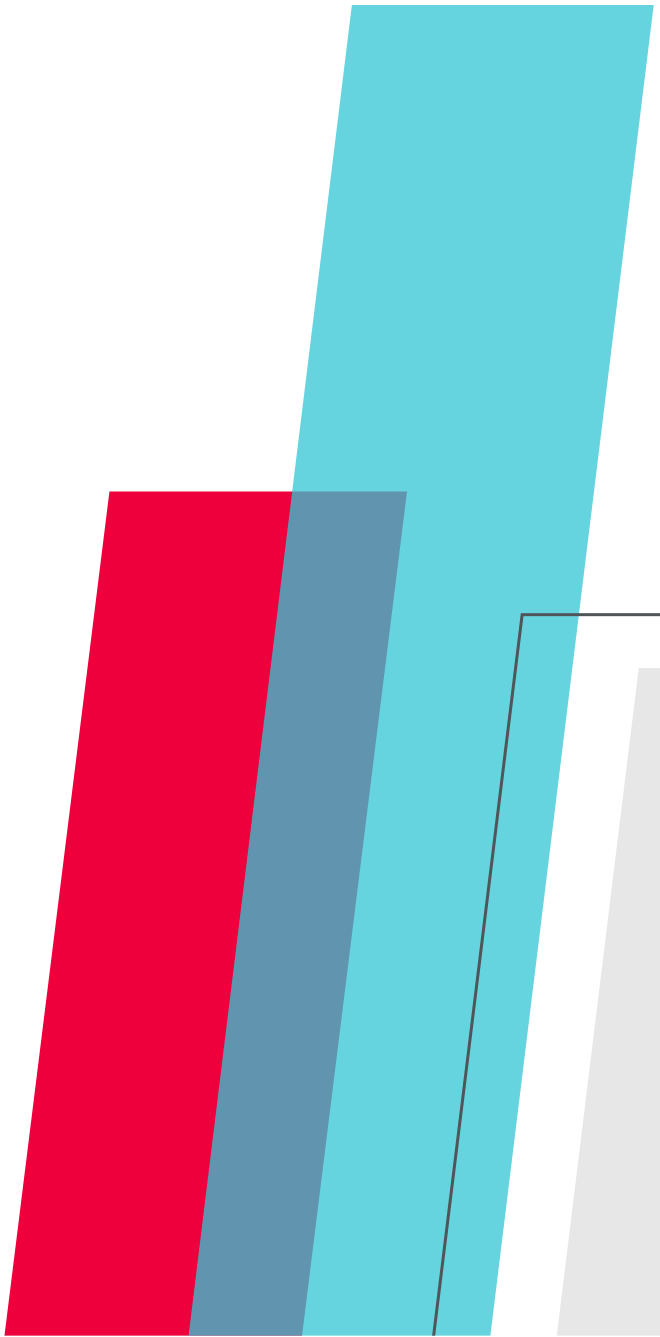
prognos

ENDBERICHT

Erprobung von Telepflege bei der Erbringung pflegerischer Leistungen im Modellprogramm nach § 125a SGB XI

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation



Von
Laura Sulzer (Prognos)
Charlotte Lederer (Prognos)
Marcel Etter (Prognos)
Emily Kraus (Prognos)
Prof. Dr. Erich Heumüller (HeuRika)

Auftraggeber
GKV-Spitzenverband

Abschlussdatum
März 2026

Enabling progress.
With evidence.

Prognos gibt Orientierung in Zeiten der Ungewissheit. Wir vereinen Wirtschaftsforschung und Strategieberatung, um tragfähige Entscheidungen in komplexen Umfeldern zu ermöglichen. Unsere belastbaren Daten, präzisen Analysen und innovativen Methoden unterstützen Verantwortliche in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft dabei, den Wandel aktiv zu gestalten. So ermöglichen wir Fortschritt mit Substanz. Für Entscheidungen, die auf Evidenz beruhen.

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer
DE 122787052

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt
Handelsregisternummer
CH-270.3.003.262-6

Gründungsjahr
1959

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Unsere Standorte

Hauptsitz der Prognos AG in der Schweiz

Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel
info@prognos.com

X: Prognos AG
LinkedIn: @Prognos_AG

prognos.com

Weitere Standorte der Prognos AG in Deutschland

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen

Prognos AG
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 17
79100 Freiburg

Prognos AG
Hermannstraße 13
(c/o WeWork)
20095 Hamburg

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG in Belgien

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft in Österreich

Prognos Europe GmbH
Walcherstraße 11
1020 Wien

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis		3
Management Summary		7
1	**Hintergrund**	**13**
1.1	Modellprogramm nach § 125a SGB XI	13
1.2	Auftrag der Evaluation	14
2	**Telepflege | Begriffe und Grundlagen**	**16**
2.1	Einordnung von Telepflege	16
2.2	Fokus: Videokommunikation	17
2.2.1	Besonderheiten von Videokommunikation	17
2.2.2	Technische Voraussetzungen	17
2.3	Zertifizierung nach § 365 Absatz 1 SGB V	19
3	**Evaluation | Design und Methodik**	**20**
3.1	Evaluationsdesign	20
3.2	Methodisches Vorgehen	22
3.2.1	Dokumentenanalyse	22
3.2.2	Monitoring und Begleitung	23
3.2.3	Online-Befragungen	25
3.2.4	Fachgespräche	26
3.2.5	Fokusgruppen	27
4	**Überblick | Projekte und Anwendungsfelder**	**28**
4.1	Allgemeine Merkmale der Projekte	28
4.1.1	Vorhaben und Ziele	28
4.1.2	Projektnehmer und -konsortien	30
4.1.3	Technische Besonderheiten	31

4.2	Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe	33
5	**Überblick | Beteiligte Einrichtungen**	**39**
5.1	Allgemeine Strukturmerkmale	39
5.1.1	Pflegeeinrichtungen	39
5.1.2	Partner/Partnereinrichtungen	41
5.2	Digitalisierung und Kommunikation	42
5.2.1	Digital(er) arbeiten	42
5.2.2	Kommunikation	44
6	**Ergebnisse | Vorbereitung von Telepflege**	**47**
6.1	Maßnahmen	47
6.2	Technische Einrichtung	48
6.3	Rekrutierung und Einbindung	49
6.3.1	… von professionell Pflegenden	49
6.3.2	… von Pflegebedürftigen und Angehörigen	52
6.3.3	… von Ärztinnen und Ärzten	54
6.4	Zwischenfazit Vorbereitung – Hemmende und förderliche Faktoren	55
7	**Ergebnisse | Erprobung von Telepflege**	**58**
7.1	Allgemeine Merkmale	58
7.1.1	Potenzial von Videokommunikation	58
7.1.2	Kennzahlen zum Einsatz von Videokommunikation	59
7.2	Fokus: Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen	62
7.2.1	Kommunikationsanlässe	62
7.2.2	Anforderungen	67
7.2.3	Praktikabilität	71
7.2.4	Nutzenpotenziale	72
7.3	Fokus: Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren	75
7.3.1	Kommunikationsanlässe	75
7.3.2	Anforderungen	80

7.3.3	Praktikabilität	83
7.3.4	Nutzenpotenziale	84
7.4	Technische Realisierung	86
7.4.1	Technische Infrastruktur und Integration	86
7.4.2	Zugang und Terminierung	87
7.4.3	Passgenauigkeit und Nutzerfreundlichkeit	89
7.5	Organisation und Prozesse	91
7.5.1	Auswirkungen auf Organisation und Prozesse	91
7.5.2	Rollen und Aufgaben	92
7.6	Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit	94
7.6.1	Projektergebnisse und Nachhaltigkeit	94
7.6.2	Technische Weiterentwicklung und Übertragbarkeit	96
7.7	Zwischenfazit Erprobung – Hemmende und förderliche Faktoren	98
8	**Projekte | Vorstellung und Ergebnisse**	**102**
8.1	CareConnect | Uniklinikum Aachen	103
8.2	Digitale Betreuungsassistenz 2.0 | Sander Pflege GmbH	106
8.3	DigiSAPV-KJ Niedersachen | Betreuungsnetzwerk schwerkranker Kinder UG(h)	109
8.4	ErnTeBayLa-S | Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V.	112
8.5	GKV-ViTA XI | VIP GmbH	114
8.6	TeleKID | Diakonie Bethanien gGmbH	116
8.7	Telekooperation in der Pflege | Stiftung Vereinigte Hospitien	118
8.8	TESAM | St. Gereon Seniorendienste	121
8.9	TvK-Stat | Diakonie Osnabrück Stadt und Land	123
8.10	Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit gem. § 37 Absatz 3 SGB XI | Cordi Esse	125
8.11	Virtuelle Fürsorge | Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden und Württemberg	127

9 Zusammenfassung | Projektübergreifende Analyse 129

9.1 Eignung von Videokommunikation im Modellprogramm 129

9.2 Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen 130

9.2.1 Videogestützte Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige 130

9.2.2 Videogestützte Betreuungsangebote für Pflegebedürftige 133

9.3 Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren 135

9.3.1 Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende 135

9.3.2 Pflegerische und interdisziplinäre Fallbesprechungen und Konsultationen 138

9.3.3 Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten 140

10 Fazit 142

Tabellenverzeichnis 144

Abbildungsverzeichnis 145

Abkürzungsverzeichnis 147

Quellenverzeichnis 148

Management Summary

Hintergrund

- Der GKV-Spitzenverband wurde vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, ein Modellprogramm nach § 125a SGB XI zur wissenschaftlich begleiteten Erprobung von Telepflege umzusetzen, mit dem Ziel, die pflegerische Versorgung zu verbessern.
- Förderanträge konnten von Akteuren der pflegerischen Versorgung gestellt werden, insbesondere von Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Erforderlich für eine Förderung waren eine Beschreibung der Projektidee zum Einsatz von Telepflege, einschließlich der Nutzung eines nach § 365 Absatz 1 SGB V zertifizierten Videodienstes für Kommunikationsanlässe, sowie Nachweise zum Digitalisierungsstand der beteiligten Einrichtungen und eine Finanzierungs- und Meilensteinplanung. Die Auswahl der Projekte erfolgte anhand von Kriterien wie Relevanz, Umsetzungspotenzial, Antragsqualität und praktischer Durchführbarkeit. Ausgenommen waren Produktentwicklungsmaßnahmen und Marktzugangsstudien.

Telepflege | Begriffe und Grundlagen

- Telepflege beschreibt den Einsatz digitaler Technologien in der pflegerischen Versorgung – von videogestützter Beratung über Überwachung und Dokumentation bis hin zu Datenaustausch und digitalen Schulungen. Sie kann außerdem durch technische Assistenzsysteme oder Robotik erweitert werden. Die Literatur weist auf Potenziale wie verbesserten Zugang zu pflegerischen Leistungen, Stärkung der Autonomie, Vermeidung von Transporten und Kostensenkung hin, benennt aber auch Hemmnisse, die den Einsatz von Telepflege erschweren, wie geringe Technologieakzeptanz, fehlende Kompetenzen und Bedenken hinsichtlich des reduzierten physischen Kontakts in der Versorgung.
- Der Begriff Telepflege ist in Deutschland bislang weder bundeseinheitlich definiert noch im SGB XI gesetzlich verankert. Im Modellprogramm wurde der Fokus bewusst auf Telepflege in Form von Videokommunikation gelegt. Telepflege zeichnet sich dabei dadurch aus, dass beruflich Pflegende entscheiden, bei welchem Kommunikationsanlass der Einsatz von Video erfolgen soll. Der Austausch per Video fand im Modellprogramm stets unter Beteiligung professionell Pflegender statt, sowohl in Gesprächen mit Pflegebedürftigen, Angehörigen und weiteren Leistungserbringern als auch im Austausch zwischen den professionell Pflegenden selbst.
- Die Implementierung von Telepflege bzw. Videokommunikation erfordert eine stabile Internetinfrastruktur und geeignete technische Endgeräte mit Kamera und Mikrofon/ Lautsprecher. Die Anbindung erfolgt über LAN/WLAN oder SIM-basierte Verbindungen, wobei Bandbreite und Netzstabilität entscheidend sind. Die Integration der Videodienstlösung in bestehende IT-Systeme ist nicht zwingend erforderlich, kann aber Vorteile bei der Umsetzung mit sich bringen, z. B. für Aufgaben der Dokumentation.
- Zertifizierte Videodienste nach § 365 Absatz 1 SGB V werden im Gesundheitswesen eingesetzt, um digitale Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Versicherten

rechtssicher, datenschutzkonform und qualitativ abgesichert zu ermöglichen. Online-Meeting-Plattformen wie beispielsweise die US-amerikanischen Anbieter Zoom oder Microsoft Teams haben ein erhöhtes Haftungs- und Datenschutzrisiko und dürfen im deutschen Gesundheitswesen nicht für den Austausch gesundheitsbezogener Daten genutzt werden. Aufgrund der hohen Datenschutzanforderungen weisen die zertifizierten Videodienste nach § 365 Absatz 1 SGB V in ihrer Software spezielle Funktionalitäten auf. Diese sind bislang selten auf die Bedarfe in der Nutzung von Video in der pflegerischen Versorgung ausgerichtet.

Evaluation | Design und Methodik

- Mit der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms nach § 125a SGB XI wurde Prognos in Kooperation mit HeuRika beauftragt. Ziel der Evaluation war es, basierend auf den geförderten Projekten Anwendungsfelder zu identifizieren und zu analysieren, in denen Videokommunikation in der pflegerischen Versorgung besonders geeignet ist. Die Untersuchung erstreckte sich über einen Zeitraum von 15 Monaten.
- Die Evaluation folgte einem formativen, explorativen und ergebnisoffenen Ansatz, um explizit von Abweichungen der ursprünglichen Projektplanung Erkenntnisse zu gewinnen. Sie orientierte sich an den Themenkomplexen Rahmenbedingungen, Praktikabilität, Nutzen, Arbeits- und Organisationsprozesse, technische Realisierung und Übertragbarkeit, die in Forschungsfragen operationalisiert und in einem Evaluationsraster verankert wurden. Methodisch wurde ein Mixed-Methods-Design angewandt, das quantitative und qualitative Verfahren kombiniert (Fachgespräche, Fokusgruppen, Datenauswertungen und Online-Befragungen).

Überblick | Projekte und Anwendungsfelder

- Das Modellprogramm nach § 125a SGB XI umfasste zwölf Projekte, die Videokommunikation in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen sowie in regionalen Versorgungsnetzwerken erprobten. Die Projekte verfolgten unterschiedliche Ziele, darunter die Digitalisierung von Pflegeleistungen, die Entwicklung neuer digitaler Angebote oder die Förderung intersektoraler Kommunikation.
- Die Projektnehmer waren überwiegend Träger von Pflegeeinrichtungen. Die Projektleitungen lagen in der Regel bei den Projektnehmern und waren meist im administrativen Bereich angesiedelt, teilweise haben auch Personen aus der direkten Versorgung die Projektleitung übernommen.
- Insgesamt wurden acht zertifizierte Videodienstlösungen erprobt. Fünf Projekte integrierten einen Videodienst in bestehende IT-Strukturen (d. h. Kalendersysteme oder Pflegedokumentationssoftware), die übrigen nutzten sie separat, ohne Schnittstelle bzw. Integration. Die meisten Lösungen waren webbasiert. Ergänzend setzten vier Projekte zusätzlich Messenger-Dienste oder Ferndiagnoseinstrumente ein.
- Videokommunikation wurde in den Projekten für unterschiedliche Kommunikationsanlässe und Situationen genutzt. Dabei waren teils alle Beteiligten digital verbunden, teils nur einzelne Personen zugeschaltet. Für die projektübergreifende Auswertung der Evaluation

wurden die vielfältigen Nutzungsszenarien in *Anwendungsfelder* zusammengefasst, die sich in zwei Gruppen differenzieren lassen:

- Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen umfasste videogestützte Beratung (in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI und bedarfsorientiert ohne sozialrechtliche Grundlage), Betreuungsangebote sowie den Informationsaustausch zwischen Angehörigen und professioneller Pflege.
- Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren beinhaltete Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende (Anleitung/ Qualitätssicherung, Wissensaustausch), Fallbesprechungen und Konsultationen (pflegerisch und interdisziplinär) sowie die Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten.

Überblick | Beteiligte Einrichtungen

- Insgesamt waren 23 Pflegeeinrichtungen Teil des Modellprogramms. Rund 150 Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte sowie Auszubildende dieser Einrichtungen waren an der Erprobung von Videokommunikation beteiligt, jedoch in unterschiedlichen Rollen und unterschiedlich aktiv beim Einsatz von Videokommunikation. In den stationären Einrichtungen waren anteilig mehr Personen eingebunden als in den ambulanten Diensten. In fünf Projekten wurde die Erprobung gemeinsam mit externen Partnereinrichtungen, wie beispielsweise einem Universitätsklinikum oder Arztpraxen, durchgeführt; insgesamt waren rund 50 Mitarbeitende dieser Einrichtungen beteiligt.
- Der Stand der Digitalisierung der beteiligten Pflege- und Partnereinrichtungen vor dem Modellprogramm wurde in der Strukturbefragung von Leitungspersonen der befragten Einrichtungen als insgesamt positiv, aber ausbaufähig bewertet. Viele Einrichtungen nutzen bereits Videosoftware wie Zoom oder Microsoft Teams, jedoch keine zertifizierten Videodienste nach § 365 Absatz 1 SGB V. Videokommunikation sowie Chat- und Messenger-Dienste (z. B. WhatsApp) waren dabei vor allem für Aufgaben im Bereich Organisation und Verwaltung weit verbreitet (97 %). In der medizinisch-pflegerischen Versorgung kamen sie seltener zum Einsatz (69 %).
- Mit Blick auf die Kommunikation zeigte sich, dass das Telefon in den beteiligten Pflege- und Partnereinrichtungen vor dem Modellprogramm der zentrale Kommunikationskanal war, sowohl intern (88 %), im Austausch mit anderen Leistungserbringern (97 %) als auch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen (100 %). Für die interne Kommunikation wurden Chat- und Messenger-Dienste von rund der Hälfte der befragten Einrichtungen (sehr) häufig eingesetzt, Videokommunikation hingegen nur von etwa 14 Prozent. Im externen Austausch mit anderen Leistungserbringern sowie in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden Chat- und Messenger-Dienste als auch Videosoftware kaum genutzt.

Ergebnisse | Vorbereitung von Telepflege

- Die Vorbereitung, inklusive der Rekrutierung für die Erprobung von Telepflege, erwies sich in den Projekten als komplexer und zeitintensiver als erwartet. Eine gezielte und individuelle Ansprache von potenziellen Nutzerinnen und Nutzern für die Erprobung

erwies sich dabei im Verlauf der Projekte als wirksamer als eine breit angelegte Herangehensweise.

- Bei rund einem Drittel der Projekte kam es zu Verzögerungen bei der Bestellung und Lieferung der Hardware. Teilweise mussten Endgeräte nachbestellt werden, um die Anforderungen der gewählten Software oder Zielgruppen zu erfüllen. Die Anpassung an die Internetinfrastruktur erfolgte überwiegend über lokale Netzwerke oder SIM-Karten. Die Projekterfahrungen im Modellprogramm zeigen, dass durch eine sorgfältige Bedarfs- und Marktanalyse im Vorfeld Verzögerungen und Mehrkosten durch ungeeignete oder inkompatible Hardware und Software vermieden werden können.

Ergebnisse | Erprobung von Telepflege

- Projekte, die Videokommunikation für die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen einsetzten, starteten bereits wenige Monate nach Projektbeginn mit der Erprobung. Im Gegensatz dazu begann die Erprobung des Einsatzes von Videokommunikation für den professionellen Austausch erst nach durchschnittlich einem halben Jahr, da vermehrt organisatorische Strukturen aufgebaut und die IT-Integration geklärt werden musste. Insgesamt wurden im Modellprogramm im Durchschnitt 590 Gespräche pro Projekt geführt, wobei die monatlichen Werte zwischen einstelligen Zahlen und bis zu 110 Gesprächen lagen.
- Die technische Umsetzung innerhalb der Projekte umfasste die Einrichtung von Hardware, Installation und Konfiguration der Videodienstsoftware, Netzwerkintegration sowie die Anbindung an bestehende Systeme, wie beispielsweise das Pflegedokumentationssystem. Während die Grundfunktionen der Videokommunikation zeitnah realisiert werden konnten, traten in allen Projekten im Rahmen der Erprobung technische Probleme auf:
    - Häufige Herausforderungen betrafen instabile Internetverbindungen, die zu Verbindungsabbrüchen und schlechter Bildqualität führten, sowie ungeeignete Hardware, etwa Kameras mit unzureichender Auflösung für Wundbeurteilungen oder Probleme bei der Einbindung von Peripheriegeräten und Ferndiagnoseinstrumenten.
    - Zudem hemmte in einigen Projekten die fehlende Integration der Videokommunikation in die bestehenden Softwaresysteme die Effizienz, da Informationen nicht übernommen und Kalender nicht synchronisiert werden konnten.
- Für die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen wurde meist ein Zugangslink per E-Mail oder SMS verschickt, was eine einfache Teilnahme ermöglichte, aber E-Mail-Adressen oder den Besitz eines Mobiltelefons voraussetzte und Datenschutzbedenken aufwarf. Für den Austausch zwischen beruflichen Akteuren wurden Apps lokal installiert oder entsprechende Videokommunikationsfunktionen bereits installierter Softwarelösungen genutzt.
- Für die erfolgreiche Nutzung von Videokommunikation in der pflegerischen Versorgung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen erwies sich eine klare Definition der Zielgruppe

als entscheidend, um Anforderungen wie Endgeräte, Unterstützungsbedarfe und mögliche Einschränkungen zu berücksichtigen.

  - Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen war besonders geeignet, wenn Synchronität und Ortsunabhängigkeit des Austauschs erforderlich waren, etwa für berufstätige Angehörige, alleinlebende Pflegebedürftige, Einrichtungen mit knappen personellen Ressourcen oder bei langen Fahrstrecken in ländlichen Regionen. Als besonders praktikabel für den Einsatz von Videokommunikation erwies sich im Modellprogramm das Anwendungsfeld Beratung: sowohl die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI als auch offene, bedarfsorientierte Beratungsangebote. Ergänzend zeigte sich der Einsatz von Chats als sinnvoll für asynchrone Kommunikation mit der Zielgruppe.
  - Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI ermöglichte den Austausch in vertrauter Umgebung und bot zeitliche sowie örtliche Flexibilität, was die Organisation des Alltags erleichterte, und Fahrzeiten reduzierte. Bedarfsorientierte digitale Beratungsangebote für Angehörige pflegebedürftiger Kinder ermöglichten sowohl terminierte als auch spontane Anfragen und boten schnelle Unterstützung in akuten Situationen. Für professionell Pflegende lag der potenzielle Mehrwert in flexibleren Arbeitszeiten, Homeoffice-Möglichkeiten, Aufbau und Weiterentwicklung von Kompetenzen und Fachwissen u. a. durch den interprofessionellen Austausch sowie der Reduktion von Fahrzeiten.

- Telepflege eröffnet neue Möglichkeiten für die Kommunikation zwischen beruflichen Akteuren; sowohl innerhalb der Profession Pflege als auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Besonders praktikabel erwies sie sich für vorab terminierte Austausche und geplante Videoanrufe, etwa zur Einbindung von Ärztinnen und Ärzten oder für strukturierte Fallbesprechungen und Konsultationen.
  - Videokommunikation erwies sich als besonders geeignet, wenn Vor-Ort-Besuche nicht möglich oder unverhältnismäßig aufwendig waren. Die visuelle Komponente bot Vorteile gegenüber dem Telefon: Sie ermöglichte die Einschätzung des Gesundheitszustands, die Vermittlung praktischer Inhalte und den interaktiven Austausch, etwa durch das gemeinsame Betrachten von Medikationslisten oder Vitalwerten. Für einen reinen Informationsaustausch zwischen Einzelpersonen, z. B. professionell Pflegenden und Ärztinnen/ Ärzten, wurde weiterhin häufig das Telefon genutzt, etwa wenn eine visuelle Einschätzung nicht nötig war. Als besonders praktikabel für den professionellen Austausch erwiesen sich generell die Anwendungsfelder der ärztlichen Visiten sowie der Fallbesprechungen und Konsultationen.
  - Der dokumentierte Nutzen von Videokommunikation für den beruflichen Austausch lag im Modellprogramm in der schnelleren Entscheidungsfindung, dem unmittelbaren Wissensaustausch und Effizienzgewinnen durch den Wegfall von Fahrzeiten. Trotz dieser Potenziale gestaltete sich die Etablierung sowie die Verstetigung ärztlicher Visiten schwierig.
- Neun von elf der abgeschlossenen Projekte planen die Weiterführung ihrer Projektideen und den nachhaltigen Einsatz von Videokommunikation. Einige Einrichtungen setzen

einzelne Elemente fort oder greifen aufgrund technischer Schwierigkeiten auf alternative Softwarelösungen zurück. Zwei Projekte haben sich gegen eine Fortführung entschieden. Die nachhaltige Implementierung wurde durch folgende zentrale Hemmfaktoren erschwert: mangelndes Interesse externer Partner, hohe Lizenzkosten sowie fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für digitale Leistungen.

- Die Erprobung von Videokommunikation im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI wurde in elf von zwölf Projekten erfolgreich abgeschlossen und lieferte wertvolle Erkenntnisse für den Einsatz telepflegerischer Leistungen. Einschränkend ist anzumerken, dass die 15-monatige Förderphase zu kurz war, um nachhaltige Routinen zu etablieren. Gleichwohl zeigte sich, dass Telepflege bzw. Videokommunikation in unterschiedlichen Anwendungsfeldern geeignet ist und damit relevante Potenziale für die pflegerische Versorgung eröffnet.

1 Hintergrund

1.1 Modellprogramm nach § 125a SGB XI

Der GKV-Spitzenverband wurde durch das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) vom Gesetzgeber im Jahr 2021 beauftragt, ein Modellprogramm nach § 125a SGB XI zur wissenschaftlichen Erprobung von Telepflege in der pflegerischen Versorgung durchzuführen. Grundlage dieses Auftrags ist das Potenzial digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung und Entlastung von Pflegepersonal, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie Zugehörigen.[1]

Das Ziel des Modellprogramms nach § 125a SGB XI besteht darin, telepflegerische Anwendungsfelder zu erproben und zu evaluieren, für welche dieser Anwendungsfelder der Einsatz von Videokommunikation besonders praktikabel ist. Im Fokus steht dabei die sinnvolle Unterstützung der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, inwiefern durch den Einsatz telepflegerischer Anwendungen zu einer Entlastung professionell Pflegender und weiterer Berufsgruppen, aber auch für Pflegebedürftige selbst, ihre Angehörigen sowie Zugehörigen beigetragen werden kann. Neben der Untersuchung der Praktikabilität und des Nutzens sollen sowohl die technische Realisierung von Telepflege als auch die Auswirkungen auf die Arbeitsprozesse in der Pflegeeinrichtung und die Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren evaluatorisch betrachtet werden.

Fördernehmer und -kriterien

Förderanträge für eine Beteiligung am Modellprogramm konnten von Einrichtungen und Diensten gestellt werden, die pflegebedürftige Personen gemäß den Bestimmungen des SGB XI versorgen oder an deren pflegerischen Versorgung beteiligt sind. Der Antrag konnte entweder von einer Pflegeeinrichtung oder einem Dienst allein oder als Gruppe im Rahmen eines Konsortiums mit weiteren Akteuren gestellt werden. Von der Förderung ausgeschlossen waren Projektideen, die überwiegend auf die Entwicklung eigener technischer Produkte oder auf die Weiterentwicklung bereits bestehender technischer Produkte abzielten. Dies galt ebenfalls für Projekte, die den Nachweis des pflegerischen Nutzens im Kontext des Antragsverfahrens einer Digitalen Pflegeanwendung (DiPA) oder eine technische Weiterentwicklung anstrebten oder die Durchführung von Marktzugangsstudien planten.

Bei der Antragstellung waren bestimmte formale Aspekte zu beachten. Dazu gehörten die Beschreibung des Stands der Digitalisierung der beteiligten Pflegeeinrichtungen, die Sicherstellung der Gesamtfinanzierung sowie die Vorlage eines Meilenstein- sowie Finanzierungsplans. Die Pflegeeinrichtungen mussten weiter gewährleisten, dass sie im Rahmen des Modellprogramms einen Videodienst nutzen würden, der gemäß § 365 Absatz 1 SGB V

[1] In den folgenden Ausführungen wird aus Platzgründen in Tabellen und Abbildungen ausschließlich von Angehörigen besprochen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Inhalte und Aspekte gleichermaßen für Zugehörige bzw. weitere Personen gelten.

DSGVO-konform und zertifiziert ist. Primärhersteller von Pflegedokumentationssoftware, die eigene Messenger- und Videodienstlösungen in ihre Software integriert haben, mussten sich bereit erklären, eine Zertifizierung dieser Lösungen vorzunehmen, falls noch nicht vorhanden. Alle an der Erprobung beteiligten professionell Pflegenden sollten von Beginn an durch geeignete Schulungen in die Nutzung der verwendeten Hard- und Software eingeführt werden. Diese Schulungen konnten entweder durch Multiplikatoren vor Ort, beteiligte Technikpartner oder durch den Videodienstanbieter erfolgen. Vorhandene Ausstattung konnten genutzt werden, musste jedoch im Antrag näher beschrieben werden.

Insgesamt wurden zwölf Projekte unter Berücksichtigung unterschiedlicher Kriterien und auf Basis der eingereichten Bewerbungen für die Förderung ausgewählt. Neben den zuvor erwähnten Aspekten flossen auch die Relevanz des Projekts, das Potenzial für eine erfolgreiche Umsetzung, die Qualität des Antrags, die technische Realisierbarkeit und die praktische Durchführbarkeit in die Entscheidungsfindung ein**.**

1.2 Auftrag der Evaluation

Mit der Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung der Erprobung von Telepflege im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI wurde Prognos in Zusammenarbeit mit HeuRika beauftragt. Das zentrale Forschungsinteresse bestand darin, zu analysieren, in welchen Anwendungsfeldern sich der Einsatz von Videokommunikation besonders eignet.

Die folgenden **sechs Themenkomplexe**, die vom GKV-Spitzenverband vorgegeben wurden, fungierten als Grundlage für die Analysen:

- Rahmenbedingungen in den beteiligten Pflegeeinrichtungen
- Praktikabilität telepflegerischer Lösungen bezogen auf die Anwendungsfelder
- Nutzen für die beteiligten Anwender- und Zielgruppen
- Auswirkungen auf Arbeits- und Organisationsprozesse in Pflegeeinrichtungen
- Technischen Realisierung von Telepflege
- Übertragbarkeit telepflegerischer Lösungen bezogen auf die Anwendungsfelder

Die Evaluation begann im August 2024 mit einer Konzeptionsphase, die methodischen Erhebungen wurden im Oktober 2025 abgeschlossen. Der vorliegende Endbericht bietet einen umfassenden Überblick über diesen 15-monatigen Arbeitsprozess. Bei der Ausarbeitung des Berichts wurde besonderen Wert darauf gelegt, konkrete Beispiele aus der Projektumsetzung zu integrieren, die als Hilfestellung für andere Pflegeeinrichtungen bzw. Projekte dienen sollen.

Der Endbericht folgt dieser Struktur: Zunächst wird im folgenden Kapitel 2 auf die Begrifflichkeiten *Telepflege* und *Videokommunikation* eingegangen (z. B. auf Merkmale von Kommunikation per Video und dafür nötige technische Voraussetzungen), um definitorische Grundlagen für die Evaluation zu schaffen. In Kapitel 3 wird das Evaluationsdesign und das methodische Vorgehen ausgeführt. Kapitel 4 gibt einen Überblick über die zwölf geförderten Projekte, deren Erfahrungen die Grundlage für die projektübergreifenden Analysen der

Anwendungsfelder darstellen. Kapitel 5 stellt die Strukturinformationen zu den beteiligten Einrichtungen dar.

Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Evaluation in verschiedene Kapitel gegliedert beschrieben. In Kapitel 6 stehen die Ergebnisse mit Blick auf die Vorbereitung von Telepflege in den beteiligten Einrichtungen im Fokus. Die Ergebnisse der Erprobung folgen in Kapitel 7. Dabei wird für die Analyse von Praktikabilität und Nutzen Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie zwischen beruflichen Akteuren unterschieden. Zudem wird in dem Kapitel auf die technische Realisierung und Übertragbarkeit von Videokommunikation eingegangen. Abschließend werden die einzelnen Projekte mit ihren jeweiligen Ergebnissen in Kapitel 8 vorgestellt. Darauf folgt in Kapitel 9 eine projektübergreifende Analyse. Der Abschlussbericht endet mit einem Fazit in Kapitel 10.

2 Telepflege | Begriffe und Grundlagen

2.1 Einordnung von Telepflege

Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens gewinnen technologiegestützte Anwendungen und Prozesse insbesondere für den Informations- und Datenaustausch weiter an Bedeutung. Zentral und übergreifend ist hierbei der Begriff *Telehealth,* der die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien, bestehend aus Hard- und Softwareprodukten, im Gesundheitswesen beschreibt. Telehealth ermöglicht Interaktionen über Distanz, die sowohl in Echtzeit (synchron), beispielsweise per Telefon oder Videokommunikation, als auch zeitversetzt (asynchron), wie etwa über E-Mails, stattfinden können. Anwendung findet Telehealth in der Diagnose und Behandlung, der Forschung und Evaluierung oder der Weiterbildung von Gesundheitspersonal. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt den primären Vorteil von Telehealth in der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen (WHO 2016).

Unter dem Begriff Telehealth können sowohl *Telepflege* als auch *Telemedizin* gefasst werden. In anderen Ländern wird diese Unterscheidung oft nicht in gleicher Weise vorgenommen, und die Begriffe umfassender verwendet (Solli et al. 2012). In Deutschland ergibt sich die Differenzierung aufgrund der ausgeprägteren Abgrenzung ärztlicher Tätigkeiten im Gesundheitswesen. Im Rahmen von Telemedizin steht besonders die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten im Vordergrund, während im Bereich der Telepflege die Rolle von professionell Pflegenden betont wird. Während Telemedizin bereits bundeseinheitlich gesetzlich definiert ist, fehlt für Telepflege bislang eine einheitliche Begriffsbestimmung. Die Bandbreite von Telepflege wird an der Vielzahl englischer Begriffe deutlich, wie *Telecare, Telenursing, Telehomecare, Telephone Nursing, Virtual Care und eCare.* Im Modellprogramm wird Telepflege als ein Sammelbegriff verstanden, der die vielfältigen Formen technologiegestützter pflegerischer Versorgung zusammenfasst. Sie erfolgen nicht in physischer Präsenz, sondern als digitale Leistungserbringung. Damit ergänzen oder ersetzen sie physische pflegerische Maßnahmen und Leistungen vor Ort. Beispiele hierfür sind videogestützte Beratung, Überwachung von Pflegebedürftigen, Dokumentation, Datenaustausch sowie digitale Fort- und Weiterbildungen. Aber auch technische Assistenzsysteme oder Robotik können Bestandteil telepflegerischer Anwendungen sein (Solli et al., 2012, Braeseke et al., 2020).

Potenziale und Hemmnisse von Telepflege

Die wissenschaftliche Literatur zeigt zahlreiche Potenziale der Telepflege auf (Solli et al., 2012, Braeseke et al., 2020). Ein wesentlicher Mehrwert ist, dass Telepflege den Zugang zu Pflegeleistungen verbessern kann. Dadurch trägt Telepflege dazu bei, den Gesundheitszustand zu erhalten bzw. zu verbessern. Beispielsweise kann Telepflege die Autonomie von Pflegebedürftigen stärken, indem sie mehr Entscheidungsgewalt über ihre Gesundheitsversorgung erhalten und Telepflege ihnen ermöglicht, Aufgaben teilweise selbstständig zu erledigen. Bestimmte Transporte und Krankenhauseinweisungen können zudem vermieden werden, was in der Konsequenz zu einer Senkung der Gesundheitskosten führen kann. Die Einführung und Umsetzung von Telepflege kann jedoch durch verschiedene Faktoren

gehemmt werden, z. B. durch eine mangelnde Technologieakzeptanz – diese steht wiederum in Zusammenhang mit der Einstellung und dem Kompetenzniveau der Nutzerinnen und Nutzer. Geschulte Personen zeigen hingegen oft eine höhere Akzeptanz und nutzen telepflegerische Anwendungen effektiver. Zudem äußerten Pflegekräfte teilweise Bedenken, dass der reduzierte physische Kontakt zu Pflegebedürftigen zu vermehrten Einsamkeitsgefühlen bei diesen führen könnte (Solli et al., 2012).

2.2 Fokus: Videokommunikation

2.2.1 Besonderheiten von Videokommunikation

Im Modellprogramm wurde ein bewusster Fokus auf Telepflege gesetzt, die mittels internetbasierter *Videokommunikation* realisiert wird. Im Mittelpunkt stand die Profession Pflege, die die Videokommunikation initiierte, durchführte und nachbereitete. Die Erprobung fand zwischen professionell Pflegenden und pflegebedürftigen Personen, Angehörigen und weiteren Leistungserbringern statt, aber auch zwischen professionell Pflegenden untereinander.

Die **Kommunikation via Video** zeichnet sich durch folgende wesentliche **Merkmale** aus:

1. **Synchronität**: Die Interaktion erfolgt (fast) in Echtzeit.
2. **Räumliche Trennung**: Die Teilnehmenden sind an unterschiedlichen Orten.
3. **Visuelle Komponente**: Neben der auditiven Kommunikation spielt die visuelle Komponente eine zentrale Rolle. Die Teilnehmenden können nonverbale Signale wie Mimik und Gestik wahrnehmen.
4. **Interaktive Funktionen**: Die Funktionen der Bildschirmfreigabe und des Teilens von Inhalten wie Präsentationen und Dokumenten können die Möglichkeiten des Austausches erweitern.

Die Videokommunikation weist – basierend auf diesen Merkmalen – zentrale Unterschiede zu anderen Kommunikationsformen auf: Ein zentraler Unterschied zur *Telefonkommunikation* liegt im visuellen Austausch, der die Einbeziehung nonverbaler Signale sowie der Umgebung in die Interaktion ermöglicht. Während bei der Videokommunikation die Wahrnehmung auf den Videoausschnitt beschränkt ist, unterscheiden sich die physische *Face-to-Face-Interaktionen* durch eine umfassendere Wahrnehmung, u. a. nonverbaler Signale sowie der gemeinsamen Umgebung (Held 2024). *Schriftliche Kommunikation* kann synchron stattfinden, wird jedoch häufig auch asynchron genutzt. Eine unmittelbare Reaktion ist dabei nicht immer erforderlich. Oft genügt die bloße Informationsübermittlung, ohne dass eine Antwort oder ein aktiver Austausch erwartet wird.

2.2.2 Technische Voraussetzungen

Eine erfolgreiche Implementierung von Videokommunikation setzt eine verlässliche, technische Infrastruktur bei allen beteiligten Einrichtungen bzw. Nutzerinnen und Nutzern voraus. Dazu zählen geeignete Endgeräte wie Computer, Tablets oder Smartphones, die jeweils mit Kamera

und Mikrofon ausgestattet sind. Je nach Bedarf kann zusätzliche Hardware, etwa Diagnoseinstrumente oder weitere Bildschirme, ergänzend eingesetzt werden. Häufig befinden sich auf denselben Geräten neben der Videokommunikationssoftware auch weitere relevante Anwendungen, beispielsweise zur Pflegedokumentation.

Die Einbindung der Endgeräte in das Netzwerk erfolgt über WLAN oder LAN, wobei die interne Bandbreite und die Stabilität der Verbindung entscheidende Faktoren für die Qualität der Videokommunikation darstellen. Die Anbindung an das Internet und zur Plattform der Videokommunikation (z. B. über Software-as-a-Service) erfolgt in der Regel über einen Proxyserver der jeweiligen Einrichtung, wobei die Internetbandbreite sowie die Konfiguration der Firewall eine zentrale Rolle spielen. Alternativ kann eine direkte Internetverbindung über SIM-Karten genutzt werden.

Damit die Videokommunikation zuverlässig funktioniert, muss die Internetinfrastruktur an allen vorgesehenen Einsatzorten eine stabile Konnektivität, die Fähigkeit, Geräte miteinander zu vernetzen, und eine ausreichende Bandbreite gewährleisten. Die eingesetzte Software wird je nach Anbieter und Anforderungen entweder on-premise (auf dem Endgerät installiert) oder als Software-as-a-Service bereitgestellt, beispielsweise über eine Webapplikation.

Integration in bestehende IT-Architektur

Die Einführung neuer Softwareprodukte in eine bestehende IT-Architektur wirft häufig Fragen der Integrationsfähigkeit[2] auf. Für einen Austausch per Video ist eine Integration in bzw. Anbindung an bestehende Informationssysteme (z. B. Pflegedokumentationssoftware) nicht zwingend erforderlich. Es ist deswegen abzuwägen, ob eine Integration relevant und nutzbringend ist, ob alternativ ein Datenimport/-export ausreicht bzw. ob überhaupt ein Datenaustausch mit anderen Applikationen notwendig ist.

Im Zuge dieser Abwägung sind Fragestellungen des Datenschutzes, der Datenspeicherung, -verwaltung und -modifikation (u. a. Lese-/ Schreibrechte) zu beantworten, insbesondere bei der Verwendung von Drittanbietern (z. B. als Software-as-a-Service). Auch die Direktionalität des Datenaustauschs kann eine Anforderung an die Produktwahl sein – ob beispielsweise E-Mail-Adressen aus einer Datenbank zur Erstellung des Termins übernommen werden (hin zur Videokommunikationssoftware) und/oder ob ein während der Videokommunikation erstellter Befund oder eine Dokumentation in ein Pflegedokumentationssystem exportiert werden soll (aus der Videokommunikationssoftware heraus).

[2] Systeme kommunizieren über Schnittstellen (USB, Software-API etc.). Schnittstellen definieren, wie Systeme in welchen Formaten Daten austauschen können, ohne die jeweils interne Architektur preiszugeben. Integration ist der Prozess, verschiedene Systeme über Schnittstellen zusammenzuschließen, um ein zusammenhängendes System zu schaffen. Integrationsfähigkeit bezeichnet daher das Potenzial eines Systems, in andere Systeme über standardisierte Schnittstellen, Protokolle und Formate integriert werden zu können.

2.3 Zertifizierung nach § 365 Absatz 1 SGB V

Als Voraussetzung für die Beteiligung am Modellprogramm musste von den Projekten ein Videodienst eingesetzt werden, der nach § 365 Absatz 1 SGB V zertifiziert ist. In der „Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V" (GKV-Spitzenverband 2023) definierte der GKV-Spitzenverband die Anforderung[3], dass auch Beratungsleistungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI in diesen Geltungsbereich fallen. In dieser Vereinbarung sind Bestimmungen zur IT-Sicherheit, zum Datenschutz, Anforderungen an bzw. für die Teilnehmenden (z. B. auch Regelungen des Zugangs zu einem Videogespräch), den Vertragsarzt oder den Videodienstanbieter geregelt. Unter anderem, um die Qualität und Sicherheit von Videosprechstunden sicherzustellen, Patientendaten zu schützen, Vertrauen in die Telemedizin zu schaffen sowie Patientinnen und Patienten einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen. Nur wenn ein Videodienstanbieter entsprechende Nachweise erbringt, kann er zertifiziert und damit berechtigt werden, seine Software z. B. im Sinne einer Videosprechstunde einzusetzen. Eine Liste zertifizierter Videodienstanbieter wird stetig aktualisiert und vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Internet veröffentlicht (KVB 2025, GKV-Spitzenverband 2025).

Trotz der strategischen Zielsetzung, die Kommunikation im Gesundheitswesen innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) zu bündeln, konnte der TI-Messenger zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Modellprogramms wie zunächst angedacht nicht berücksichtigt werden, weshalb auf die Vorgabe zur Nutzung nach § 365 Absatz 1 SGB V zertifizierter Videodienstanbieter zurückgegriffen wurde. Gründe waren, dass zum Zeitpunkt der Ausschreibung noch kein Anbieter eine entsprechende TI-Zulassung der gematik vorweisen konnte (erster Anbieter war Famedly im April 2024)[4]. Da für das Modellprogramm eine sofortige Betriebsbereitschaft und rechtssichere Vergabe erforderlich waren, konnte eine Technologie, die sich zu diesem Zeitpunkt noch im Zulassungsprozess befand, nicht als Basistechnologie definiert werden. Darüber hinaus war die Version TIM 1.0 des Messengers von der gematik primär für Text und Dateiversand spezifiziert[5]. Die für die Telepflege essenzielle Videokommunikation war zwar perspektivisch vorgesehen, jedoch in der notwendigen Interoperabilität zwischen verschiedenen Messenger-Anbietern zum Projektstart nicht flächendeckend als Standard etabliert.

