (Funderskov et al., 2019).

Videobesuche ermöglichen zielorientierte Gespräche ohne dass nebenbei Dialoge geführt werden: *"Mit Videoberatung kommen wir direkt zum Problem"* (ON2) (Rygg et al., 2021). Möglicherweise ergibt sich der höhere Fokus im Gespräch daraus, dass sich Patient*innen bei geplanten Videobesuche vorab Fragen notieren um vorbereitet in die Videosprechstunde zu gehen. *Teilnehmerbeobachtung 8: "Die Patientin sitzt in ihrer Küche und schreibt Fragen für die Videosprechstunde auf, die gleich beginnt..."* *Mobilien Palliativteamschwester: 'Es ist viel besser für mich [...] aber es ist auch gut für die Patienten. Viele von ihnen haben eine Agenda aufgeschrieben, bevor sie mit mir sprechen [...]."* Die Vorbereitung vor Videokonsultationen ermöglicht es dem*der Patienten*in, spezifische Fragen zu stellen. Dies verstärkt ihre Beteiligung in Gesprächen (Funderskov et al., 2019).

Bei der quantitativen Befragung von Osuji et al. (2020) werden Kliniker*innen gefragt, inwieweit sie glauben, dass Videobesuche einen negativen (-5 bis -1), neutralen (0) oder positiven (+1 bis +5) Effekt auf Patient*innen und Familien haben. Sowohl Ärzt*innen (2,3 [1,7]) als auch Krankenpflegepersonen (2,0 [2,6]) reagieren neutral bis positiv auf die Wirkung von Videobesuchen auf Patient*innen und Familien (Osuji et al., 2020).

3.2.8 Nähe durch „Sich sehen können“

Videoberatungen werden im Vergleich zu Telefonanrufen als näher und persönlicher erlebt (Franzosa et al., 2021; Funderskov et al., 2019; Rygg et al., 2021), weil sie die Möglichkeit bieten Patient*innen während des Gesprächs zu sehen und zu beobachten. Wie ON 3 erklärt: *"Es ist persönlicher als nur zu reden; Sie können Augenkontakt herstellen"*. ON2 teilt eine ähnliche Erfahrung zur Verbesserung des persönlichen Fokus und sagt: *"Ich finde, dass ich mich ein wenig mehr auf den Patienten konzentriere, wenn ich ihn sehe"*. Sich bei der Verwendung von Videobesuchen zu sehen, hilft beiden Parteien, die Botschaften und Reaktionen der anderen zu verstehen (Rygg et al., 2021).

Mehrere befragte Gesundheitsanbieter*innen bei Franzosa et al. (2021) beschreiben emotionale Vorteile: *"Es hat etwas sehr Persönliches, das Gesicht von jemandem zu sehen, das schöner ist als das Telefon"*, erklärte ein Sozialarbeiter (Praxis 6), während ein anderer feststellte: *"Die Leute vertrauen dir einfach. Wenn sie sehen, dass du lächelst, kannst du viel tun ... selbst wenn es hier und da einfriert, ist es immer noch besser als ein Telefonanruf."* (SW, Praxis 1) (Franzosa et al. 2021). Besonders bei Patient*innen, die aufgrund einer lauten Behandlung Schwierigkeiten bei der Kommunikation haben sind Videokonversationen im Gegensatz zu telefonischem Kontakt vorteilhaft (Funderskov et al., 2019). *Autobiographisches Tagebuch 70: "Es wird bemerkt, dass dieser Patient Schwierigkeiten beim Atmen hat [...] er ist auf nicht-invasive mechanische Beatmung zu Hause angewiesen, wodurch Videokonsultationen relevanter sind als telefonische Konsultationen [...] Ich hätte nicht den gleichen direkten Kontakt mit dem Patienten gehabt, wenn es über das Telefon gewesen wäre."* (Funderskov et al., 2019)

3.2.9 Gefühl von Sicherheit und leichte Erreichbarkeit

Virtuelle Kommunikation erleichtert die Erreichbarkeit von Patient*innen, unabhängig davon, wo sich Krankenpflegepersonen und Patient*innen aufhalten (Rygg et al., 2021). Eine onkologische Krankenpflegeperson erlebt dies von Vorteil als ein*e Patient*in sie wegen ernsthafter Neuigkeiten im Krankheitsverlauf selbst während des Urlaubsaufenthalts der Patient*in kontaktiert werden konnte (Rygg et al., 2021).

Die Teilnehmer*innen berichten, dass der Videobesuch eine wichtige, „beruhigende“ persönliche Verbindung für Patient*innen ermöglicht, insbesondere für diejenigen, die allein leben oder sozial isoliert sind (Franzosa et al., 2021). Es wird beschrieben, dass Videokonferenzen das Sicherheitsgefühl bei Patient*innen fördert, da sie bei Bedarf Kontakt mit dem Pflegepersonal aufnehmen können (Rygg et al., 2021). Wie ON1 sagte: *"Und das Tablet ist eine intelligente Sache, weil sie (Anm.: die Patient*innen) es immer bei sich haben können; es gibt ihnen*

Sicherheit". Die Patient*innen können auf dem Display sehen, ob onkologische Krankenpflegepersonen erreichbar sind. ON 3 merkt diesbezüglich an: *"Ich habe den Eindruck, dass sie sich bei diesem Service zu Hause sicher fühlt - und sie nimmt nicht mehr Kontakt auf als sonst [sic]."* (Rygg et al., 2021).

3.2.10 Kontaktmöglichkeit während einer Pandemie

Obwohl nicht alle teilnehmenden Praxen vor der Pandemie Erfahrung mit Telemedizin haben, werden Telefon- und Videobesuche in der Pflege implementiert, um die häusliche Pflege zu ersetzen bzw. zu ergänzen (Franzosa et al., 2021). Die Teilnehmer*innen sind im Allgemeinen stolz darauf, wie schnell sie und ihre Patient*innen sich an die Gegebenheiten angepasst haben. *"Die Gesamtsituation für Patient*innen (Anm.: während der Pandemie) war schlecht, aber ich kann mir nicht vorstellen, wie viel schlimmer es gewesen wäre, wenn die Menschen nicht virtuell miteinander verbunden gewesen wären"*. Insgesamt stellen die Befragten fest, dass vielfältige Optionen einen besseren Zugang zu Patient*innen ermöglichen, als es sonst denkbar gewesen wäre. Sie schätzen die Leichtigkeit, Bilder einer Hauterkrankung per SMS zu senden oder sich schnell per FaceTime zu treffen. Für die Zukunft wäre es gut, Videobesuche schon proaktiv in die häusliche Pflege zu integrieren (Franzosa et al., 2021).