[3] Siehe § 1 Absatz 2 ebd. Vereinbarung: Videosprechstunden sind eine synchrone Kommunikation über eine dem Patienten zur Verfügung stehende, technische Ausstattung (ggf. unter Assistenz) im Sinne einer Online-Videosprechstunde in Echtzeit zwischen einem Arzt und einem Patienten (ggf. unter Beteiligung einer oder mehrerer Pflegefachpersonen) oder mit Gruppenteilnehmern bei psychotherapeutischer Gruppentherapie sowie mit anderen Ärzten oder Pflegefachpersonen im Rahmen ärztlicher Fallkonferenzen und Fallbesprechungen.
[4] https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-erster-ti-messenger-anbieter-zugelassen
[5] https://gemspec.gematik.de/docs/gemSpec/gemSpec_TI-Messenger-FD/gemSpec_TI-Messenger-FD_V1.1.1/

3 Evaluation | Design und Methodik

3.1 Evaluationsdesign

Die Evaluation begleitet, analysiert und bewertet die Implementierung sowie den Einsatz telepflegerischer Anwendungen im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI, wobei der Fokus auf der Videokommunikation liegt. Die Evaluation folgte dabei einem formativen und explorativen Ansatz. Die Projekte erhielten während der Projektlaufzeit vom GKV-Spitzenverband sowie durch das Evaluationsteam Rückmeldungen zur Umsetzung. Die Evaluation war ergebnisoffen ausgerichtet, so wurde beispielsweise die Einhaltung der ursprünglichen Projektplanung nicht als Maßstab für das Gelingen herangezogen. Gerade wenn ursprünglich Geplantes als weniger oder nicht geeignet eingestuft wurde, ergaben sich wertvolle Erkenntnisse. Zum Zeitpunkt des Evaluationsstarts im August 2024 hatten die Projekte die Antragstellung erfolgreich abgeschlossen und bereits mit der Durchführung ihrer Maßnahmen begonnen.

Forschungsfragen und Evaluationsraster

Die Evaluation orientiert sich an den Themenkomplexen, die vom GKV-Spitzenverband in der Leistungsbeschreibung festgelegt wurden: Rahmenbedingungen, Praktikabilität, Nutzen, Arbeits- und Organisationsprozesse, technische Realisierung sowie Übertragbarkeit. Zu Beginn der Evaluation wurden die in der Leistungsbeschreibung aufgeführten Themenkomplexe, die jeweils unterschiedliche Aspekte umfassen, in Forschungsfragen ausdifferenziert. Das Ergebnis wurde mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt (Tabelle 1). Anschließend wurden die in den Forschungsfragen enthaltenen Konstrukte operationalisiert und den Analysemethoden zugeordnet. Dieses Evaluationsraster diente als Grundlage für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente und als Orientierungsrahmen für die inhaltlichen Analysen.

Mixed-Methods Design

Die methodische Umsetzung der Evaluation basiert auf einem Multimethoden-Forschungsansatz. Diese Herangehensweise ermöglicht es, quantitative und qualitative Methoden einzubinden, und dadurch einem vielschichtigen Informationsbedarf gerecht zu werden. Dieses im Rahmen dieser Evaluation angewandte Triangulationsdesign kombiniert die Stärken verschiedener Erhebungsmethoden, was eine bessere Erklärungskraft verspricht (Johnson et al. 2007). In den folgenden Unterkapiteln werden die eingebundenen Erhebungsformen im Detail erläutert.

Tabelle 1: Forschungsfragen der Ergebnisevaluation

Übergeordnete Forschungsfrage	Detaillierungsfragen
Rahmenbedingungen	
Welche Merkmale und Charakteristika weisen die beteiligten (Pflege-)Einrichtungen sowie die beteiligten Pflegebedürftigen und deren An- und Zugehörige auf und wie beeinflussen diese die Umsetzung von Telepflege?	• Welche organisatorischen, infrastrukturellen und personalbezogenen Merkmale charakterisieren die am Projekt beteiligten (Pflege-) Einrichtungen? • Welche technische Ausstattung sowie welche Art und welchen Umfang der intersektoralen Kommunikation kennzeichnen die am Projekt beteiligten (Pflege-) Einrichtungen? • Welche demografischen, gesundheitlichen und sozialen Merkmale kennzeichnen die beteiligten Pflegebedürftigen sowie deren An- bzw. Zugehörige? • Welchen Einfluss haben die Merkmale und Charakteristika der Einrichtungen und Personen auf die Umsetzung von Telepflege?
Praktikabilität von telepflegerischen Lösungen	
Inwiefern und wie praktikabel können die in den Projekten erprobten Anwendungsfelder unter Sicherstellung der Versorgungsqualität telepflegerisch umgesetzt werden?	• Welche Anwendungsfelder werden in den Projekten erprobt und welche Charakteristika zeichnen sie aus? • Inwiefern ist die technische und organisatorische Umsetzbarkeit der Telepflege, unter Berücksichtigung des Zugangs und der Qualifikationsanforderungen, für die verschiedenen Nutzergruppen gegeben? • Wie wird die Geeignetheit von Telepflege für die Anwendungsfelder unter Berücksichtigung der Zweckmäßigkeit und der Qualitätsanforderungen von den beteiligten Akteuren bewertet? • Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Implementierung und Praxis der Telepflege bestehen aus Sicht der beteiligten Akteure und wie bewerten sie deren Auswirkungen?
Nutzen von telepflegerischen Lösungen	
Welchen Nutzen zeigt die Implementierung der Telepflege in der pflegerischen Versorgung in den verschiedenen Anwendungsfeldern für die beteiligten Nutzerinnen und Nutzer?	• Wie nützlich (direkter Nutzen, Auswirkungen, Effizienzpotenziale) ist die Einbindung von Telepflege in den verschiedenen Anwendungsfeldern aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer? • Stehen Nutzen und Aufwand der Umsetzung von Telepflege in der pflegerischen Versorgung in einem effizienten Verhältnis? • Welche Faktoren tragen zu einer gelingenden Nutzung von Telepflege bei und welche Hindernisse beeinträchtigen sie? • Inwiefern bestehen Akzeptanz und Zufriedenheit der beteiligten Nutzerinnen und Nutzer mit der telepflegerischen Umsetzung in den Anwendungsfeldern?
Auswirkungen auf Arbeits- und Organisationsprozesse	
Was sind die (erwarteten) Auswirkungen der Integration von Telepflege auf die Arbeits- und Organisationsprozesse der beteiligten Einrichtungen?	• Welche Auswirkungen hat der Einsatz von Telepflege auf die Arbeits- und Organisationsprozesse im Rahmen der Versorgung in den beteiligten Einrichtungen? • Welche Auswirkungen hat der Einsatz von Telepflege auf die administrativen Prozesse und die Organisationsabläufe in den beteiligten Einrichtungen? • Welche Auswirkungen hat Telepflege auf die Quantität und Qualität der sektorenübergreifenden Kommunikation zwischen den beteiligten Pflegeeinrichtungen und anderen Gesundheitsberufen? • Welche personellen, finanziellen und zeitlichen Aufwände sowie Einsparungen ergeben sich durch die Integration von Telepflege in den beteiligten Pflegeeinrichtungen?
Technische Realisierung	

Welche Voraussetzungen sind entscheidend für die technische Realisierung der geplanten Telepflegeanwendungen und inwiefern wurden diese in den Projekten erreicht?	• Welche technischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um Telepflege für die Beteiligtengruppen nutzbar zu machen? • Inwiefern konnte die technische Realisierung von Telepflege für die verschiedenen beteiligten Akteuren umgesetzt werden? • Welche Erfolgsfaktoren und Hemmnisse beeinflussen, unter Berücksichtigung der technischen Ausstattung der beteiligten Pflegeeinrichtungen, die Installation, Implementierung und Nutzung von Telepflege?
Übertragbarkeit	
Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit erfolgreich erprobte Anwendungsfälle auf andere bzw. vergleichbare Pflegeeinrichtungen oder Regionen übertragbar sind?	• Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren identifizieren die beteiligten Akteure und unter welchen Bedingungen halten sie eine Übertragung für möglich? • Inwiefern lässt sich die telepflegerische Leistungserbringung in die bestehenden sozialräumlichen, rechtlichen und leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen einordnen?

Quelle Angelehnt an die Leistungsbeschreibung des GKV-Spitzenverbands, eigene Darstellung © Prognos 2025

3.2 Methodisches Vorgehen

3.2.1 Dokumentenanalyse

Vom GKV-Spitzenverband wurden Projektbeschreibungen und Projektberichte (Halbjahres-, Jahres- und Abschlussberichte) der geförderten Projekte zur Verfügung gestellt, die von Prognos ausgewertet wurden. Die genannten Dokumente enthielten neben einer Darlegung der Ziele, Informationen zum Projektablauf, den involvierten Akteuren, der technischen Ausstattung sowie eine Systematisierung der einzelnen geplanten Arbeitspakete und Maßnahmen und im Fortlauf Informationen zum Projektfortschritt und -ergebnissen.

Auswertung Projektberichte

Zu Beginn der Evaluation wurde auf Basis der Projektbeschreibungen eine Stakeholder-Analyse durchgeführt. Im Rahmen dieser Analyse wurden die Mitglieder der Projektkonsortien, die Kooperationspartnerinnen und -partner sowie die eingebundenen Unterauftragnehmer identifiziert. Darüber hinaus wurden die eingereichten Halbjahres- und Jahresberichte sowie die abschließenden Endberichte der geförderten Projekte analysiert. Im Fokus der Auswertung standen dabei insbesondere die Projektfortschritte. Sie gaben Aufschluss über die Umsetzung der geplanten Arbeitspakete, die konkreten Use Cases sowie etwaige Anpassungen im Projektverlauf. Zudem wurden hemmende und förderliche Faktoren identifiziert, die den Projektverlauf beeinflussten. Die Endberichte der geförderten Projekte lieferten Erkenntnisse zur Eigenergebnisbewertung durch die Projektverantwortlichen. Dabei wurden der konkrete Mehrwert, die Erfüllung der ursprünglichen Erwartungen sowie zentrale Erfahrungen und Lessons Learned reflektiert. Auch Perspektiven für eine mögliche Verstetigung oder Weiterentwicklung der Projekte wurden skizziert.

Anwendungsfelder

Grundlage für die Sondierung der Anwendungsfelder waren die Planungsunterlagen der einzelnen Projekte. Dazu stellte der GKV-Spitzenverband zuvor die jeweiligen Projektbeschreibungen und

Meilensteinplanungen zur Verfügung. Anhand dieser Dokumente wurde untersucht, in welchen Situationen die Telepflege erprobt bzw. zu welchem Zweck sie eingesetzt werden soll. In diesem Stadium der Analyse wurde sichtbar, dass innerhalb der Projekte teilweise unterschiedliche Begrifflichkeiten für dasselbe Anwendungsfeld benutzt wurden. Beispielsweise wurde in den Projekten unter Konsultation und Visite teilweise dasselbe verstanden. Um die Begrifflichkeiten sinnvoll abgrenzen zu können, wurde in einem weiteren Schritt relevante wissenschaftliche Literatur gesichtet. Dadurch konnte die Klassifizierung der Anwendungsfelder weiter geschärft werden. Die beispielhaft genannten Begrifflichkeiten „Konsultation“ und „Visite“ sind so im Anwendungsfeld „Fallbesprechungen und Konsultationen“ aufgegangen.

Im Verlauf der Evaluationsvorbereitung wurde die Klassifizierung weiter präzisiert. Dies geschah, indem Anwendungsfelder zusammengefasst wurden, die sich hinsichtlich ihrer Ausübung nicht sinnvoll voneinander trennen ließen. Das Anwendungsfeld „Anleitung“ mit Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen stellte sich als nicht unabhängig von der Beratung heraus, da Anleitungssituationen immer auch ein Teil von Beratungsgesprächen sein können. Schließlich wurden durch diese Vorgehensweise sechs Anwendungsfelder identifiziert: Beratung, Betreuung, Informationsaustausch mit Angehörigen, Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende, Fallbesprechungen und Konsultationen, Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten.

3.2.2 Monitoring und Begleitung

Begleitend während der gesamten Erprobungslaufzeit der Telepflege führte das Evaluationsteam ein Monitoring in den Projekten durch. Dieser Schritt diente einerseits dazu, in den Projekten die Umsetzung der geplanten Maßnahmen zu begleiten. Außerdem sollten dadurch die Fortschritte und Ergebnisse der Erprobung und die daraus abgeleiteten Erkenntnisse festgehalten werden. Die verschiedenen Austauschformate und Unterlagen, welche zur Erreichung dieser Ziele dienten, werden im Folgenden eingeordnet.

Kommunikation und Projektauftakttreffen

Zu Beginn der Evaluation wurde ein *Kommunikationsplan* erarbeitet. Darin wurden einerseits die zu beteiligenden Akteursgruppen festgehalten wie Mitarbeitende in einer Pflegeeinrichtung (z. B. Pflegefachkräfte oder Projektleitende), Privatpersonen (z. B. Pflegebedürftige und Angehörige) oder weitere Beteiligte (z. B. IT-Dienstleister, Ärztinnen und Ärzte). Andererseits wurden im Kommunikationsplan die Anlässe ihrer Einbindung festgelegt und der Zeitpunktraum festgehalten.

Zur Einbindung der Projekte organisierte der GKV-Spitzenverband ein Online-Auftakttreffen. Das Evaluationsteam stellte sich dort vor und informierte die Verantwortlichen der geförderten Projekte über das geplante Vorgehen der Erprobung, die Methodik, die Anforderungen der Evaluation und die geplante Einbindung. Die präsentierten Informationen wurden im Anschluss an den Termin inklusive des Kommunikationsplans an die Projektverantwortlichen übermittelt.

Anfangserhebung, inkl. Plausibilisierungsgespräch

In einem weiteren Schritt wurde die Maßnahmenplanung und -umsetzung der Projekte analysiert. Hierfür wurden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zugrunde gelegt und zusätzlich weitere Daten der einzelnen Projekte erhoben. Hierfür entwickelte das Evaluationsteam einen strukturierten Datenerhebungsbogen („Anfangserhebung“). In diesem Bogen waren die geplanten

und ggf. schon umgesetzten Maßnahmen zu erfassen. Der Bogen wurde den Projekten im Rahmen der Anfangserhebung im November 2024 als ausfüllbares PDF-Formular zur Verfügung gestellt.

Um die Nutzung der Videokommunikation während der Erprobung zu quantifizieren, wurden verschiedene Kennzahlen erhoben. Dabei handelt es sich um die Gesamtzahl der geführten Videogespräche (nach Monaten) sowie die durchschnittliche Dauer pro Videogespräch. Diese Angaben wurden differenziert für die jeweiligen Anwendungsfelder erhoben. Zusätzlich wurden relevante technische Probleme dokumentiert, einschließlich der Anzahl der Videogespräche, bei denen solche Probleme auftraten. Die Erhebung der Kennzahlen erfolgte mittels eines eigens entwickelten Abfrageinstruments und wurde von den Projektverantwortlichen durchgeführt.

Im Anschluss daran wurde mit jedem Projekt ein digitales Plausibilisierungsgespräch (n = 12) durchgeführt. Das Gespräch diente dazu, die individuellen Besonderheiten und Ziele der Projekte besser verstehen zu können und darüber hinaus die Angaben aus der Anfangserhebung zu kontextualisieren. Die Gespräche dauerten ca. eine bis eineinhalb Stunden und wurden in der Regel mit zwei bis drei Personen – darunter die jeweilige Projektleitung und weitere Akteure aus dem Projektkonsortium – durchgeführt. Zur Vorbereitung auf die Gespräche wurde für jedes Projekt eine PowerPoint-Präsentation erstellt. Diese Präsentationen enthalten Informationen zu den Stakeholdern, den Anwendungsfeldern, der Technik sowie den Maßnahmen des Projekts. Ergab sich während der Plausibilisierungsgespräche inhaltlicher Anpassungsbedarf, wurden die Präsentationen im Anschluss an die Gespräche ergänzt und anschließend an die Projektleitung übermittelt.

Fortschritts- und Ergebniserhebung, inkl. Abschlussgespräch

Ziel der Fortschritts- und Ergebniserhebung war die systematische Dokumentation der Fortschritte und die in der jeweiligen Phase gewonnenen Erkenntnisse der Erprobung der Telepflege. Sie wurde nach der Anfangserhebung in zwei Schritten durchgeführt: als Fortschritts- und Ergebniskontrolle zur Abfrage des Projektfortschritts sowie am Ende der Erprobungslaufzeit als Abschlusserhebung, indem die Projektergebnisse abgefragt werden.

Im Juni 2025 erhielten die Projekte den angepassten Datenerhebungsbogen und machten u. a. Angaben dazu, ob die geplanten Maßnahmen begonnen wurden, aktuell laufen, bereits abgeschlossen sind oder verworfen wurden. Abweichungen von der festgelegten Projektplanung und aktuelle Herausforderungen wurden ebenfalls abgefragt. Im Vergleich zur ersten Erhebung waren für die Projekte deutlich weniger Angaben zu tätigen. Außerdem wurden begleitend zur zweiten Erhebung keine Plausibilisierungsgespräche geführt.

Zum Ende der Projektlaufzeit wurde mit allen Projekten ein jeweiliges abschließendes Plausibilisierungs- bzw. Abschlussgespräch vereinbart. Zusätzlich erhielten die Projekte zum bevorstehenden Projektabschluss den angepassten Datenerhebungsbogen ein drittes Mal. Dazu wurden Fragen zum Projektergebnis und eventueller Eigenevaluation ergänzt und die Projektleitenden gebeten, den Bogen auszufüllen. Die Termine der Abschlussgespräche wurden in Anlehnung an das Datum des jeweiligen Projektabschlusses im Juli, August und September 2025 online durchgeführt. Kernbestandteil der Agenda war einerseits ein strukturierter Rückblick auf die individuellen Projektverläufe. Besonderes Augenmerk wurde dabei darauf gelegt, inwiefern

die initiale Projektplanung eingehalten werden konnte und wie das Gelingen verschiedener Aspekte bewertet wurde. In diesem Review sind gleichzeitig Rückfragen zur Konzeption, den Anwendungsfeldern und der Technik eingeflochten. Den Abschluss bildete die Vorstellung der individuellen Ergebnisse der Projekte. Außerdem wurde auch die Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit der Projektvorhaben diskutiert.

3.2.3 Online-Befragungen

Während der Erhebung wurden zwei Online-Befragungen durchgeführt. Im Februar 2025 wurde die systematische Erhebung der strukturellen Merkmale der an der Erprobung beteiligten Einrichtungen initiiert. Am Ende der Projektlaufzeit wurde eine Abschlussbefragung unter den Nutzerinnen und Nutzern der Telepflege in den Pflegeeinrichtungen durchgeführt.

Strukturbefragung der beteiligten Pflege- und Partnereinrichtungen

Durch die Strukturbefragung wurde sichergestellt, dass die Projektergebnisse und -erkenntnisse im Verhältnis zur jeweiligen Struktur der Einrichtung betrachtet werden konnten. Sie war an alle ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie die eingebundenen Partnereinrichtungen (z. B. Hausarztpraxen) gerichtet. Für die technische Umsetzung der Erhebung wurde das Prognos-Befragungsinstrument verwendet. Der Feldstart erfolgte im Februar 2025.

Die mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmte Online-Befragung berücksichtigte einrichtungsspezifische Merkmale wie beispielsweise den Einrichtungstyp und die Zahl der Mitarbeitenden. Darüber hinaus wurden Aspekte der Digitalisierung sowie der technischen Ausstattung der Einrichtung sowie der Kommunikation bzw. des Datenaustausches abgefragt. Insgesamt nahmen Leitungspersonen aus 32 von 36 Einrichtungen an der Befragung teil, was einer Rücklaufquote von 89 Prozent entspricht. Unter den Teilnehmenden waren alle 22 Pflegeeinrichtungen[6] und zehn Partnereinrichtungen (sechs Hausarztpraxen und vier Fachabteilungen eines Krankenhauses). Lediglich bei vier anderen Leistungserbringern kam es zu einer Unit-Nonresponse.

Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

In der Abschlussbefragung wurden die Nutzerinnen und Nutzern der Pflegeeinrichtungen zu ihren Erfahrungen und Perspektiven zum Einsatz von Videokommunikation befragt. Zusätzlich wurden an der Abschlussbefragung die Projektleitungen beteiligt. Der von Prognos erstellte Fragebogen wurde mit dem GKV-Spitzenverband vorab abgestimmt. Der Zugangslink zur Online-Befragung wurde etwa vier Wochen vor dem jeweiligen Projektende an die jeweilige Projektleitungen übermittelt, die ihn wiederum an die entsprechenden Pflegeeinrichtungen bzw. Mitarbeitenden weiterleiteten. Für das Ausfüllen der Online-Befragung wurden zwei Wochen vorgesehen. Nach diesem Zeitraum wurde noch einmal freundlich an die Teilnahme erinnert.

[6] Im späteren Verlauf der Erprobungsphase wurden zusätzliche Einrichtungen eingebunden. Das Projekt TvK-Stat ergänzte eine weitere Pflegeeinrichtung, die Gesamtzahl der Partnereinrichtungen veränderte sich in mehreren Projekten und stieg auf 19 an, wobei es sich jedoch häufig um die Einbindung von Einzelpersonen handelte.

Der inhaltliche Fokus lag auf den Erfahrungen der Befragten mit telepflegerischen Anwendungen. Dabei wurde insbesondere zu Nutzen, Praktikabilität, Akzeptanz und Eignung der Telepflege in den verschiedenen Anwendungsfeldern befragt. Das Evaluationsteam wertete die erhobenen Daten nach dem Ende der Befragung aus. Insgesamt nahmen 51 Nutzerinnen und Nutzer an der Befragung teil, darunter Einrichtungsleitungen, Pflegedienstleitungen, Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, sowie sonstige Akteure und Disziplinen (wie z. B. Verwaltung, Fachinformatik, Projektmanagement). Bezogen auf die Anzahl aktiver Nutzerinnen und Nutzer aus Pflegeeinrichtungen ist dies ein Anteil von rund 33 Prozent, wobei aus allen abgeschlossenen Projekten Rückmeldungen vorliegen. In den Projekten zeigte sich, dass zunächst eine breite Ansprache sowie teilweise auch Schulungen potenzieller Teilnehmender erfolgten. Letztlich waren es jedoch überwiegend einzelne Personen, die die Erprobung vorantrieben und die Anwendungen der Telepflege regelmäßig und über einen Testversuch hinaus nutzten. Diese Personen wurden von den Einrichtungen bevorzugt für die Teilnahme an der Online-Befragung angesprochen was – neben der angespannten Personalsituation – die Einschränkungen beim Rücklauf erklärt.

3.2.4 Fachgespräche

In den Fachgesprächen wurden die Perspektiven, individuellen Erfahrungen und Ratschläge der an den Projekten beteiligten Personen aufgenommen. Diese Gespräche wurden laufend innerhalb der Erprobungslaufzeit geführt und fanden zwischen März und September 2025 statt. Insgesamt wurden 46 Fachgespräche mit unterschiedlichen Akteursgruppen, u. a. mit Pflegebedürftigen, Angehörigen, professionell Pflegenden, Ärztinnen und Ärzten sowie Softwareanbietern geführt.

Um die situativen Voraussetzungen und Bedarfe von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entsprechend berücksichtigen zu können, wurden insgesamt zehn Gespräche geführt.
26 Fachgespräche wurden mit professionell Pflegenden – Pflegefachpersonen und -hilfskräften sowie Auszubildenden – abgehalten. Weitere fünf Fachgespräche wurden mit Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Bei den Gesprächen mit den beruflichen Akteuren stand im Vordergrund, von ihren täglichen Erfahrungen während der Projekterprobung zu profitieren und darüber hinaus den Einfluss der telepflegerischen Anwendungen auf ihre tägliche Arbeit zu verstehen. In fünf Fachgesprächen mit Softwareanbietern (arztkonsultation ak, Docs in Clouds Telecare, FutureApp, Jameda, Zava Sprechstunde) wurde ein Einblick in die technische Umsetzung der Videotelefonie, die Schnittstellen zu anderen Softwareanwendungen sowie die Herausforderungen und das Weiterentwicklungspotenzial der eingesetzten Software vermittelt.

Die Auswahl der Fachgesprächspartnerinnen und -partner erfolgte gemeinsam mit dem Projektkonsortium und den Ansprechpersonen der Einrichtungen. Die Fachgespräche wurden anhand von Leitfäden geführt, die auf die jeweilige Akteursgruppe abgestimmt wurden. Die Durchführung erfolgte üblicherweise per Videotelefonie. Einzelne Gespräche wurden aufgrund des persönlichen Wunsches oder der besseren Vereinbarkeit mit dem Arbeitstag der Fachgesprächspartnerinnen und -partner per Telefon geführt. Das Evaluationsteam hielt die Inhalte aller Fachgespräche in der Form eines Verlaufsprotokolls schriftlich fest. Diese Protokolle dienten als Grundlage für die inhaltsanalytische Auswertung der Fachgespräche. Über die Protokolle hinausgehend wurden weder Ton- noch Bildaufnahmen der Fachgespräche angefertigt. Sämtliche Auswertungen, die in den Erkenntnissen dieses Endberichts münden, wurden unter Wahrung der Vertraulichkeit und unter dem Grundsatz der anonymisierten

Ergebnisdarstellung durchgeführt. Die in diesen Endbericht zur weiteren Veranschaulichung einzelner Aspekte eingebundenen direkten Zitate wurden losgelöst von den Fachgesprächspartnerinnen und -partnern wiedergegeben. Zur kontextuellen Einordnung wird lediglich das Projekt genannt, aus dem das direkte Zitat stammt.

3.2.5 Fokusgruppen

Der Einsatz von Fokusgruppen ermöglicht es verschiedenen Akteursgruppen, am Prozess des Erkenntnisgewinns teilzunehmen. Indem sie eigene Themen und (Gesprächs-) Bedarfe in den Austausch einbringen, können sie Einfluss auf den Prozess der Wissensproduktion nehmen (Bär et al. 2020). Die inhaltliche Ausrichtung und die thematischen Schwerpunkte der einzelnen Projekte bildeten die Grundlage für die Konzeption der themenspezifischen Fokusgruppen. Die folgenden Themenbereiche wurden festgelegt: Telepflege mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, Telepflege für die interne Kommunikation, Telepflege in der intersektoralen Versorgung und videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Vor dem Hintergrund einer ähnlichen inhaltlichen Ausrichtung der Projekte wurde sich von der Gliederung in die themenspezifischen Fokusgruppen ein bereichernder Wissenstransfer versprochen. Daher wurde allen Projekten die Möglichkeit gegeben, sich in mindestens eine Fokusgruppe einzubringen.

Die insgesamt vier Sitzungen fanden im Juni 2025 in der Form von Videokonferenzen statt. Die als Impulsgeberin dienende Tagesordnung begann mit einer Reflexion der erwarteten Ziele der einzelnen Projekte und einem Zwischenfazit zum Stand der Erprobung. In einem zweiten Schritt wurden Learnings aus der Erprobungsphase mit den anderen Teilnehmenden ausgetauscht. Zudem wurde darüber diskutiert, wie Videokommunikation/Telepflege nach dem Ende der Erprobung sinnvoll weitergeführt werden könnte. Die Ergebnisse des Austauschs in den Fokusgruppen wurden protokolliert und anschließend vom Evaluationsteam in anonymisierter Weise inhaltsanalytisch ausgewertet. Zudem wurde durch die Fokusgruppen der Austausch zwischen den Projekten gefördert und Wissenstransfer über die Grenzen eines Projekts hinweg gewährleistet.

4 Überblick | Projekte und Anwendungsfelder

4.1 Allgemeine Merkmale der Projekte

4.1.1 Vorhaben und Ziele

Für das Modellprogramm gemäß § 125a SGB XI zur Erprobung der Telepflege hat der GKV-Spitzenverband aus rund 60 Bewerbungen zwölf Projekte ausgewählt. Während des 15-monatigen Förderzeitraums setzten diese Projekte Telepflege in Form von Videokommunikation mit ambulanten, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie innerhalb eines regionalen Versorgungsnetzwerks um. Acht von zwölf Projekten erprobten Videokommunikation im ambulanten Setting, vier Projekte in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Zwei Projekte berücksichtigten beide Settings (Tabelle 2).[7]

Die Projekte erprobten Videokommunikation mit unterschiedlichen Zielgruppen, woraus sich eine Systematisierung in zwei Gruppen ableiten lässt: Sieben Projekte widmeten sich der Videokommunikation zwischen professionell Pflegenden und pflegebedürftigen Personen und/oder Angehörigen. Zwei dieser Projekte richteten sich speziell an Eltern bzw. Familien pflegebedürftiger Kinder (DigiSAPV-KJ, Tele-KID). Acht Projekte erprobten den Austausch zwischen beruflichen Akteuren, d. h. zwischen professionell Pflegenden selbst oder nutzten Videokommunikation mit anderen Leistungserbringern (Hausärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte). Drei Projekte lassen sich beiden Gruppen zuordnen (Tabelle 2).

Die Projekte verfolgten unterschiedliche übergeordnete Ziele. Einige Vorhaben zielten schwerpunktmäßig darauf ab, durch den Einsatz von Telepflege konkrete Leistungen der pflegerischen Versorgung zu digitalisieren (z. B. Videobasierte Beratung: Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI) oder ein neues digitales Angebot (z. B. DB 2.0: Betreuungs- und Selbsthilfeangebote) zu entwickeln. Andere Projekte konzentrierten sich darauf, den Einsatz digitaler Anwendungen in der Gesundheitsversorgung insgesamt zu stärken (z. B. Care Connect). Hierzu zählten Vorhaben wie die Einbindung von Angehörigen in den Pflegeprozess und die Erleichterung der Kommunikation sowie die Entlastung der Pflegenden im Pflege- und Versorgungsprozess. Diese Projekte legten besonderen Wert auf die Kommunikation und zielten darauf ab, bestehende Strukturen zu optimieren. Darüber hinaus gab es Projekte, die die intersektorale Kommunikation gezielt durch den Einsatz von Telepflege förderten. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie der Wissensaustausch zwischen unterschiedlichen Einrichtungen. Diese Vorhaben zielten darauf ab, die Versorgung und die Kommunikation zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu verbessern und den Wissensaufbau zu fördern (Tabelle 2).

[7] Von den zwölf Projekten musste ein Projekt (DIPAK) vorzeitig beendet werden, da die Zertifizierungsauflagen für die Videokommunikationssoftware nicht erfüllt werden konnten.

Tabelle 2: Vorhaben, Zielgruppen und den Fokus der geförderten Projekte

Legende: ● Videokommunikation mit Pflegebedürftigen/Angehörigen (Gruppe 1), ● Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren (Gruppe 2), ● Videokommunikation mit beiden Gruppen (Gruppe 1 und 2)

Projekte	Setting	Vorhaben	Zielgruppe			Inhaltlicher Fokus*
			Austausch mit Pflege-bedürftigen/ Angehörigen	Zusammen-arbeit innerhalb der Pflege	Inter-disziplinäre Zusammen-arbeit	
DB 2.0	Ambulant Vollstationär	Digitale Betreuungs- und Selbsthilfeangebote für Seniorinnen und Senioren	●			Neue Leistung Wissensaufbau
ErnTeBayLA-S	Vollstationär	Einbindung von Angehörigen in den Pflegeprozess	●			Kommunikation
TeleKID	Ambulant	Videogestützte Beratung für Angehörige pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher	●			Neue Leistung Versorgung
Videobasierte Beratung	Ambulant	Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI im ländlichen Raum	●			Neue Leistung
GKV-ViTA XI	Ambulant	Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI, digitale Teamsitzungen in der Intensivpflege	●	●		Neue Leistung Kommunikation
Virtuelle Fürsorge	Ambulant	Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI, kollegiale Beratung und Anleitung	●	●		Neue Leistung Kommunikation
TESAM	Ambulant Teilstationär	Digitaler Austausch zwischen Pflegeeinrichtungen zu Daten eines Sturzrisiko-Assessments	●		●	Versorgung
Telekooperation	Vollstationär	Veränderung der Kommunikationsstrukturen im Pflege- und Versorgungsprozess		●		Versorgung Kommunikation
TvK-Stat	Vollstationär	Zusammenarbeit mit Haus-/ Fachärztinnen und -ärzten, Wissensaustausch zwischen Pflegeeinrichtungen		●	●	Versorgung Kommunikation
DigiSAPV-KJ	Ambulant	Digitale Fallbesprechungen in der Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in Niedersachsen		●	●	Kommunikation
CareConnect	Vollstationär	Zusammenarbeit mit Uniklinikum und niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten			●	Versorgung, Wissensaufbau
DIPAK	Ambulant	Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus-/ Fachärztinnen und -ärzten			●	Kommunikation

Quelle Dokumentenanalyse, Monitoring-Anfangserhebung, inkl. Plausibilisierungsgespräch

© Prognos 2025

4.1.2 Projektnehmer und -konsortien

Die Rolle der Projektnehmer wurde von unterschiedlichen institutionellen Akteuren übernommen. In elf Projekten waren dies Träger von Pflegeeinrichtungen, in einem Projekt ein Universitätsklinikum. Die Projektleitung lag in der Verantwortung der jeweiligen Projektnehmer. (Tabelle 3). Die meisten Projektleitungen waren bei der Trägerorganisation im administrativen Bereich und/oder Projektmanagement tätig, während einige auch in der direkten Versorgung einer beteiligten Einrichtung arbeiteten. In zwei Projekten übernahmen externe Akteure, darunter eine Hochschule, die stellvertretende Projektleitung.

Tabelle 3: Projektnehmer der geförderten Projekte

Projekt	Projektnehmer	Weitere Partner (ausgewählt)
CareConnect	Uniklinik RWTH Aachen	Caritasverband Aachen
DB 2.0	Sander Pflege GmbH	Fördiko, ViVerA, Pflegepioniere
DigiSAPV-KJ	Betreuungsnetzwerk schwerkranker Kinder UG(h)	
DIPAK	Diakonie Nord Nord Ost gGmbH	
ErnTeBayLa-S	Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V.	Hochschule Hof
GKV-ViTA-XI	VIP GmbH	
TeleKID	Diakonie Bethanien gGmbH	Health-INT, AOK
Telekooperation	Stiftung Vereinigte Hospitien	Stadt Trier
TESAM	St. Gereon Seniorendienste	Mensch, Arbeit und Technik
TvK-Stat	Diakonie Osnabrück Stadt und Land	
Videobasierte Beratung	Cordi Esse	
Virtuelle Fürsorge	Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden und Württemberg	

Quelle Dokumentenanalyse

© Prognos 2025

Für die Vorbereitung und Durchführung der Erprobung der Projekte war neben der Projektleitung auch das *Projektkonsortium* verantwortlich. Dieses stellte einen temporären Zusammenschluss mehrerer Akteure dar, die gemeinsam das festgelegte Projektziel verfolgten. Die Größe der Konsortien variierte. Eine Mitwirkung im Konsortium war typischerweise mit einer erweiterten Verantwortung für das Projekt sowie projektbezogenen Aufgaben verbunden. In allen Projektkonsortien nahmen – wie im Rahmen der Förderung erwartet – Akteure aus der Langzeitpflege eine zentrale Rolle ein.

Sieben Projekte haben über das Projektkonsortium hinaus zusätzliche Partner hinzugezogen, beispielsweise für die Umsetzung von Schulungen. Technische Unterstützung war in fast allen Projekten, mit Ausnahme von zwei Projekten, durch die Einbindung von Technikanbietern (im Konsortium oder als Unterauftragnehmer) vorgesehen.

4.1.3 Technische Besonderheiten

Im Rahmen des Modellprogramms wurden acht zertifizierte Videodienste erprobt. Zwei Mal kam eine Videokommunikationssoftware in mehreren Projekten zum Einsatz. Die Projekte unterscheiden sich darin, ob eine Einbindung der Videokommunikationssoftware in bestehende IT-Strukturen angestrebt wurde oder nicht; letzteres war in fünf Projekten der Fall (Tabelle 4).

Die in den Projekten genutzten Videodienste sind grundsätzlich als webbasierte Lösung ohne weitere Installation zu verwenden. Die meisten dieser Produkte (z. B. TeleDoc Starter, Jameda Videosprechstunde oder webPRAX) können über Schnittstellen in andere Systeme (z. B. Pflegedokumentationssysteme) bis hin zu White-Label-Lösungen (z. B. webPRAX) integriert werden, was allerdings mit einem entsprechenden Installations- und Konfigurationsaufwand verbunden ist. In den Projekten, die Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen umsetzten, wurden die Videodienste zumeist separat ohne weitere Integration eingesetzt. Dadurch wird ein einfacher Zugang zu den Videotelefonaten (meist Zugangslink via SMS bzw. E-Mail), häufig eine Geräte- und Plattformunabhängigkeit (egal, ob Tablet, PC, Windows oder iOS) und somit eine große Reichweite und Adoptionsrate insbesondere bei der Zielgruppe der Pflegebedürftigen sowie Angehörigen erreicht. Demgegenüber ist ohne weitere Integration die gemeinsame Nutzung von Daten(-banken) eingeschränkt.

Fünf Projekte strebten eine Integration zwischen Videodienst und Pflegedokumentations- bzw. Terminbuchungssystem an. Diese Projekte haben gemein, dass die Videokommunikationssoftware für den Austausch zwischen beruflichen Akteuren gedacht war. Hierbei ist anzumerken, dass diese Integrationsmöglichkeiten zum Teil bereits vor und unabhängig von dem Modellprogramm bestanden und somit als Auswahlkriterium für die Videokommunikationssoftware herangezogen wurden.

So ist der Videodienst von Docs in Clouds Telecare auf dem mobilen Rollständer (TeleDoc mobile) installiert und kompatibel zu Dokumentationssystemen wie Medifox DAN oder der Vivendi Pflegesoftware. Auch in den Palli Doc Mobile Apps ist TeleDoc Starter als Software-Modul verfügbar. Vorteile einer solchen integrierten Lösung bzw. von Schnittstellen bestehen darin, dass Daten aus der Pflegedokumentation eingebunden bzw. in diese übertragen werden können. Beispielsweise wurde im Projekt GKV-ViTA XI eine Schnittstelle für ein Terminbuchungstool entwickelt. Es erfolgte jedoch keine direkte, technische Integration (im Sinne einer gemeinsamen Datenbanknutzung oder Funktionsbündelung in einer Software) in das Pflegedokumentationssystem.

Tabelle 4: Zertifizierte Videosoftware

Legende: ● Videokommunikation mit Pflegebedürftigen/Angehörigen (Gruppe 1), ● Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren (Gruppe 2), ● Videokommunikation in Gruppe 1 sowie Gruppe 2

Videosoftware	Projekte	Pflegedokumentationssoftware
Keine Integration Videokommunikationssoftware und Pflegedokumentationssoftware		
White Label: AMP.Chat (Awesome Technologies)	● ErnTeBayLa-S	Senso Dokumentation (develop group Holding)
app.sprechstunde.online (Zava Sprechstunde)	● DB 2.0	Medifox Dan (Medifox Dan)
	● TvK-Stat	Vivendi Pflegesoftware (Connext Communication)
	● Virtuelle Fürsorge	Factis (CompuGroup Medical) snap Software (Euregon) Pflege X (Multicom Software) Vivendi Pflegesoftware (Connext Communication)
RED connect basis/plus (Red Medical Systems)	● TeleKID	Medifox Dan (Medifox Dan)
Doctolib Videosprechstunde (Doctolib)[8]	● Videobasierte Beratung	snap Software (Euregon)
Videosprechstunden-Suite (arztkonsultation ak)	● TESAM	myneva.heimbas (myneva Group)
Integration Videokommunikationssoftware und Pflegedokumentationssoftware		
Jameda Videosprechstunde (Jameda)	● GKV-ViTA XI	GO ON (GODO Systems)
TeleDoc Starter (Docs in Clouds Telecare)	● CareConnect	Vivendi Pflegesoftware (Connext Communication) Medifox Dan (Touch) (Medifox Dan)
	● DigiSAPV-KJ	PalliDoc (StatConsult)
	● Telekooperation	Medifox Dan (Medifox Dan)
White Label: webPRAX (Healthy Projects)	● DIPAK	Vivendi Pflegesoftware (Connext Communication)

Quelle Dokumentenanalyse, Monitoring-Fortschrittserhebung

© Prognos / HeuRika, 2025

[8] Seit Juni 2025 wurde Doctolib Videosprechstunde nicht mehr in der von der KBV veröffentlichten Liste zertifizierter Anbieter aufgeführt. Nach Abstimmung mit GKV-Projektleitung wurde Dienst bis Projektende weiter genutzt.

Weitere digitale Anwendungen

An dieser Stelle ist wichtig zu betonen, dass die Videokommunikation im Modellprogramm im Fokus der Erprobung steht. Einzelne Projekte setzten jedoch zusätzlich weitere digitale Anwendungen im Rahmen des Vorhabens ein. Neben der Videokommunikation wurden in fünf Projekten weitere digitale Anwendungen erprobt, die nachfolgend zusammengefasst werden:

- **Messenger-Dienst/Nachrichten**: Eine Chatfunktion ermöglicht asynchrone, textbasierte Kommunikation. In zwei Projekten (ErnTeBayLa-S, Telekooperation) wurde die schriftliche Kommunikation neben der Videokommunikation genutzt.
- **Ferndiagnoseinstrumente**: In zwei Projekten (CareConnect, DigiSAPV-KJ) wurde die Videokommunikation durch den Einsatz von Ferndiagnoseinstrumenten ergänzt, z. B. EKG, digitales Stethoskop.

4.2 Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe

In den geförderten Projekten wird Videokommunikation für unterschiedliche Situationen eingesetzt. Diese variieren hinsichtlich ihres Anlasses sowie den beteiligten Personen. Videokommunikation kann dabei sowohl mit einer aktiven Rolle (z. B. als Pflegefachperson Pflegehilfskräfte anleiten) als auch einer passiven Rolle (z. B. als Angehörige an einer Visite teilnehmen) einhergehen. In einigen Fällen sind alle Beteiligten digital miteinander verbunden, wohingegen in anderen Situationen einzelne Personen digital zugeschaltet werden, während andere physisch vor Ort sind.

Um die vielfältigen Situationen zu analysieren, in denen Videokommunikation in den Projekten zum Einsatz kam, werden diese für die projektübergreifende Analyse in *Anwendungsfeldern* zusammengefasst. Dieser Fokus auf Anwendungsfelder ergibt sich aus der Zielsetzung der Evaluation, Informationen zur Eignung von Anwendungsfeldern zu gewinnen. In diesem Kontext definieren wir Anwendungsfelder als spezifische Bereiche, in denen die Projekte Videokommunikation einsetzen, um – wie zuvor beschrieben – die Versorgung zu verbessern, die Kommunikation zu optimieren oder neue Leistungen zu etablieren. Aus dieser Definition wird deutlich, dass die im Rahmen der Evaluation untersuchten Anwendungsfelder deduktiv aus den Projektvorhaben abgeleitet wurden. Sie sind daher nicht als abschließende Klassifizierung zu verstehen. Vielmehr sind auch weitere Anwendungsfelder und Anlässe für den Einsatz von Videokommunikation denkbar.