3.3 Herausforderungen von Videobesuchen

3.3.1 Gesundheitszustand und kognitive Fähigkeit der Patient*innen

Franzosa et al. (2021) beschreiben, dass ausreichende Hör- und Sehfähigkeiten wie auch kognitive Fähigkeiten bei den Teilnehmer*innen als Voraussetzung für die Durchführung von Videobesuchen sind. Onkologische Krankenpflegepersonen berücksichtigen vor allem die Gesundheitssituation der Patient*innen, weil sie besorgt sind, dass sich Videobesuche belastend auf Patient*innen auswirken könnten (Rygg et al., 2021). Ein primärer Faktor ist die Behandlungsphase: *"... Im Moment befinden sie sich in einer ruhigen Phase"* (ON3). Bei der Implementierung der Videobesuche bei Patient*innen achten die Krankenpflegepersonen darauf, dass die Krankheit stabil ist und Patient*innen die nötige Energie und Aufmerksamkeit haben, um den Umgang mit einem Tablet zu erlernen. Angemessene kognitive Fähigkeiten sind eine Voraussetzung, ein fortgeschrittenes Alter stellt hingegen kein Hindernis dar (Rygg et al., 2021).

Die Befragten betonen, dass die Implementierung von Videotelefonie in einem frühen Krankheitsstadium sinnvoll ist, da einige Patient*innen aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes für eine Teilnahme ausgeschlossen sind (Funderskov et al., 2019). Bei fortschreitender

Erkrankung sind vermehrt körperliche Untersuchungen notwendig, was Hausbesuche vor Ort erforderlich macht (Funderskov et al., 2019). Die Befragten bei Rygg et al. (2021) empfinden es als unangemessen und unzureichend in kritischen Situationen über Videobesuche unterstützende Pflege zu leisten: *"Wenn sie so müde vom krank sein sind, macht man keine Videokonferenz, es wäre zu viel für sie"* (ON1) (Rygg et al., 2021).

3.3.2 Technologische Kompetenz, verfügbare Geräte und Datenvolumen

Nicht für alle Patient*innen ist es passend per Video kontaktiert zu werden (Franzosa et al., 2021). Zu den Hindernissen für Videobesuche gehören mangelnde technologische Kompetenz, mangelnder Zugang zu Geräten, unzuverlässigen Internetdienste sowie ein ungeschickte Umgang mit diesen. Öfter ist das Bereitstellen eines Telefons bzw. Datentarifs von Angehörigen oder anderen Personen erforderlich, da Patient*innen nicht über die notwendige Technologie verfügen. *"Unsere normalen Patienten in der Grundversorgung kämpfen bereits mit Telemedizin. Wir wissen, dass diese Barrieren in unserer geriatrischen Bevölkerung schwierig zu überwinden sind"* (Praxis 3).

Die Fähigkeit und der Wunsch Videos zu verwenden ist bei Patient*innen unabhängig von Alter oder Behinderung sehr unterschiedlich *„Sie haben 95-Jährige, die sagen: „Ich werde Sie facetimen“, dann haben Sie einige wie: „Ich habe ein Wählscheibentelefon an meiner Wand.“* (NC, Praxis 1). In der Betreuung von Patient*innen beschreiben Gesundheitsdienstleister*innen ein schrittweises Anbieten von Kontaktmöglichkeiten als sinnvoll. Als erster Versuch wird ein Videobesuch geplant, danach das Umschwenken auf Telefonanrufe. Wenn keine der beiden Modalitäten ausreicht wird ein persönlicher Besuch geplant (Franzosa et al., 2021).

3.3.3 Patient*innen im Mittelpunkt zu haben

Viele der Patient*innen sind oft ältere Menschen die Schwierigkeiten haben, technische Geräte zu bedienen und deshalb von Angehörigen oder Pflegekräften Unterstützung benötigen und damit in einer gewissen Abhängigkeit stehen (Franzosa et al., 2021). Dies birgt die Gefahr, dass die unterstützenden Personen das Gespräch dominieren (*"okay, es ist großartig, Sie zu sehen, Herr So-und-so, aber ich muss wirklich Ihre Frau sehen"* [NP, Praxis 1]) (Franzosa et al., 2021). Es wird als wichtig erachtet, dass Patient*innen entscheiden können, welche Themen während der Videosprechstunde mit der Krankenpflegeperson des mobilen Palliativteams besprochen werden sollen (Funderskov et al., 2019).

Beim Hinzuschalten von Angehörigen per Video ist es ebenfalls wichtig eine vertrauensvolle Fürsorge für die Würde der Patient*innen zu haben. *Hauskrankenpflegeperson 3: "Es könnte Familien geben, in denen es für Patienten überwältigend oder erniedrigend sein könnte [...]"*

Sie sprechen sehr offen [...] Ist es in Ordnung, dass wir die Magen-Darm-Funktion der Patienten diskutieren und so weiter... [...] und es ist möglich, klar zu sagen, wenn es Themen gibt, die Sie in diesem Forum nicht für richtig halten ..." (Funderskov et al., 2019).

3.3.4 Gesamtsituation von Patient*innen wahrnehmen

Einige der Befragten äußern Bedenken, dass wichtige Informationen bei Videobesuchen verpasst werden könnten (Franzosa et al., 2021). *"Ich habe letzte Woche jemanden gesehen, der gestürzt ist, und wir brauchten wirklich eine klare Einschätzung seines Hauses und es gibt Bedenken hinsichtlich kognitiver Verzögerungen und Hörverlust, und es war schwierig, selbst mit einem Video wirklich das vollständige Bild zu bekommen"*, teilt ein klinischer Direktor (Praxis 2) mit. Eine Krankenpflegeperson beschreibt, dass sie vielleicht, wenn sie *"in der Lage gewesen wäre, hineinzugehen und Hausbesuche zu machen, Probleme schneller aufgreifen könnte"* (Praxis 4). (Franzosa et al., 2021).

3.3.5 Aufbau von Vertrauen

Videobesuche bieten nicht die gleiche Nähe wie Hausbesuche (Rygg et al., 2021). Speziell weil man den Ausdruck der anderen Person nicht sieht und spürt. Dies beschreibt ON4 mit den Worten: *"... in gewisser Weise mit einem Bild sprechen"*. Die onkologischen Krankenpflegepersonen machen deshalb bewusst bei allen Patient*innen Hausbesuche bevor sie mit der virtuellen Nachsorge mit Tablets beginnen um das Vertrauen aufzubauen: *"... Wir 'bauen' das Vertrauen mit Patienten in Hausbesuche auf"* (ON2). Sie finden, dass sich Videobesuche für spätere Begegnungen besser eignen als zum Behandlungsbeginn (Rygg et al., 2021). Bei der Studie von Franzosa et al. (2021) findet vor dem Videobesuch kein persönlicher Kontakt statt. Hier wird die Schwierigkeit beschrieben per Video ausreichend Vertrauen zu Patient*innen aufzubauen. *"Wenn Sie einen neuen Patienten über Telemedizin eröffnen, haben Sie nicht das gleiche [Vertrauen] wie wenn Sie zum ersten Mal zu einem Arzt gehen, weil sie uns nicht von Person zu Person treffen"*, erklärte ein Pflegekoordinator (Praxis 1). Insbesondere ältere Patient*innen fühlen sich mit Videountersuchungen nicht immer wohl. Eine ältere Patientin weigert sich beispielsweise, ihre Bluse für die Beurteilung der Haut hochzuheben. Deswegen besteht die Befürchtung, *"einfach nicht so viele Informationen bekommen zu können, weil sie sich nicht wohl fühlten"* (CD, Praxis 1) (Franzosa et al., 2021).