Es wurden **sechs Anwendungsfelder** identifiziert, die sich in zwei Gruppen unterteilen:

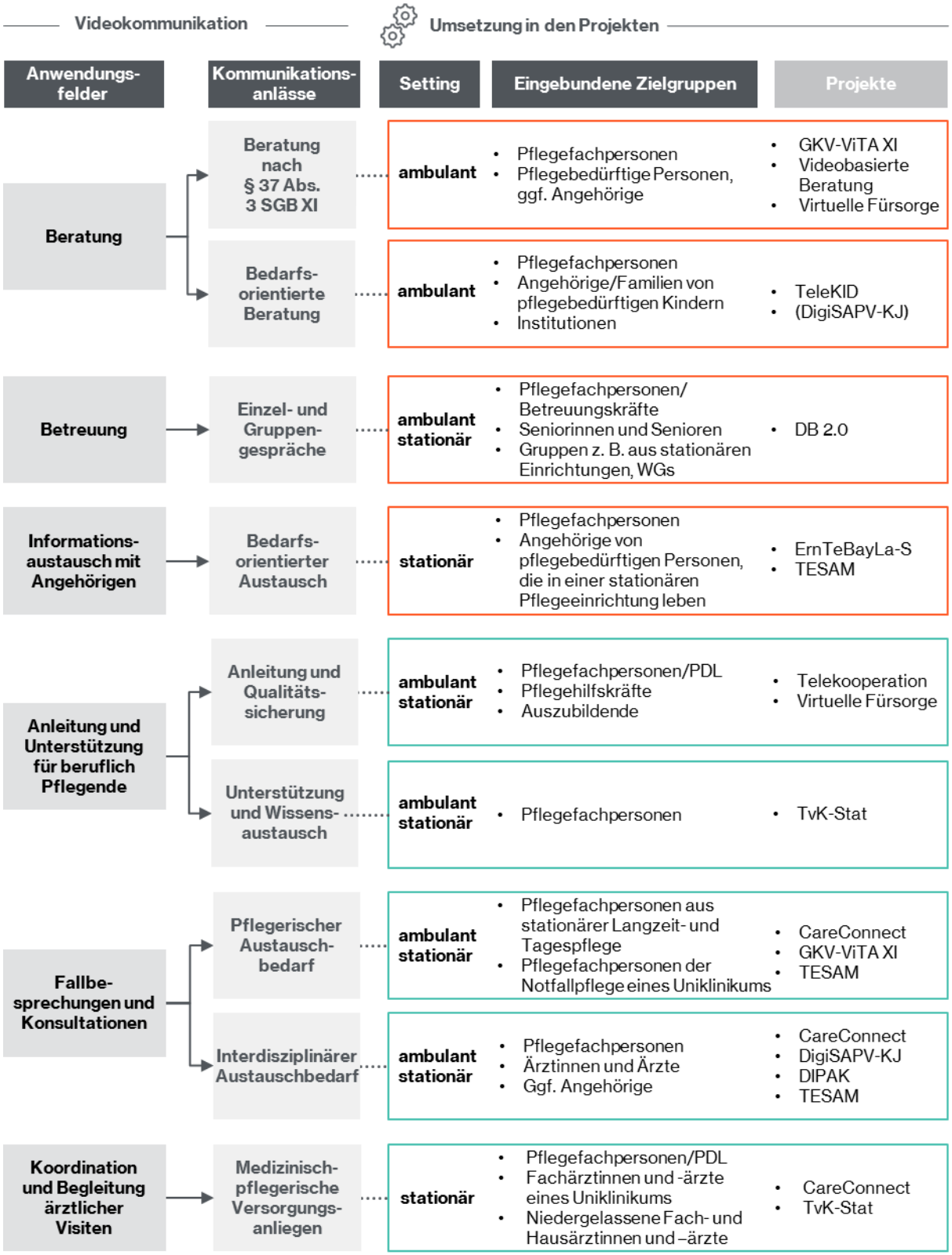
1. Anwendungsfelder für den Austausch zwischen professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen,
2. Anwendungsfelder für den Austausch zwischen beruflichen Akteuren, d. h. zwischen Pflegeberufen oder zwischen Pflegeberufen und anderen Gesundheitsberufen.

Bei den Anwendungsfeldern der Gruppe 1 handelt es sich um *Beratung*, *Betreuung* und *Informationsaustausch mit Angehörigen*. Für Beratung werden zwei Anlässe unterschieden: *Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI* sowie *bedarfsorientierte Beratung*. Gruppe 2 umfasst die Anwendungsfelder *Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende*, *Fallbesprechungen und Konsultationen* sowie *Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten*. Für das Anwendungsfeld Anleitung und Unterstützung von professionell Pflegenden werden die Anlässe *Anleitung und Qualitätssicherung* und *Unterstützung und Wissensaustausch* unterschieden. Bei Fallbesprechungen und Konsultationen werden *pflegerische* sowie *interdisziplinäre* Anlässe der Videokommunikation erprobt.

Die Aussagen der Evaluation beziehen sich auf die Umsetzung der Anwendungsfelder in den Projekten, die durch das Versorgungssetting sowie die eingebundenen Zielgruppen geprägt sind. Videokommunikation wurde mit Pflegebedürftigen und Angehörigen beispielsweise hauptsächlich im ambulanten Versorgungssetting erprobt, während die Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren sowohl im ambulanten als auch im stationären Versorgungsbereich getestet wurde. Der Zusammenhang zwischen den Anwendungsfeldern, den Kommunikationsanlässen sowie die Zuordnung der Settings wurde in Abbildung 1 systematisch aufbereitet. Darüber hinaus ordnet das Schaubild den Anwendungsfeldern die in die Erprobung eingebundenen Projekte und Zielgruppen zu.

Abbildung 1: Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe für Videokommunikation

Legende: ● mit Pflegebedürftigen/Angehörigen, ● zwischen beruflichen Akteuren



Quelle: Dokumentenanalyse

© Prognos 2025

Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Beratung

Das Anwendungsfeld Beratung ist durch die Interaktion zwischen ratsuchenden Personen und beratenden Fachkräften gekennzeichnet. Professionelle Beratung zeichnet sich durch die Anwendung wissenschaftlich fundierter Beratungsansätze aus (von Reibnitz et al. 2017). Im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI erprobten vier Projekte (GKV-ViTA XI, TeleKID, sowie Videobasierte Beratung und Virtuelle Fürsorge) den Einsatz videogestützter Beratung. Für den Einsatz von Videokommunikation ergaben sich zwei Anlässe:

- *Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI* dient der fachlichen Unterstützung sowie Sicherung der Pflegequalität bei ambulant betreuten Personen, die Pflegegeld beziehen. Ab Pflegegrad 2 sind Beratungsbesuche verpflichtend: Bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich, bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich. Für Pflegegrad 1 besteht der Anspruch auf eine halbjährliche Beratung (Stand 31. Oktober 2025)[9].
- *Bedarfsorientierte Beratung*: Im Gegensatz zu den klaren Rahmenbedingungen der sozialrechtlichen Beratung ist diese Form der Beratung flexibler. Die Hilfestellung einer beratenden Person wird in Anspruch genommen, wenn die eigenen Möglichkeiten oder die des Umfeldes zur Problemlösung nicht ausreichen (Koch-Straube 2008).

Seit Juli 2022 kann jeder zweite Beratungsbesuch nach **§ 37 Absatz 3 SGB XI per Video** durchgeführt werden, die erste Beratung muss jedoch in der Häuslichkeit erfolgen. Diese Möglichkeit ist aktuell bis zum 31.03.2027 befristet. Prozessuale Vereinfachungen haben sich dadurch ergeben, dass seit Oktober 2024 eine mündliche Einwilligung der beratenen Person (die sogenannte Nachweispflicht) die Unterschrift für die Abrechnung bei der Pflegekasse ersetzt. Diese Regelung erleichtert die Umsetzung von digitaler Beratung, da das Versenden des Nachweisformulars zur Einholung einer Unterschrift entfällt.

Betreuung

Nach § 45a SGB XI haben Menschen mit einem Pflegegrad Anspruch auf Angebote zur Unterstützung im Alltag. Dazu gehören Betreuungsangebote, Entlastungsangebote für Pflegende und Hilfestellungen im Alltag. Diese Angebote werden von qualifizierten Fachkräften oder speziell geschulten Betreuungspersonen durchgeführt. Ein damit verwandtes Anwendungsfeld in der Evaluation des Modellprogramms ist die videogestützte Betreuung. Innerhalb des Modellprogramms erprobte das Projekt DB 2.0 dieses Anwendungsfeld.

[9] Im Zuge des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurden die Intervalle der Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Satz 1 SGB XI angepasst. Für pflegebedürftige Personen mit den Pflegegraden 4 und 5 besteht nun die Möglichkeit, die verpflichtende Beratung in der eigenen Häuslichkeit halbjährlich statt wie bisher vierteljährlich in Anspruch zu nehmen. Eine vierteljährliche Beratung kann jedoch weiterhin freiwillig in Anspruch genommen werden.

Informationsaustausch mit Angehörigen

Angehörige nehmen in der pflegerischen Versorgung eine zentrale Rolle ein, sowohl als Bezugspersonen für Pflegebedürftige als auch innerhalb des Versorgungsprozesses und dessen Gestaltung. Das Anwendungsfeld des Informationsaustauschs umfasst den Einsatz von Videokommunikation zur Abstimmung zwischen Angehörigen und professioneller Pflege. Ziel ist, die Angehörigen in Prozesse der Versorgung einzubeziehen und den Informationsfluss zwischen Pflegeeinrichtungen und Angehörigen zu stärken. Innerhalb des Modellprogramms nach § 125a SGB XI erprobten die Projekte ErnTeBayLa-S und TESAM dieses Anwendungsfeld.

Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren

Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende

Fachliche Anleitung und Unterstützung für Pflegekräfte wird im Rahmen der Versorgung oder während Aus-, Fort- und Weiterbildungen umgesetzt. Ziel ist es, berufliche Handlungskompetenz zu vertiefen und Sicherheit im pflegerischen Handeln zu stärken. Im Rahmen des Modellprogramms untersuchten drei Projekte dieses Anwendungsfeld (Telekooperation, TvK-Stat, Virtuelle Fürsorge). In den Projekten wurden zwei Kommunikationsanlässe erprobt:

- *Anleitung und Qualitätssicherung:* Im Rahmen dieses Anlasses wurde Videokommunikation zwischen Pflegefachkräften und Hilfskräften bzw. Auszubildenden innerhalb einer Pflegeeinrichtung erprobt. Das Format diente der strukturierten Anleitung, Klärung von Fragestellungen sowie der Qualitätssicherung im Arbeitsalltag.
- *Unterstützung und Wissensaustausch:* Zur Unterstützung pflegefachlicher Zusammenarbeit wurde der Einsatz von Videokommunikation innerhalb und zwischen Pflegeeinrichtungen erprobt. Ziel war es, spezialisierte Expertise gezielt einzubinden, um fachliche Unterstützung zu leisten und den Wissenstransfer sowohl einrichtungsintern als auch -übergreifend zu fördern.

Fallbesprechungen und Konsultationen

Fallbesprechungen und Konsultationen beschreiben einen Austausch zwischen mehreren Personen. Sie bieten eine Plattform, um entweder den Fall einer Person (= Fallbesprechung) oder ein bestimmtes fachliches Thema (= Konsultation) zu diskutieren. Fünf Projekte (CareConnect, DigiSAPV-KJ, DIPAK, sowie GKV-ViTA XI und TESAM) widmen sich in der Erprobung diesem Anwendungsfeld. Dabei lassen sich folgende Kommunikationsanlässe unterscheiden:

- *Pflegerischer Austauschbedarf*: In pflegerischen Fallbesprechungen tauschen sich Pflegekräfte über einen Fall bzw. mehrere Personen aus. Bei pflegerischen Konsultationen werden spezifische pflegerische Fragestellungen adressiert (z. B. Wundversorgung).
- *Interdisziplinärer Austauschbedarf*: In interprofessionellen Fallbesprechungen tauschen sich Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen zu einem Fall bzw. mehreren Personen aus. Interprofessionelle Konsultationen beschreiben den interdisziplinären Austausch zu einer spezifischen fachlichen Fragestellung.

Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten

Eine Visite wird als regelmäßiger Besuch von Ärztinnen und Ärzten bei den Patientinnen und Patienten einer Station oder den Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung beschrieben. Er dient der Begutachtung und Therapieplanung. Digitale ärztliche Visiten werden auch unter dem Begriff Telemedizin eingeordnet – der Fokus auf die Koordination und Begleitung der Visite durch Pflegefachpersonen macht sie im Rahmen des Modellprogramms jedoch zu einem telepflegerischen Anwendungsfeld, zumal die Begriffe (wie in Kapitel 2 beschrieben) nicht trennscharf sind. Die Projekte CareConnect, TESAM und TvK-Stat erprobten die Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten. Visiten wurden von Pflegefachkräften initiiert und begleitet, wobei die Visiten auch zur Anleitung von Kolleginnen und Kollegen genutzt werden konnten oder dazu dienten, den Gesundheitszustand betreuter Personen einzuschätzen.

5 Überblick | Beteiligte Einrichtungen

5.1 Allgemeine Strukturmerkmale

5.1.1 Pflegeeinrichtungen

Die beteiligten Pflegeeinrichtungen und deren Mitarbeitende standen im Mittelpunkt der Projektkonzeption, -durchführung und praktischen Erprobung. In der Strukturbefragung wurden zentrale Merkmale dieser Pflegeeinrichtungen bei Leitungspersonen abgefragt, um die strukturellen Ausgangsbedingungen der Einrichtungen zu beschreiben.[10] Insgesamt waren 23 Pflegeeinrichtungen und rund 340 Mitarbeitende dieser Einrichtungen Teil des Modellprogramms. Besonders häufig waren unter den Pflegeeinrichtungen ambulante Pflegedienste vertreten (n = 12), darunter ein Intensivpflegedienst, gefolgt von vollstationären Einrichtungen (n = 8) und Tagespflegeeinrichtungen (n = 3) (Abbildung 2).

Anders als in den übrigen Projekten waren beim Projekt DigiSAPV-KJ Pflege- oder Partnereinrichtungen nicht direkt eingebunden. Stattdessen handelte es sich um ein Betreuungsnetzwerk, das aus sieben Regionalteams besteht. Gemeinsam mit zahlreichen Partnereinrichtungen bilden diese Teams die Grundlage der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in ganz Niedersachsen. Die Regionalteams setzen sich aus Einzelpersonen zusammen – die zum Teil an dem Projekt und der Erprobung von Videokommunikation teilnahmen – darunter u. a. Pflegefachpersonen, die neben ihrer Tätigkeit im SAPV-Team in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen beschäftigt waren (ohne Abbildung).

Abbildung 2: Übersicht der beteiligten Pflegeeinrichtungen und Anzahl der Mitarbeitenden

23
Pflegeeinrichtungen

338
Mitarbeitende

12
ambulante Dienste
in 7 Projekten

8
Vollstationäre Einrichtungen
in 6 Projekten

3
Tagespflegeeinrichtungen
in 1 Projekt

Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen, Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos 2025

Die Einbindung von rund 340 Mitarbeitenden (= *potenzielle Reichweite*) bedeutet, dass sie in dem jeweiligen Projekt gezielt über das geplante Vorhaben informiert wurden, zum Teil ergänzt durch

[10] Der Rücklauf der Strukturbefragung entsprach zum Zeitpunkt der Abfrage im Mai 2025 einer Vollerhebung (n = 22). Eine weitere Einrichtung wurde während der Projektlaufzeit in das Projekt TvK-Stat eingebunden.

Schulungen. Die Analyse der Projektdurchführung im Rahmen der Evaluation zeigt, dass die Einbindung jedoch nicht zwangsläufig mit einer aktiven Rolle im Projekt einherging. Tatsächlich waren rund 150 (44 %) der eingebundenen Personen aus Pflegeeinrichtungen aktiv in die Erprobung involviert (= *tatsächliche Reichweite*). Im Vergleich der Versorgungssettings lässt sich feststellen, dass in stationären Pflegeeinrichtungen tendenziell mehr Mitarbeitende aktiv beteiligt waren als in den ambulanten Diensten (Tabelle 5).

Aus den beteiligten Einrichtungen wurden schätzungsweise über 3.000 Pflegebedürftige einbezogen (= *potenzielle Reichweite*)[11]. Auch hier bedeutet dies, dass diese gezielt über das Projekt in Kenntnis gesetzt wurden. Im Rahmen dieses Prozesses wurden zudem Einverständnis- und Datenschutzerklärungen eingeholt. Tatsächlich wurden rund 1.800 Pflegebedürftige aktiv in das Projekt eingebunden (= *tatsächliche Reichweite*). Zum Teil waren sie direkte beteiligt (z. B. Videoberatung), zum Teil war die Beteiligung indirekt (z. B. Fall wurde in einer Fallbesprechung thematisiert). In stationären Einrichtungen wurden in einigen Projekten ganze Wohnbereiche in die Erprobung integriert (z. B. im Projekt Telekooperation für die Erprobung von Anleitung und Unterstützung per Videokommunikation). Im ambulanten Setting beschränkte sich die aktive Teilnahme häufiger auf einzelne Pflegebedürftige.

Tabelle 5: Übersicht der beteiligten Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen

Projekt	Pflegeeinrichtungen	Mitarbeitende		Pflegebedürftige	
		Eingebunden	*Aktiv*	*Eingebunden*	*Aktiv*
CareConnect	• Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen	35	17	69	69
DB 2.0	• Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen • Ein ambulanter Pflegedienst	4	4	311	35
DigiSAPV-KJ	• Betreuungsnetzwerk	25	13	193	30
DIPAK	• Zwei ambulante Pflegedienste	47	/	/	/
ErnTeBayLa-S	• Eine stationäre Pflegeeinrichtung	70	30	28	28
GKV-ViTA-XI	• Ein ambulanter Intensivpflegedienst	12	4	/	944
TeleKID	• Ein ambulanter Pflegedienst	8	6	/	700
Telekooperation	• Eine stationäre Pflegeeinrichtung	56	56	135	135
TESAM	• Drei Tagespflegeeinrichtungen • Ein ambulanter Pflegedienst	29	4	77	77
TvK-Stat	• Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen	18	3	120	15
Videobasierte Beratung	• Ein ambulanter Pflegedienst	31	4	265	38
Virtuelle Fürsorge	• Fünf ambulante Pflegedienste	28	16	/	700

Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen, Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer © Prognos 2025

[11] Die genaue Anzahl kann nicht erhoben werden, da nicht immer ausschließlich Pflegebedürftige involviert wurden, die in einem Versorgungsverhältnis mit den beteiligten Einrichtungen standen. Einige Projekte rekrutierten darüber hinaus noch weitere Personen (z. B. GKV-ViTA-XI, TeleKID und Virtuelle Fürsorge).

5.1.2 Partner/Partnereinrichtungen

In fünf der Projekte waren neben den Pflegeeinrichtungen weitere Partner bzw. Partnereinrichtungen eingebunden, um den interdisziplinären Austausch per Video zu erproben. Auch diese wurden im Rahmen der Strukturbefragung eingebunden und zu zentralen Merkmalen der Einrichtung befragt.[12] Insgesamt handelte es sich dabei um 19 Einrichtungen sowie Einzelakteure. Darunter niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte (n = 11), Fachabteilungen einer Universitätsklinik (n = 4), eine Physiotherapiepraxis, sowie ein Sanitätshaus (Abbildung 3).

Abbildung 3: Übersicht der beteiligten Partnereinrichtungen und Anzahl der Mitarbeitenden

Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen, Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer © Prognos 2025

51 Mitarbeitende aus den Partnereinrichtungen bzw. Partner waren aktiv in die Projekte eingebunden. Der überwiegende Teil dieser Personen (n = 40) war in haus- und fachärztlichen Praxen tätig. Weitere Beteiligte stammten aus den Bereichen psychosoziale Versorgung, Physiotherapie und Hilfsmittelversorgung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Übersicht der beteiligten Mitarbeitenden

Projekt	Eingebundene Mitarbeitende der Partnereinrichtungen	
CareConnect	21	Fachabteilungen und Campuspraxis eines Uniklinikums, Niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte
DigiSAPV-KJ	17	Niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte Psychosoziale Fachkräfte Koordination und Verwaltung
DIPAK	4	Niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte
TESAM	3	Physiotherapie
TvK-Stat	6	Niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte Fachärztinnen und -ärzte, Sanitätshaus

[12] Zum Zeitpunkt der Abfrage im Mai 2025 lag der Rücklauf der Strukturbefragung bei n = 10. Die Gesamtzahl der Partnereinrichtungen erhöhte sich im Verlauf auf 19. Dabei handelte es sich überwiegend um Einzelpersonen.

Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen, Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer. © Prognos 2025

5.2 Digitalisierung und Kommunikation

5.2.1 Digital(er) arbeiten

Die Ergebnisse der Strukturbefragung[13], die von den Leitungspersonen der beteiligten Einrichtungen ausgefüllt wurde sowie die Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer in den Pflegeeinrichtungen legen Folgendes dar: Die Ausprägung einer digitalen Arbeitsweise[14] wurde in den Einrichtungen relativ gut, jedoch nicht herausragend bewertet. Für die Pflegeeinrichtungen ergab sich in der Strukturbefragung eine Durchschnittsnote von 2,6 (n = 22). Die Bewertung in der Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer fiel etwas positiver aus und lag im Mittel bei 2,4 (n = 42). Grundsätzlich wurde die Arbeitsweise in den ambulanten Pflegediensten digitaler eingeschätzt als in den (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen. Die Partnereinrichtungen (z. B. Arztpraxen) wurden in der Strukturbefragung mit 2,3 (n = 10) bewertet.

Im Rahmen der Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer wurden die befragten professionell Pflegenden gebeten, ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit digitalen Anwendungen in Schulnoten einzuschätzen. Der Durchschnittswert lag bei 2,4 (n = 42). Die Selbsteinschätzungen variieren im Bereich zwischen 1 und 3, nur wenige Einzelpersonen schätzen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen niedriger ein.

Die Gesprächspartnerinnen und -partner betonten in den Fachgesprächen mehrfach, dass die Einrichtungen bzw. Einrichtungsträger eine Offenheit für digitales Arbeiten zeigen und dass digitale Anwendungen bereits vor dem Start des Modellprogramms ein Bestandteil des Arbeitsalltags waren. Die Abschlussbefragung bestätigte dies: Befragte aus allen Projekten gaben an, bereits vor dem Modellprogramm regelmäßig oder vereinzelt mit Videokommunikationssoftware gearbeitet zu haben (74 Prozent der Befragten). Bislang kam jedoch keine zertifizierte Videokommunikationssoftware zum Einsatz, stattdessen wurden Programme wie Zoom oder Microsoft Teams genutzt. Die übrigen befragten Personen hatten bislang noch keine Videokommunikation eingesetzt oder nutzten sie erstmalig im Rahmen des Modellprogramms.

Personelle Ressourcen für Digitalisierungsinitiativen

Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen verfügte – laut den Angaben in der Strukturbefragung – mit Blick auf die Personalstruktur über (moderate) Kapazitäten, um Digitalisierungsinitiativen umzusetzen (72 %). Dies betrifft 15 von 22 Pflegeeinrichtungen sowie acht von zehn Partnereinrichtungen. Etwa ein Viertel der Einrichtungen verfügte nur über stark eingeschränkte personelle Ressourcen. Dies trifft auf die verbleibenden sieben Pflegeeinrichtungen zu, von denen zwei ihre Kapazitäten als „sehr begrenzt“ einstufen. Darüber

[13] 32 von 36 Einrichtungen haben an der Strukturbefragung teilgenommen, Stand Mai 2025.
[14] Fragestellung: In welchem Umfang wird in Ihrer Einrichtung/Praxis/Fachabteilung digital – also papierlos und/oder automatisiert – gearbeitet? Bitte bewerten Sie in Schulnoten von 1 („sehr digital“) bis 6 („kaum digital“).

hinaus berichten zwei Hausarztpraxen, dass ihnen lediglich ein begrenzter Spielraum für die Durchführung zusätzlicher Projekte im Rahmen der alltäglichen Versorgung zur Verfügung steht.

Für die Einbindung von Mitarbeitenden in Digitalisierungsinitiativen sowie deren nachhaltige Umsetzung können der Anteil von Teilzeitarbeit und Fluktuation im Team relevant sein: Eine hohe Zahl an Teilzeitkräften und/oder Fluktuation kann den Arbeitsaufwand beispielsweise für Schulungen erhöhen, da mehr Personen berücksichtigt und/oder Einbindungsprozesse für neue Mitarbeitende mitgedacht werden müssen. Die Ergebnisse der Strukturbefragung verdeutlichen die Bedeutung der Teilzeitarbeit in den beteiligten Pflegeeinrichtungen: In 36 Prozent der Einrichtungen arbeiteten nahezu die Hälfte der Mitarbeitenden in Teilzeit, während in 41 Prozent sogar die Mehrheit oder fast das gesamte Team in Teilzeit tätig war.

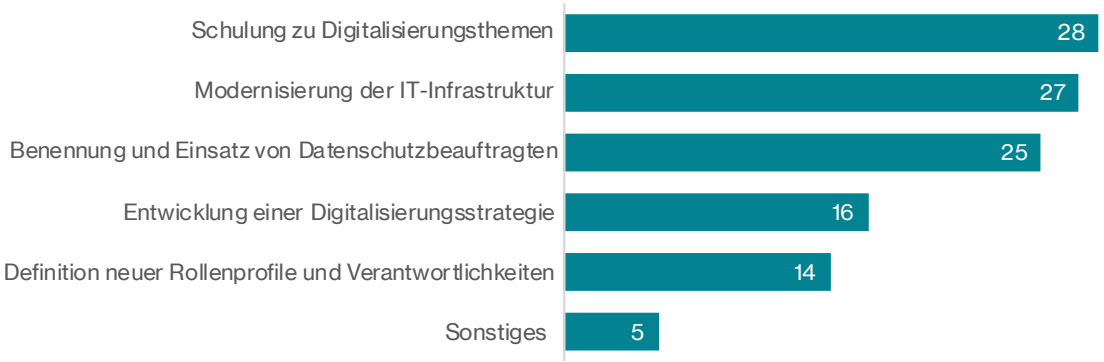
Im Rückblick auf das vergangene Jahr bewerteten die Leitungspersonen der Pflegeeinrichtungen die Personalfluktuation im Vergleich als weniger relevant. In der Strukturbefragung wurde für 16 von 22 Pflegeeinrichtungen (73 %) die Personalfluktuation als „gering“ eingeschätzt, insbesondere für die beteiligten ambulanten Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen. Für die vollstationären Einrichtungen wurde die Fluktuation höher eingestuft.

Förderung von digitalem Arbeiten

Ein Großteil der am Modellprogramm beteiligten Einrichtungen gab in der Strukturbefragung an, bereits Maßnahmen zur Förderung des digitalen Arbeitens ergriffen zu haben. So haben die meisten Projekte bereits Schulungen zu Digitalisierungsthemen durchgeführt (88 %), die IT-Infrastruktur modernisiert (85 %) und Datenschutzbeauftragte eingesetzt (78 %). Maßnahmen wie die Entwicklung einer Digitalisierungsstrategie (50 %) oder die Definition neuer Rollenprofile und Verantwortlichkeiten (43 %) wurden hingegen deutlich seltener umgesetzt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Maßnahmen zur Förderung von digitalem Arbeiten

Angaben in Prozent, Mehrfachantworten möglich (n = 32)



Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen

© Prognos 2025

Während digitale Lösungen in den Bereichen Organisation, Verwaltung (97 %) und Kommunikation (91 %) in den befragten Einrichtungen bereits weit verbreitet waren, stellte sich

der Einsatz digitaler Anwendungen laut Strukturbefragung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung (69 %) als deutlich geringer heraus (ohne Abbildung).[15]

Was die Einbindung der Pflege- und Partnereinrichtungen in die Telematikinfrastruktur (TI) angeht, zeigt sich ein gemischtes Bild: Innerhalb der Gruppe der Pflegeeinrichtungen waren etwa ein Drittel (sechs Einrichtungen) bereits an die TI angeschlossen, davon handelte es sich bei fünf Einrichtungen um ambulante Dienste. Der überwiegende Teil der Pflegeeinrichtungen befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Implementierungsphase (64 %). Auf der Seite der Partnereinrichtungen waren alle Hausarztpraxen sowie zwei Abteilungen der Universitätsklinik bereits erfolgreich an die TI angebunden. Zusätzlich befinden sich zwei weitere Abteilungen der Universitätsklinik in der Umsetzungsphase (Stand Mai 2025).

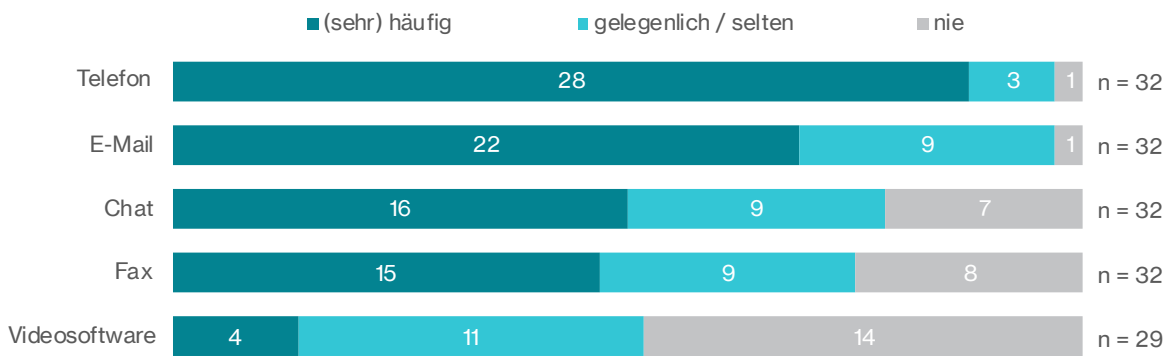
Vor Beginn der Erprobung wurde die Fachanwendung KIM in den beteiligten Pflegeeinrichtungen praktisch nicht genutzt, die überwiegende Mehrheit (94 %) hatte sie bislang noch nie eingesetzt. Lediglich eine Pflegeeinrichtung nutzte KIM „selten“. Partnereinrichtungen zeigten dagegen sowohl eine starke Nutzung (50% (sehr) häufig) als auch einen beachtlichen Anteil ohne Nutzung (30 %).

5.2.2 Kommunikation

Die Ergebnisse der Strukturbefragung zeigen, dass in den am Modellprogramm beteiligten Pflegeeinrichtungen vor dem Start der Erprobung eine Vielzahl unterschiedlicher Kommunikationsmittel genutzt wurden. Das Telefon wurde dabei in den befragten Einrichtungen am häufigsten genutzt; sowohl intern (88 %), als auch im Austausch mit anderen Leistungserbringern (97 %) und Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen (100 %). Weit verbreiteten Einsatz fand außerdem die E-Mail, wobei sie gegenüber dem Telefon in einer größeren Anzahl an Einrichtungen lediglich gelegentlich oder selten zur Kommunikation eingesetzt wurde.

Abbildung 5: Interne Kommunikation und Datenaustausch

Frage: Wie oft nutzen die in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden die folgenden Anwendungen für interne Kommunikation und Datenaustausch?



[15] Fragestellung: In welchen der folgenden Bereiche werden in Ihrer Einrichtung digitale Arbeitshilfen eingesetzt?

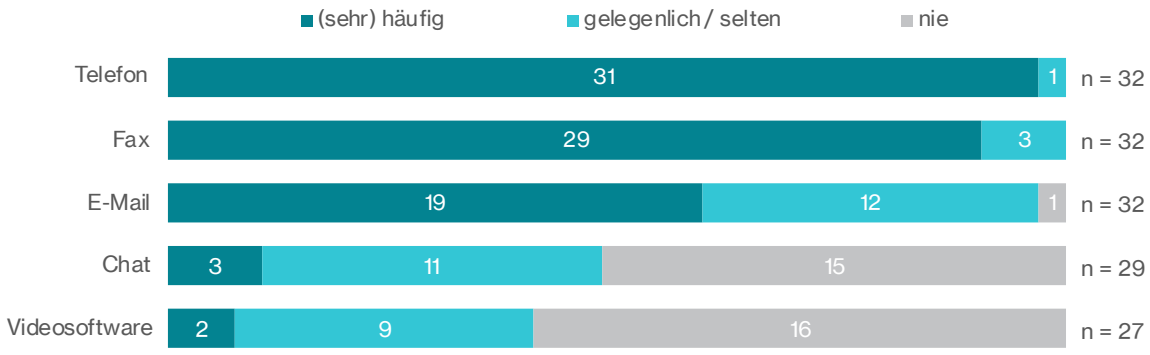
Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen © Prognos 2025

Neben dem Telefon und der E-Mail wurden für die interne Kommunikation mehrheitlich Chat- und Messenger-Dienste (wie z. B. WhatsApp oder Signal) (78 %) eingesetzt. Die Hälfte der beteiligten Einrichtungen nutzte diese sogar (sehr) häufig – dies trifft insbesondere auf die beteiligten stationären Einrichtungen zu. Rund die Hälfte der beteiligten Einrichtungen nutzte Videokommunikation (ohne zertifizierten Videodienst) bereits intern (52 %), lediglich drei Einrichtungen setzten diese Form der Kommunikation jedoch (sehr) häufig ein (Abbildung 5).

In der Kommunikation mit anderen Leistungserbringern dominierte neben dem Telefon vor allem das Fax. Chat- und Messenger-Dienste wurden von weniger als der Hälfte der befragten Einrichtungen genutzt, lediglich zehn Prozent setzten sie (sehr) häufig – und damit deutlich seltener als in der internen Kommunikation ein. Auch Videosoftware kam im Austausch mit anderen Leistungserbringern vergleichsweise seltener zum Einsatz: 41 Prozent nutzten sie generell, lediglich acht Prozent setzten sie (sehr) häufig ein (Abbildung 6).

Abbildung 6: Kommunikation mit anderen Leistungserbringern

Frage: Wie oft nutzen die in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden die folgenden Anwendungen für die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern?

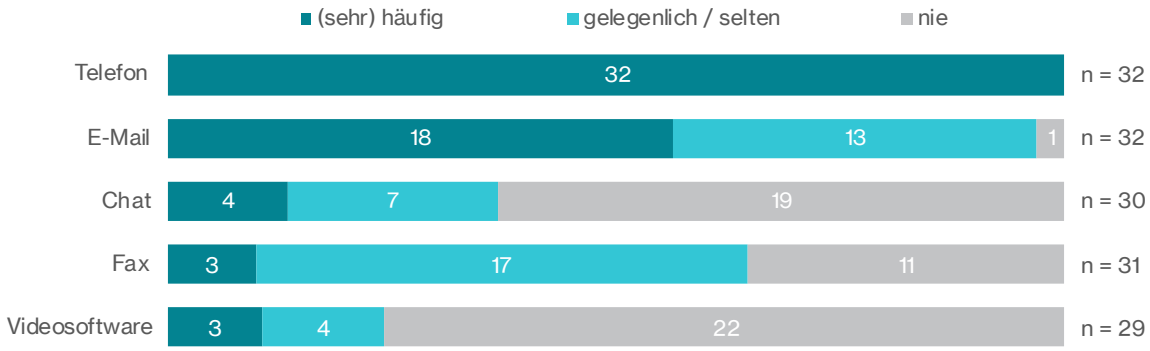


Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen © Prognos 2025

Die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen erfolgte typischerweise über das Telefon. Inwiefern weitere Kommunikationswege genutzt wurden, unterscheidet sich stark zwischen den befragten Einrichtungen: Chat- und Messenger-Dienste wurden von rund einem Drittel der Einrichtungen genutzt und damit seltener als in der beruflichen Kommunikation. Videosoftware wurde bislang nur in drei Einrichtungen (sehr) häufig eingesetzt, in weiteren vier darüber hinaus gelegentlich bzw. selten (Abbildung 7).

Abbildung 7: Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Frage: Wie oft nutzen die in der Versorgung tätigen Mitarbeitenden die folgenden Anwendungen für die Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen?



Quelle Strukturbefragung der beteiligten Einrichtungen

© Prognos 2025

6 Ergebnisse | Vorbereitung von Telepflege

6.1 Maßnahmen

Nach der Bewertung und Projektplanung, die Bestandteil des Förderverfahrens waren, starteten die ersten drei Projekte im Mai 2024. Im Juni folgten sechs weitere, und im Juli begannen nochmals zwei. Alle Projekte hatten eine geförderte Laufzeit von 15 Monaten ab dem individuellen Projektstart. Zusammengefasst lassen sich die Maßnahmen der Projekte zur Umsetzung von Telepflege beziehungsweise Videokommunikation – basierend auf der Dokumentenanalyse der Projektplanung sowie den Ergebnissen der Monitoring-Erhebungen – wie folgt darstellen (Abbildung 8): Zunächst mussten die vertraglichen Grundlagen festgelegt werden, einschließlich der Vereinbarungen mit den beteiligten Projektpartnern und Regelungen zum Datenschutz. Anschließend erfolgte die technische Implementierung, die den gesamten Prozess von der Bestellung bis zur Inbetriebnahme von Hard- und Software abdeckte. Potenzielle Nutzerinnen und Nutzer wurden angesprochen, über das Projekt sowie die Erprobung informiert und gaben bei Bedarf ihre Einwilligung zu den Datenschutzvorkehrungen ab. Der Durchführung der Erprobung gingen konzeptionelle Arbeiten voraus, die Fragen zur Terminierung, zum Zugang, zur Zielgruppe und weiteren Aspekten der Videokommunikation einschlossen.

Abbildung 8: Phasen der Projektumsetzung und Maßnahmen

Basierend auf der Fortschrittsbegleitung kommt die Evaluation zu dem Ergebnis, dass der Großteil der Maßnahmen wie geplant umgesetzt wurde. Zum Teil gab es Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung und einzelne Maßnahmen wurden verworfen. Dazu zählten unter anderem die Verknüpfung der Videokommunikationssoftware mit der digitalen Dokumentation oder die Entwicklung einer Internetpräsenz.

6.2 Technische Einrichtung

Im Zuge des Modellprogramms wurde in den Projekten zur Videokommunikation entweder neue Hardware beschafft und eingerichtet oder bestehende Hardware (wie Standrechner, Laptops) für die Videokommunikation vorbereitet (z. B. durch Installation von Apps oder Freigabe von Kamera und Mikrofon). Neu erworben wurden vor allem Tablets und Smartphones. Aber auch Laptops und Standrechner wurden von einigen Projekten angeschafft. Zudem wurden bestehende Systeme um notwendige Peripherie (insbesondere Headsets) erweitert.

In zwei Projekten (CareConnect, Telekooperation) wurden zur Videokommunikation Rollständer von Docs in Clouds TeleCare angeschafft. Diese verfügen über eine Videotelefoniefunktion mit zwei Bildschirmen und können um weitere Ferndiagnoseinstrumente ergänzt werden. Ergänzende Ferndiagnoseinstrumente wie ein digitales Stethoskop sowie ein EKG wurden jedoch nur von CareConnect erworben. Im Projekt DigiSAPV-KJ wurden Ferndiagnoseinstrumente desselben Anbieters für den ambulanten Einsatz beschafft.

Lieferung und Bedarfsanalyse

Bei rund einem Drittel der Projekte kam es zu Verzögerungen bei der Hardware-Lieferung/-Bereitstellung, was zu Verzögerungen im Projektablauf führte. Neben logistisch bedingten Verzögerungen kam hinzu, dass Hardware erneut oder weitere beschafft werden musste, da die zuerst beschaffte Hardware nicht für die Bedarfe der Videokommunikation bzw. die gewählte Software (z. B. Virtuelle Fürsorge, Videobasierte Beratung) oder die Zielgruppe (z. B. DB 2.0 ältere Menschen) geeignet war. Zudem führten nicht alle Akteure die im Vorfeld abgestimmten Beschaffungen durch (z. B. DIPAK, Beschaffung von Headsets für die Praxen), sodass ein Teil der Beschaffungen später als geplant initiiert wurde. Ein weiterer Grund war, dass entgegen ursprünglichen Annahmen nicht alle Akteure über videokommunikationsfähige Hardware verfügten (z. B. Virtuelle Fürsorge, keine Hardware bei den Angehörigen vorhanden). Im letzten Fall wurde daher schrittweise (vor Ort bei zu Beratenden und Zuschaltung der Angehörigen) vorgegangen oder die Kapazitäten wurden genutzt, um Auszubildende mit entsprechender Hardwareausstattung digital zu begleiten und so in ihrer Selbstständigkeit und ihrem Zeitmanagement zu fördern.

> „Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Geräte zu den Bedürfnissen der Senioren passen müssen. […] Mikrofone und Lautsprecher sind wichtige Komponenten, die gut funktionieren müssen. Die Geräte sollten kippsicher und standfest sein. […] Zusätzlich empfehle ich, Displayfolien zu verwenden, die blendfrei sind. Ein weiteres Problem ist, dass die Haut vieler Senioren zu trocken ist, was die Touch-Funktion beeinträchtigen kann.“ (DB2.0_c)

Zur Einbindung an die Internetinfrastruktur wurden die Geräte zumeist in das lokale Netzwerk eingebunden (in der Häuslichkeit, den Praxen oder Einrichtungen) oder es wurden SIM-Karten beschafft und eingerichtet. Bei Telekooperation wurden eigens für das Projekt WLAN in allen Bereichen der beteiligten stationären Pflegeeinrichtung eingerichtet, was die Vorbereitungszeit vor der Erprobung entsprechend verlängerte.

Technische Inbetriebnahme

Die technische Inbetriebnahme stellt sicher, dass alle technischen Voraussetzungen (Hardware-Einrichtung, Softwareinstallation und -konfiguration, Netzwerkeinbindung und ggf. Integration in andere Systeme) geschaffen und eingerichtet sind, um ein Videogespräch zuverlässig durchführen zu können. Je mehr Akteure miteinander kommunizieren, je unterschiedlicher die einzubindenden Hardwareprodukte sind (z. B. Rollständer, Tablet, Smartphone) und je höher der Integrationsbedarf, desto herausfordernder ist die Inbetriebnahme.

In den Projekten verlief die Inbetriebnahme der Videokommunikationssoftware bzw. weiterer Hard- und Software sehr unterschiedlich. Vor allem in den Projekten, in denen eine Integration zwischen unterschiedlichen Softwareprodukten angestrebt wurde, führten Schnittstellenprobleme bei der Datenübertragung zu Mehraufwand, zusätzlichem Abstimmungsbedarf mit dem Softwareanbieter und den IT-Abteilungen der Pflegeeinrichtungen und somit zu Verzögerungen im Projektablauf. Teilweise mussten separate Softwareentwicklungen initiiert werden, um die Videotelefoniesoftware wie beabsichtigt nutzen zu können. In den Projekten ohne Integrationsbemühungen wurden im Kontext der Inbetriebnahme vor allem Netzwerk- und Breitbandprobleme oder individuelle Probleme bei der Softwareinstallation gemeldet.

Die Koordination des Projekts mit dem IT-Dienstleister wurde in den Fachgesprächen beidseitig als eine der Ursachen für Verzögerungen identifiziert, wobei die bestehende IT-Infrastruktur der Einrichtungen und die damit verbundenen Anpassungen (z. B. an WLAN oder Firewall) insbesondere aus Sicht der befragten Softwareanbieter die größten Hürden darstellten. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass in Einrichtungen, die bereits über moderne IT-Systeme und breitbandfähige Netzwerk- und Internetinfrastruktur verfügten, die technische Inbetriebnahme zügiger erfolgte.

6.3 Rekrutierung und Einbindung

6.3.1 ... von professionell Pflegenden

Ein zentraler Aspekt aller Projekte war es, professionell Pflegende aus den beteiligten Pflegeeinrichtungen in die Erprobung einzubinden. Sie sollten dabei unterschiedliche Rollen und Aufgaben wahrnehmen: Einige übernahmen besondere Verantwortung in der Projektumsetzung innerhalb ihres Teams. Weitere Teammitglieder wurden umfassend über das Projekt informiert, ein Teil von ihnen erprobte die zertifizierte Videokommunikationssoftware in der Versorgung.

Motivation

In den Fachgesprächen mit professionell Pflegenden (n = 26) wurde die Motivation für die Beteiligung an dem jeweiligen Projekt thematisiert. Rund drei Viertel der Fachgesprächspartnerinnen bzw. -partner berichteten von einer (sehr) positiven und motivierten Grundhaltung. Eine Person war sogar „frühzeitig aus der Elternzeit zurückgekehrt“, um an einem der Projekte teilnehmen zu können. Ein Viertel der Befragten nahm eine eher neutrale Haltung ein oder berichtete von anfänglicher Skepsis.

> „Ich war vor allem neugierig und hatte auch die Erleichterung im Blick, die mit der Umsetzung von Videokommunikation einhergehen könnte.“ (DigiSAPV-KJ_a)

> „Mein erster Eindruck war jedoch von Skepsis geprägt. Ich konnte zunächst keinen klaren Nutzen [im Einsatz von Videokommunikation zur Unterstützung im Arbeitsalltag] erkennen.“ (Telekooperation_c)

Vorbehalte

In den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektleitungen sowie den Fachgesprächen mit professionell Pflegenden (n = 26) wurden konkrete Beispiele für Bedenken genannt, die entweder direkt von den Gesprächspartnerinnen und -partnern stammten, oder ihnen von anderen mitgeteilt wurden. So äußerten professionell Pflegende in mehreren Projekten Unsicherheiten im Umgang mit der Videokommunikationssoftware und mit Technik im Allgemeinen. Auch gab es Bedenken, sich in einem Videogespräch „präsentieren“ zu müssen oder bei der Arbeit „beobachtet“ zu werden. Ergänzend äußerten einige Personen rechtliche Unsicherheiten.