3.3.6 Videobesuche ohne persönlichen Kontakt

Die Gesundheitsdienstleister*innen in Primärversorgungszentren sind der Meinung, dass Video nur ein vorübergehender Ersatz für die menschliche Berührung sein kann (Franzosa et al., 2021). *"Sie sind sehr aufgeregt [über Videobesuche], aber sie warten alle immer noch*

*darauf, dass ich komme", sagte ein Arzt. "Sie wollen die persönlichen Besuche immer noch" (Praxis 6). Das gilt auch für die Gesundheitsdienstleister*innen: "Ich vermisse diese Berührung, wie zum Beispiel tatsächlich dort zu sein. Sie zu sehen. Wir vermissen es. Die Patienten vermissen es auch" (NC, Praxis 1). Die Anbieter*innen sind sich im Allgemeinen einig, dass eine Mischung aus Video- und persönlichen Besuchen die Patient*innenversorgung in Zukunft am besten unterstützen würde. Wie ein Sozialarbeiter erklärt: "Ich glaube nicht, dass Betreuung zu 100 Prozent über Video gehen könnten. Ich weiß nicht, wie das funktionieren würde", aber "sobald diese Beziehung [zu einem Patienten] hergestellt ist, zwischen den Besuchen, denke ich, dass das etwas ist, das wir definitiv verwenden werden." (Praxis 1) (Franzosa et al., 2021).*

3.3.7 Übermittlung von ernsten Nachrichten bzw. Besprechen von sensiblen Themen

Während die Befragten bei Franzosa et al. (2021) meinen, dass Videobesuche für bestimmte akute Bedenken wertvoll sind (*"sie haben einen neuen Ausschlag, sie haben eine neue Schwellung"*), sind sie nicht so effektiv für Themen die *„emotional aufgeladen sind“* (CD, Praxis 1). Eine Krankenpflegeperson, die sich bei diesen Gesprächen für hochqualifiziert hält, erklärt: *"Es war eine ganz andere Sache, ein persönliches Gespräch von Angesicht zu Angesicht zu führen, als [über Video zu sagen]: "Es tut mir leid. Mama stirbt. Was wollen wir tun?"* (Praxis 1) (Franzosa et al., 2021). Onkologische Krankenpflegepersonen betonen die Notwendigkeit der physischen Nähe zu Patient*innen in "herzzerreißenden" Situationen (Rygg et al., 2021). ON4 drückt die Thematik in dieser Art aus: *"Um über etwas zu sprechen, das das Herz wirklich berührt, muss man nah dran sein ... also hoffe ich, dass Tablets physische Treffen nicht vollständig ersetzen werden"*. Wenn ernste Nachrichten, wie zum Beispiel die Zunahme eines Krebsmarkers übermittelt werden, fühlen die Krankenpflegepersonen das Bedürfnis vor Ort anwesend zu sein. Dadurch kann die notwendige emotionale Unterstützung angeboten werden: *"Es wäre nicht angemessen gewesen, Videokonsultationen zu verwenden, weil ich denke, dass ich in einer solchen Situation möglicherweise keine angemessene Unterstützung geleistet hätte"* (ON3) (Rygg et al., 2021). Funderskov et al. (2019) weisen auf die Notwendigkeit hin, die virtuelle Pflege zu individualisieren und auf ihre Angemessenheit in der herausfordernden Situation mit der Diagnose Krebs zu bewerten. Auch die Diskussion von sensiblen Themen ist eine Herausforderung, wenn nicht genug Vertrauen aufgebaut worden ist (Franzosa et al., 2021).

3.3.8 Qualität von Bild und Ton

Wenn die Technologie aufgrund von Verbindungs- und Qualitätsproblemen schwer zu bedienen ist, verringert dies den Wert von Videobesuchen erheblich (Osuji et al., 2020). *„Die Hälfte der Zeit haben wir Verbindungsprobleme. Der Klang ist auch schlecht. Die meisten unserer Patienten sind älter und schwerhörig, was es schwierig macht, selbst wenn wir die Lautstärke ganz oben haben.“ (RN) „Es müssen stabile Internetverbindungen an beiden Enden sichergestellt werden, damit dies funktioniert. Wenn ich in meinem Auto sitze, kann ich meinen WLAN-Hotspot aktivieren. In einigen Situationen konnten wir das Wi-Fi des Patienten zu Hause für ein besseres Signal nutzen.“ (MD).* Kliniker*innen berichten, dass einige klinische Probleme, wie die Visualisierung von Hautproblemen, nicht einfach per Video zu bewältigen ist. *„Wir haben auch versucht, Videobesuche für Wunduntersuchungen zu verwenden. Auch hier ist die Qualität nicht großartig, da ich nicht in der Lage bin, Drainage, Farbe usw. zu sehen“ (MD) (Osuji et al., 2020).*

Wenn Pflegepersonen gemeinsam mit Patient*innen vor Ort die Videokonferenz starten und weitere Personen hinzuschalten, können gemeinsam Probleme wie eine fehlende Internetverbindung, fehlendes Audio oder ein schwarzer Bildschirm gelöst werden (Funderskov et al., 2019). *Hauskrankenpflegeperson 2: "Wir hatten neulich ein Problem mit fehlendem Audio (während einer Videoberatung), aber wir haben gerade mein Handy auf hohe Lautstärke gestellt, und dann hatten wir das Bild auf dem Tablet-Bildschirm [...] Es ist sowieso gut geworden, also haben wir keine Probleme mit dem Dialog bemerkt." (Funderskov et al., 2019).*

3.3.9 Belastung für Hauskrankenpflegepersonen, wenn sie für Videoübertragung vor Ort verantwortlich sind

Die Befragten stellen fest, dass Videobesuche vor allem für die Personen, die per Video hinzugeschaltet werden, Komfort bieten (Osuji et al., 2020). Wenn Videobesuche während der Hausbesuche durch die Hauskrankenpflegeperson eingerichtet werden, stellt dies eine zusätzliche Belastung für Hauskrankenpflegepersonen dar. *„Die Terminplanung ist eine allgegenwärtige Herausforderung. Ich würde das Video niemandem empfehlen. Die Videobesuche machen die Besuche viel länger, manchmal fügt es 30 oder 45 Minuten hinzu.“ (RN)* Wenn Patient*innen die technologische Ausstattung fehlt sind, *"die Krankenpflegepersonen [beim persönlichen Besuch] gefordert ihr eigenes Telefon oder ihren eigenen Computer zu verwenden, um einen telemedizinischen Besuch beim Facharzt einzuleiten." (NC, Praxis 6) (Osuji et al., 2020).*

3.3.10 Einwilligung der Patient*innen bzw. Datenschutz

Krankenpflegepersonen sind mit dem Tablet ortsunabhängig, was jedoch bedeutet, dass sie die Privatsphäre der Patient*innen schützen müssen (Rygg et al., 2021). Sie waren sich der Notwendigkeit bewusst, Gespräche an Orten zu führen, an denen die Privatsphäre der Patient*innen gewahrt werden kann. Zum Beispiel erzählt eine befragte Person: *"... Ich benutze es nicht, wenn ich in der Kantine bin"* (ON2) (Rygg et al., 2021).

Da die Datenschutzbestimmungen in den USA aufgrund der Pandemie gelockert wurden können die Primärversorgungszentren HIPAA-konforme Plattformen mit zusätzlichen Tools wie SMS, E-Mail, FaceTime und WhatsApp ergänzen (Franzosa et al., 2021). Dies ist sehr hilfreich, da bei HIPAA-konformen Plattformen die Herausforderung besteht, dass Patient*innen den Nutzungsrechten zustimmen müssen sowie Portalkonten einrichten und ein neues System erlernen müssen. Viele Primärversorgungszentren experimentieren mit mehreren Plattformen gleichzeitig, um eine zu finden, die für Mitarbeiter*innen und Patient*innen am dienlichsten ist. Die Befragten hoffen, dass sie die Flexibilität bei der Wahl der Plattformen beibehalten können, auch wenn die Datenschutzbestimmungen nach der Pandemie wieder verschärft würden. *"Wir haben einfach getan, was wir wirklich notwendig für Patienten hielten, und es wird vorbei sein, wenn wir zum regulären [institutionellen Plattform-] Weg zurückkehren"*, bemerkte ein Sozialarbeiter (Praxis 1) (Franzosa et al., 2021).

4 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Mit der Bachelorarbeit wird die Frage beantwortet, welche Benefits bzw. Herausforderungen sich aus Sicht von Pflegepersonen beim Einsatz von synchroner Videokonversation anstelle von persönlicher Begegnung in der pflegerischen Betreuung von erwachsenen Patient*innen zuhause ergeben. Insgesamt können zehn Benefits und zehn Herausforderungen aus den vier inkludierten Studien abgeleitet werden. Diese sind in der Abbildung 4 graphisch dargestellt.

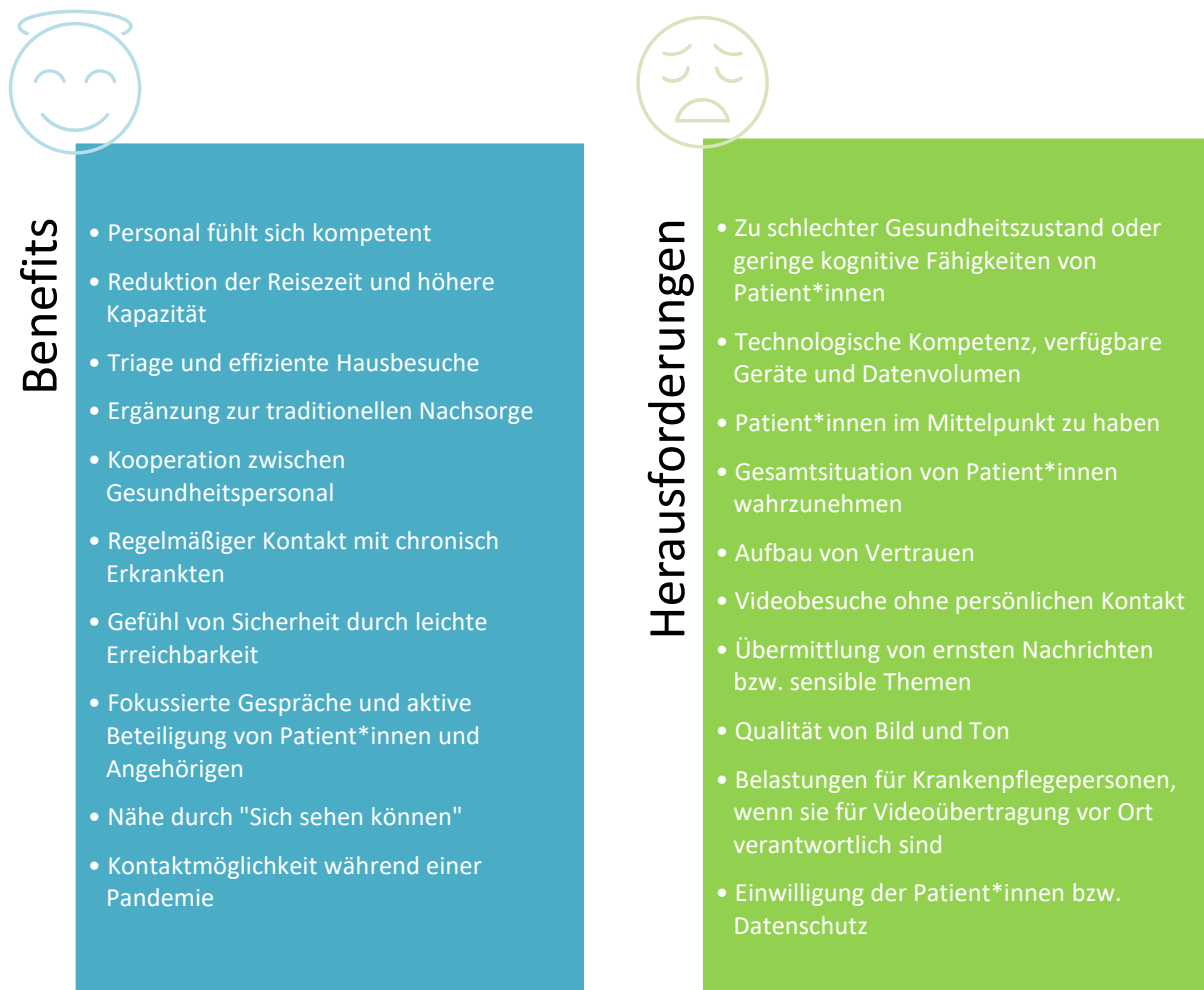


Abbildung 4: Benefits und Herausforderungen von Videobesuchen (eigene Darstellung)

Die synchrone Videokonversation ist eine Möglichkeit bei der die Interaktion zwischen Gesundheitsanbieter*innen und Patient*innen virtuell stattfindet. Damit Videotelefonie als akzeptierte Methode funktioniert, muss die Technologie gut funktionieren und sowohl für die Patient*innen als auch für das medizinische Personal von Vorteil sein (Johansson et al., 2017,

S. 82). Das befragte Personal fühlt sich bei der Verwendung von Videokonsultationen kompetent und ist sich sicher, dass sie über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen, um ihre Rolle bei Videobesuchen erfolgreich zu gestalten.