> „Pflegekräfte arbeiten viel über ihre Sinne: Gerüche, Geräusche und weitere kleine Details, die für sie im persönlichen Setting besser erkennbar sind. Sie wurden nicht darin geschult, diese Aspekte am Bildschirm zu analysieren. Sie befürchten, ihren rechtlichen Pflichten und regulatorischen Anforderungen nicht gerecht werden zu können.“ (DigiSAPV-KJ_e)

Im Allgemeinen wurde der mit der Einführung von Telepflege verbundene Mehraufwand thematisiert, der in einem „ohnehin vollen Arbeitsalltag“ zu zusätzlichen Belastungen führen kann. Gerade in der Anfangsphase von Innovationen müssen sich neue Routinen erst entwickeln. Treten gleichzeitig vermehrt technische Probleme auf, kann dies die Belastung verstärken. Aus Sicht von Befragten ist bei Digitalisierungsinitiativen besondere Vorsicht beim Einsatz von neuen Anwendungen in der Versorgung schwer erkrankter Personen und gerade im Palliativbereich geboten; der Einsatz von Videokommunikation wurde zwar in der Regel als möglich eingeschätzt, jedoch sollte bereits eine gewisse Routine bestehen, insbesondere vor der Nutzung in besonders komplexen Versorgungssituationen.

Auch die generelle Eignung und der potenzielle Mehrwert von Videokommunikation in den zu erprobenden Anwendungsfeldern wurden teilweise zunächst als unklar wahrgenommen. Dies traf insbesondere auf Projekte zu, die vorsahen, die Art der Zusammenarbeit neu zu gestalten, die konkrete Umsetzung jedoch noch entwickelt werden musste, wie etwa im Anwendungsfeld Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender.

„Einige Mitarbeitende waren zu Beginn skeptisch und fragten sich, was sich die Projektverantwortlichen ‚schon wieder ausgedacht' haben." (CareConnect_a)

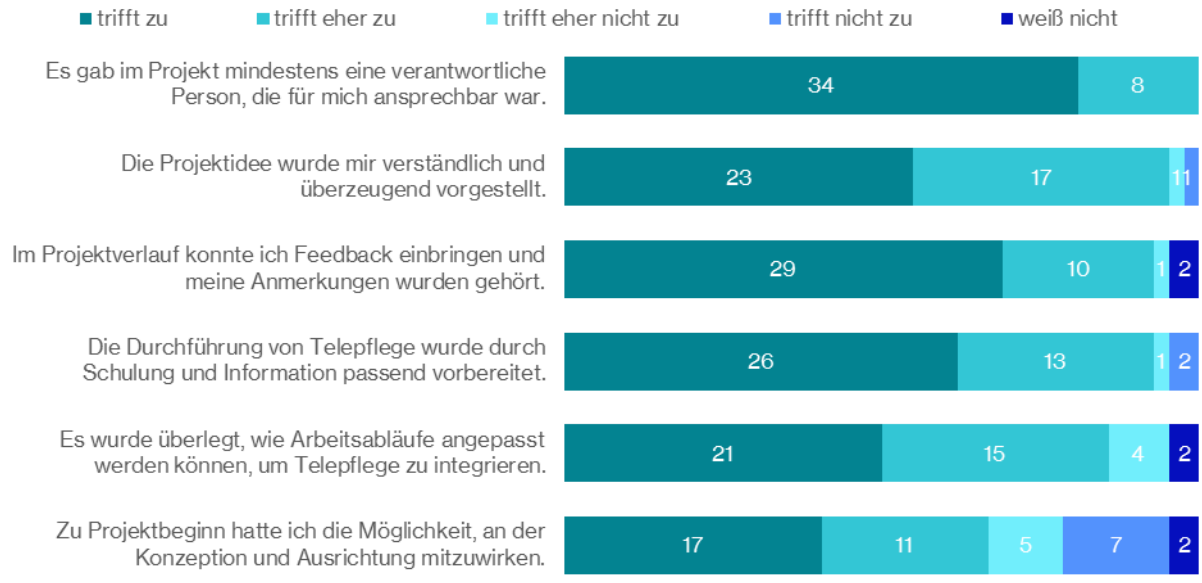
„Ich konnte zunächst keinen klaren Nutzen darin erkennen und fragte mich, wofür ich den [Rollständer] überhaupt benötige. Und ich empfand die Vorstellung, diesen ständig mit sich führen zu müssen, als abschreckend." (Telekooperation_c)

Beteiligung

Die Abschlussbefragung der Mitarbeitenden der beteiligten Pflegeeinrichtungen ergab (n = 42),[16] dass das Projekt aus ihrer Sicht erfolgreich eingeführt wurde. Aus Sicht aller Befragten wurden die Verantwortlichkeiten transparent festgelegt (100 %) und die Projektidee verständlich und überzeugend vorgestellt (95 %). Die Feedbackmöglichkeiten während des Projektverlaufs wurden positiv bewertet (92 %). Auch die Befähigung der Mitarbeitenden durch Schulungen und Informationen wurde positiv bewertet (92 %). In den Projekten gab es konkrete Überlegungen, wie bestehende Arbeitsabläufe angepasst werden könnten, um den Einsatz von Telepflege zu integrieren (85 %).

Abbildung 9: Bewertung der Einführung von Telepflege/ Videokommunikation

Frage: Bitte bewerten Sie die Einführung von Telepflege in Ihrem Projekt, n = 42



Quelle Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos 2025

Ein Drittel der Befragten hatte jedoch nicht die Möglichkeit, sich aktiv an der Konzeption oder der inhaltlichen Ausrichtung zu beteiligen. Die Dokumentenanalyse der Projektplanungen zeigte, dass

[16] Insgesamt liegt der Rücklauf der Abschlussbefragung bei 51 Antwortdatensätzen. An dieser Stelle wurden Projektverantwortliche per Filtersetzung nicht berücksichtigt.

eine konzeptionelle Einbindung von professionell Pflegenden in der Planung von lediglich vier Projekten beschrieben wurde.

6.3.2 ... von Pflegebedürftigen und Angehörigen

Die Ansprache und Rekrutierung von Pflegebedürftigen erwiesen sich in nahezu allen Projekten als aufwändig und laut den Rückmeldungen in Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektleitungen sowie den Fachgesprächen mit professionell Pflegenden (n = 26) schwieriger als ursprünglich angenommen.

Es ist diesbezüglich zunächst zu unterscheiden, dass in einigen Projekten die Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und/oder Angehörigen stattfinden sollte, wofür entsprechende Personen angesprochen und datenschutzkonform in das Projekt eingebunden werden mussten. Auch in den anderen Projekten war häufig eine Einverständniserklärung für den Datenschutz erforderlich, z. B. für die Erprobung der Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender via Videokommunikation, sodass sich fast alle Projekte in irgendeiner Form mit der Einbindung von Pflegebedürftigen und den dafür nötigen Datenschutzvorkehrungen auseinandersetzen mussten.

Im Rahmen der Rekrutierung wurde der Aspekt des Datenschutzes sowie die Einholung von Einverständniserklärungen als besonders zeitintensiv beschrieben. Acht Projekte entwickelten ein Datenschutzkonzept und sammelten in diesem Zusammenhang die erforderlichen Einverständniserklärungen ein. Laut Rückmeldungen der Projektleitungen in den Plausibilisierungsgesprächen bestand jedoch Unsicherheit bzw. ein unterschiedliches Verständnis darüber, ob separate Einwilligungen nötig seien, oder ob die bei der Nutzung einer Videokommunikationssoftware abgefragte Zustimmung bereits ausreiche. Noch während der Projektlaufzeit wurden in mehreren der beteiligten Pflegeeinrichtungen entsprechende Passagen in Neuverträge aufgenommen, um die Zustimmung für den Einsatz telepflegerischer Anwendungen und die Regelung des Datenschutzes direkt rechtlich zu klären. In diesen Einrichtungen stellte der Zeitaufwand für die Einholung von Einverständniserklärungen zu Projektbeginn somit im Wesentlichen einen einmaligen Mehraufwand dar.

> „Der Papierkram hat die meiste Arbeit verursacht, z. B. das Einverständnis der Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen einzuholen.“ (CareConnect_d)

Motivation

In den Fachgesprächen mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (n = 10) wurde die Motivation für die Beteiligung an dem jeweiligen Projekt thematisiert. Fast alle der Fachgesprächspartnerinnen bzw. -partner gaben an, mit einer (sehr) positiven und motivierten Grundhaltung in die Erprobung gestartet zu sein. Lediglich eine Person äußerte keine Erwartungen und nahm eine neutrale Haltung ein.

> „Ich erkannte sofort einen Vorteil für mich, sowie meinen Großvater, und sagte direkt zu. Ich war begeistert, dass Videotelefonie genutzt wird, da ich die Technologien sinnvoll finde und

> diese ja auch bereits vorhanden sind. Bedenken, dass es nicht funktionieren würde, hatte ich nicht.“ (CordiEsse_b)

Vorbehalte

Bei der Rekrutierung von Pflegebedürftigen und Angehörigen wurden verschiedene Vorbehalte gegenüber der Nutzung von Videokommunikation geäußert. In den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektleitungen sowie den Fachgesprächen mit professionell Pflegenden (n = 26) wurden beispielsweise Ängste vor Überforderung und Berührungsängste mit der Technik thematisiert. Diese wirkten insbesondere auf weniger technikaffine Personen einschüchternd. Darüber hinaus äußerten einige der angefragten Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und etwaigem Datenmissbrauch im Internet.

Für andere Pflegebedürftige war der Mehrwert des Projekts zunächst unklar. Zudem bestand die Befürchtung, dass digitale Angebote die Vor-Ort-Besuche ersetzen könnten, wodurch die Versorgung unpersönlicher werden könnte.

> „Wenn ich Familien die Online-Beratungsgespräche angeboten habe, antworteten manche mit Aussagen, wie: ‚Och ne, Sie kommen dann aber trotzdem mal vorbei, oder?‘, oder auch ‚Wenn Sie vorbeikommen, ist doch schöner‘.“ (DigiSAPV-KJ_a)

Gezielte Ansprache

In den Projekten wurden verschiedene Informationswege zur Ansprache von Pflegebedürftigen und Angehörigen erprobt, um diese bei Interesse an der Erprobung von Videokommunikation zu beteiligen, darunter die Verteilung von Flyern, Internetwerbung, die Durchführung von Informationsveranstaltungen und persönliche Einzelgespräche, bei denen die Projekte Interessierten vorgestellt wurden. Diese gezielte Ansprache potenzieller Nutzerinnen und Nutzer wurde im Rückblick in den Plausibilisierungsgesprächen von Projektleitenden bzw. -verantwortlichen aus zehn Projekten als effektiver bewertet als eine breitgestreute Ansprache. Bei der Beteiligung von Pflegebedürftigen war auch die Art und Weise entscheidend, wie Projekte erklärt und präsentiert wurden. Dies bedeutete wiederum, dass es entscheidend war, Mitarbeitende gezielt darauf vorzubereiten, wie sie potenziell Teilnehmende ansprechen und welche Informationen sie über das Projekt vermitteln können.

> „Ursprünglich war der Ansatz, alle Bewohnerinnen und Bewohner in das Projekt aufzunehmen, was sich jedoch als nicht optimal erwies. Die Pflege[einrichtung] entschied sich daraufhin für eine gezielte Ansprache derjenigen Personen, von denen sie glaubte, dass sie gut in das Projekt passen würden.“ (CareConnect_e)

Es zeigte sich zudem für mehrere Anwendungsfelder, dass der Einsatz von Videokommunikation nicht für alle Zielgruppen gleichermaßen geeignet ist und unterschiedliche Zugangsbarrieren (z. B. technische Rahmenbedingungen und Ausstattung oder die kognitive Leistungsfähigkeit) für die Teilnahme an Videogesprächen bestehen (dazu Kapitel 7.2.2). Dies bedeutete, es musste zunächst im Team eingängig besprochen werden, welche Zielgruppen bzw. Personen für den

Einsatz von Videokommunikation geeignet oder weniger geeignet sind. Die konkrete Auswahl und Ansprache erfolgte dann durch professionell Pflegende. Darüber hinaus führten Veränderungen beim Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen dazu, dass interessierte Personen doch nicht in Projekte eingebunden werden konnten.

6.3.3 ... von Ärztinnen und Ärzten

Die Ansprache von Ärztinnen und Ärzten beschränkte sich auf fünf Projekte, die Videokommunikation für interdisziplinäre Kommunikationsanlässe einsetzen wollten. In der Regel wurden die Ärztinnen und Ärzte bereits in der Projektantragsphase zu ihrer Bereitschaft angefragt, an einem Projekt zur Erprobung der Videokommunikation teilzunehmen. Die endgültige Rekrutierung und Überzeugungsarbeit erfolgte jedoch erst in den ersten Projektmonaten. Dabei zeigte sich nach Aussage der Projektleitungen in den Plausibilisierungsgesprächen, dass zuvor gegebene Zusagen bzw. Interessensbekundungen nicht immer aufrechterhalten werden konnten, meist wurde dies durch Zeitmangel begründet. Mitunter dauerte es mehrere Monate, bis gemeinsam die Rahmenbedingungen der Erprobung festgelegt waren, etwa die Häufigkeit und Regelmäßigkeit ärztlicher Visiten oder interdisziplinärer Fallbesprechungen. Nicht in allen Projekten konnten diese organisatorischen Fragen mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten vollständig geklärt werden, sodass auch während der Projektlaufzeit weitere Rekrutierungsbemühungen seitens der Projektleitungen notwendig waren. Gerade im Hinblick auf die zeitlichen Vorgaben der Projektförderung führte dieser organisatorische Aufwand dazu, dass die tatsächliche Erprobungsphase deutlich kürzer ausfiel als ursprünglich geplant, ein Umstand, der alle vier Projekte betraf, die die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten umsetzten.

> „Trotz langer Bemühungen haben uns Fachärzte signalisiert, dass sie erst in einem Jahr bereit sein werden, sich zu beteiligen. Ein Hauptproblem ist die begrenzte Zeit in den Praxen.“ (TvK-Stat_a)

Motivation

In den Fachgesprächen mit den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten (n = 5) zeigten sich fast alle Personen offen und mit einer überwiegend (sehr) positiven Grundhaltung gegenüber der Erprobung von Telepflege. Eine Person äußerte hingegen Vorbehalte, insbesondere im Hinblick auf technische Aspekte und begegnete dem Projekt mit einer gewissen Skepsis.[17]

> „Ich fand das Projekt großartig und stimmte der Teilnahme sofort zu, nachdem ich vom ambulanten Pflegedienst kontaktiert wurde.“ (DIPAK_b)

> „Anfangs war ich doch unsicher, was die Technik leisten kann, fand das Projekt aber auch sehr interessant, da sich die Tele-Dermatologie langsam etabliert.“ (CareConnect_c)

[17] Die Organisation der Fachgespräche gestaltete sich schwierig. Nicht mit allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten konnte ein Fachgespräch geführt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich die im Rahmen der Fachgespräche befragten Ärztinnen und Ärzte durch ein besonderes Engagement und Interesse an Videokommunikation/Telepflege auszeichnen.

Vorbehalte

Bei der Einbindung und Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten wurden – so die Rückmeldung in den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektverantwortlichen – verschiedene Vorbehalte gegenüber der Nutzung von Videokommunikation geäußert. Neben technischem Misstrauen wurden Vorteile von Telepflege nicht immer erkannt. Besonders ältere Ärztinnen und Ärzte, die zum Teil in absehbarer Zeit in Rente gehen werden, zeigten ein geringes Interesse, so die Erfahrung der betroffenen Projekte. Zum Teil nutzten angefragte Ärztinnen und Ärzte eigene Softwarelösungen und lehnten die Verwendung einer weiteren Software ab.

Die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten in die Projekte gestaltete sich häufig – auch bei Interesse – aufgrund ihrer häufig sehr begrenzten zeitlichen Kapazitäten als schwierig. Neben finanziellen und organisatorischen Einschränkungen wurde die Teilnahme an der Erprobung vereinzelt auch von Ärztinnen und Ärzte weniger praktikabel als der etablierte Ablauf in der Praxis wahrgenommen.

> „Ich finde es sehr schade, dass viele andere Ärztinnen und Ärzte zögern, die Telemedizin einzusetzen. Meiner Meinung nach ist das häufig auf technische Bedenken und eine unzureichende technische Infrastruktur zurückzuführen. Viele erkennen zudem den potenziellen Mehrwert der Telemedizin nicht.“ (CareConnect_b).

Mit Blick auf die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten waren für die Projektleitungen auch strukturelle Faktoren zu berücksichtigen: Von zwei Projekten wurde berichtet, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Konkurrenzbedenken sowie die Sorge vor der Abwanderung eigener Patientinnen und Patienten geäußert hätten, wenn andere Ärztinnen und Ärzte – etwa aus dem Uniklinikum – zusätzlich Visiten über Videokommunikation durchführen. Hier war Sensibilisierung erforderlich, da es stets um das Adressieren von Versorgungslücken ging und nicht um den Ersatz aktuell bestehender Beziehungen zu Ärztinnen und Ärzten, die regelmäßige persönliche Visiten in den Pflegeeinrichtungen wahrnehmen.

6.4 Zwischenfazit Vorbereitung – Hemmende und förderliche Faktoren

Die Vorbereitung erwies sich in den meisten Projekten (n = 12) als deutlich aufwändiger und zeitintensiver als erwartet, so die Rückmeldungen in den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektverantwortlichen. Dies führte teilweise zu Verzögerungen bei der Erprobung und dazu, dass die Anzahl der Videogespräche zunächst langsamer anstieg als erwartet. In

Tabelle 7 findet sich eine Übersicht der vorab beschriebenen Faktoren, die hemmend oder förderlich auf die Vorbereitungsphase der Projekte eingewirkt haben.

Gerade während der Rekrutierungsphase wurden unterschiedliche Bedenken geäußert, die in den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektverantwortlichen und den Fachgesprächen mit beruflichen Akteuren, Pflegebedürftigen und Angehörigen (n = 41) dokumentiert wurden. Mit Blick auf die einzelnen Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe gab es zum Teil Unsicherheit bezüglich der Eignung, Praktikabilität oder des Nutzens von Videokommunikation, wobei die Frage aufgeworfen wurde, inwieweit sich die Nutzung mit den Bedürfnissen von

Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen sowie die Anforderungen an pflegefachliche Versorgung in Einklang bringen lässt. Darüber hinaus wurde darauf hingewiesen, dass die Einführung neuer Technologien häufig mit technischen Komplikationen und zusätzlicher Aufwand einhergeht, was die angespannte Arbeitssituation in Pflegeeinrichtungen noch weiter verschärfen könnte.

Die Rückmeldungen der Beteiligten legen nahe, dass die Erwartung besteht, dass Videokommunikation bzw. Telepflege effektiv eingesetzt werden kann, wenn sie schnell und unkompliziert funktioniert, ohne den ohnehin schon stressigen Arbeitsalltag in der medizinisch-pflegerischen Versorgung nachhaltig zu belasten. Der Erfolg der Implementierung von Videokommunikation hängt somit maßgeblich von einer geeigneten technischen Ausstattung und funktionalen Inbetriebnahme ab, die eine reibungslose Umsetzung sicherstellen, sowie von einer gut begleiteten Einführung und kontinuierlichen Unterstützung.

Statt alle Pflegebedürftigen gleichermaßen anzusprechen, erwies sich eine individuelle und bedarfsorientierte Ansprache in den Projekten als deutlich wirksamer. Ergänzend wurden verschiedene Kommunikationskanäle genutzt, um die Zielgruppe zu erreichen. Der regelmäßige Austausch war hilfreich, um Erfahrungen zu teilen und Fragen, wie etwa, welche Zielgruppen sich besonders für das Angebot eignen, zu besprechen.

Die Erfahrungen aus den Projekten zeigen weiter, dass eine sorgfältige Bedarfs- und Marktanalyse im Vorfeld, idealerweise unter Einbeziehung der vorgesehenen bzw. bisherigen IT-Partner, dazu beitragen kann, Nachsteuerungsbedarf aufgrund ungeeigneter oder inkompatibler Hardware bzw. Software zu vermeiden. Im Rahmen des Modellprogramms kam es hier zu Verzögerungen und Mehrkosten. Dabei sollten sowohl die Eignung der jeweiligen Hardware- und Softwarekomponenten für den Einsatzzweck als auch deren Kompatibilität untereinander gründlich geprüft werden.

Tabelle 7: Einflussfaktoren bei der Vorbereitung von Videokommunikation

Auswertung der Plausibilisierungs- und Fachgespräche zusammengefasst für die Projekte (n = 12)[18]
Legende: **!** – von zwei/drei Projekten hervorgehoben, **!!** – von vier/fünf Projekten hervorgehoben
!!! – von sechs/sieben Projekten hervorgehoben

Einflussfaktor	Identifizierte Hemmnisse (–) und Gelingensbedingungen (+)
Einbindung potenzieller Nutzerinnen und Nutzer	
Rechtliches (n = 9)	– Mehraufwand für Einholung von Datenschutzerklärungen – ! – Rechtliche Unsicherheit und ungeklärte Fragen der Haftung
Vorbehalte bei professionell Pflegenden (n = 7)	– Berührungsängste und Scham, sich per Video zu zeigen – ! – Eignung und Mehrwert von Telepflege unklar – Vorbehalte gegenüber der Technik – Erwartung von zusätzlichem Aufwand im Arbeitsalltag – Rechtliche Bedenken
Vorbehalte bei Pflegebedürftigen/ Angehörigen (n = 8)	– Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes – ! – Mehrwert von Telepflege unklar – Sorge vor Überforderung und Berührungsängste mit der Technik – Sorge, dass Vor-Ort-Besuche durch digitale Angebote ersetzt werden
Vorbehalte bei externen Partnern (n = 4)	– Sorge, dass digitale Angebote zum eigenen Rollenverlust führen – ! – Technische Bedenken und unzureichende technische Infrastruktur – Eignung und Mehrwert von Telepflege unklar
Rekrutierung von Pflegebedürftigen (n = 9)	+ Zielgerichtete Ansprache anstatt breitem Ansatz – !!! + Nutzung unterschiedlicher Ansprachewege – ! + Erfahrungsaustausch im Team – Videokommunikation nicht für alle Zielgruppen geeignet – ! – Alleinlebende als Zielgruppe schwer zu erreichen und zu begleiten – Veränderung des Gesundheitszustands von Pflegebedürftigen
Technische Rahmenbedingungen	
Bedarfsanalyse (n = 9)	+ Informierte Auswahl der Hard- und Software – !!! – Angedachte bzw. erworbene Hardware nicht kompatibel mit Videosoftware – !! – Hardwareausstattung bei externen Partnern nicht vorhanden/weniger geeignet – Schnittstellenprobleme zwischen CRM-System und Videokommunikationssoftware
Inbetriebnahme (n = 6)	– Lange Lieferzeiten der Hardware – !!! – Technische Inbetriebnahme aufwändig, mit deutlichem Mehraufwand verbunden – ! – Bisher keine Infrastruktur für drahtloses Internet in der Einrichtung vorhanden – Langwierige technische Probleme bei Konfiguration der Videosoftware – Technisches Nachrüsten verursachte Zeit- und Ressourcenaufwand – Fehlende Abstimmung und Kommunikation mit dem IT-Dienstleister

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos/ HeuRika 2025

[18] Die Übersicht stellt die Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Projekte (n = 12) dar. Pro Projekt können jedoch mehrere Befragte den Einflussfaktor benannt haben, zum Teil wurde der Faktor nicht weiter ausdifferenziert. Erfolgte eine Ausdifferenzierung wird diese in der zweiten Spalte dargestellt. Hemmnisse und Gelingensbedingungen, die dabei besonders betont wurden, werden durch ein **!** hervorgehoben.

7 Ergebnisse | Erprobung von Telepflege

7.1 Allgemeine Merkmale

7.1.1 Potenzial von Videokommunikation

In der Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer wurde die persönliche Einschätzung der Eignung der Anwendungsfelder und Anlässe für Videokommunikation erfasst – unabhängig davon, ob die Befragten diese selbst im Projekt bearbeitet haben. Ziel war es, das Potenzial der Videokommunikation in der pflegerischen Versorgung aus der Perspektive derjenigen darzustellen, die aktiv für die Umsetzung verantwortlich waren.

Die Befragungsergebnisse zeigen eine besonders positive Einschätzung der Eignung von Videokommunikation für den beruflichen Austausch in Form von Konsultationen und Fallbesprechungen. So stuften 80 Prozent der Befragten interprofessionelle Fallbesprechungen als (sehr) gut geeignet ein. Auch pflegerische Fallbesprechungen erhielten mit 76 Prozent eine durchweg sehr positive Beurteilung. Die Einschätzungen der Befragten für die anderen Anwendungsfelder fallen heterogener aus. Hier zeigt sich, dass die Bewertung „teilweise geeignet" häufiger vergeben wurde. Gleiches gilt insbesondere für die Anwendungsfelder, die den Austausch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen betreffen (Abbildung 10).

Das deutet darauf hin, dass für die meisten Anwendungsfelder differenziert geplant werden muss, mit wem und für welchen konkreten Kommunikationsanlass Videokommunikation eingesetzt wird und welche Anforderungen für die tatsächliche Umsetzbarkeit daraus resultieren. Diese Lesart wird durch die Ergebnisse der Evaluation gestützt (siehe Kapitel 7.2 und 7.3).

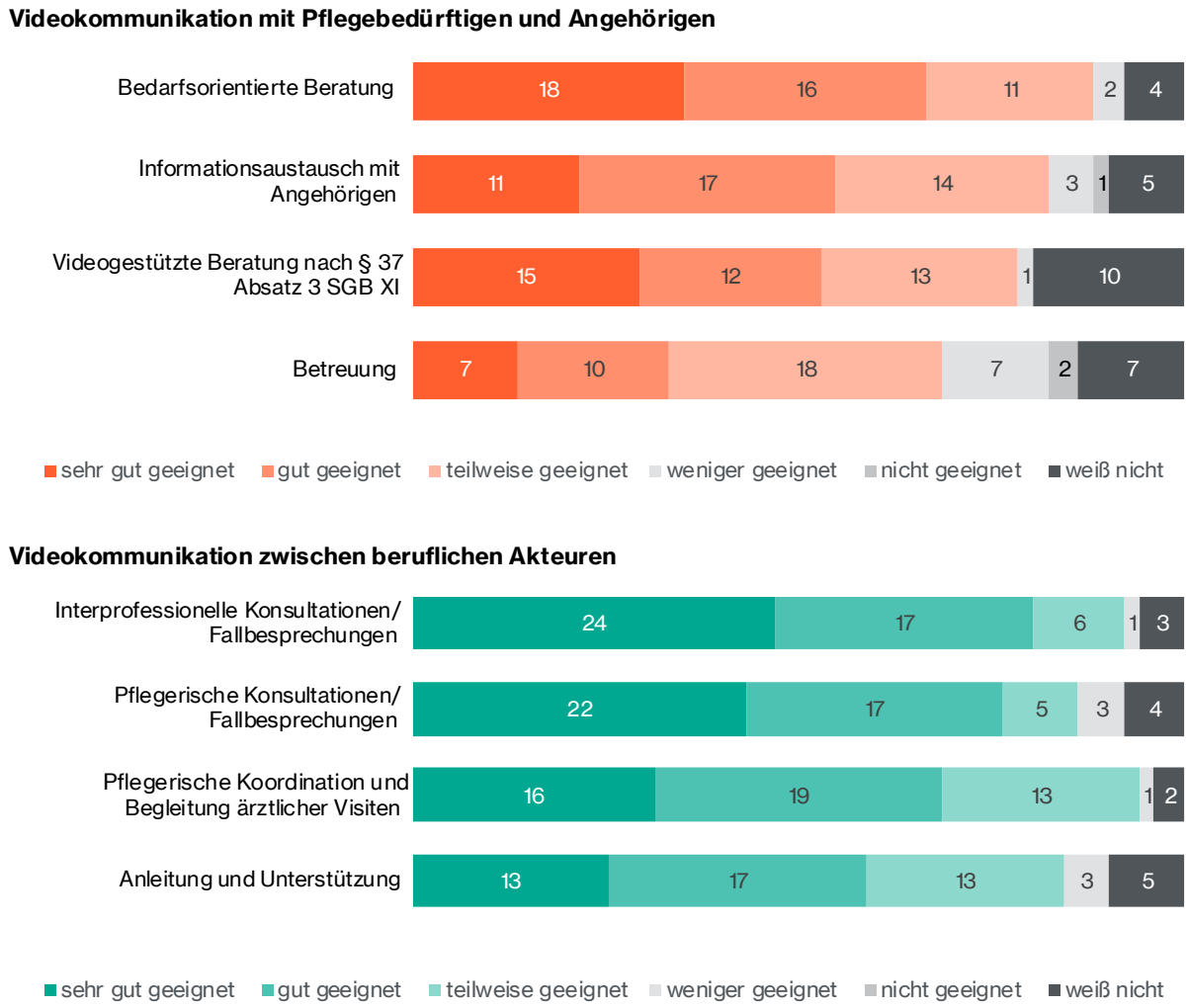
Bei allen Anwendungsfeldern gab es lediglich einige Einzelpersonen, die den Einsatz von Videokommunikation in diesem Bereich als „nicht“ oder „weniger geeignet“ einstuften – mit Ausnahme des Anwendungsfelds Betreuung, zu dem sich neun Befragte zurückhaltender äußerten. Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Potenzial von Videokommunikation von den Befragten anerkannt wird. Je nach Anlass und Situation muss jedoch abgewogen werden, inwiefern die Art der Kommunikation passgenau ist oder ob ein Austausch vor Ort, ein Telefonat oder eine schriftliche Nachricht die bessere Alternative darstellt.

Tendenziell lässt sich feststellen, dass die Projekte ihre eigens erprobten Anwendungsfelder im Schnitt besser bewerten. Die Anwendungsfelder der Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen schneiden etwas besser ab als jene der Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren. In beiden Gruppen bewegten sich die Einschätzungen jedoch mehrheitlich zwischen „teilweise geeignet“ und „(sehr) gut geeignet“. Von den Befragten, die die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI erprobten, bewerteten beispielsweise 58 Prozent dieses als „sehr gut geeignet“. Diese Erkenntnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen der Evaluation von Wolff et al. (2023), wonach Beraterinnen und Berater, die kürzlich selbst virtuelle Beratungsgespräche durchgeführt hatten, weniger Herausforderungen wahrnehmen und die

virtuelle Beratung als gut durchführbar einschätzen – im Vergleich zu jenen, die bislang überwiegend Vor-Ort-Beratung angeboten haben.

Abbildung 10: Eignung von Anwendungsfeldern für Videokommunikation

Befragung der Projektleitenden sowie professionell Pflegenden, absolute Werte, n = 51



Quelle Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos 2025

7.1.2 Kennzahlen zum Einsatz von Videokommunikation

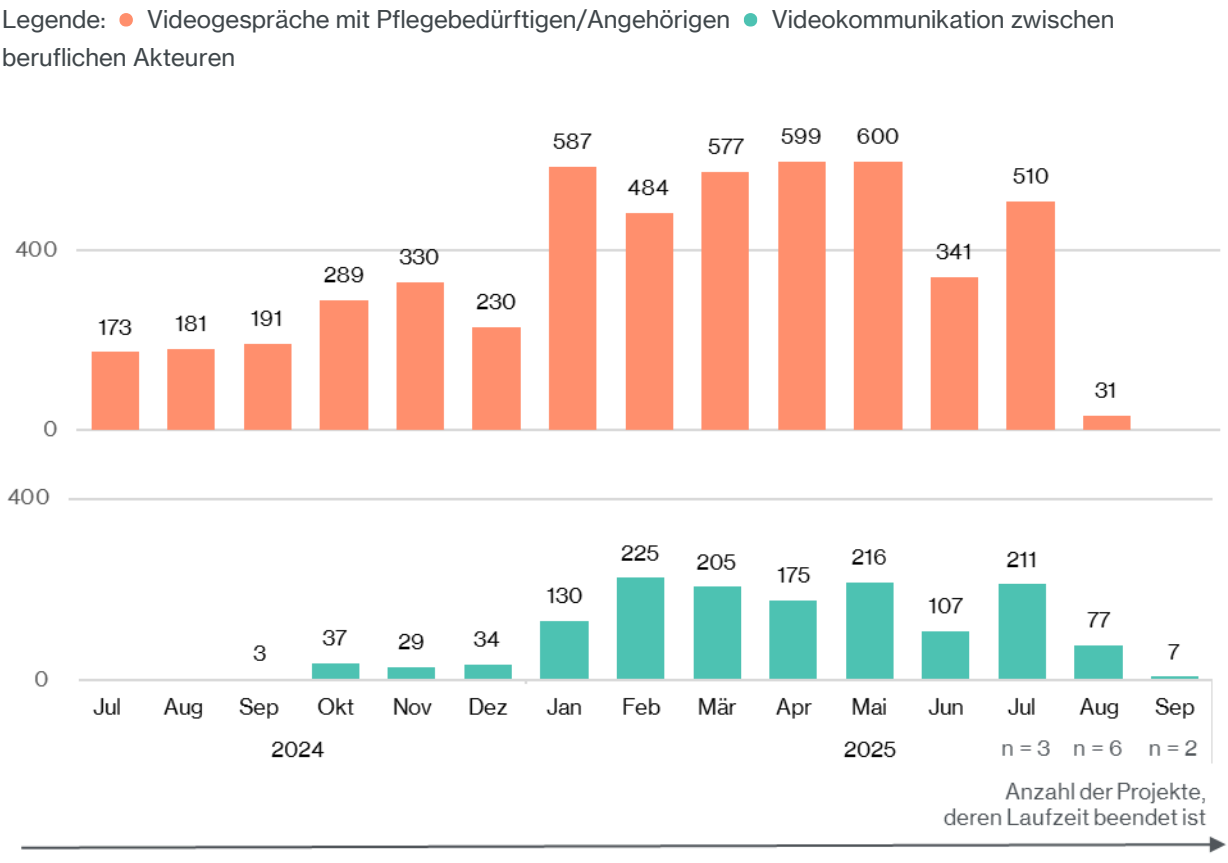
Im Rahmen des Modellprogramms wurden nach Rückmeldung der Projektverantwortlichen der elf abgeschlossenen Projekte insgesamt mehr als 6.500 Videogespräche[19] durchgeführt. Die Auswertung der von den Projekten zur Verfügung gestellten Kennzahlen zur Anzahl der Videogespräche wies dabei deutliche Unterschiede je Zielgruppe des Austauschs auf.

[19] Videogespräche, die ausschließlich zu Test- und Schulungszwecken dienten, werden hier nicht einberechnet.

Im Hinblick auf die 15-monatige Projektlaufzeit zeigte sich: Projekte, die Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und/ oder Angehörigen durchführten (Gruppe 1), begannen bereits ein bis drei Monate nach dem Projektstart mit der Erprobung. Im Gegensatz dazu startete die Erprobung von Videokommunikation für den professionellen Austausch (Gruppe 2) im Durchschnitt erst nach einer Vorlaufzeit von durchschnittlich sechs bis zu neun Monaten. Die Anzahl der Projekte, die in den jeweiligen Gruppen Telepflege erprobten, variierte: Während die Videokommunikation in Gruppe 1 Gegenstand von sieben Projekten war, wurde die Videokommunikation der Gruppe 2 von acht Projekten erprobt. Darunter drei Projekte, die sich beiden Gruppen widmeten (Gruppe 1 und 2).

Die Anzahl der Videogespräche in den beiden Gruppen, die im Rahmen der Erprobung durchgeführt wurden, wird in Abbildung 11 veranschaulicht. Der zeitnahe Erprobungsstart in der ersten Gruppe ging im Durchschnitt mit einer hohen und über die Monate hinweg kontinuierlichen Anzahl an Videogesprächen einher. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass für das Anwendungsfeld Beratung und insbesondere für die videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI bereits vor Projektbeginn ein etabliertes Konzept vorlag. Die digitale Umsetzung erforderte daher hauptsächlich eine technische Anpassung, jedoch keine grundlegend neue Gestaltung der Struktur und Prozesse, sodass sie vergleichsweise schneller implementiert werden konnte (Abbildung 11).

Abbildung 11: Anzahl der geführten Videogespräche



Quelle Erhebung der statistischen Kennzahlen

© Prognos 2025

Im Gegensatz dazu begann die Durchführung von Videogesprächen in Gruppe 2 erst im Oktober 2024. Die Anzahl der Videogespräche nahm dabei ab Januar 2025[20] deutlich zu. Dieser im Vergleich zu Gruppe 1 spätere Einsatz von Videokommunikation in der Versorgung kann – basierend auf der Auswertung der im Rahmen der Evaluation geführten Fach- und Plausibilisierungsgespräche – darauf zurückgeführt werden, dass zunächst organisatorische Strukturen und Abläufe angepasst bzw. neu entwickelt werden mussten. Dazu gehörten konzeptionelle Vorarbeiten, aber auch technische und organisatorische Maßnahmen wie die Integration von Videokommunikation in die bestehende IT-Infrastruktur, die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Abstimmung von Terminen und Prozessen mit ihnen.

Anzahl Videogespräche nach Anwendungsfeldern

Die Anzahl der Videogespräche pro Projekt variiert erheblich. Die durchschnittliche Anzahl pro Projekt beträgt etwa 590 Gespräche. Die Gesamtzahl der durchgeführten Gespräche reicht von 70 bis hin zu 5.600. Auffällig ist die Spannweite im unteren Bereich: Das Minimum liegt zwischen 5 und 70 Gesprächen. Auch innerhalb der einzelnen Anwendungsfelder zeigen sich deutliche Unterschiede in der Nutzungshäufigkeit (Tabelle 8).

Um diese besser vergleichen zu können, wurde der Durchschnittswert differenziert nach Anwendungsfeldern berechnet – bezogen auf die Anzahl der Projekte, die diese erprobten. Da die einzelnen Anwendungsfelder jedoch auch unterschiedlich lange erprobt wurden, wird hier zusätzlich der monatliche Durchschnitt der Anzahl der Videogespräche ausgewiesen. Die monatlichen Durchschnittswerte pro Projekt und Monat reichen von niedrigen einstelligen Werten hin zu 110 Gesprächen und spiegeln sowohl zurückhaltende als auch sehr aktive Einsatzszenarien wider. Die Gesprächsdauer reicht von kurzen, etwa zehnminütigen Austauschen (z. B. für ärztliche Visiten), bis hin zu ausführlichen Sitzungen von rund 45 Minuten (z. B. für Betreuungsangebote).

Tabelle 8: Anzahl und Dauer durchgeführter Videogespräche nach Anwendungsfeldern

Anwendungsfeld	Anzahl Videogespräche (gerundet)				Dauer
	Insgesamt	Minimum	Durchschnitt	ø pro Monat	in min
Beratung	5.600	40	1.400	110	44[21]
Betreuung	70	70	70	6	46
Informationsaustausch mit Angehörigen	75	15	38	5	15
Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender	500	60	160	20	24
Fallbesprechungen und Konsultationen	170	30	60	9	34
Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten	70	5	40	5	11

Quelle Erhebung der statistischen Kennzahlen

© Prognos 2025

[20] Für das Projekt Telekooperation liegen keine Daten für das Jahr 2024 vor. Die Erprobung startete im November 2024.
[21] Die Dauer beinhaltet auch das technische Vorbereiten und den Support. Die reine Gesprächsdauer von Online-Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI betrug nach Aussage in den Fachgesprächen zwischen 30 und 40 Minuten.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Anzahl der Videogespräche allein nicht als Maßstab für die Eignung der Videokommunikation in einem Anwendungsfeld herangezogen werden kann. Im Rahmen der Erprobung zeigte sich beispielsweise in einem Projekt, dass die wöchentlichen bzw. zweiwöchentlichen ärztlichen Visiten in diesem Kontext für eine dauerhafte Umsetzung zu häufig angesetzt waren. Stattdessen würde man dort perspektivisch eine monatliche Sprechstunde bevorzugen, was zu einer Reduktion der durchgeführten Videokommunikationen führen würde.

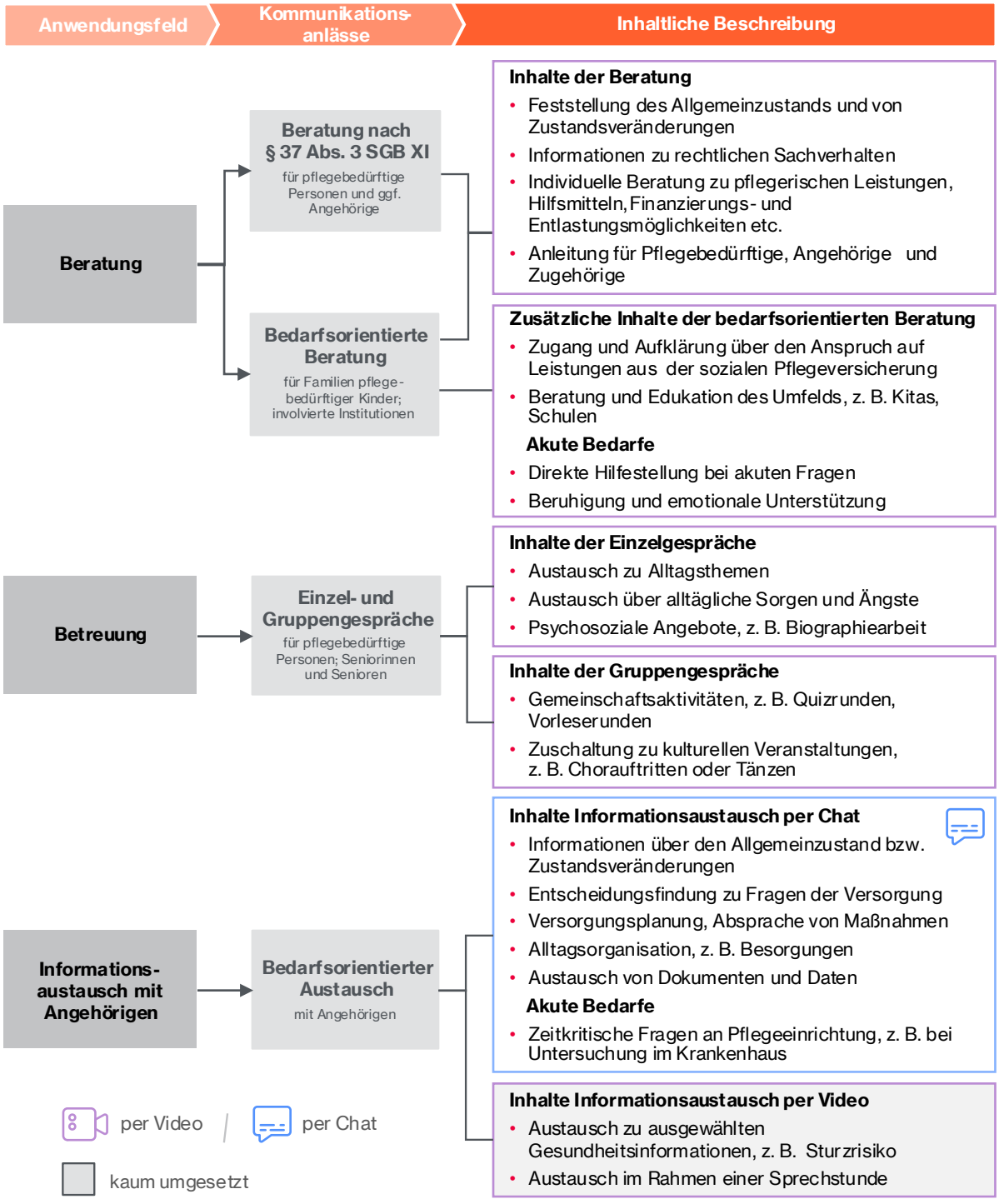
7.2 Fokus: Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

7.2.1 Kommunikationsanlässe

Die von professionell Pflegenden mit Pflegebedürftigen und Angehörigen erprobten Anwendungsfelder wurden im Rahmen der Evaluation hinsichtlich der Eignung von Videokommunikation analysiert. Hierfür wird nachfolgend zunächst aufgezeigt, welche Ideen die Projekte verfolgt haben und in welchen Situationen der Einsatz von Videokommunikation geplant war bzw. tatsächlich erprobt wurde.

Für die Anwendungsfelder und die zugehörigen Kommunikationsanlässe wurde in Fach-, Einzel- und Abschlussgesprächen erfasst, welche Inhalte im Rahmen der Videokommunikation besprochen wurden. Typischerweise handelte es sich dabei um vorab terminierte Videogespräche. Entgegen der Erwartung kam Videokommunikation in akuten Situationen nur selten zum Einsatz. Obwohl der Schwerpunkt der Projekte auf der Erprobung von Videokommunikation lag, zeigte sich, dass bestimmte Fragen und Themen besser asynchron, beispielsweise per Chat, kommuniziert werden können. Dies betraf insbesondere das Anwendungsfeld Informationsaustausch mit Angehörigen, das überwiegend per Chat und nur in Einzelfällen per Video umgesetzt wurde (Abbildung 12).