Die Gesundheitsfachkräfte nennen einige Vorteile von Videotelefonie, die sich sowohl für Patient*innen als auch für sie selber ergeben. Videobesuche ermöglichen einen ortsunabhängigen Kontakt zwischen Patient*innen und Betreuungspersonal. Diese leichte Erreichbarkeit vermittelt ein Gefühl der Sicherheit bei Patient*innen. Das befragte Personal betont, dass die reduzierte Reisezeit mehr persönlichen Komfort bietet und dadurch gleichzeitig Zeit bleibt um mehr Patient*innen oder Patient*innen öfter zu sehen. Die Triage von Patient*innen wird durch vorgezogene Videokonsultation erleichtert und ermöglicht es dem Personal dringende Hausbesuche vorzuziehen und vorbereiteter zu Patient*innen zu kommen. Die Möglichkeit mehr Patient*innen durch reduzierte Reisezeit und Steigerung der Effizienz betreuen zu können entspricht der Aussage, dass der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien eine Möglichkeit sein kann um dem kontinuierlichen Anstieg der Nachfrage nach Pflegeleistungen gerecht zu werden (van Houwelingen et al., 2016, S. 50).

Videobesuche eignen sich laut den Befragten besonders gut für Nachsorgetermine und bieten eine passende Ergänzung zur traditionellen Nachsorge. Für berufstätige Patient*innen bedeuten virtuelle Nachsorgetermine eine höhere Flexibilität und weniger Wartezeit. Expert*innen der Pflege meinen, dass unter anderem Tätigkeiten wie die Information und Beratung aus der Ferne erbracht werden können (Braeseke et al., 2020, S. 6). Chronisch Erkrankte haben häufig einen hohen Informationsbedarf und benötigen regelmäßigen Kontakt, weshalb sich Videobesuche für diese Patient*innengruppe als vorteilhaft erweisen. Aus den Studien geht hervor, dass die Bereitstellung von wiederholter Information per Video sehr gut möglich ist. Vor allem nach Krankenhausbesuchen kann der Aufklärungsbedarf gut gedeckt werden.

Videobesuche ermöglichen eine Kooperation zwischen verschiedenem Gesundheitspersonal. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMSGPK, 2019) bezeichnet das Hinzuziehen von weiteren Gesundheitsdienstleister*innen als Telekonferenz. So können sich Hauskrankenpflegepersonen bei Hausbesuchen eine schnelle Unterstützung bzw. Zweitmeinung von Fachärzt*innen oder dem mobilen Palliativteam per Video einholen. Patient*innen profitieren davon, weil sie bei der Besprechung dabei sind und gleichzeitig schnellere Entscheidungen getroffen werden können. Von Vorteil ist auch, wenn Videokonversation für Fallbesprechungen gemeinsam mit den Patient*innen und nicht wie früher ohne Patient*innen eingesetzt werden. Patient*innen können dadurch frühzeitig in die Betreuung integriert werden. Auch Angehörige können per Video bei Fallbesprechungen hinzugeschaltet werden. Dies bedeutet zeitlich flexiblere Lösungen und höhere Beteiligungsmöglichkeit von Angehörigen, die zum Teil noch berufstätig sind (Donaghy et al., 2019, S. 586).

Den Befragten ist es häufig wichtig einen persönlichen Kontakt vor den Videobesuchen herzustellen, weil dabei Vertrauen zwischen Patient*innen und betreuendem Personal aufgebaut werden kann. Bei Franzosa et al. (2021) findet aufgrund der Covid-19 Pandemie vor den Videobesuchen kein persönlicher Kontakt statt und die Befragten meinen, dass sie und ihre Patient*innen sich erstaunlich schnell an die neuen Gegebenheiten angepasst haben. Videobesuche bieten eine Kontaktmöglichkeit trotz physischer Distanz in der Zeit der COVID-19-Pandemie, was auch Birkhoff et al. (2021, S. 14) positiv hervorheben. Die Befragten sind sich aber auch einig, dass der persönliche Kontakt nicht auf Dauer ersetzt werden kann und die Patient*innen teilweise noch auf persönliche Treffen warten.

Obwohl die Videokonsultationen auf diverse Vorteile hindeuten, ist die Akzeptanz und Implementierung im Gesundheitswesen langsam (Seibert et al., 2020, S. 95). Möglicherweise liegt es daran, dass nicht alle pflegerischen Tätigkeiten aus der Ferne erbracht werden können und es auch nicht für alle Patient*innen passend ist per Video kontaktiert zu werden. Pflegepersonen beschreiben es als sehr wichtig und gleichzeitig herausfordernd die richtigen Patient*innen und Situationen für Videobesuche auszuwählen, damit eine hohe Qualität der Betreuungsleistung gewährleistet werden kann. Es spielen mehrere Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise der aktuelle Gesundheitszustand. Je schlechter der Gesundheitszustand, desto mehr körperliche Untersuchungen werden notwendig. So wie Imlach et al. (2020, S. 8) beschreiben ist die virtuelle pflegerische Patient*innenversorgung dann schwierig, wenn die physische Anwesenheit der Krankenpflegeperson für die Erbringung von Leistungen erforderlich ist. Des Weiteren benötigen Patient*innen für Videobesuche ausreichende Hör- und Sehfähigkeit als auch kognitive Fähigkeiten. Hinderlich ist es, wenn Patient*innen nicht über die notwendige technologische Kompetenz, Geräte oder Datenvolumen verfügen. Häufig ist es möglich von Angehörigen Unterstützung bei der Videotelefonie zu bekommen. Dies birgt jedoch eine andere Gefahr. Die Angehörigen könnten das Gespräch dominieren und anstelle der Patient*innen im Mittelpunkt stehen.

Videobesuche bieten durch das „Sich sehen können“ mehr Nähe als der Kontakt per Telefon. Die Mimik und der Gesichtsausdruck werden wahrgenommen und ermöglichen eine bessere Beobachtung des Gesundheitszustandes und der Gefühlslage der Patient*innen. Gleichzeitig besteht für das Betreuungspersonal die Herausforderung mehr als nur das Gesicht wahrzunehmen. Sie beschreiben, dass es manchmal auch wichtig wäre die häusliche Umgebung, das Gangbild oder etwaige Gerüche wahrnehmen zu können um das Gesamtbild von Patient*innen zu erfassen. Die Befragten meinen, dass sie mit Videokonversationen schneller zum Thema kommen und Gespräche nebenbei reduziert werden. Fokussierte Gespräche sind vermutlich auch deshalb möglich, weil Patient*innen sich vorab Fragen überlegt haben und so vorbereiteter in die Videobesuche gingen. Die Übermittlung von ernstern Nachrichten und das

Besprechen von sensiblen Themen per Videokonferenz wird als nicht passend beschrieben. Dies hängt vermutlich auch damit zusammen, dass die Befragten eine Kombination aus persönlichem Kontakt und Videokontakt am besten finden, um das notwendige Vertrauen zu den Patient*innen aufbauen zu können. Videogespräche haben den Vorteil von fokussierteren Gesprächen, jedoch kann ohne beiläufigem Gespräch weniger Nähe und Vertrauen aufgebaut werden, was jedoch für ernste Gespräche notwendig wäre.