Abbildung 12: Kommunikationsanlässe mit Pflegebedürftigen und Angehörigen



Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

Beratung von Pflegebedürftigen bzw. von Familien pflegebedürftiger Kinder

Im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI erprobten vier Projekte den Einsatz videogestützter Beratung. Für den Einsatz von Videokommunikation ergaben sich zwei Kommunikationsanlässe: Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI (GKV-ViTA XI, Videobasierte Beratung, Virtuelle Fürsorge) und Bedarfsorientierte Beratung (TeleKID).

Kommunikationsanlass: Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Seit Juli 2022 besteht die zum aktuellen Stand noch befristete Möglichkeit, jede zweite Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI per Video durchzuführen. Verpflichtend ist, dass die erste Beratung in der Häuslichkeit stattfindet. In drei Projekten wurde, unter der Voraussetzung, dass bereits ein Erstgespräch in der Häuslichkeit erfolgt war, Beratungen online mit Videokommunikation durchgeführt. Die Onlineberatung findet dabei – unter der Voraussetzung, dass die pflegebedürftige Person dies gewünscht und zugestimmt hatte – im Wechsel mit einer Vor-Ort-Beratung statt. Während zwei Projekte (Videobasierte Beratung, Virtuelle Fürsorge) die Beratung im Versorgungsbereich und mit ‚eigenen Pflegebedürftigen' erprobten, rekrutierte ein Projekt (GKV-ViTA XI) deutschlandweit, wobei in Konsequenz der Besuch in der Häuslichkeit von einem anderen Anbieter in der Häuslichkeit durchgeführt werden musste.

In den Fachgesprächen wurden typische Inhalte der videogestützten Beratungsgespräche in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI beschrieben. Diese umfassen die Feststellung des allgemeinen Gesundheitszustands und möglicher Zustandsveränderungen der pflegebedürftigen Person. Darüber hinaus wurden von den Beraterinnen und den Beratern rechtliche Rahmenbedingungen erläutert und es wurde auf individuelle Bedarfe eingegangen. Dazu gehörten z. B. Informationen zu pflegerischen Leistungen, Hilfsmitteln, Finanzierungsoptionen sowie zu Entlastungsangeboten. Ergänzend wurden Pflegebedürftige bzw. ihre Angehörigen bei Bedarf angeleitet, z. B. steriles Arbeiten.

> „In [Online-]Beratungsgesprächen [in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI] werden oft aktuelle Probleme besprochen und mögliche Verbesserungen der Pflege vor Ort erarbeitet. Typische Inhalte der Beratungsgespräche umfassen Finanzierungsfragen, Änderungen in der Pflege, wie die Zusammenlegung von Kurzzeitpflege, die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und Anträge zur Haushaltsentlastung." (VideobasierteBeratung_a)

Kommunikationsanlass: Bedarfsorientierte Beratung

Während die Struktur und Inhalte der Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI stärker vorgegeben sind, zeichneten sich die erprobten bedarfsorientierten Video-Beratungsgespräche gemäß der Aussage von Fachgesprächspartnerinnen und -partnern aus dem erprobenden Projekt (TeleKID) durch eine größere Vielfalt an individuellen Situationen, Bedarfen und Anliegen aus. Im Rahmen des Projekts lag der Schwerpunkt auf der videogestützten Beratung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern. Im Projektverlauf zeigten

sich weitere Beratungsszenarien: Auch Institutionen wie Kitas und Schulen meldeten sich mit Informationsbedarf, z. B. zur Teilhabe von pflegebedürftigen Kindern.

Die bedarfsorientierte Beratung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern wies grundsätzlich Parallelen zu den Beratungsgesprächen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI auf. Einige Unterschiede hoben die Fachgesprächspartnerinnen und -partner jedoch hervor: Die bedarfsorientierte Beratung diente zum Teil als erster Kontakt zu professioneller Hilfe und zu den Versorgungsstrukturen insgesamt. Zudem wurde diese Form der Beratung häufiger bei akuten Anliegen und Fragen in Anspruch genommen. In den Fachgesprächen wurde die emotionale Komponente der Ad-hoc-Beratung herausgestellt. Die videogestützten Beratungsgespräche dienten dazu, die „Eltern aufzufangen“ und ihnen in Momenten der Unsicherheit, Angst oder Überforderung Unterstützung und Beruhigung zu bieten.

> „Ich finde es schön, dass man mit der Online-Beratung die Eltern [von pflegebedürftigen Kindern] dort auffangen kann, wo sie gerade sind [...] Oft sind Eltern überfordert und benötigen Unterstützung in Bereichen wie Verhinderungspflege, Medikamente, Hilfsmittel, Lagerung und Antragsverfahren.“ (TeleKID_c)

Grundsätzlich handelte es sich um ein offenes Angebot, das Beratungsangebot wurde sowohl von Familien in Anspruch genommen, die bereits in einem Versorgungsverhältnis mit dem Träger standen, als auch von anderen Familien, darunter solche, die eine anonyme Beratung wünschten. Infolge zeigte sich eine heterogene Gruppe Rat Suchender. Häufig wurde erst im Gespräch deutlich, was der Anlass war. Die Zielgruppe des Angebots wurde daher weniger vorab festgelegt, vielmehr wurde im Projektteam über Handlungsmöglichkeiten gesprochen, z. B. etwa den Umgang mit Sprachbarrieren oder mit schwierigen Situationen.

> „Vor-Ort-Termine sind in gewissen Familien immer noch entscheidend, bei denen z. B. das Jugendamt involviert ist und der Background nicht so schön ist.“ (TeleKID_a)

Betreuungsangebote für Pflegebedürftige/ Seniorinnen und Senioren

Betreuungsangebote dienen Pflegebedürftigen als Unterstützung im Alltag. Innerhalb des Modellprogramms nutzte das Projekt DB 2.0 Videokommunikation für Einzel- und Gruppenangebote für Seniorinnen und Senioren, die allein leben, sowie als Angebot in stationären Einrichtungen.

Ein Projekt (DB 2.0) setzte unterschiedliche Einzel- und Gruppengespräche per Video um. Dabei wurden verschiedene Zielgruppen eingebunden. Darunter im ambulanten Bereich alleinlebende Pflegebedürftige bzw. Seniorinnen und Senioren, aber auch im stationären Versorgungssetting mit Bewohnerinnen und Bewohnern. Entscheidend sei mit Blick auf diese Zielgruppen, das Angebot gut auf die Interessen und Kompetenzen der Teilnehmenden abzustimmen.

Die *Einzelgespräche* wurden in den Fachgesprächen als eine hybride Form zwischen Beratung und Betreuung beschrieben. Sie umfasste Biographiearbeit, den Austausch über unterschiedliche Themen („über Gott und die Welt“) und unterstützte bei alltäglichen Sorgen.

> „Ich habe eine alte Dame betreut, die seit dem Tod ihres Mannes allein lebt und sehr großen Redebedarf hat. Ihre körperliche Fitness ermöglicht es ihr nicht mehr, mobil nach draußen zu gehen und mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen oder einkaufen zu gehen." (DB2.0_a)

In den Fachgesprächen berichteten die beteiligten professionell Pflegenden und Pflegebedürftigen von einer „bunten Mischung" an videogestützten Betreuungsangeboten für *Gruppen*. Einerseits konnten die Teilnehmenden digital zusammenkommen, z. B. mehrere alleinlebende Seniorinnen und Senioren. Andererseits konnten auch Gruppen z. B. aus stationären Einrichtungen gemeinsam an einem digitalen Format teilnehmen. In den Gruppengesprächen wurden unter Einbindung von Ehrenamtlichen diverse Angebote umgesetzt, wie beispielsweise Vorleserunden, Spieleabende (z. B. Bingo und Schiffe versenken) oder die virtuelle Zuschaltung zu kulturellen Veranstaltungen, u. a. zu Chorauftritten oder Tanzdarbietungen. Nach Aussage der Fachgesprächspartnerinnen und -partner wünschten sich die Seniorinnen und Senioren ein hohes Maß an inhaltlichem Input. Daher wurden ergänzend kognitive Formate wie Gedächtnistraining, „Dalli-Klick" und „Hausquizze" angeboten.

Als zentrale Anforderung an die Betreuungsgespräche gilt hierbei, dass echte Interaktion stattfindet, sodass das Angebot nicht lediglich passivem Konsum entspricht und der Videodienst tatsächlich als Mittel für Austausch und Kommunikation genutzt wird.

> „Bei einem Musikcafé übertrugen wir Musik über den Fernseher, zusätzlich war eine Betreuungskraft digital zugeschaltet. Die Seniorinnen und Senioren haben sich gewundert, warum sie aus dem Fernseher heraus direkt angesprochen wurden. Nachdem etwas Zeit der Gewöhnung vergangen war, hat dieses Format aber gut funktioniert." (DB 2.0_e).

Informationsaustausch mit Angehörigen

Im Modellprogramm erprobten die Projekte ErnTeBayLa-S und TESAM das Anwendungsfeld des Informationsaustauschs mit Angehörigen. Dieses umfasst den Einsatz von Videokommunikation zur strukturierten und bedarfsorientierten Abstimmung zwischen Pflegeeinrichtungen und Angehörigen. Ziel war es, Angehörige in relevante Prozesse der Versorgung und Alltagsorganisation einzubinden und den Informationsfluss zu erleichtern.

Im Rahmen eines Projekts (ErnTeBayLa-S) wurde eine bereits entwickelte App eingeführt, die sowohl Videokommunikation als auch eine Chatfunktion für die Kommunikation mit Angehörigen geboten hat. In Verlauf der Evaluation zeigte sich, dass die asynchrone Kommunikation per Chat im alltäglichen Austausch mit den Angehörigen deutlich stärker nachgefragt und genutzt wurde, während die Videofunktion weniger Relevanz besaß. Diese wurde nur vereinzelt für den privaten Austausch zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen genutzt.[22] Das Angebot von monatlichen

[22] Da professionell Pflegende im Rahmen von privater Videokommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Angehörigen keine explizite Rolle eingenommen haben, wird dieser Anlass hier und in der weiteren Analyse nicht weiter behandelt.

Videosprechstunden mit Mitarbeitenden der stationären Einrichtung wurde von Angehörigen eher nicht nachgefragt.

Die Gesprächspartnerinnen und -partner gingen in den Fachgesprächen auf verschiedene Funktionen des Chats ein: Er diente der Informationsübermittlung über den Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen, über Maßnahmen der Versorgung („wenn der Physiotherapeut vorbeikam“) sowie der Weitergabe von Dokumenten. Zusätzlich ermöglichte der Chat einen aktiven Austausch, indem Angehörige in Entscheidungen zur Versorgung einbezogen wurden. Dadurch konnten Maßnahmen zur Versorgungsplanung abgestimmt und die Alltagsorganisation der stationären Einrichtung unterstützt werden, unter anderem durch die Kommunikation notwendiger Besorgungen („wenn ein neuer Jogginganzug gekauft werden muss“). Dabei fungierte der Chat für beide Seiten als eine Art Informationssammlung, die es ermöglichte, Ausgetauschtes auch zu einem späteren Zeitpunkt, aber auch in akuten Situationen (z. B. bei einer Untersuchung im Krankenhaus) nachvollziehen zu können. In den stationären Einrichtungen wurden die Chat-Verläufe zum Teil in der Pflegedokumentationssoftware abgelegt.

> „Ich habe Nachrichten im Chat bekommen, wenn z. B. eine Wundversorgung stattgefunden hat oder der Physiotherapeut vorbeikam, hierbei werden auch die Veränderungen bzw. Diagnosen direkt mitgeteilt, wie beispielsweise neue Wunden.“ (ErnTeBayLa-S_a)

Während im Projekt ErnTeBAyLa-S die Videokommunikation mit den Angehörigen in Form einer Sprechstunde thematisch offen gestaltet wurde, wurden im Projekt TESAM die Ergebnisse eines Sturzprophylaxe Assessments von einer von drei Tagespflegeeinrichtungen als Anlass für Videogespräche mit Angehörigen genutzt, wobei auch hier die Nachfrage seitens der Angehörigen eher gering war.

Nicht umgesetzte Anwendungsfelder / Anlässe

Im Projekt Virtuelle Fürsorge waren ursprünglich videobasierte Schulungen für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI in der Häuslichkeit vorgesehen. Die Vermittlung pflegerischer Handlungsschritte per Video stellte sich als herausfordernd dar. Beispielsweise sei es schwer möglich, eine pflegebedürftige Person aus dem Bett zu heben und diesen Vorgang gleichzeitig über Video zu demonstrieren. Zudem meldeten Angehörige zurück, dass sie sich alternativ ein YouTube-Video ansehen könnten, um die Inhalte zu erlernen.

7.2.2 Anforderungen

In den Plausibilisierungsgesprächen mit den Projektverantwortlichen und den Fachgesprächen mit professionell Pflegenden sowie Pflegebedürftigen und Angehörigen (n = 24) wurde hervorgehoben, dass für die Umsetzung von Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen konkrete Anforderungen bestehen. Diese stellen die Umsetzbarkeit der Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe bzw. den effektiven Verlauf der Videokommunikation sicher.

Wie in Kapitel 7.1.1 dargestellt, zeigen die Ergebnisse der Abschlussbefragung von professionell Pflegenden zur Eignung von Videokommunikation für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen und Angehörigen diese Anforderungen auf. Besonders häufig wurde „teilweise geeignet“ für Anwendungsfelder vergeben, in denen Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen im Fokus steht. Im Folgenden wird – auf Basis der Erkenntnisse der Fach- und Plausibilisierungsgespräche – auf Anforderungen eingegangen, die die situationsbedingte Eignung unterstreichen.

Zielgruppe: Pflegebedürftige und Angehörige

Eine wichtige Erkenntnis der Evaluation liegt in der Wichtigkeit der frühzeitigen Aushandlung im Projektteam, an welche Pflegebedürftigen und Angehörigen (z. B. Technikkompetenz, verfügbares Endgerät, Unterstützung durch Angehörige) sich das Angebot zur Nutzung von Videokommunikation richten soll. Dies wurde von allen Projekten beschrieben, die Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen umsetzten. Dabei ging es weniger um den Ausschluss von Personengruppen, sondern vor allem um die Frage wie zielgruppenspezifische Einschränkungen und Barrieren überwunden werden können (z. B. Unterstützung durch Angehörige oder professionell Pflegende, Anforderungen an die Schulung). Eine derartige Vorgehensweise hätte im Rückblick nach Aussage von mehreren Projektverantwortlichen dazu beitragen können, frustrierende Erfahrungen zu vermeiden, in denen die Verständigung über Video nicht optimal funktionierte.

Mit Blick auf zielgruppenspezifische Einschränkungen zeigte sich beispielsweise die Erfahrung, dass Menschen mit Hörbeeinträchtigungen zum Teil nicht im gleichen Maße von Videokommunikation profitieren konnten wie von einem Vor-Ort-Angebot. Die Möglichkeiten der Verständigung in videobasierten Angeboten können abweichen und eingeschränkt sein, wenn Pflegebedürftige z. B. ein Hörgerät tragen.

Unabhängig von der Zielgruppe zeigten sich in Einzelfällen bei komplexen Gesprächsinhalten und Fachsprache Einschränkungen beim Austausch. Auch Sprachbarrieren können die Videokommunikation erschweren: In einem Fall verkomplizierte sich die technische Unterstützung beispielsweise aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten. Weitere Herausforderungen ergaben sich für professionell Pflegende beim Umgang mit schwierigen Situationen via Videokommunikation: Einerseits bezogen auf den Gesundheitszustand, andererseits aber auch bei häuslichen Problemen, z. B. bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

> „Einige Kundinnen und Kunden tun sich schwer mit der medizinischen Fachsprache, die freuen sich, wenn man vor Ort vermittelt.“ (TeleKID_a)

Individuelle Unterstützungsbedarfe

Ein weiterer Befund der Evaluation ist, dass die Umsetzung von Videokommunikation mit Pflegebedürftigen von einer strukturierten und schrittweisen Einführung und Begleitung profitiert. Zum Teil handelt es sich dabei um eine zentrale Zugangshürde, so dass eine Teilnahme an einem Videogespräch ohne Unterstützung allein durch Pflegebedürftige nicht möglich war. Dabei kann u. a. bei der technischen Vorbereitung, dem Zugang sowie bei der Durchführung unterstützt werden. Diese Unterstützungsleistung wurde während der Erprobung häufig von Angehörigen

bereitgestellt. Aber auch professionell Pflegende führten Technikschulungen durch oder boten telefonische Hilfestellungen an, wenn die Anwendung von Videokommunikation Probleme bereitete. Vergleichsweise aufwändig gestaltete sich die Situation, wenn keinerlei private Unterstützungsstrukturen vorhanden waren und die Hilfestellung ausschließlich durch professionelle Pflegekräfte erfolgte.

> „Mein erster Online-Termin mit der Seniorin begann trotz vorheriger Schulung auch per Telefon, denn es war eine Schritt-für-Schritt-Begleitung notwendig, um den Termin [...] zu starten." (DB2.0_a)

> „Termine wurden oft vergessen, was zu vermehrten Anläufen führte, um die Kunden zu kontaktieren. Die Pünktlichkeit ist ebenfalls ein Thema. [...] Daher sind Erinnerungen per Telefon oder E-Mail wichtig, insbesondere wenn der Termin weit im Voraus gebucht wurde." (GKV_ViTA_XI_c)

In den Fachgesprächen – und insbesondere in den Projekten, die sich vor allem an die Kommunikation mit Angehörigen fokussierten – wurde deutlich, dass auch Angehörige technische Unterstützung benötigten. Aufgrund des teilweise jüngeren Alters pauschal anzunehmen, dass ausreichende technische Kompetenzen vorlägen, stellte sich als Fehlschluss heraus. Vielmehr zeigte sich, dass fehlende Berührungspunkte mit digitalen Anwendungen auch bei ihnen mit Schwierigkeiten in der Anwendung verbunden sind.

Anforderungen an die Technik

In mehreren Projekten zeigte sich, dass Pflegebedürftige nicht immer über geeignete Endgeräte für die Erprobung verfügten („Ein Gerät mit Kamera habe ich nicht"). Die Anforderungen an die Endgeräte unterscheiden sich für die Kommunikationsanlässe: Für die videogestützte Beratung war der Bildschirm eines Smartphones in der Regel ausreichend. Im Bereich der digitalen Betreuung hingegen war es ausschlaggebend, dass größere Bildschirme (etwa Tablets) vorhanden waren. Eine fehlende oder mangelhafte technische Ausstattung führte dazu, dass die Umsetzung von Videokommunikation teilweise nicht möglich war.

In einigen Projekten wurden Endgeräte zur Verfügung gestellt. Dieser Schritt ging jedoch mit einem zusätzlichen organisatorischen Aufwand einher, da die Endgeräte den erprobenden Personen vor dem Termin zum Videogespräch erst zugestellt werden mussten. Gleichzeitig erhielten Pflegebedürftige das Gerät teilweise jedoch nur für einen beschränkten Zeitraum, was ihren nachhaltigen Kompetenzaufbau erschwerte.

> „In einem ersten Schritt beschloss sie, mit der videogestützten Beratung dort anzufangen, wo die technische Ausstattung bereits vorhanden ist, d. h. wo zumindest eine angehörige Person über ein Smartphone verfügte. In diesem Rahmen wurde die erste videogestützte Beratung testweise durchgeführt." (Virtuelle Fürsorge_a)

Anforderungen an professionell Pflegende

Aufgrund der unterschiedlichen Vorstellungen, Fähigkeiten und technischen Affinitäten der Pflegebedürftigen und Angehörigen agierten professionell Pflegende als Ansprechpersonen vor Ort, um bei der technischen Ersteinrichtung zu helfen, oder standen telefonisch zur Verfügung, um den Zugang zu den Terminen zu erleichtern. Häufig führten sie vor dem Videogespräch ein kurzes Telefonat durch, um offene Fragen zu klären oder den Zugang zum Termin anzuleiten.

Um diese Unterstützung erbringen zu können, mussten die professionell Pflegenden technisches Wissen, u. a. zur Videokommunikationstechnologie aufbauen. Zudem stellte sich heraus, dass sie didaktische Fertigkeiten benötigten, um die Vorteile von Telepflege und Videokommunikation zu vermitteln. Darüber hinaus sollten sie über die Fähigkeit verfügen, technische Inhalte verständlich zu erklären, typischerweise auftretende Probleme zu erkennen und Möglichkeiten zur Problemlösung anbieten zu können. Auch lag es in ihrem Ermessen, zu entscheiden, in welchen Situationen Videokommunikation nicht durchgeführt werden konnte bzw. wann ein laufendes Gespräch aufgrund technischer Schwierigkeiten abgebrochen werden musste.

> „Es treten auch größere technische Hürden auf, beispielsweise wenn der Zugriff auf das Mikrofon und die Kamera in den Einstellungen verweigert wurde. […] Ist dies nicht unter mündlicher bzw. telefonischer Anleitung von mir lösbar oder sind keine Angehörigen anwesend, die helfen können, muss der Termin verschoben werden.“ (GKV_ViTA_XI_b)

Anforderungen an die Terminierung

Im Rahmen des Modellprogramms wurden überwiegend feste Termine für den Videoaustausch mit Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen vereinbart (Tabelle 9). Neben terminierten Gesprächen boten sich für bedarfsorientierte Beratung Ad-hoc-Videogespräche an, um auf akute Unterstützungsbedarfe reagieren zu können. Um dieses Angebot anbieten zu können, müssen zeitliche Puffer für Ad-hoc-Anfragen eingeplant werden, eine zentrale Voraussetzung und zugleich ein neuralgischer Punkt im Modellprogramm, der häufig nicht realisiert werden konnte.

Tabelle 9: Terminierung – Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Legende: ● Austausch umgesetzt, ○ Austausch in Einzelfällen umgesetzt

Anwendungsfelder	Anlässe	Videokommunikation		Chat
		Terminiert	Ad-hoc	
Beratung	§ 37 Absatz 3 SGB XI	●		
	Bedarfsorientiert	●	●	
Betreuung	Einzelangebote	●		
	Gruppenangebote	●		
Informationsaustausch mit Angehörigen	Bedarfsorientierter Austausch	○		●

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

7.2.3 Praktikabilität

Videokommunikation ist insbesondere dann geeignet, wenn die zentralen Merkmale dieser Kommunikationsform den spezifischen Anforderungen des geplanten Kommunikationsanlasses entsprechen (siehe Kapitel 2.2.1).

Synchronität und räumliche Trennung

Beratungs- und Betreuungsangebote werden typischerweise – unabhängig davon, ob sie analog oder per Video stattfinden – synchron umgesetzt. Wenn ein Gespräch in Echtzeit erfolgen soll und die Beteiligten sich nicht am selben Ort befinden, bietet sich die Nutzung von Videokommunikation an. In den Projekten wurden dafür verschiedene Situationen identifiziert: Zum einen, wenn Vor-Ort-Angebote nicht verfügbar sind oder die Anfahrt nicht möglich oder unverhältnismäßig aufwendig wäre. Ein am Modellprogramm teilnehmender Pflegedienst berichtete beispielsweise von einer einfachen Fahrstrecke von über 30 Minuten für ein Beratungsgespräch im ländlichen Raum. Zum anderen, ermöglicht Videokommunikation die Einbindung von Angehörigen oder Dritten, die z. B. aufgrund beruflicher Verpflichtungen oder einem entfernten Wohnort nicht an einem Beratungsgespräch hätten teilnehmen können. Auch für berufstätige Pflegebedürftige ist es oft leichter, Videokommunikation, statt einem Vor-Ort-Termin in ihren Alltag zu integrieren.

Gleichzeitig wurden auch Grenzen der videogestützten Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI benannt. Die Sichtung des häuslichen Umfelds – etwa Gerüche oder bestimmte räumliche Gegebenheiten – sei digital nicht vollumfänglich möglich. Ebenso lassen sich praktische Anleitungen, beispielsweise zur Nutzung von Hilfsmitteln, zum Teil nur eingeschränkt vermitteln. Die genannten Einschränkungen wurden jedoch von den meisten Fachgesprächspartnerinnen und -partnern als weniger gravierend bewertet, da die Online-Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI abwechselnd mit Vor-Ort-Terminen stattfand.

> „Da ich aber jede pflegebedürftige Person mindestens einmal zuhause besuche, bevor ein virtueller Termin anberaumt wird, macht das für mich so keinen Unterschied, da ich die Situation in der Häuslichkeit bei diesem ersten Besuch entsprechend beurteilen kann.“ (VirtuelleFürsorge_c)

Anders als die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI war das bedarfsorientierte Beratungsangebot (im Projekt TeleKID) vorrangig als digitales Format konzipiert. Da es sich um ein offenes und auf Wunsch anonymes Angebot handelte, lag der Fokus darauf, die Videokommunikation so gut wie möglich zu gestalten – ein Vor-Ort-Besuch war häufig keine Alternative. Eine Besonderheit der Beratungsangebote, die sich vor allem an Angehörige pflegebedürftiger Kinder richten, wurde von den Fachgesprächspartnerinnen und -partnern jedoch hervorgehoben: Es sollte berücksichtigt werden, dass das Kind während der Videoberatung zumindest zeitweise anwesend ist, damit die Pflegefachkraft die Situation angemessen einschätzen kann.

Im Projekt ErnTeBayLA-S zeigte sich, wie Videokommunikation und Messenger-Funktion in einer App kombiniert Einsatz fand: Für den alltäglichen Informationsaustausch mit Angehörigen spielt

das Merkmal der Synchronität häufig keine entscheidende Rolle. Der schriftliche Austausch per Chat zwischen professionell Pflegenden und Angehörigen erwies sich als bessere Wahl, um sowohl versorgungsbezogene als auch organisatorische Informationen zuverlässig zu übermitteln.

> „Ich muss niemanden mehr anrufen bzw. vielmehr hinterher telefonieren, sondern bekomme die Informationen auf kurzem Weg direkt aufs Handy." (ErnTeBayLA-S_a)

Visuelle Komponente

Nach Einschätzung der Beteiligten im Projekt *TeleKID* bietet Videokommunikation in der bedarfsorientierten Beratung gegenüber dem Telefon einen spürbaren Vorteil: Sie ermöglicht verbale und nonverbale Kommunikation. Dadurch, so berichteten Pflegefachpersonen, konnten Inhalte besser vermittelt werden. Auch wurde hervorgehoben, dass der persönliche Austausch per Video bei sensiblen Themen mehr Vertrauen schafft und die Kommunikation erleichtert. Zudem wurde die Möglichkeit betont, Gruppengespräche zu führen – dies ermöglicht, z. B. weitere Angehörige oder Dolmetscher einzubeziehen, was zu einem besseren Beratungsergebnis beitragen kann.

> „Die Kommunikation per Bild und Ton ermöglicht sowohl einen verbalen als auch einen non-verbalen Austausch. Für mich ist es wichtig zu erkennen, ob die Informationen bei den Eltern wirklich ankommen, oder ob sie nur oberflächlich aufgenommen werden." (TeleKID_c)

7.2.4 Nutzenpotenziale

Zur Beurteilung des Mehrwerts der Videokommunikation in den verschiedenen Anwendungsfeldern wurde eine Analyse der Fachgespräche entlang der Kategorien direkter Nutzen (N), Auswirkung (A) und Effizienz (E) durchgeführt. Die Unterteilung in diese Nutzenkategorien wurde im Rahmen der Evaluation entwickelt, um direkte Effekte von eher indirekten Wirkungs- und Effizienzpotenzialen abzugrenzen. [23]

- *Direkter Nutzen* bezieht sich auf Folgen, die sich direkt durch den Einsatz von Videokommunikation in einer spezifischen Situation ergaben.
- *Auswirkungen* umfassen positive Veränderungen, die in Folge der konkreten Einsatzsituation von Videokommunikation entstehen können.
- Unter *Effizienz* wird quantifizierbarer Nutzen zusammengefasst.

Einschränkend ist anzumerken, dass der dokumentierte Mehrwert eher als Hinweis zu verstehen ist, welche Effekte Videokommunikation in der Versorgung entfalten kann, wenn neue Routinen etabliert und der Einsatz verstetigt wurde. Bislang handelt es sich überwiegend um

[23] Die Überwindung räumlicher Distanz wird hier nicht als Mehrwert betrachtet, da sie ein grundlegendes Merkmal der Videokommunikation ist. Der Fokus liegt vielmehr auf den Auswirkungen, die sich aus der Wahl von Videokommunikation als Austauschmedium ergeben.

Einzelerfahrungen, die dem Aufwand der Einführung gegenüberstehen. Aus diesem Grund wird nachfolgend von Nutzen- und Effizienzpotenzialen gesprochen.

Angelehnt an das NAAM-Nutzenmodell von Lutze et al. (2020) wurden die Ergebnisse weiter systematisiert. Hierbei wurden die *Individuelle Ebene* sowie die *Struktur- und Prozessebene* unterschieden. Während sich das ursprüngliche Modell auf den Nutzen für pflegebedürftige Menschen bei der Anwendung von Assistenztechnologien konzentriert, wurde im Rahmen der Evaluation die individuelle Ebene um die Perspektive professionell Pflegender erweitert. Diese Differenzierung ermöglicht einen klaren Überblick darüber, wie sich das Nutzenpotenzial auswirkt – eine wichtige Grundlage, da Nutzen und Aufwand häufig auseinanderfallen.

Direkte Nutzenpotenziale von Videokommunikation zeigten sich auf individueller Ebene insbesondere für Pflegebedürftige und Angehörige, während sich die daran anknüpfenden Auswirkungen breiter verteilten. Effizienzpotenziale bestehen in einer Reduktion von Fahrzeiten und -wegen, aber auch in der Reduktion von Arztbesuchen. Auf Struktur- und Prozessebene zeigte sich der Mehrwert der Videokommunikation in der Entwicklung neuer Versorgungsangebote sowie der Erweiterung bestehender Leistungen. Die nachfolgende Tabelle 10 stellt die Ergebnisse im Überblick da.

Tabelle 10: Nutzenpotenziale von Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Legende: N = direkter Nutzen, A = Auswirkung, E = Effizienz

Anwendungs-felder	Anlässe	Individuelle Ebene Pflegebedürftige/ Angehörige	Individuelle Ebene Professionell Pflegende/ Ebene Pflegeeinrichtung	Übergeordnete Struktur- und Prozessebene
Beratung	§ 37 Absatz 3 SGB XI	+ Privatsphäre – N + Schnelle, flexible Terminierung – N + Integration in den Alltag – N - Fahrzeiten – E	+ Flexible Arbeitszeiten/ Home-Office – A - Stress im Arbeitsalltag – A - Fahrzeiten – E	+ Beratungsangebot – A
	Bedarfs-orientiert	+ Flexible Terminierung – N + Integration in den Alltag – N + Schnelle Hilfe – N + Emotionale Hilfe – N + Sicherheitsgefühl – N + Zugang zu Versorgungs-strukturen – A + Zeitersparnis – E - Arztbesuche – E	+ Flexible Arbeitszeiten/ Home-Office – A	+ Niedrigschwelliges, anonymes Angebot – A
Betreuung	Einzel-angebote	+ Sozialer Austausch – N + Privatsphäre – N + Kompetenzerwerb – A	+ Flexible Arbeitszeiten/ Home-Office – A	+ Betreuungsangebot in der Häuslichkeit – A
	Gruppen-angebote	+ Sozialer Austausch – N + Gemeinschaft – N + Vernetzung – A + Kompetenzerwerb – A	+ Flexible Arbeitszeiten/ Home-Office – A	

Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

Mehrwert für Pflegebedürftige und Angehörige

Nach Einschätzung der Fach- und Plausibilisierungsgespräche haben die Beratungsgespräche in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI, für Pflegebedürftige und Angehörige, die Möglichkeit zum Austausch in vertrauter Umgebung geboten. Dies führte bei einzelnen Personen zu einem Gefühl von Privatsphäre („Ich muss nicht aufräumen"). Besonders hervorgehoben wurde die zeitliche und örtliche Flexibilität, die die Organisation des Alltags deutlich erleichterte. Infolge sind durch die digitalen Angebote Fahrzeiten für Pflegebedürftige und Angehörige entfallen.

Als zentraler Faktor für eine gelingende videogestützte Beratung erwies es sich, wenn bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen bestand. Auch weitere kleine Hilfestellungen wurden in den Projekten erprobt und trugen zum Gelingen bei, z. B. eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Terminvereinbarung und zum Zugang für Beratungsgespräche in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Erinnerungen per Telefon oder E-Mail unterstützten zusätzlich die Verbindlichkeit und Teilnahmebereitschaft.

> „Ein Vorteil der videobasierten Beratungsgespräche ist, dass die Zeit für An- und Abfahrt wegfällt. Dadurch ist für uns keine stressige Parkplatzsuche mehr an der Tagesordnung und wir kommen nicht mehr abgehetzt zu den pflegebedürftigen Personen rein." (GKV_ViTA_XI_a).

Im Rahmen der Erprobung ermöglichten die bedarfsorientierten Beratungsangebote für Angehörige pflegebedürftiger Kinder sowohl terminierte als auch spontane Anfragen. Dadurch erhalten sie einen schnellen Zugang zu Unterstützung. Familien empfinden dies insbesondere in akuten und emotional belastenden Situationen als Entlastung. Zudem konnte in einigen Fällen auf Arztbesuche im Nachgang zur Klärung des Sachverhalts verzichtet werden.

> „Ich schätze die Videoberatung sehr, da sie von überall aus durchgeführt werden kann und zeitlich flexibel ist. [...] Jetzt können die Gespräche flexibel außerhalb meiner Arbeitszeiten stattfinden, zum Beispiel nach 18 Uhr" (TeleKID_b)

Die erprobten Gruppenangebote der Betreuung per Video förderten aus Sicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner den sozialen Austausch und stärkten das Gemeinschaftsgefühl. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die digitalen Angebote den Erwerb von Medienkompetenz insgesamt gefördert haben.

> „Die digitalen Betreuungsangebote ermöglichen es, neue soziale Kontakte zu schaffen und den Senioren das Gefühl zu geben, dass sie noch präsent und Teil der Gemeinschaft sind. Es fördert das Erleben von Wiedersehen und sozialer Verbundenheit mit der Botschaft: Hey, ich bin noch da, mich gibt es noch." (DB2.0_c)

Mehrwert für professionell Pflegende bzw. Pflegeeinrichtungen

In den Fachgesprächen wurde auch der Mehrwert auf der Ebene der professionell Pflegenden und der Pflegeeinrichtungen thematisiert. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle sowie die Möglichkeit zur Arbeit im Home-Office hervorgehoben. Darüber hinaus berichteten Pflegekräfte von einer Entwicklung ihrer Kompetenzen. Der Einsatz von Videokommunikation hat sich zudem als effektiv erwiesen, um Stress im Arbeitsalltag sowie Fahrzeiten zu reduzieren.

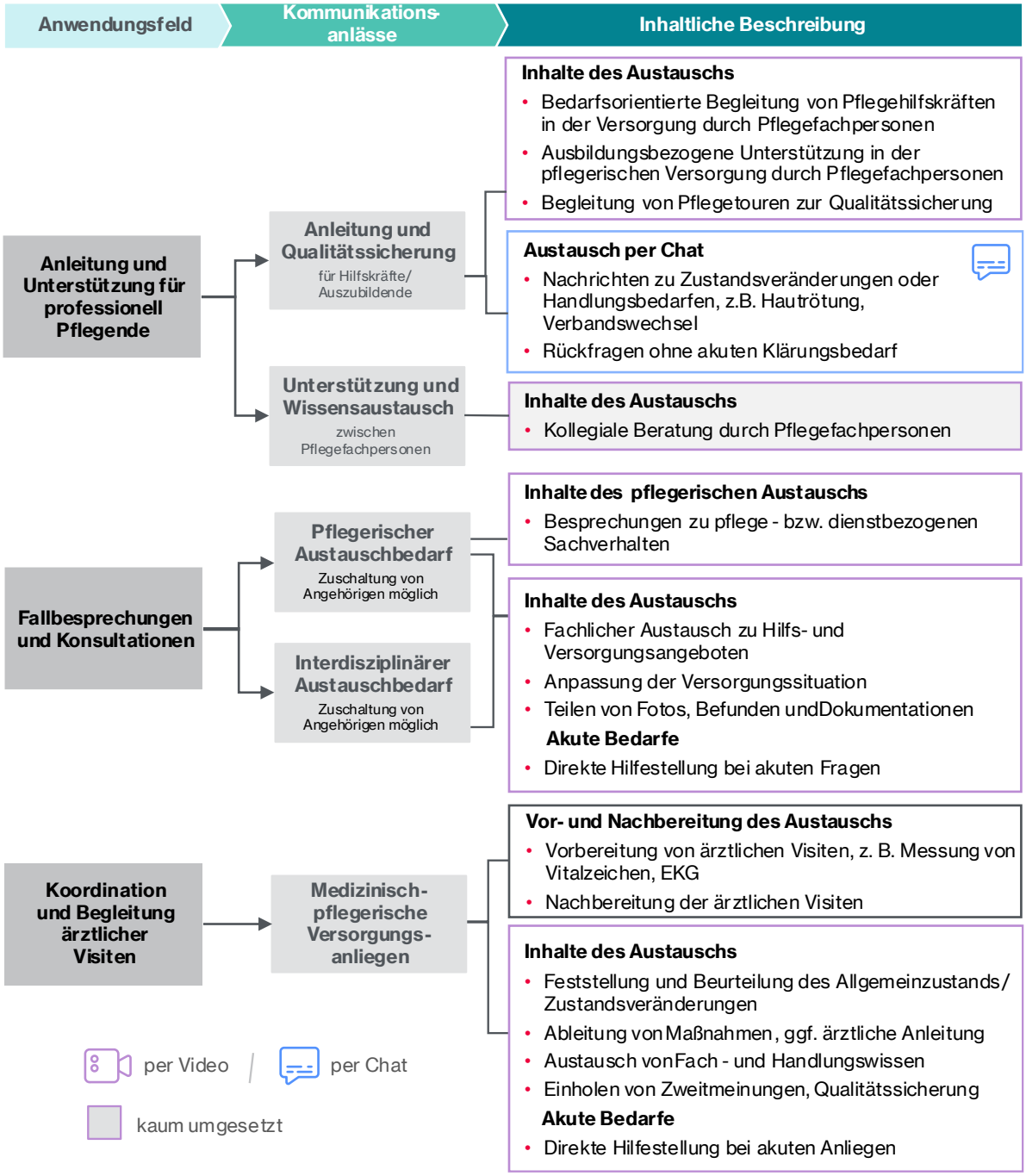
> „Das Projekt bietet mir als zweifache Mutter einen flexiblen Arbeitsplatz, den ich von überall ausüben kann. Ich konnte meine Arbeitszeiten teilen und sowohl im Büro als auch im Home-Office arbeiten." (TeleKID_c)

7.3 Fokus: Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren

7.3.1 Kommunikationsanlässe

Im Folgenden wird die Ausgestaltung der Kommunikationsanlässe in den Projekten beschrieben, die Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren erprobt haben. Zur Analyse der Anwendungsfelder und zugehörigen Kommunikationsanlässen wurde in Fach-, Einzel- und Abschlussgesprächen erfasst, welche Inhalte im Rahmen der Videokommunikation besprochen wurden. Die Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren erfolgte sowohl terminiert als auch in akuten Situationen. Obwohl die Projekte primär auf die Erprobung synchroner Videokommunikation ausgerichtet waren, verdeutlichte die Erprobung, dass bestimmte Rückfragen und Themen auch asynchron besprochen werden können. Dies betraf insbesondere das Anwendungsfeld *Anleitung und Qualitätssicherung*, bei welchem Zustandsveränderungen oder Handlungsbedarfe per Chat kommuniziert wurden. Entgegen den ursprünglichen Erwartungen erwies sich die Unterstützung sowie der Wissensaustausch zwischen den Pflegefachpersonen als deutlich komplexer und wurde kaum erprobt. Unterschiedliche Arbeitsabläufe, begrenzte zeitliche Ressourcen und fehlende technische Ausstattung und Berührungsängste führten dazu, dass der Austausch nicht zustande kam (Abbildung 13).

Abbildung 13: Kommunikationsanlässe zwischen beruflichen Akteuren



Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

Anleitung und Unterstützung für beruflich Pflegende

Fachliche Anleitung und Unterstützung für Pflegekräfte wird im Rahmen der Versorgung oder während Aus-, Fort- und Weiterbildungen umgesetzt. Ziel ist es, berufliche Handlungskompetenz zu vertiefen und Sicherheit im pflegerischen Handeln zu stärken. Im Rahmen des Modellprogramms untersuchten drei Projekte dieses Anwendungsfeld, wobei zwei Anlässe unterschieden werden: Anleitung und Qualitätssicherung (Telekooperation und Virtuelle Fürsorge) und Unterstützung und Wissensaustausch (TvK-Stat).

Die Projekte Telekooperation und Virtuelle Fürsorge haben den Kommunikationsanlass Anleitung und Qualitätssicherung auf unterschiedliche Weise videobasiert umgesetzt. Beide Projekte verbindet die *digitale Begleitung von Hilfskräften und Auszubildenden* in der Versorgung, sie unterschieden sich jedoch im Setting: Während Telekooperation die Begleitung innerhalb derselben stationären Einrichtung erprobte, erprobte Virtuelle Fürsorge die Unterstützung von Hilfskräften während ambulanter Pflegetouren.

Gemäß den Erkenntnissen der Fachgespräche setzten sich die Hilfskräfte und Auszubildenden, sowohl im ambulanten als auch stationären Setting, bei Unsicherheiten oder aufkommenden Fragen in der Versorgung per Video mit Pflegefachpersonen in Verbindung. Diese übernahmen dann die Einschätzung der aktuellen Situation mittels einer videobasierten visuellen Begutachtung und konnten anschließend konkrete Pflegehandlungen anleiten oder die Informationen nutzen, um zukünftige Pflegehandlungen zu planen. Im ambulanten Versorgungsbereich wurde Videokommunikation zudem als Maßnahme der Qualitätssicherung genutzt, z. B. bei Neueinstellung und im Rahmen von Weiterbildung.

> „Während der Einarbeitung von neuen Pflegehilfskräften werden diese zunächst für zwei Wochen durch eine Fachkraft oder eine erfahrene ergänzende Hilfe [auf Tour] persönlich begleitet. Danach bin ich für die weitere Begleitung zuständig [...]. Je nach Bedarf entscheide ich, ob ich selbst mitfahre oder die Begleitung per Video übernehme." (Virtuelle Fürsorge_a)

Ergänzend zur Videokommunikation kam im Projekt Telekooperation ein Chat zum Einsatz, der ergänzend zur Videokommunikation fungierte: Er diente der Übermittlung von Informationen zum Zustand von Pflegebedürftigen an Pflegefachpersonen, zum Teil mit konkreten Handlungsbedarfen. Dabei handelte es sich z. B. um Informationen zu Hautrötungen oder der Notwendigkeit eines Verbandswechsels. Pflegehilfskräfte und Auszubildende konnten zudem Rückfragen (ohne akuten Klärungsbedarf) stellen, die dann durch Pflegefachpersonen niedrigschwellig beantwortet werden konnten, ohne ihren Arbeitsablauf zu unterbrechen.

> „In akuten Situationen, z. B. bei Schwindel, bietet sich eine Videokommunikation an. Ist die Ursache unklar, gehe ich jedoch direkt selbst zum Bewohner. Ansonsten gebe ich per Videoasnweisungen an die Pflegehilfskraft. Vergleichsweise geringfügige Beobachtungen, z. B. eine Hautrötung, erfordern keine Videokonsultation. Hinweise per Nachricht sind da besser geeignet." (Telekooperation_a)

Ursprünglich sah das Projekt TvK-Stat vor, *Unterstützung und Wissensaustausch* auch als Angebot für Pflegefachpersonen bereitzustellen. Pflegeexpertinnen und -experten aus anderen Einrichtungen des Trägers sollten bei akuten Bedarfen kontaktiert werden können, um dann Unterstützung per Video anzubieten, z. B. im Bereich Wundmanagement. Die Erprobung konnte jedoch aufgrund einer unzureichenden beidseitigen Nachfrage nicht realisiert werden.