Für eine Videokonferenz hinderlich kann die Einwilligung der Patient*innen zur Videokonversation sowie das Thema Datenschutz sein. Durch die COVID-19 Pandemie ist es für Gesundheitsberufe weltweit notwendig geworden face-to-face Gespräche mit virtuellen Möglichkeiten zu ersetzen, ohne den Zugang zu wesentlichen Gesundheitsdiensten zu erschweren (World Health Organization, 2021). Der beschleunigte Wandel in der Technologie und der daraus resultierenden Änderungen bei der Regulierung haben schnelle Innovationen möglich gemacht (Franzosa et al., 2021). Die Befragten beschreiben, dass die erleichterten Regulationen hinsichtlich des Datenschutzes den Weg ebnen, damit eine Vielfalt an Plattformen, wie FaceTime, What's App oder ähnliches für die Kommunikation verwendet werden können. Die Vorlieben der Patient*innen für eine bestimmte Plattform kann dadurch berücksichtigt werden. Die Befragten wünschen sich, dass dieser erleichterte Zugang auch nach der Pandemie erhalten bleibt.

In den Studien verwenden die Patient*innen teilweise private Geräte und teilweise für die Studie bereitgestellte Geräte. Nicht immer ist die verwendete Plattform angegeben. Deswegen kann keine Aussage zu einer bestimmten Software oder Hardware getroffen werden. Offensichtlich ist, dass für einen erfolgreichen Videobesuch die Verbindung ohne technische Unterbrechungen funktionieren sollte, weil sich eine schlechte Qualität von Bild und Ton mindernd auf die Qualität des Videobesuches auswirkt. Wenn Krankenpflegepersonen für Patient*innen vor Ort den Videobesuch mit weiteren Gesundheitsanbieter*innen herstellen, ist mit etwas Zeitaufwand die Lösung von technischen Problemen möglich. Gleichzeitig meinen sie, dass die Hausbesuche mehr Zeit in Anspruch nehmen, wenn sie vor Ort für die Videoübertragung verantwortlich sind und sich deshalb belastend auswirken.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Telehealth hat das Potenzial, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Art und Weise zu verändern, wie Gesundheitsversorgung organisiert ist (Flodgren et al., 2015, S. 29). Spannend ist, wie dieses Potenzial im Pflegebereich tatsächlich genutzt werden kann. Für zukünftige Überlegungen im Bereich der virtuellen Betreuung ist es sinnvoll Videobesuche schon proaktiv in die häusliche Pflege zu integrieren, um einerseits in Pandemiezeiten schon einen persönlichen Kontakt zum Betreuungspersonal zu haben und andererseits mit Videokommunikation vertraut zu sein. Aber auch bei chronisch erkrankten Personen ist es vorteilhaft schon frühzeitig mit Videokonsultationen zu beginnen, damit die Handhabung in einem frühen Stadium der Krankheit erlernt wird und auch bei einem schlechteren Gesundheitszustand Videounterstützung angeboten werden kann. In dieser Phase ist es meist schon zu anstrengend für Patient*innen eine neue Kommunikationsstrategie zu erlernen. Insgesamt dürfte eine Mischung aus Video- und persönlichen Besuchen eine hochqualitative Versorgung von Patient*innen am besten unterstützen.

Limitierend muss angemerkt werden, dass bei drei der inkludierten Studien die Pflegepersonen in einem Team mit Ärzt*innen bzw. anderen Gesundheitsfachpersonen arbeiten und deshalb nicht nur Krankenpflegepersonen, sondern das gesamte Team zum Thema Videotelefonie befragt wird. Deswegen kann die Sichtweise von Krankenpflegepersonen nicht isoliert beleuchtet werden. Die kritische Qualitätsbewertung sowie die Datenanalyse werden von nur einer Person durchgeführt. Der Publikationszeitraum der Studien liegt zum Teil vor bzw. zu Beginn der COVID-19 Pandemie. Möglicherweise hat sich die Sichtweise von Gesundheitspersonal seither geändert.

Empirische Forschungsarbeiten sind notwendig, um herauszufinden, welche Einstellungen Pflegepersonen in Österreich zu Videotelefonie haben und welche sinnvollen Möglichkeiten es gibt, um mit Videotelefonie die Betreuung und Pflege von Patient*innen zu Hause für alle Beteiligten zu erleichtern.

6 Literaturverzeichnis

- Bensemmane, S. & Baeten, R. (2019). *Cross-border telemedicine: practices and challenges* (OSE Working Paper Series No. 44). Brüssel. European Social Observatory.
- Birkhoff, S. D., McCulloh Nair, J., Bald, K., Frankum, T., Sanchez, S. R. & Salvatore, A. L. (2021). Facilitators and challenges in the adoption of a virtual nurse visit in the home health setting. *Home health care services quarterly*, 40(2), 1–16.
<https://doi.org/10.1080/01621424.2021.1906374>
- BMSGPK. (2019). *Telemedizin*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/eHealth/Telemedizin.html>
- Booth, A. (2006). Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech*, 24(3), 355–368.
<https://doi.org/10.1108/07378830610692127>
- Braeseke, G., Engelmann, F., Hahnel, E., Kulas, H., Musfeldt, M., Pörschmann-Schreiber, U. & Rieckhoff, S. (2020). *Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung - Endbericht*. Berlin. IGES Institut GmbH. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_Potenziale_Telepflege.pdf
- Car, J., Koh, G. C.-H., Foong, P. S. & Wang, C. J. (2020). Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. *BMJ*, 371(m3945), 1-6.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3945>
- Chow, J., Calvin, A., Villarba, A., Armstrong, C., Windebank, D., Maurya, N., Woodward, P., Pong, J. & Brunier, G. (2021). Impact of coronavirus disease (COVID-19) on home dialysis: Experiences of home dialysis nurses in Australia and Canada. *Renal Society of Australasia Journal*, 17(2). <https://doi.org/10.33235/rsaj.17.2.20-27>
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J. & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>
- Europäische Kommission. (o.J). *Public Health*. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/overview_de
- Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M. & Shepperd, S. (2015). Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(CD002098), 1-512.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>

- Franzosa, E., Gorbenko, K., Brody, A. A., Leff, B., Ritchie, C. S., Kinosian, B., Sheehan, O. C., Federman, A. D. & Ornstein, K. A. (2021). "There Is Something Very Personal About Seeing Someone's Face": Provider Perceptions of Video Visits in Home-Based Primary Care During COVID-19. *Journal of applied gerontology*, 40(11), 1417–1424. <https://doi.org/10.1177/07334648211028393>
- 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>
- Health IT. (2020). *Telemedicine and Telehealth*. <https://www.healthit.gov/topic/health-it-health-care-settings/telemedicine-and-telehealth>
- Hong, Q. N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I. & Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. <https://doi.org/10.3233/EFI-180221>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C. & Vedel, I. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) - User Guide, 1–10. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/146002140/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-08c.pdf
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C. & Vedel, I. (2019). Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal of clinical epidemiology*, 111, 49-59.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>
- Hübner, U. & Egbert, N. (2017). Telepflege. In P. Bechtel, I. Smerdka-Arhelger & K. Lipp (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe* (S. 211–224). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1_21
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K. & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1905–1926. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193>
- Imlach, F., McKinlay, E., Middleton, L., Kennedy, J., Pledger, M., Russell, L., Churchward, M., Cumming, J. & McBride-Henry, K. (2020). Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences

- and preferences. *BMC family practice*, 21(269), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01336-1>
- Johansson, A. M., Lindberg, I. & Söderberg, S. (2017). Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas. *Primary Health Care Research & Development*, 18(1), 73–83. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000347>
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e1. <https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1>
- Osuji, T. A., Macias, M., McMullen, C., Haupt, E., Mittman, B., Mularski, R. A., Wang, S. E., Werch, H. & Nguyen, H. Q. (2020). Clinician Perspectives on Implementing Video Visits in Home-Based Palliative Care. *Palliative medicine reports*, 1(1), 221–226. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0074>
- Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E. & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of family medicine*, 15(3), 225–229. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>
- Rappold, E. & Juraszovich, B. (2019). *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*. Wien. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Russell, A., Wildt, G. de, Grut, M., Greenfield, S. & Clarke, J. (2022). What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ open*, 12(e055955), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055955>
- 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(101955), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101955>
- Seibert, K., Domhoff, D., Huter, K., Krick, T., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K. (2020). Application of digital technologies in nursing practice: Results of a mixed methods study on nurses' experiences, needs and perspectives. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 158-159, 94–106. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.10.010>
- Souza, M., Da Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Telemed Austria. (2022). *Startseite*. Telemed Austria. <https://www.telemedaustria.at/>
- van Houwelingen, C. T. M., Moerman, A. H., Ettema, R. G. A., Kort, H. S. M. & Cate, O. (2016). Competencies required for nursing telehealth activities: A Delphi-study. *Nurse education today*, 39, 50–62. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.025>

- Vijayaraghavan, S., O'Shea, T., Campbell-Richards, D., Sudra, R., Morris, J., Byrne, E. & Greenhalgh, T. (2015). DAWN: Diabetes Appointments via Webcam in Newham. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 15(3), 123–126.
<https://doi.org/10.15277/bjdvd.2015.032>
- White, T., Watts, P., Morris, M. & Moss, J. (2019). Virtual Postoperative Visits for New Oostomates. *CIN: Computers, informatics, Nursing*, 37(2), 73–79.
<https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000498>
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- World Health Organization. (2021). *Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach: Interim guidance* (WPR/DSE/2020/032). <file:///C:/Users/jojz/Downloads/WPR-DSE-2020-032-eng.pdf>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begriffe in der digitalen Gesundheitsversorgung (Telemed Austria, 2022).....	2
Abbildung 2: Anwendungen von Telepflege (Hübner & Egbert, 2017)	5
Abbildung 3: PRISMA-Diagramm der eingeschlossene Artikel (eigene Darstellung)	7
Abbildung 4: Benefits und Herausforderungen von Videobesuchen (eigene Darstellung).....	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der Fragestellung anhand des SPICE Framework inklusive Ein- und Ausschlusskriterien	6
Tabelle 2: Bewertung der inkludierten Studien in Anlehnung an das Mixed Methods Appraisal Tool von Hong, Fàbregues et al. (2018, S. 2)	9
Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten Studien (eigene Darstellung)	13
Tabelle 4: Suchprotokoll in den Datenbanken Pubmed und Cinhal via EBSCO.....	36
Tabelle 5: Ausführliche Bewertung der inkludierten Studien mit dem Mixed Methods Appraisal Tool, Version 2018 (Hong, Fàbregues et al., 2018)	37

Anhang

Tabelle 4: Suchprotokoll in den Datenbanken Pubmed und Cinhal via EBSCO

Datum	Datenbank	Suchbegriff	Einschränkungen	Tref-fer
02.05.2022	Pubmed	Video Conferencing OR Telecare AND home care AND elderly		482
	Pubmed	Video Conferencing OR Telecare AND home care AND elderly	2012-2022	262
	Pubmed	Video Conferencing AND home care AND elderly AND nurse	2012-2022	9
	Pubmed	Video visit AND home care AND nurse	2012-2022	9
	Pubmed	Video AND "home care"		509
	Pubmed	Video AND "home care"	2012-2022	293
	Pubmed	Video AND "home care" AND nurse	2012-2022	62
	Pubmed	Video consultation AND "home care" AND nursing NOT infant	2012-2022	10
	Pubmed	Video AND "home care" AND nursing NOT infant	2012-2022	88
	Pubmed	"nurse practitioner" AND video	2012-2022	25
06.05.2022	Cinhal via EBSCO	counseling AND video AND nurs*	2012-2022	47
	Cinhal via EBSCO	home health care AND video AND nurs*	2012-2022	59
07.05.2022	Cinhal via EBSCO	primary care AND video AND nurs*		177
	Cinhal via EBSCO	primary care AND video AND nurs*	2012-2022	124
	Cinhal via EBSCO	primary care AND video AND nurs* NOT child or infant or toddler or baby or children	2012-2022	105
	Cinhal via EBSCO	community AND video AND nurs* NOT child or infant or toddler or baby or children	2012-2022	205
	Cinhal via EBSCO	community nurs* AND video consultations or video appointments NOT child or infant or toddler or baby or children	2012-2022	5
	Cinhal via EBSCO	primary care nurs* AND video	2012-2022	34
	Cinhal via EBSCO	elderly AND video AND home care	2012-2022	19
	Cinhal via EBSCO	elderly AND video AND home care AND nurs*	2012-2022	10
	Cinhal via EBSCO	nurs* AND home AND virtual visit	2012-2022	21

Tabelle 5: Ausführliche Bewertung der inkludierten Studien mit dem Mixed Methods Appraisal Tool, Version 2018 (Hong, Fàbregues et al., 2018)

Autor (Jahr)	Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
			Yes	No	Can't tell	Comments
Franzosa et al. (2021)	Screening questions	S1. Are there clear research questions?	Yes			<i>Das Ziel dieser qualitativen Studie war es, die Verwendung von Videovisiten durch Primärversorgungszentren während des anfänglichen Pandemieanstiegs in New York City (NYC), förderliche und hinderliche Faktoren sowie Überlegungen zur Einbindung älterer, medizinisch komplexer Patient*innen in Videovisiten besser zu verstehen.</i>
		S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes			<i>Es gibt eine klare Verbindungen zwischen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation.</i>
	1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes			<i>Auswahl der beobachteten Primärversorgungszentren mithilfe eines Schneeballsystems. Semistrukturierte Interviews via Videokonferenz. Fokus auf die Praktikabilität von Videovisiten in Primärversorgungszentren in der Zeit von COVID-19.</i>
		1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes			<i>Die Autor*innen haben den Interviewleitfaden gemeinsam um drei Themen herum entwickelt: (a) große Herausforderungen für die Praxis aufgrund von COVID-19; (b) Anpassungen an diese Herausforderungen; und (c) Ratschläge für Praktiken. Wir untersuchten, wie Praxen mit bestimmten Problemen umgingen, darunter Telemedizin/Videobesuche, Betreuung von COVID-Patienten, Versorgung am Lebensende und Personalausstattung.</i>
		1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes			<i>Qualitative Analyse durch einen kombinierten deduktiven und induktiven Ansatz, wobei fokussierte Kodierung verwendet wird, um spezifischen Forschungsfragen zu beantworten und offene Codierung, um breitere Emergente zu erfassen.</i>
		1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes			<i>Die Interpretation der Ergebnisse wird durch die gesammelten Daten unterstützt. Es sind Zitate zur Begründung der Themen vorhanden.</i>
1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes			<i>Es gibt eine klare Verbindungen zwischen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation.</i>		
Funderskov et al. (2019)	Screening questions	S1. Are there clear research questions?	Yes			<i>Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren sind bei der Einführung von Videoberatung wichtig? Wie erleben Angehörige der Gesundheitsberufe den Einsatz von Videoberatung?</i>
		S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes			
	1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes			<i><u>Deskriptive phänomenologische Forschung</u> Die Studie konzentriert sich auf die subjektiven Erfahrungen und Interpretationen von einem Phänomen, auf das Einzelpersonen stoßen.</i>
		1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes			<i>-Daten aus Feldnotizen eines autobiografischen Tagebuchs -teilnehmende Beobachtungen der Mitarbeiter*innen vor/während und nach der Videokonsultation. - 8 halbstrukturierte Interviews</i>
		1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes			<i>Systematische Analyse der Interviewtranskripte ist beschrieben und wurde von zwei Forscher*innen durchgeführt.</i>
		1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes			<i>Die Interpretation der Ergebnisse wird durch die gesammelten Daten unterstützt. Es sind viele Zitate zur Begründung der Themen vorhanden.</i>
1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes			<i>Es gibt eine klare Verbindungen zwischen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation.</i>		