> „Bei den Pflegekräften waren die Hürden zu hoch, um Herausforderungen bzw. Probleme einrichtungsübergreifend zu diskutieren. Über das Team, über den Wohnbereich hinaus wird nur ungern gefragt. Es besteht Scham, diese stellt ein Hemmnis und gleichzeitig ein multifaktorielles Problem dar.“ (TvK-Stat_c)

Fallbesprechungen und Konsultationen

Fallbesprechungen und Konsultationen umfassen einen Austausch zwischen mehreren Personen. In diesem Rahmen wird entweder der Versorgungsfall einer Person (= Fallbesprechung) oder ein bestimmtes fachliches Thema (= Konsultation) diskutiert. Fünf Projekte widmen sich der Erprobung dieses Anwendungsfeldes. Es lassen sich wiederum zwei Anlässe differenzieren: Pflegerischer Austauschbedarf (CareConnect, GKV-ViTA XI und TESAM), sowie interdisziplinärer Austauschbedarf (CareConnect, DigiSAPV-KJ, DIPAK und TESAM).

Die Gesprächspartnerinnen und -partner aus den Projekten berichteten in den Fachgesprächen, dass die videogestützten Fallbesprechungen und Konsultationen teilweise vollständig digital durchgeführt wurden. In anderen Fällen wurden einzelne Personen digital zugeschaltet (z. B., wenn sie zeitlich nicht vor Ort sein konnten), während die anderen in physischer Präsenz teilnahmen. In einigen Projekten wurde vorgesehen, Angehörige virtuell in Fallbesprechungen einzubeziehen.

Im Rahmen der *pflegerischen Fallbesprechungen* dienten Besprechungen, z. B. im Rahmen der Übergabe dazu, relevante pflege- und dienstbezogene Sachverhalte in größerer Runde im Detail abzustimmen und zu besprechen (z. B. Fragen der Medikation). Die Pflegefachpersonen aus Tagespflegeeinrichtungen im Projekt TESAM besprachen beispielsweise die Ergebnisse eines Sturzrisiko-Assessment mit Pflegefachpersonen aus dem versorgenden ambulanten Dienst.

> „Videokommunikation ermöglicht das detaillierte Durchsprechen von Symptomen, die gemeinsame Analyse möglicher Ursachen und die Ableitung von Maßnahmen. Dadurch eröffnet sich die Gelegenheit, über Veränderungen nachzudenken und Anpassungen des Medikamentenplans vorzunehmen, einschließlich der Einführung neuer Medikamente.“ (DigiSAPV-KJ_b)

Die *interdisziplinären Fallbesprechungen* setzten sich aus dem Pflegepersonal, den Ärztinnen und Ärzten und/ oder weiteren beruflichen Akteuren, wie der Physiotherapie oder psychosozialen Fachkräften zusammen. Die Fachgesprächspartnerinnen und -partner berichteten von unterschiedlichen Inhalten der Videokommunikation: Sie wurde u. a. zur Beratung zwischen den

unterschiedlichen Berufsgruppen, der Koordination von Hilfs- und Versorgungsangeboten oder auch der Anpassung der Versorgungssituation eingesetzt. Darüber hinaus wurde berichtet, dass die Videokommunikation eingesetzt wurde, um Fotos, Befunde oder Dokumente zu teilen und diese direkt zu besprechen.

Im Projekt DigiSAPV-KJ wurden interdisziplinäre Fallbesprechungen nicht nur terminiert, sondern auch spontan bei akuten Fragen in der Versorgung durchgeführt. In solchen Situationen kontaktierten sich Pflegefachperson und Ärztin/ Arzt gegenseitig, – je nachdem wer gerade vor Ort in der Häuslichkeit war.

> „Ich bin als Arzt nicht so affin für bestimmte Versorgungsaspekte, wie es eine Pflegekraft ist. Dies betrifft beispielsweise die Auswahl der richtigen Spritze für ein bestimmtes Medikament, weshalb ich dann auch sehr gerne Pflegekräfte konsultiere. Durch den Einsatz von Video können aber auch Protokolle und Pulskurven besser dargestellt werden [...] Oder die Menge an Flüssigkeit, die eine Patientin trinkt. Die genaue Größe der Flasche kann durch eine visuelle Kommunikation besser vermittelt werden.“ (DigiSAPV-KJ_d)

Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten

Eine Visite wird als regelmäßiger Besuch von Ärztinnen und Ärzten bei den Patientinnen und Patienten einer Station oder den Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung beschrieben. Der Termin dient der Begutachtung und der Therapieplanung. Digitale ärztliche Visiten werden auch unter dem Begriff Telemedizin eingeordnet, der Fokus auf die Koordination und Begleitung der Visite durch Pflegefachkräfte macht sie im Rahmen des Modellprogramms jedoch zu einem telepflegerischen Anwendungsfeld. Zwei Projekte erprobten die Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten.

Im Rahmen der Projekte CareConnect und TvK-Stat wurde die Videokommunikation im Kontext medizinisch-pflegerischer Versorgungsanliegen unterschiedlich erprobt. CareConnect nutzte die Zusatzfunktionen des TeleDocs unter anderem zur Vorbereitung und Nachbereitung ärztlicher Visiten, beispielsweise zur Messung von Vitalparametern oder um ein EKG durchzuführen. TvK-Stat nutzte die Videokommunikation für die Zusammenarbeit von professionell Pflegenden mit niedergelassenen Fach- und Hausarztpraxen, während im Projekt CareConnect die Pflegefachpersonen in Pflegeeinrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachabteilungen des Universitätsklinikums (Zahnmedizin, Notaufnahme, Intensivmedizin und Dermatologie) und niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten in Verbindung treten konnten. Erprobte Inhalte der Videogespräche waren neben der ärztlichen Beurteilung spezifischer Anliegen ebenfalls die generelle Feststellung des Allgemeinzustands und möglicher Zustandsveränderungen. Außerdem dienten die Visiten dazu, einen pflegerisch-ärztlichen Austausch zu einer bestimmten pflegebedürftigen Person zu ermöglichen. Im Kontext der Erprobung wurde das interdisziplinäre Setting auch dazu genutzt, bestimmte Aufgaben durch Ärztinnen und Ärzte an Pflegefachpersonen zu delegieren und ggf. bei der Umsetzung anzuleiten. Ergänzend wurden Konsultationen genutzt, um Zweitmeinungen einzuholen und somit die Qualität

der Versorgung sicherzustellen. Darüber hinaus wurde auch die direkte Hilfestellung für Pflegekräfte bei akuten Fragen und kurzfristigen Bedarfen erprobt.

> „Bevor man auf den Hausarzt für eine erste Einschätzung wartet bzw. auf die nächste Videosprechstunde mit dem Dermatologen, hat es sich für mich in vielen Fällen gelohnt, direkt ein Foto der Hautveränderung zu machen und an den beteiligten Dermatologen zu schicken. So habe ich schneller eine Antwort erhalten, meist schon vor der nächsten Visite." (CareConnect_d)

Nicht umgesetzte Anwendungsfelder / Kommunikationsanlässe

- Für das Projekt *CareConnect* war geplant, die Notfallpflege des Universitätsklinikums für Ad-hoc-Anfragen einzubinden. Dies erfolgte jedoch nur in wenigen Fällen und nicht für patientenbezogene Fragestellungen. Hinzu kamen organisatorische Probleme, wie z. B. fehlendes Material.
- Im Projekt *ErnTeBayLa-S* wurde die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten nicht umgesetzt, da auf ärztlicher Seite Schwierigkeiten bei der Terminfindung und Verfügbarkeit bestanden.
- Das Projekt *GKV-ViTA XI* führte die Erprobung der pflegerischen Fallbesprechungen aufgrund technischer Probleme und Zugangsbarrieren nicht durch.
- *TvK-Stat* führte aufgrund von Schwierigkeiten bei der Terminfindung und Verfügbarkeiten von Ärztinnen und Ärzten die ärztlichen Visiten nur in Einzelfällen durch. Aufgrund fehlender Nachfrage wurde der Kommunikationsanlass Wissensaustausch und Unterstützung nicht erprobt.

7.3.2 Anforderungen

In den Fach- und Plausibilisierungsgesprächen (n = 24) wurde hervorgehoben, dass für die Umsetzung von Videokommunikation unterschiedliche Anforderungen bestehen. Diese stellen die Umsetzbarkeit der Kommunikationsanlässe bzw. den effektiven Verlauf der Videokommunikation sicher. Wie in Kapitel 7.1.1 dargestellt, wurde besonders häufig „teilweise geeignet" für die Anwendungsfelder Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender sowie für Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten vergeben, wohingegen Fallbesprechungen und Konsultationen häufiger geeignet für den Einsatz von Videokommunikation erachtet wurden. Im Folgenden wird – auf Basis der Erkenntnisse der Fach- und Plausibilisierungsgespräche – auf Anforderungen eingegangen, die die situationsbedingten Unterschiede erklären.

Anforderungen an professionell Pflegende

Die Anforderungen an professionell Pflegende umfassen organisatorische und inhaltliche Aspekte. Ein wesentlicher Bestandteil im Projekt CareConnect war beispielsweise die Abfrage und Priorisierung pflegerischer und medizinischer Bedarfe innerhalb der Einrichtung, um die ärztlichen Visiten vorzubereiten. Darüber hinaus übernehmen Pflegefachpersonen eine aktive Rolle bei der Durchführung der Videokommunikation – je nach Projekt im Rahmen von Visiten,

Fallbesprechungen und Konsultationen sowie die Anleitung von Pflegehilfskräften und Auszubildenden.

Grundsätzlich war es hierfür erforderlich, dass professionell Pflegende über entsprechende Kompetenzen im Umgang mit digitalen Kommunikationsmitteln verfügen. Bei Bedarf sollten sie zudem die Arbeit mit den angeschafften Ferndiagnoseinstrumenten beherrschen, um eine effiziente Durchführung der Videokommunikation während der ärztlichen Visite zu gewährleisten. Zum Teil wurden hierfür Vorbereitungen getroffen, z. B. die Durchführung eines EKGs , zum Teil erfolgten solche Maßnahmen während der Visiten.

Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte

Für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte besteht die zentrale Anforderung in der kontinuierlichen Beteiligung der Videokommunikation und darin, die notwendigen personellen sowie zeitlichen Ressourcen für die Durchführung der Visiten bzw. Fallbesprechungen vorhalten zu können. Dies war gerade in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten häufig nicht möglich. Erfolgreicher gelang die Zusammenarbeit in Projekten wie CareConnect in Kooperation mit einem Universitätsklinikum sowie im Projekt DigiSAPV-KJ in der Palliativversorgung.

> „Wenn es um die Einbindung von Ärzten geht, ist eine vorherige Absprache erforderlich, was jedoch kein großes Problem darstellen würde. Ein einfaches ‚Hast du in einer halben Stunde Zeit? Mir wäre es wichtig, dass du dir das mal anschaust' kann reichen. Da das Pflegepersonal nicht nur fünf Minuten in der Häuslichkeit verbringt, ist das gut umsetzbar." (DigiSAPV_KJ_c)

Darüber hinaus war es von Bedeutung, dass die Ärztinnen und Ärzte eine ausreichende Anzahl pflegebedürftiger Personen innerhalb der jeweiligen Einrichtung betreuen, um eine sinnvolle und wirtschaftliche Umsetzung von Videokommunikation zu ermöglichen. Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm zeigen: Ist die Zahl betreuter Patientinnen und Patienten zu gering, lohnt sich der organisatorische und zeitliche Aufwand nicht. Wirtschaftlich umsetzbar ist der Einsatz nur, wenn mehrere Fälle in einer Sitzung besprochen werden können – zumal nicht alle Personen zwingend thematisiert werden müssen. In Einrichtungen mit geringer Fallzahl konnte durch Videokommunikation kein relevanter Mehrwert für die Versorgung, aber auch für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte erzielt werden.

Anforderungen an die Technik

Für die technische Ausstattung war eine hochauflösende Kamera von zentraler Bedeutung, da sie eine präzise Bildqualität gewährleisten muss, um beispielsweise die digitale Beurteilung von Wunden zu ermöglichen. Ebenso war eine stabile Halterung für das Endgerät relevant. Im stationären Setting wurden hierfür in zwei Projekten Rollständer eingesetzt, die jedoch aufgrund ihrer Größe nicht in allen Patientenzimmern nutzbar waren. Im ambulanten Bereich stellte die Positionierung des Endgeräts eine größere Herausforderung dar: Die Kamera musste so ausgerichtet werden, dass die Situation gut erkennbar ist. Dies war insbesondere dann schwierig, wenn gleichzeitig die Versorgung stattfinden sollte. In solchen Fällen wäre der Einsatz einer Bodycam aus Sicht von befragten Beteiligten möglicherweise die praktikablere Lösung gewesen.

„In diesen Situationen kam während der Erprobung schnell das Problem auf, dass der Videoausschnitt nicht groß genug war, um die Handlungen der Pflegekraft beurteilen zu können.“ (VirtuelleFürsorge_f)

Anforderungen an die Terminierung

Eine zentrale Erkenntnis ist, dass sich der Einsatz von Videokommunikation für den Ad-hoc-Austausch weniger praktikabel erwiesen hat als ursprünglich angedacht. In mehreren Projekten war vorgesehen, spontan professionelle Unterstützung anfragen zu können, entweder in Akut- und Notfallsituationen, aber auch einfach bei Fragen im Arbeitsalltag. In der Umsetzung ließ sich dieses Vorgehen jedoch nicht realisieren. Erfolgreicher waren Projekte, die feste, regelmäßige Termine (z. B. Sprechstunden) oder zumindest abgestimmte Zeitfenster für Videokontakte etablierten, dies gelang insbesondere in den Anwendungsfeldern Fallbesprechungen und Konsultationen sowie Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten (Tabelle 11).

Tabelle 11: Terminierung – Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren

Legende: ● Austausch umgesetzt, ○ Austausch in Einzelfällen umgesetzt

Anwendungsfelder	Anlässe	Videokommunikation		Chat
		Terminiert	Ad-hoc	
Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende	Anleitung und Qualitätssicherung	○	○	●
Fallbesprechungen und Konsultationen	Pflegerischer Austauschbedarf	●	○	
	Interdisziplinärer Austauschbedarf	●	○	
Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten	Medizinisch-pflegerische Versorgungsanliegen	●	○	

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

Die Gründe für die bessere Machbarkeit terminierter oder abgestimmter Videokommunikation sind vielfältig. Zum einen liegt es an der eingeschränkten Erreichbarkeit bei spontanen Anliegen: Die angefragte Person war typischerweise selbst im Arbeitsalltag eingebunden oder führte das Endgerät nicht ständig mit sich. Teilweise war das Endgerät zu groß, um es mobil zu nutzen. So dass Videokommunikation nur an einem dafür eingerichteten Arbeitsplatz umgesetzt werden konnte. Zum anderen bestanden technische Hürden, da die eingesetzte Software häufig zunächst die Anlage eines Termins erforderte. Dieser zusätzliche Schritt kostete Zeit und führte gerade in zeitkritischen Situationen dazu, dass Anfragen lieber telefonisch erfolgten.

„Eine Notfall-Einbindung des Klinikums in der Akutsituation ist aktuell noch Wunschdenken. Das Klinikum kann niemanden abstellen, der direkt verfügbar wäre. Eine 24/7 Betreuung kann durch das Krankenhaus nicht zur Verfügung gestellt werden." (CareConnect_a)

> „Derzeit ist die Erreichbarkeit in Arztpraxen oft schwierig, mit häufigen Anrufen und langen Warteschleifen. Solange diese Herausforderungen bestehen, wird auch die Telepflege in spontanen Situationen keine wesentliche Verbesserung bringen.“ (TvK-Stat_b)

Der Videoaustausch im Anwendungsfeld Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende wurde je nach Situation unterschiedlich gestaltet – etwa terminiert im Rahmen geplanter ambulanter Touren (Virtuelle Fürsorge) oder spontan bei akuten Problemen in der stationären Versorgung (Telekooperation). In beiden Projekten erfolgte der Einsatz von Videokommunikation für diese Kommunikationsanlässe jedoch eher in Einzelfällen. Im Projekt Telekooperation lag dies vor allem daran, dass Pflegefachpersonen keine Zeit hatten, die Videogespräche direkt anzunehmen, hier erwies sich die asynchrone Kommunikation per Nachricht als praktikable Alternative. Im Projekt Virtuelle Fürsorge konnten Pflegehilfskräften bzw. Auszubildenden bei ihren ambulanten Touren Unterstützung von einer Pflegefachperson anfragen, dies wurde jedoch nur in Einzelfällen umgesetzt.

7.3.3 Praktikabilität

Videokommunikation ist insbesondere dann besonders geeignet, wenn die zentralen Merkmale dieser Kommunikationsform den spezifischen Anforderungen des geplanten Kommunikationsanlasses entsprechen (siehe Kapitel 2.2.1).

Synchronität und räumliche Trennung

Visiten, Fallbesprechungen und Konsultationen finden in der Regel synchron, also in Echtzeit, statt. Wenn die Beteiligten nicht am selben Ort sind, bietet sich Videokommunikation als Kommunikationsform an. In den Projekten wurden dafür verschiedene Situationen identifiziert: Zusätzliche ärztliche Visiten in stationären Pflegeeinrichtungen (neben den Vor-Ort-Besuchen), die Einbindung von Fachärztinnen und Fachärzten (die sonst selten Pflegeeinrichtungen direkt aufsuchen), sowie pflegerische und interdisziplinäre Teambesprechungen im Rahmen der Intensiv- und Palliativversorgung. Dabei ging es nicht nur um die Abwägung zwischen Vor-Ort-Besuch und Videokommunikation – sondern darum, ob eine Visite ohne Videokommunikation überhaupt stattfinden kann, bedingt durch eingeschränkte personelle Ressourcen und/ oder große räumliche Distanzen.

> „Einige Eltern [pflegebedürftiger Kinder] und Kostenträger waren besorgt, dass Hausbesuche gänzlich durch Telepflege ersetzt werden könnten. Diese Ängste halte ich für nicht unberechtigt, da die Ressourcen bereits knapp sind. [..] Die Telepflege biete jedoch viele Vorteile, gerade mit Blick auf den Versorgungsradius und die allgemein schwierige Versorgungslage, da sie eine zeitnahe Unterstützung ermöglicht. Daher finde ich, dass bestimmte Anwendungen der Pflege durch Telepflege ersetzt werden müssen, um Ressourcen für andere wichtige Bereiche freizusetzen.“ (DigiSAPV-KJ_e)

Für Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender gab es sowohl Kommunikationsanlässe, die synchron geklärt werden mussten, als auch solche, die sich asynchron umsetzen ließen. Bei akuten Situationen war ein direkter Austausch erforderlich, während Inhalte zum Wissensaufbau

auch zeitversetzt, etwa über Lernvideos, vermittelt werden konnten. Im Projekt TvK-Stat wurde dies erwogen, nachdem sich zeigte, dass Echtzeit-Unterstützung im Arbeitsalltag schwer umsetzbar ist. Auch im Projekt Telekooperation zeigte sich, dass ein Teil der Anliegen erfolgreich als schriftliche Nachricht zwischen Pflegehilfskräften bzw. Auszubildenden und Pflegefachpersonen ausgetauscht werden konnte.

Visuelle Komponente

Videokommunikation erwies sich zudem in den Projekten besonders dann als praktikabel, wenn eine visuelle Einschätzung der Situation erforderlich war. Während Visiten und die Anleitung in Versorgungssituationen von der visuellen Komponente abhängen, zeigte sich dieser Aspekt bei Fallbesprechungen und Konsultationen weniger eindeutig.

Teilweise wurde auch hier der Gesundheitszustand von anwesenden Pflegebedürftigen beurteilt oder Medikation gezeigt, sodass die Kamerafunktion eine wichtige Rolle spielte. Bei Gruppenaustausch war die visuelle Komponente ebenfalls relevant – hierfür nutzten viele Einrichtungen bereits vor dem Modellprogramm nicht-zertifizierte Videodienste. Ein wesentlicher Mehrwert für die interdisziplinäre Zusammenarbeit lag in den interaktiven Funktionen, wie dem gemeinsamen Betrachten von Daten, Medikationslisten oder Vitalwertverläufen. Wenn lediglich Informationen zwischen zwei Personen ausgetauscht wurden, wurde häufig das Telefon als bevorzugtes Kommunikationsmittel genutzt.

> „Häufig bevorzuge ich das Telefon für die Kommunikation, da es in der Regel schneller geht. Für mich ist es nicht notwendig, den Arzt zu sehen, da ich ja bereits weiß, wie er aussieht." (DigiSAPV-KJ_c)

7.3.4 Nutzenpotenziale

Zur Beurteilung des Mehrwerts der Videokommunikation in den unterschiedlichen Anwendungsfeldern wurde analog zum Kapitel 7.2.4 eine Analyse der Fachgespräche entlang der Kategorien direkter Nutzen (N), Auswirkung (A) und Effizienz (E) vorgenommen.[24]

Dabei muss jedoch einschränkend erwähnt werden, dass der dokumentierte Mehrwert eher als Hinweise zu verstehen sind, welche Effekte Videokommunikation in der Versorgung haben kann, wenn neue Routinen entwickelt und der Einsatz verstetigt wurde. Bislang handelt es sich an dieser Stelle um Einzelerfahrungen, die dem Aufwand der Einführung gegenüberstehen. Aus diesem Grund wird nachfolgend von Nutzen- sowie Effizienzpotenzialen gesprochen. Direkte Nutzenpotenziale zeigten sich insbesondere in der Verbesserung der Versorgung sowie den Austausch von Wissen während der Videokommunikation. Effizienzpotenziale bestehen in der Reduktion von Fahr- und Wegzeiten oder Telefonanrufen. Die nachfolgende Tabelle 10 stellt die Ergebnisse im Überblick da, dabei wird zwischen der Ebene der beruflichen Akteure und Pflegeinrichtungen sowie der Ebene der Pflegebedürftigen und der Versorgung unterschieden.

[24] Die Überwindung räumlicher Distanz wird hier nicht als Mehrwert betrachtet, da sie ein grundlegendes Merkmal der Videokommunikation ist. Der Fokus liegt vielmehr auf den Auswirkungen, die sich aus der Wahl von Videokommunikation als Austauschmedium ergeben.

Tabelle 12: Nutzenpotenziale der Videokommunikation zwischen beruflich Pflegenden

Legende: N = direkte Nützlichkeit, A = Auswirkung, E = Effizienz

Anwendungs-felder	Anlässe	Ebene berufliche Akteure/ Einrichtungen	Ebene Pflegebedürftige/ Versorgung
Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende	Anleitung und Qualitäts-sicherung	+ Selbstwirksamkeit – A + Kompetenzentwicklung – A + begleitende Dokumentation – A + Arbeits- und Aufgabenteilung – A + effizienterer Personaleinsatz – E - weniger Wege – E	+ direkte Unterstützung – N + direkte Maßnahmen – N
Fall-besprechungen und Konsultationen	Pflegerischer/ interdisziplinärer Austauschbedarf	+ Wissensaustausch – N + zeitnahes Feedback – N + kontinuierlicher Informationsfluss – A + Vertrauensaufbau – A - Fahrtzeiten – E	+ direkte Beurteilung Gesundheitszustand – N + schnelle Entscheidungsfindung – N
Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten	Medizinisch-pflegerische Versorgungs-anliegen	+ gemeinsame Diagnostik – N + begleitende Dokumentation – N + Wissensaustausch – N - Telefonanrufe Pflegeeinrichtung – E - ärztliche Visiten vor Ort – E - Fahrtzeiten für Ärztinnen/Ärzte – E	+ direkte Maßnahmen, schnelle Hilfe – N + Vor-Einschätzung, ob Arztbesuch nötig ist – N + Ausstellung von Rezepten und Verordnungen – N + kontinuierlicher Blick auf den Gesundheitszustand – A + Schließen von Versorgungslücken – A

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

Mehrwert für berufliche Akteure/ Einrichtungen

Die Implementierung von Videokommunikation in der pflegerischen Versorgung in den unterschiedlichen Projekten des Modellprogramm zeigte verschiedene positive Effekte auf. Pflegekräfte berichteten von einer stärkeren Einbindung in diagnostische Prozesse, was ihre Kompetenzentwicklung und ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit förderte. Gleichzeitig verbesserten sich Wissensaustausch und Kommunikation, sowohl zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten als auch zwischen professionell Pflegenden. Auf Einrichtungsebene wurde hervorgehoben, dass durch eine verbesserte Kommunikation innerhalb der professionell Pflegenden der Personaleinsatz effizienter umgesetzt werden könne. Zeitliche Entlastungen ergaben sich durch den Wegfall von Fahrt- und Wegezeiten sowie telefonische Abstimmungen. Dieses Potenzial war jedoch häufig nur theoretisch gegeben, da die meisten Ärztinnen und Ärzte ihre Visiten vor Ort beibehielten, so dass die Videokommunikation in einigen Projekten eher zu Übungszwecken durchgeführt wurde und sich eher keine Effizienzpotenziale realisieren ließen.

> „Ich profitierte sehr von dem Austausch mit Ärztinnen und Ärzten. In den Sprechstunden habe ich gezieltes Fachwissen vermittelt bekommen, welches aufgrund des anderen Blickwinkels der Ärzteschaft sehr gewinnbringend für mich war.“ (CareConnect_d)

„Ein wesentlicher Mehrwert der Telepflege liegt für mich in der Möglichkeit, schnell und zeitnah Feedback zu erhalten. Zudem ist der Einsatz dieser Technologien ressourcenschonend, da nicht alle Beteiligten vor Ort sein müssen.“ (DigiSAPV-KJ_d)

Mehrwert für Pflegebedürftige/ die Versorgung

Videokommunikation ermöglichte eine direkte Beurteilung des Gesundheitszustands, z. B. durch Ärztinnen und Ärzte und das oft schneller, als ein Vor-Ort-Besuch realisierbar gewesen wäre. Verordnungen und Rezepte konnten unmittelbar während der Visite ausgestellt werden. Zudem trug Videokommunikation dazu bei, Versorgungslücken zu schließen, indem Fachärztinnen und -ärzte eingebunden wurden, die üblicherweise keine Vor-Ort-Besuche in Pflegeeinrichtungen durchführen. Auch Visiten, die aus Ressourcengründen sonst nicht möglich gewesen wären, konnten so umgesetzt werden.

„Ein Videogespräch wird gewählt, wenn vor Ort eine Hautveränderung festgestellt wird. [...] Die Bilder sind von der Qualität her so aussagekräftig, dass ich nicht physisch zur Bewohnerin oder Bewohner hingehen muss.“ (Telekooperation_d)

„Mithilfe von Telepflege konnte oft besser eingeschätzt werden, ob der lange Weg notwendig ist. Beispielsweise wurde bei einem Palliativpatienten mit Luftnot der Einsatz als palliativer Einsatz eingestuft, das Palliativ-Team ist 2,5 Stunden zu dem Patienten gefahren. Tatsächlich war es aber nur ein Asthmaanfall, der durch Inhalation bzw. einen Besuch beim Kinderarzt behoben werden konnte.“ (DigiSAPV-KJ_e)

7.4 Technische Realisierung

7.4.1 Technische Infrastruktur und Integration

In allen Projekten konnten die geplanten Vorhaben zunächst grundsätzlich technisch realisiert werden, was die Einrichtung von Hardware, die Installation und Konfiguration der Software, die Netzwerkintegration sowie die Anbindung an bestehende Systeme umfasste. Die Herstellung einer dauerhaften technischen Betriebsbereitschaft war jedoch in mehreren Projekten anspruchsvoll, zeitintensiv und die Erprobung in allen Projekten von technischen Hürden geprägt.

Im Rahmen der Erprobung traten insbesondere folgende technische Herausforderungen auf:

- **Internetverbindung**: Ein häufiges Problem war die instabile Internetverbindung – auch innerhalb des eigenen (W)LAN –, die zu Schwierigkeiten beim Verbindungsaufbau, Verbindungsabbrüchen und verzögerten Gesprächen führte. Dies wurde umfänglich von Gesprächspartnerinnen und -partnern aus fast allen Projekten berichtet. So wurde beispielsweise die Gesprächsqualität durch eine geringe Bandbreite beeinträchtigt (z. B. schlechte Bildqualität, eingefrorenes Bild).
- **Hardware**: Zum Teil wurde ungeeignete Hardware bemängelt. So gab es beispielsweise im Videoaustausch mit Pflegebedürftigen Schwierigkeiten mit der Bedienbarkeit oder

Nebengeräuschen bei der Tonübertragung. Auch die Einbindung der Peripherie, wie beispielsweise Kamera und Mikrofon, aber auch der weiteren Ferndiagnoseinstrumente, führte immer wieder zu Problemen während der Erprobung. In mehreren Projekten waren zudem die verfügbare Kamera bzw. die Beleuchtungsmöglichkeiten nicht ausreichend, um eine Wundbeurteilung per Videokommunikation durchzuführen, so dass in einem Projekt sogar neue Geräte angeschafft werden mussten.

- **Integration**: Mehrere Projekte stellten Ineffizienzen durch fehlende bzw. nicht ausreichende Integration der Videokommunikation mit bestehenden Systemen fest, darunter auch solche Projekte, die sich anfänglich gegen eine Integration entschieden hatten. Für mehrere Projekte hemmte die fehlende Integration der Videosoftware in die bestehende Pflegesoftware bzw. ärztliche Dokumentationssoftware die Projektdurchführung, so konnten beispielsweise Informationen nicht in die Pflegedokumentationssoftware übernommen werden. Aber auch fehlende Schnittstellen zur Synchronisierung von Kalendern führten bedingt durch eine doppelte Systemführung zu Ineffizienzen.

7.4.2 Zugang und Terminierung

In den Projekten wurden die in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Zugangsmöglichkeiten umgesetzt. Auffällig ist, dass in Projekten mit Pflegebedürftigen und Angehörigen meist ein *Zugangslink per E-Mail oder SMS* versendet wurde. Bei Projekten, in denen hauptsächlich berufliche Akteure miteinander kommunizierten, kamen eher separate, lokal installierte *Apps/Programme* oder in Pflegedokumentationssysteme integrierte Lösungen zum Einsatz.

Tabelle 13: Art des Zugangs und damit verbundene Vor- und Nachteile

Legende: ● Videokommunikation mit Pflegebedürftigen/Angehörigen (Gruppe 1) ● Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren (Gruppe 2) ● Videokommunikation in Gruppe 1 sowie Gruppe 2

Art des Zugangs	Projekte (Videokommunikationssoftware)	Vor-/Nachteile
Zugangslink, verschickt per E-Mail oder SMS	● TeleKID (Connect) ● Videobasierte Beratung (Doctolib) ● TESAM (FutureApp) ● DB 2.0 (Sprechstunde.Online) ● TvK-Stat (Sprechstunde.Online) ● GKV-ViTA XI (Jameda) ● Virtuelle Fürsorge (Sprechstunde.Online)	+ einfache Teilnahme + geräteunabhängig + geringer Koordinationsaufwand + häufig Kalenderintegration mit Erinnerung – E-Mail-Adresse erforderlich – Datenschutzbedenken – Zugang zu E-Mail-Account notwendig
Zugang über lokal installierte Software/ App	● ErnTeBayLa-S (AMP.Chat) ● DigiSAPV-KJ (TeleDoc Starter) ● Telekooperation (TeleDoc Starter) ● CareConnect (TeleDoc Starter)	+ einfache Teilnahme + oft Kalenderintegration + bessere Performance – ggf. Beschränkung auf Betriebssysteme – Installation notwendig – Updates der Software/App notwendig

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos/ HeuRika 2025

Bei den Projekten zur Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen stand die Einfachheit des Zugangs im Vordergrund. Durch den *Zugang via Link* ist der Koordinationsaufwand für den Organisierenden als eher gering zu bewerten und die Teilnahme kann grundsätzlich geräteunabhängig erfolgen. Dazu ist jedoch erforderlich, dass der einladenden Stelle mindestens eine E-Mail-Adresse oder Telefonnummer der Teilnehmenden zum Versenden von E-Mail/SMS vorliegt. Allerdings funktionierte dieser Kommunikationsweg nicht bei allen Projekten erfolgreich. So wurde festgestellt, dass nicht alle Pflegebedürftigen über eine E-Mail-Adresse verfügten, oder das Auffinden des Links z. B. im E-Mail-Programm bzw. dessen Lesbarkeit zu Problemen führen kann.

Der Zugang über *lokal installierte Software* wurde vor allem für den Videoaustausch zwischen beruflichen Akteuren eingesetzt. Gleichwohl gingen damit entsprechende Koordinierungsaufwendungen einher, da die Teilnehmer zur gleichen Zeit im System angemeldet sein mussten. In DigiSAPV-KJ war zwar eine direkte Videokommunikation ohne vorher erstellten Termin möglich (Initiierung durch Auswahl des Gesprächspartners), gleichwohl mussten beide parallel in PalliDoc angemeldet sein, was zu Abstimmungsaufwand führte. Bei ErnteBayLA-S erfolgte die Kommunikation über eine App. Dazu wurde im Vorfeld ein Brief mit QR-Code zum Download der App versandt, was in Fachgesprächen als niedrigschwellig beschrieben wurde.

INFO

Softwareanbieter passen Software auf pflegespezifische Bedarfe an

Um den Zugang zur Videokommunikation zu erleichtern, sprachen sich mehrere Projekte für eine browserbasierte Lösung über eine Internetplattform aus. So sollte nach Möglichkeit der Aufwand durch das Versenden und Empfangen von E-Mails reduziert und die Nutzung, insbesondere für Pflegebedürftige, einfacher gestaltet werden.

Parallel zum Modellprogramm wurden, nach Informationen aus den Fachgesprächen mit Softwareanbietern, bereits von mehreren Softwareanbietern alternative Zugänge zur Videotelefonie über eine Internetplattform mittels Transaktionsnummer (TAN) entwickelt und/oder angeboten (u. a. FutureApp, Sprechstunde.Online). Die Idee dahinter: Gesprächsteilnehmende erhalten eine TAN, mit der sie sich auf einer Plattform einloggen und so an einem Videogespräch teilnehmen können. Diese TAN kann per E-Mail/ SMS aber auch persönlich, z. B. im Rahmen eines Hausbesuches oder eines Telefonats, übermittelt werden.

Ein TAN-Login für den Zugang zu Videogesprächen bietet unterschiedliche Vorteile, da sie eine höhere Sicherheit (u. a. geringeres Phishing-Risiko, Authentifizierung per TAN) gewährleistet und vor allem, wie im Rahmen der Erprobung gewünscht, die Abhängigkeit von E-Mail-Adressen oder Mobilfunknummern für den Versand von Zugangslinks reduziert. Dies kann gerade für Pflegebedürftige/ Seniorinnen und Senioren von Nutzen sein, die keine E-Mail nutzen. Grundlegende technische Kenntnisse zur Bedienung des Browsers bleiben trotz allem unerlässlich.

Terminierung

Die Termine für ein Videogespräch wurden in den Projekten persönlich, telefonisch oder schriftlich abgestimmt. Eine Terminkoordination über Kalendersysteme erfolgte kaum, da selten eine entsprechende Integration zwischen Videotelefoniesoftware, Kalender und Pflegedokumentationssoftware bestand.

Je nach Projektfokus wurde der Aufwand telefonischer oder persönlicher Terminkoordination unterschiedlich bewertet: In Care Connect wurden typischerweise Regeltermine für ärztliche Visiten vereinbart und bei TeleKID tendenziell mehr Individualtermine im Rahmen der Bedarfsorientierten Beratung. Zumeist wurden, wie vorab beschrieben, im Anschluss E-Mails mit einem Zugangslink versendet, die teilweise einen entsprechenden Kalendereintrag (z. B. iCal-Datei) enthielten, der in andere Kalender übernommen werden konnte. Gleichwohl diese Funktion bei den Anbietern bestand, wurde sie nicht immer genutzt. Bei TvK-Stat wurden die Terminanfragen und –vereinbarungen über die Nachrichtenfunktion des Pflegedokumentationssoftware realisiert.

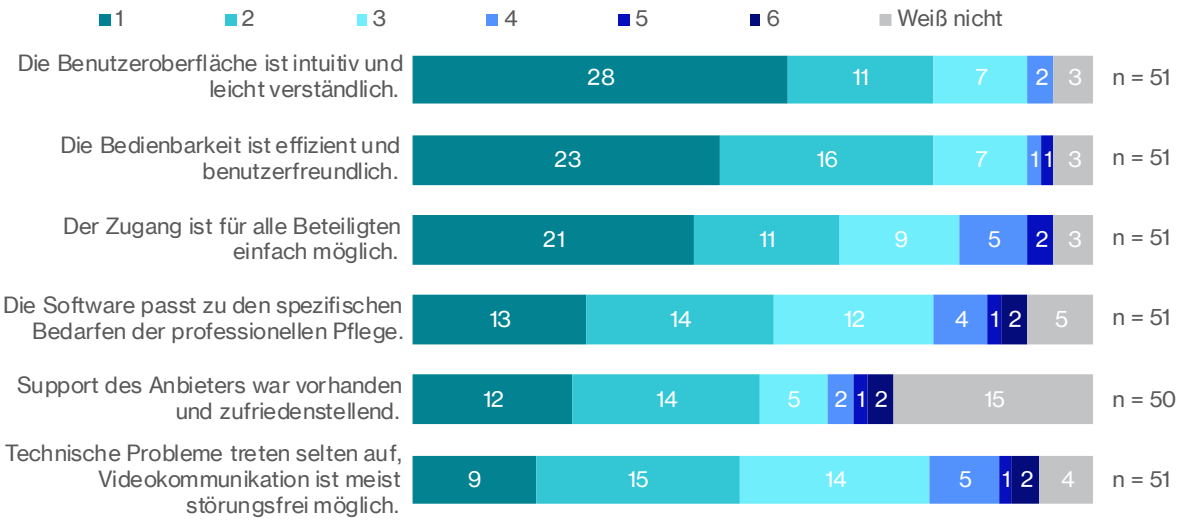
Mehrere Projekte kritisierten die unflexible Terminplanung: Im Projekt Virtuelle Fürsorge bedurfte es beispielsweise eines Termins, um Videogespräche durchführen; spontane Anrufe waren nicht möglich, sodass klassisch telefoniert wurde. In den Projekten wurde üblicherweise allerdings keine Kalenderintegrationen der Videodienstanbieter umgesetzt, u. a. da die Beteiligten zu viele unterschiedliche Kalendersysteme benutzen und die damit verbundenen Kompatibilitätsanforderungen komplex waren. Jameda bietet nur einen (‚Minimal‘)-Kalender als interne Lösung an und auch bei Doctolib ist keine Verlinkung zu einer externen Pflegesoftware oder externen Mail- und Terminkalendersystemen möglich.

7.4.3 Passgenauigkeit und Nutzerfreundlichkeit

Die Auswertung des Feedbacks aus verschiedenen Projekten zur Implementierung von Videotelefonie in der Pflege zeigt ein heterogenes Bild bezüglich der Passgenauigkeit und Nutzerfreundlichkeit der eingesetzten Lösungen. Die Heterogenität der Wahrnehmung liegt zumeist in den spezifischen Anforderungen der jeweiligen Projekte (z. B. Akteure und Intention der Videotelefonie) begründet. Die Nutzerfreundlichkeit der zertifizierten Videosoftware wurde mehrheitlich als intuitiv, leicht verständlich und zugänglich wahrgenommen (Abbildung 14). Die Akzeptanz stieg nach Aussage der Fachgesprächspartnerinnen und -partner zudem, je öfter die Systeme genutzt wurden. Auseinander gehen die Aussagen, wenn es um die Zugänglichkeit oder pflegespezifische Anforderungen geht, was auf die Spezifität und damit die jeweiligen Anforderungen der einzelnen Projekte sowie die entsprechende Zielgruppe zurückzuführen ist. So wurde beispielsweise im Projekt Videobasierte Beratung die Software des Videodienstes als wenig benutzerfreundlich und unübersichtlich empfunden, während sich DB 2.0 eine Vergrößerung der Schrift für bessere Lesbarkeit für Seniorinnen und Senioren wünschte. So traten Schwierigkeiten beim Einwählen in das Videogespräch auf, die teilweise auf technische Überforderung der Teilnehmenden zurückzuführen sind und schrittweise Anleitungen per Telefon erforderten.

Abbildung 14: Bewertung der Videodienste aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer

Bewertung von 1 („trifft voll zu“) bis 6 („trifft gar nicht zu“), absolute Angaben, n = 51



Quelle Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos / HeuRika, 2025

INFO

Anpassung der Softwareprodukte an Besonderheiten der Pflege

Einige Softwareanbieter berichteten in den Fachgesprächen, dass sie Rückmeldungen aus den Projekten aufgegriffen, daraus konkrete Anforderungen für die Weiterentwicklung ihrer Produkte abgeleitet und eine Roadmap zur Anpassung der Software entwickelt haben. Im Folgenden werden einzelne Beispiele aufgeführt:

- Docs in Clouds: Möglichkeit der Einbindung einer größeren Personengruppe, Integration einer Wundkamera, Ermöglichung der Tablet-Nutzung, Verbesserung des asynchronen Austauschs mit Benachrichtigungsfunktion.
- Jameda: altersgerechte Anpassung der Nutzeroberfläche (z. B. größere Buttons, Checkboxen im Login-Bereich), ein Terminbuchungstool mit Benachrichtigungsfunktion und Anpassung der Begrifflichkeiten.
- Sprechstunde.Online: Optimierung modularer Buchungsprozesse, abhängig ob Haus- oder Videoberatung stattfinden soll, Verschlankung Prozess zur Videotelefonie (z. B. Reduzierung von Zusatzfunktionen, wie Routenplanung), Generation automatisierter Nachweise.
- FutureApp: Weiterentwicklung und Anpassung der Software an die spezifischen Bedürfnisse von Pflegebedürftigen bzw. von Angehörigen, Vereinfachung des Zugangs zur Videotelefonie oder der Terminkoordination.

7.5 Organisation und Prozesse

7.5.1 Auswirkungen auf Organisation und Prozesse

Die organisatorischen und prozessualen Auswirkungen sind im Kontext des Modellprogramms mit einer auf 15 Monate begrenzten Förderung zu betrachten. Die beobachteten Effekte beziehen sich daher überwiegend auf die Anfangsphase der Nutzung zertifizierter Videodienste, der eine zum Teil längere Vorbereitungsphase vorausging, und sind eher als Erwartungen für die zukünftige Entwicklung und Potenziale von Videokommunikation zu verstehen.

Die Anfangsphase der Projekte war durch einen erhöhten organisatorischen und zeitlichen Aufwand gekennzeichnet. Rückmeldungen verdeutlichen eine große Spannbreite an Erfahrungen, von anfänglicher Motivation und Aufregung bis hin zu Stress und Überlastung. Mit wachsender Erfahrung stabilisierte sich die Situation jedoch, wobei gerade zum Projektende auch eine Abnahme der Projekttätigkeiten und Videokommunikation ersichtlich wurde.

> „Bei den ersten Gesprächen war ich sehr aufgeregt, da es etwas ganz Neues war.“ (Virtuelle Fürsorge_c)

> „Ich war kurz davor aufzugeben, da der Projektstart so stressig war.“ (DB 2.0_c)

Gestützt durch die Eindrücke aus den Fach- und Plausibilisierungsgesprächen lässt sich festhalten, dass sich die meisten Projekte zum Zeitpunkt des Abschlusses des Modellprogramms noch in der Findungsphase für einen routinierten Einsatz von Videokommunikation befanden. Zwei Drittel der Nutzerinnen und Nutzer (68 %, n = 51) berichten in der Abschlussbefragung von ersten Erfolgen durch den Einsatz von Videokommunikation.

Die angespannte Personalsituation erschwerte die Erprobung in vielen Projekten. Von Beteiligten wurde zurückgemeldet, dass es aufgrund der Arbeitsdichte schwer sei, „sich auch noch auf dieses neue Thema einzulassen“.

Heterogene Rahmenbedingungen

Die Größe der beteiligten Einrichtungen wirkte sich auf die Vorbereitung und Durchführung der Erprobung aus. Kleinere Einrichtungen profitierten typischerweise von kurzen Abstimmungswegen und einer übersichtlichen Teamgröße, so die Rückmeldung in Fach- und Plausibilisierungsgesprächen. Gleichzeitig führte die geringe Teamgröße zum Teil zu einer höheren Arbeitsbelastung.

> „Die Herangehensweisen der Teams unterscheiden sich komplett. Manche waren sehr engagiert, während andere gesagt haben: „Das machen wir nicht.“ Dies hängt auch davon ab, aus welchem Haus die Mitarbeitenden gekommen sind. Zudem gebe es Unterschiede im Alter sowie in der Sicherheit im Umgang mit der Technik. Außerdem variieren die Einstellungen je nach Berufsgruppe.“ (DigiSAPV-KJ_e)

Nach rund 15 Monaten Projektlaufzeit zeigte sich, dass die organisatorische und prozessuale Einbindung sehr heterogen ausfiel. Besonders in Projekten, in denen Videokommunikation für den Austausch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen eingesetzt wurde, traten schneller Veränderungen auf. Es entstanden videogestützte Beratungs- und Betreuungsangebote, oder Angehörige wurden über Chat-Funktionen in die Versorgung eingebunden, was entsprechend mit Veränderungen in Prozessen einherging. Während die videogestützte Umsetzung von Beratungsgesprächen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI eine Alternative für einen Vor-Ort-Beratungsbesuch ist, stellen die anderen Beispiele Ergänzungen des bisherigen Angebots dar. Letzteres ging stärker mit personellen Engpässen einher, weil etwas dazu kam und nicht ersetzt wurde.

Projekte, die Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren erprobten, benötigten deutlich mehr Zeit für die Vorbereitung, einerseits wurde häufiger eine Integration von Software bzw. Schnittstellen umgesetzt, zudem musste Rhythmus und Terminfindung für die Videokommunikation den externen Partnern abgestimmt werden.

Home-Office und neue Strukturen

Flexible Arbeitsbedingungen spielten vor allem in Projekten eine Rolle, in denen Beratung und Betreuung im Vordergrund standen, und damit insbesondere innerhalb ambulanter Strukturen. Home-Office wurde im Rahmen des Modellprogramms bereits vereinzelt umgesetzt, da die Aufgaben weniger an einen festen Ort gebunden waren. Wurde der Videoaustausch für die berufliche Kommunikation genutzt, war es häufig nötig, vor Ort präsent zu sein, z. B. für die Koordination, Vorbereitung und Durchführung von ärztlichen Visiten.

7.5.2 Rollen und Aufgaben

Neben der Gesamtprojektleitung übernahmen in neun Projekten ausgewählte Personen die Koordination in den Pflegeeinrichtungen. Das Ergebnis der Abschlussbefragung, wonach die verantwortlichen Mitarbeitenden stets bekannt und ansprechbar waren (siehe Kapitel 6.3.1), ergänzt die Erkenntnisse aus den Fach- und Plausibilisierungsgesprächen: Dabei wurde die Schlüsselrolle deutlich, die diese Mitarbeitenden in den Pflegeeinrichtungen bei der Projektdurchführung einnahmen. Gleichzeitig wurde für andere Projekte deutlich, dass das Fehlen dieser Rolle bzw. Person ein Manko darstellte.

Die Abschlussbefragung zeigte, dass diese Rolle besonders häufig die aktive Beteiligung an der Erprobung und Durchführung von Videokommunikation umfasste. Zudem fungierten sie als Ansprechpersonen bei technischen Problemen. Etwa die Hälfte führte selbst Schulungen durch. Dabei gingen sie gemäß der Rückmeldung von Fachgesprächspartnerinnen und -partnern aktiv auf Vorbehalte und Unsicherheiten ein, motivierten zur Erprobung der neuen Technologie, insbesondere während technischer Herausforderungen, identifizierten geeignete Einsatzmöglichkeiten für die Videokommunikation und nahmen Feedback entgegen. Diese Aktivitäten erfolgten häufig in enger Zusammenarbeit mit der Projektleitung, wobei in einigen Projekten beide Rollen von derselben Person übernommen wurden.

> „Anfang war ich skeptisch aber nun nach einiger Zeit habe ich mich an den [Rollständer] gewöhnt. Die Wohnbereichsleitung und die Pflegedienstleitung spielten dabei eine entscheidende Rolle, indem sie uns kontinuierlich motivierten und daran erinnerten, die Geräte in unsere tägliche Routine zu integrieren.“ (Telekooperation_c).

Befähigung von Mitarbeitenden

Frustration entstand insbesondere dort, wo die Verantwortung auf wenige Personen konzentriert war. Die Übertragung von Motivation und Befähigung auf Mitarbeitende, die nicht von Anfang an in das Projekt und dessen Konzeption involviert waren, gelang nicht immer so gut wie erhofft. Dies wird unter anderem damit begründet, dass die Projektidee und -konzeption nicht ausreichend vermittelt wurden, dass sie stark von Einzelpersonen geprägt waren und dass Kontaktängste, beispielsweise gegenüber den eingebundenen Ärztinnen und Ärzten, vorhanden waren. In der Konzeptionsphase wurde bereits ein gewisses Vertrauen sowie eine Grundlage für die Zusammenarbeit geschaffen, die für „Quereinsteiger“ nicht in gleichem Maße gegeben war.

Daher ist eine besondere Unterstützung für diese Gruppe erforderlich. Sie sollte von Anfang an mitgedacht werden, um sicherzustellen, dass alle Beteiligten „ins Boot geholt“ werden. Um die erforderlichen Kompetenzen gezielt zu vermitteln, sollten Multiplikatoren zusätzlich geschult werden, um neue und weitere Mitarbeitende einzubinden.

> „Bei Start des Telepflege-Projekts war ich sehr motiviert. Daran an schloss sich eine kurze Talfahrt, da mich die Planung und Umsetzung des Projekts in meinem Arbeitsalltag gestresst hat. [...] Daneben war ich frustriert, da ich als eine der wenigen Ansprechpersonen im Projekt galt. Die Situation hat sich stark gebessert, jetzt läuft das Projekt.“ (CareConnect_d)

Kompetenzen und Schulungen

Die Einführung von Videokommunikation in den unterschiedlichen Projekten hat jedoch projektübergreifend deutlich gemacht, dass Schulungen zentral für eine erfolgreiche Implementierung sind. Dabei sollte nicht nur die technische Handhabung vermittelt werden, sondern auch der konkrete Mehrwert der digitalen Lösungen klar aufgezeigt werden. Pflegefachpersonen müssen die eingesetzte Software sicher verstehen und bedienen können, um technische Probleme zu lösen und Pflegebedürftige bei der Nutzung zu unterstützen.

Die Schulungsintensität hängt stark von der Häufigkeit der Nutzung ab: Besonders bei seltenen Anwendungsszenarien mussten grundlegende Schritte, wie die Einwahl in Videogespräche, mehrfach erklärt werden. In Projekten, die Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren erprobten, wurde außerdem betont, dass der Einsatz von Ferndiagnoseinstrumenten ausreichend geübt werden muss, um eine sichere und effiziente Anwendung zu gewährleisten.

> „Für die Umsetzung muss unbedingt ausgebildetes Personal im Pflegeheim vorhanden sein. Eine Pflegekraft, die noch nie von Telepflege gehört hat, kann nicht bei entsprechenden Konsultationen unterstützen. Altenpflegekräfte verfügen in der Regel nicht über dieses

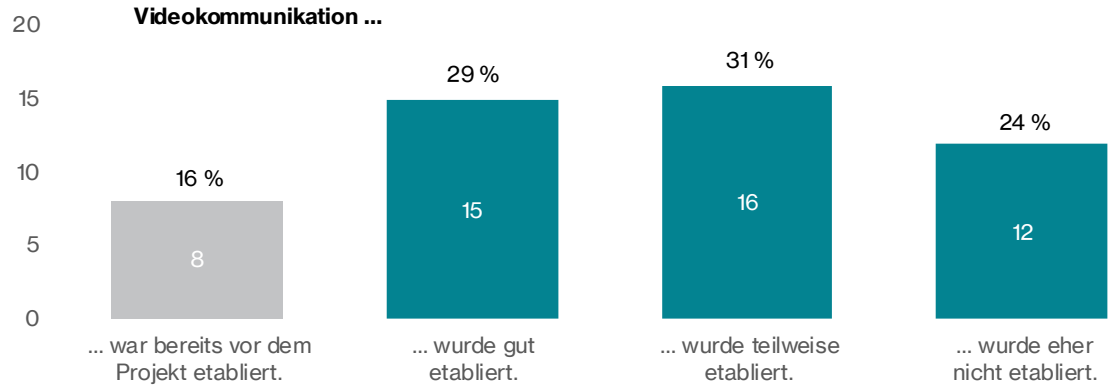
klinische Wissen, welches jedoch gezielt durch Teaching vermittelt werden kann.“ (CareConnect_b)

7.6 Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit

7.6.1 Projektergebnisse und Nachhaltigkeit

Rund 60 Prozent der Befragten gaben in der Abschlussbefragung an (n = 51), dass Videokommunikation durch das Projekt in der eigenen Einrichtung etabliert werden konnte. Dabei stimmten jeweils rund 30 Prozent für „gut etabliert“ bzw. für „teilweise etabliert“. Rund ein Viertel bewerteten die Etablierung als nicht gelungen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Bewertung der Etablierung von Videokommunikation im Modellprogramm
Absolute und prozentuale Angaben, n = 51



Quelle Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos 2025

Akzeptanz der Nutzerinnen und Nutzer

Im Zwischenfazit der befragten professionell Pflegenden zeigt sich eine positive Veränderung in der Bewertung der Projektidee bzw. dem Einsatz von Videokommunikation in der pflegerischen Versorgung allgemein: Rund die Hälfte der professionell Pflegenden, die an den Fachbesprächen teilgenommen haben, äußerte sich im Vergleich zur Ersteinschätzung positiver (n = 13 von 24). In mehreren Rückmeldungen wird diese positive Einschätzung durch Hinweise ergänzt, dass technische Aspekte noch verbesserungsbedürftig seien oder dass die Telepflege den persönlichen Austausch vor Ort nicht vollständig ersetzen könne. Darüber hinaus wurde zudem von mehreren Fachgesprächspartnerinnen und -partnern darauf hingewiesen, dass sie selbst bzw. Kolleginnen und Kollegen Digitalisierungsbemühungen zwar grundsätzlich begrüßt hätten, sich dann aber gezeigt hätte, dass die Nutzung von Videokommunikation in dem bereits stark belasteten Arbeitsalltag (zunächst) zu einer weiteren Erhöhung der Arbeitsbelastung führte und somit zum Teil die Nutzung unterlassen wurde.

In den Fachgesprächen wurde weiter berichtet, dass Pflegebedürftige, die sich offen für den Einsatz von Videokommunikation im Rahmen von Projekten mit Beratungs- oder

Betreuungsangeboten gezeigt hatten, ihre Erfahrungen mehrheitlich positiv bewerteten. Positives Feedback kam auch von Personen, die anfänglich skeptisch waren, sich aber dennoch einmal an einem Videoaustausch versucht hatten. Viele berichteten beispielsweise, dass die Videoberatung einfacher funktionierte als erwartet oder dass die zur Verfügung gestellte Anleitung für den Zutritt gut verständlich war.

> Ein wesentlicher Teil der Pflegebedürftigen, die zunächst ablehnend waren, jedoch an Videokommunikation teilgenommen haben, haben sich dann daran gewöhnt und ihre Meinung geändert (CareConnect_f).

Fortführung des Anwendungsfeldes

In den Abschlussgesprächen mit den Projektverantwortlichen wurde berichtet, dass neun Projekte beabsichtigen, ihre Aktivitäten im erprobten Anwendungsfeld (in Teilen) fortzusetzen. Zwei Projekte (TESAM, TvK-Stat) haben sich gegen eine Fortführung entschieden.

Tabelle 14: Fortführung von Videokommunikation im erprobten Anwendungsfeld

Anwendungsfeld	ja/zum Teil	unklar/nein
Beratung	TeleKID Videobasierte Beratung GKV-ViTA XI Virtuelle Fürsorge	TESAM
Betreuung	DB 2.0	
Informationsaustausch mit Angehörigen	ErnTeBayLa-S	TESAM
Anleitung und Unterstützung	Virtuelle Fürsorge Telekooperation	TvK-Stat
Fallbesprechungen/ Konsultationen	DigiSAPV-KJ CareConnect	
Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten	CareConnect	TvK-Stat

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos/ HeuRika 2025

Die Projektverantwortlichen der Initiativen, die die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI erprobt haben (GKV-ViTA XI, Videogestützte Beratung, Virtuelle Fürsorge), haben zum Abschluss des Projekts angegeben, dass der Einsatz von Videokommunikation fortgeführt werden soll. Die Refinanzierungsmöglichkeiten zeigen ein klares Potenzial für den Einsatz der zertifizierten Videosoftware in diesem Kontext. Mit Ausnahme von TESAM planen auch die anderen Projekte, die Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen umgesetzt haben, ihre Projektideen perspektivisch weiterzuführen, obwohl auch hier teilweise noch Fragen zur Refinanzierung offen sind.

Die Fortführung hing dabei maßgeblich von wirtschaftlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen ab. Ein zentraler Hemmfaktor war das mangelnde Interesse externer

Partner. Hinzu kommen finanzielle Herausforderungen: Hohe Lizenzkosten und fehlende Refinanzierungsmöglichkeiten stellen eine erhebliche Belastung dar. Darüber hinaus wurden Folgekosten in der Planungsphase häufig nicht ausreichend berücksichtigt, was die langfristige Tragfähigkeit der Projekte beeinträchtigt.

INFO

Flexibilisierung der Regelungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI?

In der Fokusgruppe zur videogestützten Beratung und in mehreren Abschlussgesprächen wurde angeregt, die bestehende Regelung zum Wechsel zwischen Vor-Ort- und Online-Beratungen individueller und flexibler zu gestalten. Aus Sicht der Beteiligten sollte die pflegerische Fachlichkeit als Entscheidungsgrundlage dienen und Einzelfallentscheidungen ermöglicht werden.

Es bestand Einigkeit darüber, dass das erste Gespräch in der Häuslichkeit stattfinden soll, um ein umfassendes Verständnis der Gesamtsituation zu gewinnen. Für die Folgegespräche gibt es aus Sicht der Befragten jedoch Fälle, in denen eine wachsende Vor-Ort-Beratung nicht möglich oder nicht erforderlich ist. Zum Beispiel, wenn Angebote im ländlichen Raum nicht verfügbar sind oder mit langen Wegzeiten für die Anbieter verbunden sind. Auch für (jüngere) berufstätige Pflegebedürftige könnten Online-Beratungen häufiger durchgeführt werden. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass es wiederum Situationen gibt, in denen grundsätzlich keine Online-Beratungen stattfinden sollten, etwa bei Hinweisen auf unzureichende Versorgung oder in Fällen häuslicher Gewalt.

Es wurde weiter angemerkt, dass, wenn ein Pflegedienst ohnehin mit anderen Leistungen in die Häuslichkeit kommt und die pflegerische Versorgung und Beratung vom gleichen Anbieter erfolgen, Online-Beratungen häufiger hintereinander stattfinden könnten. Nach dem ersten Beratungsgespräch in der Häuslichkeit könnten mehrere Beratungen online durchgeführt werden, da beruflich Pflegende durch ihre regelmäßigen Besuche weiterhin einen guten Überblick über die Situation vor Ort haben. Diese Möglichkeit wäre sinnvoll, wenn das Infektionsrisiko gesundheitsbedingt minimiert werden muss, und möglichst keine weiteren Personen neben den Mitarbeitenden des Pflegedienstes in die Häuslichkeit kommen sollte.

7.6.2 Technische Weiterentwicklung und Übertragbarkeit

In den Fachgesprächen und Berichten der Projekte wurden Herausforderungen im Umgang mit der Videotelefonie-Software sowie Wünsche für eine Weiterentwicklung formuliert, die nachfolgend als Anforderungen zusammengefasst und gruppiert sind.

Terminplanung und -erinnerung:

- **Automatisierte Kalenderintegration:** Die manuelle Übertragung von Terminen in verschiedene Kalender (Videotelefonie-Software, Outlook, Pflegedokumentationssoftware etc.) wird als ineffizient und fehleranfällig wahrgenommen.

Eine automatisierte Schnittstelle zu gängigen Kalendersystemen (z. B. Outlook) oder ein Austausch mittels Standardformaten (z. B. iCal) wird gefordert, um den Aufwand zu reduzieren und die Übersichtlichkeit zu verbessern (z. B. Virtuelle Fürsorge, Videobasierte Beratung).

- **Vereinfachte Terminbuchung:** Es besteht der Wunsch nach einer nutzerfreundlicheren Terminbuchung, die es beispielsweise ermöglicht, dass Eltern (z. B. TeleKID) oder Pflegebedürftige (allgemein) selbstständig Termine auswählen können.
- **Spontane Gesprächsinitiierung:** Es fehlt die Möglichkeit, spontane Videogespräche zu initiieren, ohne vorher einen Termin erstellen zu müssen. In diesem Zusammenhang wären entsprechende Benachrichtigungen bei Rufeingang (z. B. akustisch) in der jeweiligen Software wünschenswert (z. B. DIPAK).

Benutzerfreundlichkeit und Zugänglichkeit:

- **Vereinfachter Zugang:** Die Notwendigkeit, für eine selbst initiierte Videosprechstunde ein Benutzerkonto mit umfangreichen persönlichen Daten anzulegen (Name, E-Mail, Mobilfunknummer, Passwort, AGB-Zustimmung), wird als Hürde wahrgenommen. Daher wird eine benutzerfreundlichere Lösung ohne unnötige Registrierungsschritte gefordert.
- **Zugang über webbasierte Plattform:** Da Schwierigkeiten beim Erhalt von Zugangslinks (E-Mail/SMS) bestehen, weil nicht alle Beteiligten über die erforderlichen digitalen Kontaktmöglichkeiten verfügen, wird ein direkter Zugang über eine zentral erreichbare Internetplattform gewünscht, der die Teilnahme unabhängig vom Empfang eines individuellen Links ermöglicht. (z. B. DB 2.0).

Integration mit anderen Systemen:

- **Schnittstelle zu Pflegedokumentationssoftware:** Eine Schnittstelle zur automatischen Übertragung von Patientendaten in das Dokumentationssystem wird als wichtiges Weiterentwicklungspotenzial gesehen, um den derzeitigen Doppelaufwand bei der Dokumentation erheblich zu reduzieren (z. B. Virtuelle Fürsorge, DIPAK, ErnTeBayLA-S, Videobasierte Beratung).
- **Schnittstelle zur Abrechnung:** Die derzeit manuelle Abrechnung von Online-Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI ist aufwendig und fehleranfällig. Daher wäre eine Schnittstelle zur automatisierten Abrechnung durch Verwendung eines digitalen Datensatzes vorteilhaft (GKV-ViTA XI).

Funktionserweiterung und Anpassung:

- **Anpassung an spezifische Pflegeanforderungen:** Software, die ursprünglich für medizinische Zwecke konzipiert wurde, erfüllt die spezifischen Nutzungsanforderungen und Terminologien pflegerischer Anwendungen unzureichend und ist daher nur bedingt geeignet. Eine angepasste Software, die speziell auf die Anforderungen und Begrifflichkeiten der Pflege zugeschnitten ist, würde die Praktikabilität und Akzeptanz bei Pflegekräften und Pflegebedürftigen erheblich verbessern (z. B. Begriffe und Funktionen; bereits in Telekooperation mit Docs in Clouds begonnen).

- **Einbindung weiterer Akteure:** Es wird angestrebt, Ärztinnen und Ärzte (insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte) sowie Apotheken unkompliziert in die Gesprächssituation einzubinden (z. B. Telekooperation).

Datenzugriff und -anzeige:

- **Automatischer Zugriff auf Patientenakte:** Die automatische Freischaltung der Patientenakte während des Videotermins wird als wünschenswert angesehen (z. B. DigiSAPV-KJ).

Zertifizierung nach § 365 Absatz 1 SGB V

Im Rahmen der Evaluation wurde von Projektteilnehmenden mehrfach angesprochen, dass die Zertifizierungsanforderungen für die eingesetzte Videotelefoniesoftware nicht ausreichend auf die spezifischen Bedürfnisse der Pflegebranche abgestimmt seien und damit praktische sowie finanzielle Herausforderungen einhergingen. Die im Rahmen von Fachgesprächen befragten Anbieter der zertifizierten Videotelefoniesoftware hoben grundsätzlich den Aufwand hervor, der mit der Umsetzung der Zertifizierungsauflagen für technische Verfahren zur Videosprechstunde nach § 365 Absatz 1 SGB V im Allgemeinen einhergeht, aber auch im Besonderen den Aufwand der zusätzlich für die Umsetzung der Anwendungsfelder im Rahmen des Modellprogramms anfiel. Ein zentraler Punkt war die fehlende Passgenauigkeit der Anforderungen. Die Auflagen wurden für die im Rahmen des Modellprogramms erprobten Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe als zum Teil überdimensioniert und unpassend wahrgenommen. So zähle in Akutsituationen (z. B. bei schweren Erkrankungen) vorrangig der schnelle Zugang zur Versorgung und nicht immer die Erfüllung regulatorischer Anforderungen (eingeschränkte Möglichkeit von Gruppengesprächen, Notwendigkeit einer Terminierung etc.).

Neben der Kritik an den hohen Kosten wird auch die fehlende Transparenz bei der individuellen Zertifizierungsprüfung durch bestellte Prüfer moniert. Größere Anbieter sehen zwar grundsätzlich die Notwendigkeit von Zertifizierungen, insbesondere im Bereich Datenschutz und Sicherheit, betrachten den Zertifizierungsprozess aber als sehr aufwendig und komplex. Insbesondere die separate Zertifizierung jeder neuen Systemintegration, der Umfang der Anforderungen (ca. 500 Seiten) und häufige Änderungen werden als große Herausforderungen wahrgenommen. Dies führt so weit, dass Anbieter die Rezertifizierung abbrechen mussten oder interne Experten beschäftigen müssen, die sich ausschließlich mit diesem Prozess befassen.

7.7 Zwischenfazit Erprobung – Hemmende und förderliche Faktoren

Die Projekterfahrungen verdeutlichen, dass die individuellen Rahmenbedingungen während der Erprobung eine entscheidende Rolle spielten. Besonders die angespannte Personalsituation machte sich in einigen Einrichtungen deutlich bemerkbar. Darüber hinaus war die Nachfrage nach Angeboten und Leistungen, die mittels Videokommunikation umgesetzt wurden, sehr unterschiedlich ausgeprägt – nicht alle Ideen fanden die erwartete Akzeptanz. Die Gründe hierfür waren vielfältig: Teilweise erwiesen sich einzelne Konzepte als weniger tragfähig, teilweise zeigte sich, dass in Regionen mit einer sehr guten ärztlichen Versorgung videobasierte Visiten kaum genutzt wurden, da beispielsweise der Hausarzt regelmäßig vor Ort war. In anderen Regionen hingegen war die Situation genau umgekehrt: Dort stellten videobasierte Fallbesprechungen

häufig die einzige Möglichkeit dar, Pflegefachpersonen und/oder Ärztinnen und Ärzte in die Versorgung einzubeziehen.

Die Implementierung neuer Technologien bringt nicht nur technische, sondern auch kulturelle und organisationale Herausforderungen mit sich. In diesem Zusammenhang spielt Change-Management eine zentrale Rolle. Veränderungsprozesse sind dann nachhaltig wirksam, wenn sie akzeptiert und aktiv mitgetragen werden. Als erfolgreiche Maßnahmen zur Partizipation der Mitarbeitenden in den Projekten zeigte sich insbesondere die frühzeitige Einbindung professionell Pflegender ab der Konzeptionsphase sowie eine aktive Projektleitung bzw. Verantwortliche, die für die Mitarbeitenden ansprechbar waren. Ebenso trugen in einigen Projekten die Etablierung von Feedbackstrukturen und die Durchführung einer Testphase vor der eigentlichen Erprobung zum Gelingen bei. Gleichzeitig wurden jedoch auch Grenzen deutlich: Die Laufzeit des Modellprogramms erwies sich als zu kurz, um alle geplanten Anwendungsfelder rund Maßnahmen umzusetzen. Ein zentraler Punkt war zudem, dass Ärztinnen und Ärzte über weniger zeitliche Ressourcen verfügten als erwartet, was die Umsetzung von Videokommunikation im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit erschwerte.

Tabelle 15: Einflussfaktoren bei der Konzeption von Videokommunikation

Auswertung der Plausibilisierungs- und Fachgespräche zusammengefasst für die Projekte (n = 12)[25]
Legende: **!** – von zwei/drei Projekten hervorgehoben, **!!** – von vier/fünf Projekten hervorgehoben;

Einflussfaktor	Identifizierte Hemmnisse (-) und Gelingensbedingungen (+)
Konzeption	
Rahmenbedingungen (n =9)	– Angespannte Personalsituation – **!** – Bedarf an digitalen Angeboten strukturell unterschiedlich – **!** – Gleichzeitige Einbindung mehrerer Einrichtungen/Teams
Projektrealisierung (n = 9)	+ Einbindung beruflich Pflegender im Rahmen der Konzeption – **!!** + Aktive Leitung und feste Ansprechpartner – **!!** + Testphase vor der Durchführung – **!** + Strukturen für Feedback – **!** – Zu kurze Laufzeit des Modellprogramms für die geplanten Maßnahmen – **!!** – Geplante Kommunikationsanlässe nicht umsetzbar – Keine zeitlichen oder personellen Ressourcen bei Projektpartnern

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

Hemmende Faktoren, die sich in den Projekten auf die Erprobung von Videokommunikation auswirkten, waren besonders häufig technischer Natur. Instabile Internetverbindungen und technische Probleme bei Endgeräten sowie Peripherie – sowohl bei den Nutzenden als auch bei externen Partnern – führten zu Störungen. Ein weiteres Hemmnis war die fehlende Integration der Videodienste in bestehende Pflegedokumentations- und Kalendersysteme, was den Datenfluss behinderte und den Koordinations- und Dokumentationsaufwand erhöhte. Zudem erschwerten restriktive Funktionsumfänge, wie die Einschränkung spontaner Kommunikation und ein limitierter

[25] Die Übersicht stellt die Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Projekte (n = 12) dar. Pro Projekt können jedoch mehrere Befragte den Einflussfaktor benannt haben, zum Teil wurde der Faktor nicht weiter ausdifferenziert. Erfolgte eine Ausdifferenzierung wird diese in der zweiten Spalte dargestellt. Hemmnisse und Gelingensbedingungen, die dabei besonders betont wurden, werden durch ein **!** hervorgehoben.

Teilnehmerkreis, den praktischen Einsatz. Komplexe Anmeldeverfahren und die mangelnde Anpassung der Software an pflegespezifische Bedarfe wurden ebenfalls benannt.

Im Rahmen der Projektdurchführung zeigte sich, dass dabei einzelne Personen eine zentrale Rolle bei der Implementierung der Videokommunikation in den Pflegeeinrichtungen einnehmen und Verantwortung sowie wichtige Aufgaben zur Sicherstellung der technischen Funktionalität übernehmen. Diese Unterstützung wurde von den Befragten geschätzt. Es ist jedoch mit Blick auf den nachhaltigen Einsatz von Videokommunikation entscheidend, Strukturen zu schaffen, die über eine zeitliche Erprobung sowie das persönliche Engagement von Einzelpersonen hinausgehen.

Tabelle 16: Einflussfaktoren bei der Erprobung von Videokommunikation

Auswertung der Plausibilisierungs- und Fachgespräche zusammengefasst für die Projekte (n = 11)[26]
Legende: **!** – von zwei/drei Projekten hervorgehoben, **!!** – von vier/fünf Projekten hervorgehoben, **!!!** – von sechs/sieben Projekten hervorgehoben

Einflussfaktor	Identifizierte Hemmnisse (-) und Gelingensbedingungen (+)
Technikeinsatz	
Technische Infrastruktur und Integration (n = 11)	+ Schnittstelle zum Pflegedokumentationssystem – ! – Instabile Internetverbindung/Verbindungsabbrüche – !!! – Technische Probleme bei Pflegebedürftigen – ! – Technische Probleme bei externen Partnern – Keine Schnittstelle zur Kalender-/Terminplanungssoftware – !! – Keine Schnittstelle zur Pflegedokumentationssoftware – ! – Keine Schnittstelle zur Praxissoftware externer Partner – !
Zugang und Terminierung (n = 11)	– Abhängigkeit von E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer – Barrieren beim Zugang/der Anmeldung – ! – Spontane Videokommunikation nicht umsetzbar – ! – Einschränkungen bei der Terminierung/keine Funktion der Terminplanung – ! – Beschränkung des Teilnehmerkreises (Gastzugang) oder der Kommunikationsrichtung – ! – Hoher Aufwand manueller Terminplanung – !!
Passgenauigkeit und Nutzung (n = 11)	– Unpassende Begrifflichkeiten für pflegerischen Kontext – ! – Ansprechbarkeit Softwareanbieter/kein Support – ! – Probleme bei Handhabe der Software/Hardware für Zielgruppe ältere Menschen – ! – Beschränkung des Teilnehmerkreises (Anzahl) – ! – Hardware zu groß für Räumlichkeiten
Umsetzung	
Schulungen (n = 8)	+ Raum für praktisches und kontinuierliches Erlernen – !!! + Informationsangebot für Pflegebedürftige – !! + Informationsangebot für berufliche Akteure – !! – Schulungsangebot nicht ausreichend bzw. Nachschulungen nötig – ! – Schulungskonzept nicht passend (z. B. zu lange Einheiten, Gruppe zu heterogen) – ! – Überangebot an Informationen
Kompetenzen (n = 6)	+ Für den Einsatz von Telepflege geschultes Personal – ! – Unterschiedliche Technikaffinität und -kompetenzen – !! – Längere Einarbeitungszeit, z. B., wenn Zusatzgeräte eingesetzt werden – !! – Fehlende technische Unterstützung, insb. für Pflegebedürftige/Angehörige

[26]Die Übersicht stellt die Ergebnisse bezogen auf die Anzahl der Projekte (n = 11) dar. Pro Projekt können jedoch mehrere Befragte den Einflussfaktor benannt haben, zum Teil wurde der Faktor nicht weiter ausdifferenziert. Erfolgte eine Ausdifferenzierung wird diese in der zweiten Spalte dargestellt. Hemmnisse und Gelingensbedingungen, die dabei besonders betont wurden, werden durch ein **!** hervorgehoben.

	– Schwierigkeiten mit dem digitalen Arbeiten
Erfolge und Misserfolge (n = 4)	+ Kontinuierliche Motivation der Mitarbeitenden – ! + Schnelle Erfolge + Regelmäßige Durchführung – Videokommunikations-Termin kommt nicht zustande – ! – Keine Nutzung wegen anhaltender technischer Probleme – !
Aufwand (n = 9)	– Verantwortlichkeit/Arbeitsaufwand liegt bei Einzelpersonen – ! – Einarbeitungszeit und Aufwand – Belastung von kleinen Teams – Koordination der Anmeldung der Austauschpartner – Koordination für Terminfindung
Organisation (n = 6)	+ Direkte Optimierung von Aspekten mit Verbesserungspotenzial – ! – Unterbrechungen durch Abwesenheiten, z. B. Urlaub, Krankheit – ! – Mitführung von Endgeräten unpraktisch – ! – Parallelität unterschiedlicher Programme – ! – Externer Partner nutzt anders Videokommunikationssoftware – Unsicherheit bei Abrechnung von Leistungen – Platzierung Endgerät in der Häuslichkeit

Quelle Fach-, Einzel- und Abschlussgespräche

© Prognos 2025

8 Projekte | Vorstellung und Ergebnisse

8.1 CareConnect | Uniklinikum Aachen

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **CareConnect** zielte darauf ab, die medizinische und pflegerische Versorgung via Telepflege zu verbessern und dafür geeignete Einsatzmöglichkeiten zu erproben.

Was?

- **Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten**
- **Fallbesprechungen und Konsultationen**

Wer?

- **Pflegesetting**: Stationäre Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen, Universitätsklinikum (vier Fachabteilungen), MVZ-Campuspraxis, eine niedergelassene Hausarztpraxis
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Fach - und Hausärztinnen und -ärzte

Wie?

- **Telepflege** : Mobile Rollständer mit Ferndiagnoseinstrumenten
  - Software: TeleDoc Starter (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt CareConnect hatte zum Ziel, die medizinische und pflegerische Versorgung durch Telepflege zu verbessern. Gegenstand der Erprobung war die videobasierte pflegerische Koordination und Begleitung von ärztlichen Visiten sowie digitale Fallbesprechungen und Konsultationen (pflegerisch und interdisziplinär).

Das Projekt war an das Universitätsklinikum Aachen angebunden, das als Projektnehmer fungierte. Die Projektleitung übernahm die Wissenschaftskoordination des Universitätsklinikums. An dem Projekt beteiligten sich zwei stationäre Pflegeeinrichtungen, deren Vertreterinnen und Vertreter im Projektkonsortium eine zentrale Rolle einnahmen. Insgesamt waren rund 20 Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen sowie 20 Mitarbeitende des Universitätsklinikums und der Hausarztpraxen am Projekt beteiligt. Die in das Projekt eingebundenen Fachabteilungen des Uniklinikums – Zahnmedizin, zentrale Notaufnahme, Intensivmedizin und Dermatologie – wurden von den kooperierenden Pflegeinrichtungen als Austauschpartner für Videokommunikation vorgeschlagen. Diese regten ebenso die Einbindung der Hausärztinnen und -ärzten an.

Ärztliche Visiten und interdisziplinäre Fallbesprechungen

Die *Visiten mit den Ärztinnen und Ärzten* des Uniklinikums, der MVZ-Campuspraxis und den niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten fanden regelmäßig via Videokommunikation statt – entweder wöchentlich, alle zwei Wochen oder monatlich – abhängig vom jeweiligen Fachbereich des Uniklinikums. In einer der beiden beteiligten Pflegeeinrichtungen wurden die Visiten in der

Regel vorbereitet, z. B. ein EKG durchgeführt oder Fotos in die Videokommunikationssoftware hochgeladen. In der anderen Pflegeeinrichtung erfolgten diese Tätigkeiten bei Bedarf während der Visite. Folgende Sprechstunden wurden im Rahmen des Projekts angeboten:

- MVZ-Campuspraxis zu allgemeinmedizinischen Anliegen (wöchentlich)
- Hausarztpraxis zu allgemeinmedizinischen Fragestellungen (wöchentlich)
- Dermatologische Fachabteilung des Universitätsklinikums (wöchentlich)
- Pneumologische Fachabteilung/ Weaningstation des Universitätsklinikums (zweiwöchentlich)
- Fachabteilung für Zahnmedizin des Universitätsklinikums (monatlich)

Neben den ärztlichen Visiten wurden *interdisziplinäre Fallbesprechungen* per Video durchgeführt. In der Regel wurden diese je nach Bedarf vorab terminiert. Die interdisziplinären Fallbesprechungen fanden vor allem im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege statt. Typischerweise wurden dabei in einem Zeitfenster von etwa 60 bis 75 Minuten zwei bis drei Fälle diskutiert. Eingebunden wurden in diese Fallbesprechungen neben den Pflegefachpersonen der jeweiligen Pflegeeinrichtung u. a. Pflegefachpersonen der Intensivstation der Uniklinik, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie der heimbetreuende Internist.

Zudem wurden *pflegerische Fallbesprechungen* per Video erprobt, welche nach Bedarf terminiert wurden. Pflegefachpersonen der am Projekt beteiligten stationären Pflegeeinrichtungen konnten die Wundpflegerin der Campuspraxis bei Fragen kontaktieren.

Bei Antragstellung für die Förderung war zunächst auch ein videobasierter Austausch zwischen den Pflegeeinrichtungen und der Notfallpflege des Universitätsklinikums geplant. Dieser sollte die pflegerische Unterstützung in Notfallsituationen gewährleisten. Allerdings stellte sich die Umsetzung dieser Ad-hoc-Videogespräche im Arbeitsalltag als nicht praktikabel heraus. In einigen erprobten Fällen reichte die Hilfestellung per Video nicht aus, um den Sachverhalt zu klären, z. B. da benötigtes Material in den stationären Einrichtungen nicht vorhanden war. Daher wurde diese Form des Austauschs nach nur wenigen Versuchen nicht weiter erprobt.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt CareConnect war die zertifizierte Videosoftware TeleDoc Starter auf dem mobilen Rollständer TeleDoc mobile mit zwei Bildschirmen installiert. Die eingesetzten Rollständer waren mit verschiedenen Ferndiagnoseinstrumenten ausgestattet, wodurch neben der Videokommunikation eine Live-Übertragung von Vitaldaten, die Durchführung eines EKG oder die Nutzung eines elektronischen Stethoskops möglich war.

Eine Schnittstelle zwischen der Pflegedokumentationssoftware und der Videosoftware war von Beginn des Projekts an vorgesehen. Patientenstammdaten sollten aus der Pflegedokumentationssoftware in die Videosoftware integriert werden. In einer Einrichtung konnte dies erfolgreich realisiert werden. In der zweiten Einrichtung konnte hingegen nur ein einseitiger Zugriff auf die Daten der Pflegedokumentationssoftware ermöglicht werden, was Einschränkungen in der Nutzung mit sich brachte.

Ergebnisse des Projekts

Besonders hervorzuheben ist die partizipative Projektplanung und -durchführung im Projekt CareConnect. Bereits während der Projektplanung im Rahmen der Bewerbung für das Modellprogramm wurde die Einbindung der potenziellen Nutzerinnen und Nutzer der Videokommunikationssoftware im Arbeitspaket „Change-Management“ verankert. Die Auswahl der Partnereinrichtungen für die Erprobung erfolgte auf Anregung der beteiligten Pflegefachpersonen. Ein zentrales Steuerungselement des Projekts war ein „Runder Tisch“ mit allen Beteiligten. Im Rückblick wurde von den Projektverantwortlichen festgehalten, dass sich der partizipative Ansatz bewährt habe, die Auswahl der beteiligten Personen jedoch noch breiter getroffen werden sollte: Neben Leitungs- und Führungspersonen solle die Beteiligung von weiteren Pflegefachpersonen stärker umgesetzt werden.

> „Besonders positiv war für mich die starke Rolle der Pflegekräfte, die maßgeblich zum Erfolg des Projekts geführt hat. Die Einbindung war sehr effektiv und führte zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen auf Augenhöhe.“ (CareConnect_e)

Das Projekt CareConnect führte eigene Erhebungen durch, um intern den Effekt des Einsatzes des zertifizierten Videodienstes zu evaluieren. Zwischen Mai und August 2025 wurden Pflegefachpersonen zu ihren Erfahrungen befragt (n = 23). Fast alle Befragten (n = 19) bewerteten den Austausch via Videokommunikation als hilfreich. Die Mehrheit (n = 13) gab an, dass die Kommunikationsanlässe mittels Videotelefonaten (eher) gelöst werden konnten, niemand gab an, dass keine Lösung erfolgte.

Als besonders geeignet für den Austausch per Video wurden folgende Themen identifiziert: in der Allgemeinmedizin bei chronischen Wunden, Atemwegsinfektionen, für die Verlaufskontrollen und Medikationsfragen, in der Dermatologie bei Ekzemen und Wunden, in der Zahnmedizin für Kontrolluntersuchungen und Mundraumbeurteilungen, in der Intensivmedizin für Sekretmanagement, Therapieverlaufsbeurteilungen und Anpassungen der Beatmung.

Und (wie) geht es weiter?

Zum Ende der Projektlaufzeit wäre – so die Rückmeldung im Abschlussgespräch der Evaluation – eine Fortführung beider Anwendungsfelder aus Sicht der beteiligten Pflegeeinrichtungen wünschenswert. Ein zentrales Problem war jedoch die Finanzierung der Lizenzkosten für die zertifizierte Videosoftware, inklusive den laufenden Lizenzkosten für die Nutzung der digitalen Ferndiagnoseinstrumente. Eine der beiden Pflegeeinrichtungen stand zum Zeitpunkt des Abschlussgesprächs noch in Verhandlungen mit dem Softwareanbieter und den Pflegekassen, um Finanzierungsmöglichkeiten zu klären, eine Fortführung wurde als wahrscheinlich bewertet. Die andere Pflegeeinrichtung sah aufgrund der Folgekosten für die Lizenzen von einer Fortführung ab.

8.2 Digitale Betreuungsassistenz 2.0 | Sander Pflege GmbH

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **Digitale Betreuungsassistenz 2.0** zielte darauf ab, digitale Betreuungs- und Selbsthilfeangebote in Einzel- und Gruppengesprächen zu erproben.

Was?

Betreuung

Wer?

- **Pflegesetting**: Stationäre Langzeitpflege und häusliches Umfeld
- **Einrichtungen**: Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen, ein ambulanter Pflegedienst
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen sowie Seniorinnen und Senioren (mit und ohne Pflegegrad)

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: SprechstundeOnline (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt Digitale Betreuungsassistenz 2.0 hatte zum Ziel, die Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren durch videobasierte Kommunikations- und Teilhabeangebote zu stärken. Die Sander Pflege GmbH war Projektnehmer und stellte die Projektleitung des Projekts. Im Projektkonsortium waren zwei stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen vertreten, eine in Hörstel und eine auf der Insel Borkum, sowie ein ambulanter Pflegedienst aus Osnabrück. Insgesamt wurden vier Mitarbeitende dieser Pflegeeinrichtungen aktiv in die Erprobung eingebunden.

Als Unterauftragnehmer unterstützte Fördiko die Erprobung, konzipierte und führte die Schulungen durch. Darüber hinaus waren Studierende der Universität Vechta als Moderatorinnen und Moderatoren der digitalen Angebote in das Projekt involviert.

Betreuungsangebote für Seniorinnen und Senioren

Die digitalen Betreuungsangebote wurden sowohl als Einzel- als auch als Gruppenformate konzipiert. Die Zielgruppe waren in der eigenen Häuslichkeit lebende Seniorinnen und Senioren, insbesondere alleinlebende Personen, sowie Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen. Personen ohne passendes Endgerät konnten über das Projekt ein Tablet ausleihen, um an der Erprobung teilzunehmen.

In der *Einzelbetreuung* standen die persönlichen Anliegen, Wünsche, aber auch Sorgen der Seniorinnen und Senioren im Mittelpunkt. Das Angebot verknüpfte Aspekte der Beratung mit dem

Thema Betreuung. Teilweise folgte nach den Terminen die Organisation weiterer Unterstützungsangebote oder die Abstimmung mit verantwortlichen Pflegefachpersonen.

Neben den Einzelangeboten wurden digitale *Gruppenangebote* erprobt. Zu den Aktivitäten zählten regelmäßige Online-Quizrunden, Vorleserunden mit interaktivem Austausch zu persönlichen Erlebnissen sowie Spiele. Die Quizrunden wurden in Kooperation mit dem Projekt ViVerA – Virtuelle Veranstaltungen in der Altenpflege – von Studierenden organisiert. Es bewährte sich, die Gruppenangebote zweiwöchentlich bzw. monatlich stattfinden zu lassen.

Technik: Soft- und Hardware

Das Projekt Digitale Betreuungsassistenz 2.0 nutzte den zertifizierten Videodienst Sprechstunde.Online. Eine Schnittstelle zwischen Pflege- und Videosoftware war nicht erforderlich. In den Pflegeeinrichtungen war die Internetbandbreite in der Regel für die Durchführung der digitalen Betreuungsangebote ausreichend, auch die SIM-Datenkarten für die Tablets, die an Seniorinnen und Senioren verliehen wurden, erwiesen sich als geeignet.

Im Verlauf der Erprobung zeigte sich, dass die ursprüngliche Idee eines einheitlichen Standard-Tablets für die Seniorinnen und Senioren aufgrund unterschiedlicher Fähigkeiten bzw. Einschränkungen nicht praktikabel war. Es entstand der Entschluss, einen Kooperationspartner einzubinden, der das Anforderungsmanagement übernimmt und sich um Auswahl, Beschaffung und technische Spezifikationen kümmert. Besonders wichtig sei dabei, die individuellen Anforderungen an die Endgeräte im Vorfeld zu prüfen, um eine passgenaue Lösung zu gewährleisten.

Ergebnisse des Projekts

Die digitalen Betreuungsangebote wurden in den Fach- und Abschlussgesprächen sowohl von den Pflegebedürftigen als auch von den Pflegefachpersonen und weiteren Akteuren, die die Betreuungsangebote durchführten, mehrheitlich als sehr positiv beschrieben. Als entscheidende Anforderung wurde der aktive Austausch mit Interaktion hervorgehoben. Andernfalls wirke die digitale Betreuung für die Teilnehmenden „wie ein Fernsehprogramm“.

Eine wichtige Erkenntnis des Projekts betrifft die zentrale Bedeutung der Schulungen für die gelingende Durchführung von Beratungsangeboten mit Videokommunikation und Aufbau von Digitalkompetenz bei den Seniorinnen und Senioren. Die Zielgruppe des Projekts hatte sehr unterschiedliche Erfahrungen mit digitalen Medien und entsprechend unterschiedliche digitale Vorkenntnisse. Dies machte eine Anpassung der Schulung im Rahmen des Projektverlaufs erforderlich, so dass sich diese stärker an den individuellen Kompetenzen ausrichtete. Das Schulungsangebot wurde infolge mit kleineren Gruppen und kürzeren Sitzungen durchgeführt. Die Schulung der Mitarbeitenden erwies sich also ebenso entscheidend für eine reibungslose technische Umsetzung. Es wurde empfohlen, interne Kurzschulungen für die beteiligten Mitarbeitenden zur Auffrischung einzuplanen.