Osuji et al. (2020)	Screening questions	S1. Are there clear research questions?		No		<i>Das Ziel der Studie war es, den Nutzen und die Angemessenheit (d. h. das Wertversprechen) von Videobesuchen aus der Perspektive von Ärzt*innen und Pflegekräften des mobilen Palliativteams zu bewerten, die im NASSS-Framework verankert sind.</i>
		S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes			<i>Es wurde das NASSS-Framework herangezogen, das entwickelt wurde, um den Erfolg von technologieunterstützten Pflege- und Betreuungsprogrammen zu evaluieren und abzuschätzen.</i>
	1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes			<i>Qualitative Forschung um quantitative Daten besser zu verstehen.</i>
		1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes			<i>Drei qualitative Interviewer verwendeten einen halbstrukturierten Leitfaden, um die Erfahrungen der Kliniker mit der Implementierung von Videovisiten, Hindernissen und Moderatoren sowie Änderungen und Empfehlungen zu untersuchen. Zur systematischen Erfassung der Interviewdaten wurde eine Notizvorlage verwendet.</i>
		1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes			<i>Interviewnotizen wurden zur Kodierung und Analyse in NVivo importiert und kodiert. In diesem Artikel berichten wir über die Analyse eines Themas, das in den Daten stark vertreten war: das Erfolgsversprechen von Videobesuchen bei Klinikern.</i>
		1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes			<i>Die Themen bzw. Codes sind mit Textphrasen aus den Interviews hinterlegt.</i>
		1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes			<i>Es sind alle Schritte beschrieben und es wird nochmals in der Diskussion auf die Interpretation eingegangen.</i>
	4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	Yes			<i>Es wurde eine <u>anonyme Querschnittsumfrage</u> durchgeführt, um den Nutzen und die Angemessenheit von Videobesuchen zu bewerten. Teilnehmer*innen wurden per E-Mail zur freiwilligen Teilnahme an der Umfrage eingeladen, also nicht zufällig ausgewählt.</i>
		4.2. Is the sample representative of the target population?	Yes			<i>Es sollte eine Übereinstimmung zwischen den Befragten und der Zielpopulation geben. Es sind keine Gründe beschrieben, weshalb bestimmte Personen sich gegen eine Teilnahme entschieden haben.</i>
		4.3. Are the measurements appropriate?	Yes			<i>Alle Fragen verwendeten eine 5-Punkte-Likert-Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu). Ob die Fragebögen davor getestet wurden, ist nicht beschrieben.</i>
		4.4. Is the risk of nonresponse bias low?		No		<i>Nonresponse Bias besteht, da nicht beschrieben ist, weshalb nur die Hälfte der eingeladenen Personen an der Umfrage teilgenommen haben. So sind möglicherweise nur die Rückmeldungen von sowieso positiver eingestellten Personen in der Studie beschrieben.</i>
		4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?		No		<i>Mithilfe deskriptiver Statistiken wurden die Umfrageergebnisse zusammenzufassen. Die verwendeten statistischen Analysen sind nicht klar angegeben und begründet.</i>
	5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	Yes			<i>Um die Perspektiven der Kliniker*innen und die allgemeine Erfahrung mit der Verwendung von Videovisiten tiefergehend zu verstehen, wurden die Personen, nach Abschluss der quantitativen Umfrage zu einem qualitativen Interview eingeladen.</i>
		5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	Yes			<i>Die Daten wurden im selben Zeitraum und mit denselben Personen durchgeführt. Eine Zusammenführung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse hat minimal stattgefunden.</i>
		5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	Yes			<i>In der Diskussion werden Ergebnisse der qualitative und quantitative Ergebnisse miteinander verknüpft.</i>
		5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?		No		<i>Es reicht nicht aus, Unterschiede darzustellen. Abweichungen; müssten erklärt und verschiedene Strategien vorgeschlagen werden.</i>
		5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?		No		<i>Bei der Betrachtung der qualitativen Komponente in Punkt 1 und der quantitativen Komponente in Punkt 4 ist auffallend, dass die Studie ein paar Defizite aufweist. Sie kann aber trotz minderer Qualität für die Bachelorarbeit verwendet werden.</i>

Rygg et al. (2021)	Screening questions	S1. Are there clear research questions?	Yes			<i>Was sind die subjektiven Erfahrungen von onkologischen Krankenpflegepersonen mit Videokonsultation als neue Form von Kommunikation in der Nachsorge von zu Hause lebenden Patient*innen?</i>
		S2. Do the collected data allow to address the research questions?	Yes			
	1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	Yes			<i>Deskriptive phänomenologische Forschung: Die Verwendung von VC bedeutete eine neue Situation in der Pflege der ONs für zu Hause lebende Patient*innen. Die phänomenologische Sichtweise und Forschungsmethodik ermöglicht detaillierte Informationen über die gelebte Erfahrungen einer Situation.</i>
		1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	Yes			<i>Fokusgruppe mit offene Frage zu den gelebten Erfahrungen von ONs mit der Verwendung von VC in Nachsorge von acht Patient*innen über einen Zeitraum von drei Monaten.</i>
		1.3. Are the findings adequately derived from the data?	Yes			<i>Deskriptiv phänomenologische Analyse ist genau beschreiben und ein Thema exemplarisch in einer Tabelle dargestellt.</i>
		1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	Yes			<i>Die Ergebnisse sind anhand der Themen und deren Subkategorien dargestellt und mit Zitaten hinterlegt.</i>
		1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	Yes			<i>Es gibt eine klare Verbindungen zwischen Datenquellen, Erhebung, Analyse und Interpretation.</i>