Und (wie) geht es weiter?

> „Ich habe viele Ideen im Kopf, die ich in zukünftigen Projekten weiterverfolgen möchte. Es wird definitiv ein Anschlussprojekt geben, in dem ich viele neue Dinge ausprobieren möchte. Ich sehe die Möglichkeit, digital positive Veränderungen zu bewirken.“ (DB2.0_c)

Nach Ende der Projektlaufzeit war an den Standorten Borkum und Hörstel die Fortführung der videogestützten Beratungsangebote in Planung. Die Finanzierung konnte jedoch noch nicht abschließend geklärt werden. Der ambulante Pflegedienst in Osnabrück sah von der Fortführung des digitalen Betreuungsangebots ab.

8.3 DigiSAPV-KJ Niedersachen | Betreuungsnetzwerk schwerkranker Kinder UG(h)

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **DigiSAPV-KJ** erprobte die Videokommunikation in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche, um unterschiedliche Akteure digital miteinander zu vernetzen.

Was?

Interprofessionelle Fallbesprechungen und Konsultationen

Wer?

- **Pflegesetting**: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- **Einrichtungen**: Ein Betreuungsnetzwerk bestehend aus sieben Regionalteams mit zahlreichen Partnereinrichtungen
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Fach - und Hausärztinnen und –ärzte, sowie Angehörige und Zugehörige

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware und Tele -Doc Portable
  - Software: TeleDoc Starter (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt DigiSAPV-KJ erprobte videogestützte Fallbesprechungen und Konsultationen (pflegerisch und interprofessionell) innerhalb der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche mit dem Ziel, Versorgungsqualität und -effizienz zu verbessern.

> „Meine Erwartung beziehungsweise Ziel an das Projekt war eine Idee davon zu bekommen, ob in einem so sensiblen Bereich wie der Kinder-Palliativversorgung der Einsatz von Digitalen Ressourcen grundsätzlich möglich ist, ob das eine Entlastung bringen kann und die Versorgungsqualität verbessern kann.“ (DigiSAPV-KJ_e)

Das Betreuungsnetzwerk schwerkranker Kinder Ug(h) war Projektnehmer und zugleich Projektleitung des Projekts DigiSAPV-KJ. Teil des Projektkonsortiums waren Vertreterinnen und Vertreter des Betreuungsnetzwerks. Dieses besteht aus sieben Regionalteams und umfasst zahlreiche Partnereinrichtungen, darunter Kinderpalliativzentren, mehrere Kliniken, Kinderkrankenpflegedienste sowie niedergelassene Haus- und Kinderarztpraxen. Insgesamt waren rund 23 Pflegekräfte, sowie 17 weitere berufliche Akteure (darunter 10 Ärztinnen und Ärzten) aktiv in der Erprobung beteiligt.

Der Versorgungsbereich des Betreuungsnetzwerks erstreckt sich über ganz Niedersachsen, was mit langen Distanzen und Wegzeiten einhergeht. Bereits vor dem Modellprogramm war deshalb

der Einsatz von Videokommunikation in Teilen des Betreuungsnetzwerk etabliert, es wurde jedoch bislang keine zertifizierte Lösung genutzt.

Fallbesprechungen in der Palliativversorgung

Die digitalen Fallbesprechungen dienten dem interdisziplinären Fachaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren, die in der Palliativversorgung involviert sind. In der praktischen Umsetzung bedeutete dies: In der Regel war eine Pflegefachperson, eine Ärztin oder ein Arzt im Haushalt des pflegebedürftigen Kindes anwesend und konnte bei Bedarf flexibel andere Fachpersonen per Video hinzuschalten. Die Fallbesprechungen wurden zudem als Teambesprechungen in der Gruppe genutzt, um sich ortsunabhängig auszutauschen. Dies ermöglichte die Teilnahme aus dem Homeoffice oder die spontane Zuschaltung einzelner Teilnehmenden zu Teambesprechungen, die vor Ort in den Räumlichkeiten der Einrichtungen des Versorgungsnetzwerks stattfanden.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt DigiSAPV-KJ kam die zertifizierten Videosoftware TeleDoc Starter zum Einsatz. Zusätzlich wurde der TeleDoc-Portable mit Ferndiagnoseinstrumenten genutzt, was neben der Videokommunikation auch eine Live-Übertragung von Vitaldaten oder eines Ultraschalls ermöglichte. Dadurch konnten Pflegefachpersonen bestimmte Untersuchungen in der Häuslichkeit durchführen, während der Arzt oder die Ärztin die bildgebenden Daten in Echtzeit in der Praxis einsehen und bewerten konnte.

Die Pflegedokumentationssoftware und Videosoftware waren über eine Schnittstelle miteinander verbunden. Die technische Umsetzung funktionierte jedoch trotz vorhandener Schnittstellen an vielen Stellen nicht reibungslos, wodurch sich relevante Einschränkungen bei der Erprobung ergaben. Hinderlich für den Austausch im Team war zudem die Beschränkung der Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem Videoanruf auf drei Personen.

Ergebnisse des Projekts

Das Projekt führte nach Rückmeldung der Projektverantwortlichen zu einer Intensivierung der bereits seit Jahren etablierten interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb der SAPV-KJ. Im Abschlussbericht des Projekts wurde hervorgehoben, dass ein zentraler Erfolg des Projekts in der grundsätzlich positiven und offenen Haltung der beteiligten Projektpartnerinnen und -partner gesehen wird, etwa die Hälfte aller in der SAPV-KJ Niedersachsen tätigen Personen habe sich freiwillig am Projekt beteiligt. Trotz anfänglicher Skepsis konnten bestehende Vorbehalte abgebaut werden. Durch Videokommunikation konnten Wegzeiten reduziert und der interdisziplinäre Austausch erleichtert werden.

Allerdings wurde angemerkt, dass die Familien der pflegebedürftigen Kinder im Projekt nicht in dem Maße eingebunden waren, wie es im Nachhinein sinnvoll und effizient gewesen wäre. Diese Einbindung hätte neben der Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren auch den Austausch mit den Eltern ermöglicht, wodurch weitere Wegzeiten reduziert werden könnten.

Und (wie) geht es weiter?

Die Fortführung der Videokommunikation für Fallbesprechungen und Konsultationen im Betreuungsnetzwerk sollte – Stand Ende der Projektlaufzeit – auch weiterhin beibehalten werden. Zusätzlich war eine Piloterprobung von Videokommunikation mit Einbindung der Familien geplant. Zum Abschluss des Projekts war die Finanzierung der Weiterführung jedoch noch nicht endgültig geklärt. Darüber hinaus stand die Klärung rechtlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen sowie die Suche nach einem geeigneten IT-Dienstleister noch aus.

8.4 ErnTeBayLa-S | Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V.

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **ErnTeBayLa -S** erprobte Telepflege zur Einbindung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung, um so deren Beteiligung in den Pflegeprozess zu verbessern.

Was?

Informationsaustausch mit Angehörigen

Wer?

- **Pflegesetting**: Stationäre Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Eine stationäre Pflegeeinrichtung
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Angehörige

Wie?

- **Telepflege**: App mit Videosoftware und Chat
  - Software: Caritas Messenger (White Label auf Basis des AMP.chat, zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt ErnTeBayLa-S hatte zum Ziel, die Einbindung und Beteiligung von Angehörigen in die pflegerische Versorgung zu stärken. Hierfür wurde der digitale Informationsaustausch mit Angehörigen erprobt.

Der Caritasverband für den Landkreis Kronach e.V. war Projektnehmer und übernahm zugleich die Projektleitung des Projekts. Im Rahmen der Erprobung war eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung eingebunden. Weitere Partner des Projektkonsortiums waren die Hochschule Hof und das Awesome Technologies Innovationslabor, das die Software für eine App mit Video- und Chatfunktion, den Caritas Messenger, zur Verfügung stellte. Insgesamt waren rund 30 Mitarbeitende der Pflegeeinrichtung in dem Projekt aktiv.

Informationsaustausch mit Angehörigen

Der angedachte Schwerpunkt des Projekts lag darauf, Videokommunikation zu erproben. Es zeigte sich allerdings, dass die Nachfrage seitens der Angehörigen deutlich geringer ausfiel als erwartet. Ein Hindernis war die zeitliche Verfügbarkeit für den terminierten Austausch per Video: Angehörige und die Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtungen hatten oft unterschiedliche zeitliche Verfügbarkeiten, was die Terminabstimmung erschwerte, und Koordinationsaufwand verursachte. Vielmehr zeigte sich, dass der Chat verstärkt als Kommunikationsmittel herangezogen und sehr geschätzt wurde, da er einen unkomplizierten und zeitlich flexiblen Austausch ermöglichte, zumal der Austausch in Echtzeit in der Regel nicht notwendig war.

Technik: Soft- und Hardware

Im Rahmen des Projekts ErnTeBayLa-S wurde eine App (White Label auf Basis von AMP.chats) genutzt, die sowohl eine Chat- als auch eine zertifizierte Videokommunikationsfunktion umfasste. Die Anforderung einer vorherigen Terminierung der Videogespräche konnte im Vergleich zu den anderen Projekten durch direkte Videoanrufe über die App umgangen werden.

Da keine Schnittstelle zwischen der App und der Pflegedokumentationssoftware vorgesehen war, zeigte sich, dass der Datenaustausch mit einem Mehraufwand einherging. So musste der Chat-Verlauf manuell exportiert und in der Pflegedokumentation abgelegt werden. Alternativ erfolgten manuelle Eintragungen in die Pflegedokumentation, um wichtige Einzelinformationen festzuhalten.

Ergebnisse des Projekts

Ein zentrales Ziel des Projekts war die Optimierung der Kommunikation zwischen der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner. Nach Selbsteinschätzung der Projektverantwortlichen konnten schnellere Rückmeldungen und eine insgesamt effizientere Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden der Pflegeeinrichtung und den Angehörigen etabliert werden. Die Angehörigen konnten zuverlässig über die App erreicht werden. Viele alltägliche Anliegen wurden im Versorgungsalltag asynchron über den Chat geklärt.

Und (wie) geht es weiter?

> „Bei einer Neuanmeldung kommunizieren wir jetzt direkt: Der Messenger ist unser neuer Kommunikationsstandard – die App wird bei der Neuaufnahme gemeinsam mit den Angehörigen eingerichtet.“ (ErnTeBayLa-S_e)

Zum Zeitpunkt des Projektendes stand fest, dass die App auch nach Ablauf der Projektlaufzeit weiter eingesetzt werden wird. Die Überarbeitung und Weiterentwicklung der Funktionen der App waren zum Zeitpunkt des Projektendes in Planung, u. a. wurde die Integration einer 360-Grad-Kamera für die Videogespräche geplant.

8.5 GKV-ViTA XI | VIP GmbH

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **GKV-ViTA XI** erprobte digitale Beratung in der Häuslichkeit gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI via Videokommunikation, sowie digitale Teambesprechungen.

Was?

Beratung nach §37 Abs. 3 SGB XI

Pflegerische Fallbesprechungen und Konsultationen

Wer?

- **Pflegesetting**: Ambulante Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Ein ambulanter Intensivpflegedienst
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen sowie Pflegebedürftigen und Angehörigen

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: Jameda (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Verknüpfung von FANetwork und Jameda mittels eigen von FANetwork entwickeltem CRM -System, keine weitere Schnittstelle zu Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Im Projekt GKV-ViTA XI waren zwei Anwendungsfelder geplant: Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI und pflegerische Fallbesprechungen und Konsultationen.

Der ambulante Intensivpflegedienst VIP GmbH war Projektnehmer des Projekts und übernahm die Projektleitung. Im Rahmen der Erprobung führten vier Mitarbeitende des Pflegedienstes videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI durch.

Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI und pflegerische Fallbesprechungen

Das Projekt baute im Rahmen des Modellprogramms ein bundesweites Angebot für videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI auf. Die bundesweite Ausrichtung implizierte, dass die Beratung nicht in allen Fällen ausschließlich durch den Pflegedienst selbst erfolgen konnte, sondern im Wechsel mit anderen Pflegediensten umgesetzt werden musste, die wiederum die Beratung in der Häuslichkeit durchführten.

Zudem sollten pflegerische Fallbesprechungen erprobt werden. Bereits vor dem Modellprogramm wurden regelmäßige Video-Teambesprechungen innerhalb des Pflegedienstes durchgeführt, dabei wurden jedoch keine zertifizierten Videodienste eingesetzt. Die Nutzung des zertifizierten Videodienstes für Fallbesprechungen ließ sich im Rahmen des Modellprogramms jedoch nicht wie

angedacht realisieren. Grund dafür waren Probleme bei Zugangsprofilen. In Absprache mit dem GKV-Spitzenverband wurde die Erprobung der Fallbesprechungen eingestellt.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt GKV-ViTA XI wurde der zertifizierte Videodienst Jameda eingesetzt. Angestrebt wurde die Entwicklung einer Schnittstelle, die eine direkte Integration von Daten in die Online-Dokumentation ermöglichen sollte. Diese wurde jedoch nicht implementiert. Vorhanden war lediglich eine Schnittstelle, um einen reibungslosen Datenaustausch zwischen Jameda und dem CRM-System herzustellen. Insgesamt konnten rund 15 Prozent der geplanten Beratungstermine aufgrund technischer Probleme bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht erfolgreich durchgeführt werden.

Ergebnisse des Projekts

> „Die Verbesserung der Pflegequalität ist spürbar [...]. Die Videokommunikation spielt dabei eine entscheidende Rolle – sie ist aus meiner Sicht sogar übererfüllt. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv.“ (GKV-ViTA XI_c)

Neben der Verbesserung der Pflegequalität wurde auch die potenzielle Kostensenkung bei der videogestützten Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI positiv hervorgehoben. Durch die Videokommunikation konnten Fahrtzeiten eingespart werden, dies ermögliche laut Angaben der Projektleitung eine stärkere Konzentration auf die inhaltliche Arbeit und führe zu besseren Ergebnissen. Nach 15 Monaten konnten jedoch noch keine realen Einsparungen erzielt werden, da das Projekt derzeit querfinanziert wird. Zum Zeitpunkt des Projektendes war in Aussicht, dass die VIP GmbH auch zukünftig die videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI fortführen wollte.

Und (wie) geht es weiter?

Zum Zeitpunkt des Projektendes war in Aussicht, dass die VIP GmbH auch zukünftig die videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI fortführen wollte. Anders als die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI sollten die videobasierten Fallbesprechungen zwar weiterhin digital durchgeführt werden, allerdings nicht mit einem zertifizierten Videodienst. Außerdem war geplant, Pflegekurse zu digitalisieren. Allerdings zeigten sich einige Krankenkassen noch zögerlich. Zudem wurde im Laufe des Projekts bemerkt, dass auch das Interesse an der Beratung nach § 45 SGB XI zunahm. Allerdings ist die Abrechnung mit den Krankenkassen schwieriger. Einen klaren Plan für die digitale Umsetzung dieser Beratung gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht.

8.6 TeleKID | Diakonie Bethanien gGmbH

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **TeleKID** zielte darauf ab, die medizinisch -pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Kindern durch Videokommunikation zu verbessern.

Was?

Bedarfsorientierte Beratung

Wer?

- **Pflegesetting**: Ambulante Versorgung
- **Einrichtungen**: Ein ambulanter Pflegedienst
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und An - und Zugehörige, sowie Schulen und Kitas

Wie?

- **Telepflege** : Videosoftware
  - Software: RED connect (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt TeleKID hatte zum Ziel, die medizinisch-pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Kindern durch Videokommunikation zu verbessern. Hierfür wurde eine bedarfsorientierte Beratung durch Pflegekräfte für Eltern von pflegebedürftigen Kindern erprobt.

Die Diakonie Bethanien gGmbH war sowohl Projektnehmer als auch Projektleitung. Zur Erprobung wurde ein ambulanter Pflegedienst eingebunden. Zudem war das Beratungsunternehmen Management for Health-INT Teil des Konsortiums und verantwortete die Durchführung von Schulungen, Pretests und die Bereitstellung von Evaluationsbögen. Der Technikanbieter RED Medical Systems wurde als Unterauftragnehmer hinzugezogen und stellte den zertifizierten Videodienst zur Verfügung. Im Rahmen der Erprobung führten acht Mitarbeitende des ambulanten Pflegediensts Online-Beratungsgespräche mit Eltern pflegebedürftiger Kinder durch.

Bedarfsorientierte Beratung für Eltern pflegebedürftiger Kinder

> „Wir haben festgestellt, dass ein großer Teil der Anfragen aus dem Bereich SGB XI kam. Dort gab es einen erheblichen Beratungsbedarf zu unterschiedlichen Themen, die wir digital schnell und unkompliziert lösen konnten.“ (TeleKID_e)

TeleKID erprobte ein anonymes, bedarfsorientiertes videogestütztes Beratungsangebot für Eltern von pflegebedürftigen Kindern. Die Eltern konnten flexibel Termine für die Beratungsgespräche vereinbaren, um Unterstützung in akuten Situationen zu erhalten. Neben der fachlichen Beratung

spielte die emotionale Komponente eine zentrale Rolle: Durch die Videokommunikation wurde ein geschützter Raum geschaffen, in dem die Sorgen und Fragen der Eltern offen angesprochen werden konnten.

Der Schwerpunkt des Projekts lag auf der bedarfsorientierten Beratung pflegender Eltern im ambulanten Setting. Die Hauptthemen waren die Vermittlung von Informationen und eine umfassende Beratung zu pflegerischen und medizinischen Fragestellungen, die Pflegekräfte halfen den Eltern dabei, Unsicherheiten rund um die Versorgung zu klären. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Unterstützung bei Betreuungsleistungen, etwa bei der Alltagsgestaltung oder der Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfs. Darüber hinaus wurden regelmäßig auch Medikationsberatungen und -prüfungen durchgeführt. Im Verlauf zeigte sich zudem, dass auch die Nachfrage nach videogestützter Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI bei Familien mit ambulant versorgten Kindern sehr hoch war.

Technik: Soft- und Hardware

Das Projekt TeleKID nutzte die zertifizierte Videosoftware RED Connect, eine Schnittstelle zwischen Videokommunikationssoftware und Pflegedokumentation war nicht vorhanden. Nach schriftlicher oder telefonischer Kontaktaufnahme konnte ein Zugangslink per Mail oder SMS versendet werden, zentrale technische Herausforderungen wurden abseits der Datenschutzbedenken nicht benannt.

Ergebnisse des Projekts

Im Projekt TeleKID wurde erfolgreich ein neues, anonymes und bedarfsorientiertes Beratungsangebot für Eltern pflegebedürftiger Kinder etabliert, das auf große Resonanz stieß. Insgesamt wurden nahezu 700 videogestützte Beratungen durchgeführt. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten aufgrund von Datenschutzbedenken erwies sich das Angebot schnell als hilfreich.

TeleKID berichtet im Abschlussbericht von einer mehrheitlich positiven Bewertung der Handhabung, Nutzung sowie Qualität der technischen Anwendung. Die Videokommunikation ermöglichte Familien mit pflegebedürftigen Kindern, Unterstützung durch auf Kinder spezialisierte Fachkräfte zu erhalten. Angehörige schätzen insbesondere die flexible Terminplanung und schnellere Therapieentscheidungen. Die videobasierten Schulungen bzw. Anleitungen reduzierten Stress und verbesserten das Selbstmanagement der Eltern. Zudem konnte ein zeitnaher Kontakt zu Pflegefachpersonen ermöglicht werden. Pflegefachkräfte berichteten laut Abschlussbericht von reduzierter Fahrtzeit, flexiblen Arbeitszeiten und einer höheren Kontinuität der Versorgung. Regelmäßige Remote-Konsultationen erleichterten Monitoring, Früherkennung von Verschlechterungen und verbesserten die interprofessionelle Abstimmung zwischen Hausärztinnen, Hausärzten, Pflegediensten und Angehörigen.

Und (wie) geht es weiter?

Auch nach Projektende soll die videobasierte Beratung von Eltern pflegebedürftiger Kinder im ambulanten Setting als zusätzliches Serviceangebot für die Familien beibehalten werden. Aktuell muss noch die Finanzierung sichergestellt werden.

8.7 Telekooperation in der Pflege | Stiftung Vereinigte Hospitien

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **Telekooperation in der Pflege** erprobte die Videokommunikation, um die Kommunikation im Versorgungsprozess zu erleichtern und eine Entlastung der Pflegekräfte herbeizuführen.

Was?

Anleitung und Unterstützung

Wer?

- **Pflegesetting**: Stationäre Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Eine stationäre Pflegeeinrichtungen
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen

Wie?

- **Telepflege**: Mobiler Rollständer mit Ferndiagnoseinstrumenten
  - Software: TeleDoc Starter (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt „Telekooperation" zielte darauf ab, die Abstimmung im Versorgungsprozess zwischen professionell Pflegenden durch den Einsatz von Videokommunikation zu erleichtern. Im Rahmen des Projekts wurde dies anhand des Anwendungsfeldes Anleitung und Unterstützung erprobt: Pflegefachpersonen leiteten und unterstützten Pflegehilfskräfte und Auszubildende in stationären Einrichtungen.

Die Stiftung Vereinigte Hospitien war Projektnehmer und zugleich Projektleitung des Projekts. Eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung war Teil des Projekts. Insgesamt waren rund 55 Mitarbeitende der Pflegeeinrichtung aktiv in die Erprobung involviert.

Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende

Bei akuten Fragen oder Unsicherheiten konnten sich Pflegehilfskräfte und Auszubildende an Pflegefachpersonen wenden. Diese führten eine visuelle Einschätzung der Situation per Videokommunikation durch und gaben konkrete Anweisungen und Unterstützung, sodass der Versorgungsprozess ohne ihre persönliche Anwesenheit fortgeführt werden konnte. Alternativ konnten schriftliche Nachrichten für Pflegefachpersonen verfasst werden, um weniger dringliche Anliegen aufzunehmen und Beobachtungen zu teilen.

> „Durch die videobasierte Kommunikation soll die Fachkompetenz einer Fachkraft in herausfordernden Fallsituationen/Pflegesituationen ortsunabhängig abgerufen werden. Gleichzeitig soll durch die digitale Arbeit sichergestellt sein, dass Informationen zeitnah und richtig adressiert werden. Das soll langfristig die Qualität der pflegerischen Arbeit in der Altenpflege fördern. Der Mehrwert liegt nicht nur in der physischen Entlastung, sondern tatsächlich auch in der psychischen Entlastung.“ (Telekooperation_e)

Der ursprüngliche Ansatz, Videogespräche direkt anzufragen, wurde im Verlauf der Erprobung zunehmend seltener genutzt. Grund dafür waren fehlende zeitliche Ressourcen im Arbeitsprozess, die es Pflegefachpersonen nicht erlaubten, sofort auf Videokommunikation zu reagieren. Stattdessen griffen Hilfskräfte und Auszubildende vermehrt auf schriftliche Nachrichten zurück, die später in der Übergabe besprochen wurden.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt Telekooperation war die zertifizierten Videosoftware TeleDoc Starter auf einem mobilen Rollständer (TeleDoc mobile) mit zwei Bildschirmen installiert. Die Integration der Videosoftware in die Pflegedokumentationssoftware bot vor allem Vorteile im Schnittstellenmanagement: Pflegefachkräfte konnten im Rahmen der Videokommunikation bzw. im Anschluss die Dokumentation übernehmen. Hinderlich war dabei, dass der TeleDoc für einige Zimmer zu groß war, was den Einsatz hemmte. Weiter zeigte sich, dass die Software weniger auf den asynchronen Austausch mit Nachrichten ausgerichtet war, so dass sich hier noch keine Arbeitsroutinen entwickelten (z. B. fehlende Benachrichtigung bzw. Kenntlichmachung, wenn Pflegefachperson Eintragungen vornimmt).

Ergebnisse des Projekts

Zu Projektbeginn wurde ein rechtliches Gutachten erstellt, das die Aufgabenverteilung zwischen Pflegefachpersonen und Hilfskräften neu bewertete, wenn eine Pflegefachperson per Videokommunikation eingebunden ist. Gemeinsam mit Pflegefachpersonen wurden Tätigkeiten identifiziert, die perspektivisch stärker von Pflegehilfskräften übernommen werden sollen. Die Befähigung hierfür erfolgte gezielt durch Schulungen. Darüber hinaus entstanden mehrere Kommunikationspläne, die die Zusammenarbeit zwischen professionell Pflegenden strukturieren und bestehende Lücken adressieren.

Die Unterstützung von Pflegehilfskräften und Auszubildenden durch Pflegefachpersonen mittels digitaler Kommunikation erwies sich im Rahmen des Projekts in Teilen als hilfreich. Laut Ergebnisbericht berichteten einige Pflegekräfte, dass digitale Anwendungen ihnen mehr Kontrolle über ihren Arbeitsbereich geben. Allerdings seien diese positiven Effekte zu dem Zeitpunkt noch stark individuell ausgeprägt und ließen sich nicht systematisch auf größere Gruppen übertragen. Darüber hinaus wurde festgehalten, dass Videokommunikation ein wertvolles Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität darstellt, insbesondere im Bereich der Wunddokumentation. Die sichtbaren Vorteile (optimierte Wunddokumentation, effizientere Informationssammlung) führten zu einer spürbaren Akzeptanz gegenüber den neuen Technologien.

Und (wie) geht es weiter?

Die Projektidee soll auch nach Abschluss des Modellprogramms fortgeführt und weiterentwickelt werden. Geplant ist ein hybrider Homeoffice-Anteil sowie die Weiterentwicklung der Rolle der anleitenden Person hin zur Funktion einer Telenurse bzw. Advanced Practice Nurse. Die bestehende Videokommunikationssoftware wird beibehalten.

8.8 TESAM | St. Gereon Seniorendienste

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **TESAM** nutzte Videokommunikation zum Austausch von Informationen zwischen Pflegeeinrichtungen und Angehörigen, sowie für digitale Fallbesprechungen.

Was?

- **Informationsaustausch mit Angehörigen**
- **Fallbesprechungen und Konsultationen**

Wer?

- **Pflegesetting**: Tagespflege und ambulante Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Drei Tagespflegeeinrichtungen und ein ambulanter Pflegedienst, eine Physiotherapiepraxis
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Physiotherapeutinnen und –therapeuten, sowie Angehörige

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: Future App und Arztkonsultation (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Im Projekt TESAM wurde Videokommunikation genutzt, um die Ergebnisse eines Sturzrisiko-Assessments zu besprechen. Dabei tauschten sich Pflegefachpersonen aus Tagespflegeeinrichtungen mit Mitarbeitenden eines ambulanten Pflegedienstes sowie mit Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Angehörigen aus.

Die St. Gereon Seniorendienste waren Projektnehmer und stellten die Projektleitung. In das Projekt eingebunden waren zwei Tagespflegeeinrichtungen sowie ein ambulanter Pflegedienst des Trägers. Eine weitere Tagespflegeeinrichtung aus der Region war ebenfalls am Projekt beteiligt und auch im Projektkonsortium vertreten. Außerdem waren zwei Technikanbieter im Konsortium aktiv, darunter die DHC Digital HealthCare-Systems GmbH, Hersteller eines Geräts zum Sturzrisiko-Assessment, und die FutureApp Solutions GmbH, die mit dem zertifizierten Videodienst arztkonsultation ak zusammenarbeiteten. Insgesamt wurden vier Mitarbeitende der Pflegeeinrichtungen und drei Physiotherapeutinnen und -therapeuten in das Projekt eingebunden.

Informationsaustausch mit Angehörigen und Fallbesprechungen

Für das Sturzrisiko-Assessment kam eine Sensorbox zum Einsatz, die auf Basis von Videoaufnahmen das Gangbild pflegebedürftiger Personen analysierte. Die Sequenzen wurden anonymisiert aufgezeichnet und anschließend (auch) in Videogesprächen thematisiert.

Anhand der Daten sollten Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung im häuslichen Umfeld sowie Maßnahmen zur Mobilisierung besprochen werden.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt TESAM wurde die Software-as-a-Service-Lösung von Future App in Kombination mit der Videosprechstunden-Suite von arztkonsultation ak eingesetzt. FutureApp fungierte hierbei als Systemintegrator, der die zertifizierte Videosoftware einband und es professionell Pflegenden ermöglichte nicht nur auf die Assessments zuzugreifen, sondern auch Termine mit Dritten (z. B. Angehörigen) zu vereinbaren und die Ergebnisse der physikalischen Assessments (einschließlich der Videos) mit diesen zu kommunizieren.

Ergebnisse des Projekts

Im Verlauf der Erprobung zeigte sich, dass das Sturzrisikoassessment nicht für alle Gäste der Tagespflegeeinrichtungen gleichermaßen praktikabel war. In der Folge nutzten professionell Pflegende aus einer Tagespflegeeinrichtung sowie des ambulanten Pflegedienstes Videokommunikation alternativ, um allgemeine Fallbesprechungen durchzuführen. TESAM berichtet im Abschlussgespräch, dass die Zusammenarbeit zwischen den Pflegediensten im Rahmen des Projekts intensiviert und verbessert werden konnte. Es konnten umfassende Fallbesprechungen durchgeführt werden und mögliche Kommunikationslücken wurden geschlossen. Die Durchführung diverser Formen der Qualifizierung und Bildung wurde von den Pflegekräften als äußerst positiv bewertet. Sowohl technikaffine als auch weniger technikaffine Pflegekräfte fühlten sich „gut abgeholt“.

> „Die Akzeptanz der Digitalisierung hängt stark von der intrinsischen Motivation unserer Mitarbeitenden ab. Die Stimmung bei uns im Team ist insgesamt sehr motiviert. Trotzdem ist es wichtig, dranzubleiben und den Prozess eng zu begleiten, indem wir die Mitarbeitenden immer wieder ermutigen, die neuen Tools auch wirklich zu nutzen. Ebenso entscheidend ist für mich, aktiv Feedback zur Nutzung einzuholen.“ (TESAM_a)

Und (wie) geht es weiter?

Die Lizenzen für die zertifizierte Videokommunikationssoftware sollen nach Projektende nicht verlängert werden, so der Stand aus den Abschlussgesprächen. Die Gründe liegen in den hohen Lizenzkosten sowie darin, dass die Projektlaufzeit zu kurz war, um die Software nachhaltig in die Arbeitsabläufe der Pflege zu integrieren. Dennoch sollen einzelne Elemente des Projekts, wie die digitale kollegiale Beratung, auch künftig fortgeführt werden.

8.9 TvK-Stat | Diakonie Osnabrück Stadt und Land

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **TvK-Stat** verfolgte das Ziel, die ärztliche und pflegerische Versorgung im Pflegeheim und den Wissensaustausch zwischen den Pflegeeinrichtungen durch Videokommunikation zu verbessern.

Was?

- **Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten**
- **Anleitung und Unterstützung**

Wer?

- **Pflegesetting**: Stationäre Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Zwei stationäre Pflegeeinrichtungen, eine niedergelassene Hausarztpraxis, ein Sanitätshaus
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Hausärztinnen und -ärzte

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: SprechstundeOnline (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt TvK-Stat hatte zum Ziel, die ärztliche und pflegerische Versorgung in Pflegeheimen und den Wissensaustausch zwischen Pflegeeinrichtungen durch Videokommunikation zu verbessern. Dies wurde anhand der Anwendungsfelder Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten sowie Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende erprobt.

Die Diakonie Osnabrück Stadt und Land war Projektnehmer und agierte zugleich als Projektleitung. In die Erprobung waren zwei stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen eingebunden. Als Partnereinrichtungen für den interdisziplinären Austausch via Videokommunikation waren eine Haus- sowie eine Facharztpraxis und ein Sanitätshaus vorgesehen. Insgesamt waren jeweils drei Mitarbeitende der beiden Pflegeeinrichtungen, eine Mitarbeiterin des Sanitätshauses und fünf Mitarbeitende der niedergelassenen Hausarzt- sowie Facharztpraxis am Projekt TvK-Stat beteiligt.

Ärztliche Visiten und Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende

Ursprünglich war geplant, Videokommunikation für den interdisziplinären Austausch zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen sowie Ärzten zu nutzen. Die Einbindung der Haus- und Fachärztinnen und -ärzte erwies sich jedoch als deutlich komplexer als anfänglich angenommen. Zwar hatten mehrere Praxen ihre Teilnahme am Modellprogramm vorab zugesagt, doch die Organisation der Videokommunikation und insbesondere die Terminkoordination stellten eine große Herausforderung dar. Bis zuletzt wurden die Visiten eher in Einzelfällen getestet. Eine

regelmäßige Durchführung kam nicht zustande. Häufig wurde weiterhin der klassische Vor-Ort-Besuch in der Pflegeeinrichtung gegenüber der Videokommunikation bevorzugt. Die Rekrutierung weiterer Ärztinnen und Ärzte während der Projektlaufzeit gelang nur bedingt, vor allem aufgrund zeitlicher Einschränkungen. Eine weitere Arztpraxis konnte für das Vorhaben gewonnen werden, jedoch erst kurz vor Abschluss des Projekts, so dass Videokommunikation bisher noch nicht zum Einsatz gekommen ist.

Auch das Vorhaben, Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende zwischen unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen zu etablieren, gestaltete sich schwierig. Geplant war, Pflegefachpersonen mit spezieller Expertise – etwa in der Wundversorgung – einzubinden, damit Mitarbeitende aus anderen Einrichtungen diese bei fachlichen Fragen kontaktieren können. Bereits das Identifizieren dieser Expertinnen und Experten dauerte jedoch erheblich länger als vorgesehen. Hinzu kam, dass das Angebot von den beteiligten Pflegefachpersonen kaum nachgefragt wurde.

Technik: Soft- und Hardware

Das Projekt TvK-Stat nutzte die zertifizierte Videokommunikationssoftware Sprechstunde.Online. Die Software wurde unabhängig von der Pflegedokumentationssoftware eingesetzt, eine Schnittstelle war nicht vorgesehen. Sprechstunde-Online wurde als sehr niedrigschwellig erlebt, die Nutzung erfolgte sehr intuitiv. Darüber hinaus wurde der hilfreiche Support gelobt.

Ergebnisse des Projekts

Gleichzeitig zeigte die Erprobung auch die Grenzen der Implementierung der Telepflege auf. TvK-Stat hatte im Verlauf des Modellprogramms mit zahlreichen Herausforderungen zu kämpfen. Dies hatte zur Folge, dass nur wenige Erfahrungen mit der Nutzung von Videokommunikation gesammelt werden konnten. Aus Projektsicht lässt sich ableiten, dass eine frühere Einbindung der Pflegefachpersonen in die Konzeptionsphase wichtig gewesen wäre, um die Passgenauigkeit der Idee besser mit den tatsächlichen Bedarfen abzugleichen.

> „Durch die Erprobung habe ich gelernt, wie essenziell die frühzeitige Beteiligung aller beteiligten Stakeholder ist. Die Prozesse rund um die Sensibilisierung für das Thema sind sehr zeitaufwändig, weil man gleichzeitig Angehörige, Mitarbeitende sowie Bewohnerinnen und Bewohner mitdenken muss.“ (TvK-Stat_d)

Und (wie) geht es weiter?

Zum Zeitpunkt des Projektendes war noch unklar, ob die im Projekt erprobten Inhalte fortgeführt werden. Die Pflegeeinrichtungen wollten die laufenden Softwarelizenzen bis Ende 2025 weiter nutzen, um weitere Erfahrungen mit der Nutzung von Videokommunikation zu sammeln.

8.10 Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit gem. § 37 Absatz 3 SGB XI | Cordi Esse

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit** hatte das Ziel die Beratung zu digitalisieren. Hierfür erfolgte Beratung gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI via Videokommunikation.

Was?

Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Wer?

- **Pflegesetting**: Ambulante Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Ein ambulanter Pflegedienst
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen und Pflegebedürftige sowie Angehörige

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: Doctolib Videosprechstunde (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Im Projekt Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit wurde videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI erprobt. Der ambulante Pflegedienst Cordi Esse war Projektnehmer und übernahm gleichzeitig die Projektleitung. An der Erprobung waren vier Mitarbeitende des Pflegedienstes aktiv beteiligt.

Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Der Pflegedienst Cordi Esse führte Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI im ländlichen Raum des Landkreises Fürstenfeldbruck durch. Um die damit verbundenen langen Fahrtzeiten zu reduzieren, wurde im Rahmen des Modellprogramms die Digitalisierung der Beratung erprobt.

Ursprünglich war angedacht, Pflegebedürftige des Pflegedienstes zusätzlich ein weiteres, offenes Beratungsangebot anzubieten. Pflegebedürftige sowie deren Angehörige sollten online Terminslots buchen können, um kurzfristig akute Fragen zu klären – etwa zu Wundversorgung oder Hilfsmitteln. Dieses Konzept wurde jedoch zunächst pausiert, einerseits, weil sich die Terminvereinbarungen über den Videodienst nicht kurzfristig umsetzen ließen, und andererseits, um eine Überlastung der Mitarbeitenden zu vermeiden. Perspektivisch soll die bedarfsorientierte Beratung nach Projektabschluss umgesetzt werden.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt kam die zertifizierte Videokommunikationssoftware des Anbieters Doctolib zum Einsatz. Ursprünglich war geplant, die Videosoftware in die Pflegesoftware .snap von Euregon zu integrieren, in der auch die Beratungsgespräche dokumentiert werden. Diese Integration konnte jedoch nicht realisiert werden, wodurch Doppelstrukturen bei Dokumentation und Terminbuchung entstanden. Perspektivisch gilt es, hierfür eine nachhaltige Lösung zu entwickeln.

Ergebnisse des Projekts

Die am Projekt beteiligten Pflegefachkräfte setzten sich zunächst gemeinsam im Team damit auseinander, wie die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI per Video durchgeführt werden kann und welche Zielgruppe sich besonders für dieses Angebot eignet. Anfangs wurde die Anfrage zur Teilnahme an der Erprobung breit gestreut, doch es zeigte sich nach Rückmeldung in den Fach- und Plausibilisierungsgesprächen der Evaluation, dass eine gezielte und individuelle Ansprache der Pflegebedürftigen deutlich besser geeignet war. Im Projektverlauf nahm die Akzeptanz der videogestützten Beratung sowohl bei den Mitarbeitenden des Pflegedienstes als auch bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen spürbar zu. Weitere Pflegebedürftige fragten nach Online-Terminen, darunter auch Personen, die das Angebot zunächst abgelehnt hatten, häufig aufgrund positiver Rückmeldungen anderer Teilnehmender. Die Terminierung der Beratungsgespräche über den Videodienst verlief zunehmend routiniert. Teilnehmende, die mehrfach an Beratungen teilnahmen, berichteten, sich beim zweiten Online-Termin sicherer zu fühlen – sowohl bei der Einwahl als auch während des Gesprächs.

Und (wie) geht es weiter?

Im Abschlussgespräch zu Projektende wurde berichtet, dass der Pflegedienst die Weiterführung videogestützter Beratungsgespräche in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI vorsieht. Ein Softwarewechsel wurde dabei als mögliche Option in Betracht gezogen. Darüber hinaus wurden weitere Einsatzmöglichkeiten der zertifizierten Software diskutiert: Neben der bereits erwähnten bedarfsorientierten Beratung könnten beispielsweise pflegerisch begleitete Televisiten, durchgeführt werden, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärztinnen bzw. Ärzten ermöglichen sollen. Erste Kontakte zu Arztpraxen waren zu diesem Zeitpunkt bereits hergestellt.

> „Das Modellprogramm hat die Akzeptanz für Digitalisierung in unserem Pflegedienst spürbar erhöht. Inzwischen herrscht eine breite Offenheit – jetzt tröpfelt es überall rein, und wir erkennen immer mehr Anwendungsmöglichkeiten und Optimierungspotenziale über das Programm hinaus.“ (Videobasierte Beratung in der Häuslichkeit_d)

8.11 Virtuelle Fürsorge | Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden und Württemberg

PROJEKTSTECKBRIEF

Das Projekt **Virtuelle Fürsorge** erprobte die Durchführung und Eignung von Beratungsgesprächen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie die kollegiale Beratung via Videokommunikation.

Was?

- **Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI**
- **Anleitung und Unterstützung**

Wer?

- **Pflegesetting**: Ambulante Langzeitpflege
- **Einrichtungen**: Fünf ambulante Pflegedienste
- **Zielgruppe**: Pflegefachpersonen sowie Pflegebedürftige und Angehörige

Wie?

- **Telepflege**: Videosoftware
  - Software: SprechstundeOnline (zertifizierte Videosoftware)
  - Integration: Keine Schnittstelle zwischen Videosoftware und Pflegedokumentationssoftware

Allgemeine Merkmale

Das Projekt Virtuelle Fürsorge nutzte Videokommunikation, um videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI anzubieten. Darüber hinaus wurde der zertifizierte Videodienst auch genutzt, um Möglichkeiten für Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender zu erproben. Das Projekt zeichnete sich generell durch ein breites Interesse der Beteiligten aus, weitere Anwendungsmöglichkeiten von Videokommunikation zu erproben. Ebenfalls angedacht jedoch nicht umgesetzt wurden die Schulung von Angehörigen nach § 45 SGB XI in der Häuslichkeit.

Als Projektträger und zugleich Projektleitung fungierte das Diakonische Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden und Württemberg. Im Projektkonsortium wirkten fünf ambulante Pflegeeinrichtungen mit, die im Rahmen der Erprobung eine zentrale Rolle einnahmen. Rund 16 Mitarbeitende der fünf Pflegeeinrichtungen waren aktiv in die Umsetzung eingebunden.

Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI und Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende

Die eingebundenen Pflegedienste starteten die Erprobung der Videokommunikation mit den videogestützten Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Die Einführung verlief zügig und die Beratungen konnten erfolgreich umgesetzt werden. Einen zusätzlichen Aufwand

stellte jedoch die organisatorische Abstimmung dar, damit der Wechsel zwischen Beratung in der Häuslichkeit und der Beratung per Video eingehalten wird.

Während das Anwendungsfeld Beratung zu Beginn besonders im Vordergrund stand, wurden im weiteren Verlauf des Projekts verstärkt die Anleitung von Pflegehilfskräften und Auszubildenden im dritten Lehrjahr sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung per Video erprobt. Dies zielte darauf ab, die Qualität der Pflege sicherzustellen, den Wissenstransfer zu fördern und gleichzeitig die Selbstständigkeit der Mitarbeitenden zu stärken. Pflegehilfskräfte und Auszubildenden konnten während ihrer Tour per Videokommunikation Pflegefachpersonen hinzuschalten, z. B. um Fragen zu klären. Diese beurteilten die Situation und gaben Hilfestellung. Darüber hinaus wurde Videokommunikation auch als Instrument eingesetzt, um den Pflegeprozess der Pflegehilfskräfte zu begleiten und die Qualität der Pflege sicherzustellen. In diesen Situationen kam während der Erprobung jedoch frühzeitig das Problem auf, dass der Videoausschnitt nicht die erforderliche Größe aufwies, um die Handlungen der Pflegekraft adäquat beurteilen zu können.

Technik: Soft- und Hardware

Im Projekt kam die zertifizierte Videosoftware Sprechstunde.Online zum Einsatz. Eine Integration oder Schnittstelle zur Pflegedokumentationssoftware waren in der Projektplanung nicht vorgesehen, wurden jedoch im Rückblick als zentraler Verbesserungsbedarf identifiziert. Grund dafür war die aufwendige Terminorganisation, die eine dreifache Kalenderführung erforderte: Termine mussten in der Videoplattform angelegt, anschließend in Outlook übertragen und zusätzlich in der Pflegesoftware eingetragen werden. Als weiteres Hemmnis wurde beschrieben, dass Videogespräche mit der eingesetzten Software nicht spontan möglich waren. Vor jedem Gespräch musste ein Link erstellt und versendet werden, da ein direkter Anruf softwareseitig nicht vorgesehen war. Dadurch erwiesen sich klassische Telefonate oder ein kurzer Vor-Ort-Besuch häufig als schneller und unkomplizierter als ein Videogespräch.

Ergebnisse und Nachhaltigkeit

Die videogestützte Beratung nach § 37 Absatz 3 SGB XI konnte in allen Pflegeeinrichtungen etabliert werden. In einer der beteiligten Einrichtungen wurde die Durchführung jedes zweiten Beratungsgesprächs in digitaler Form als fester Bestandteil eingeführt. Zudem fielen die Unterschiede zwischen videobasierter Beratung im Vergleich zum Beratungsgespräch in der Häuslichkeit mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen deutlich geringer aus als ursprünglich befürchtet.

> „Wir möchten die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI nach dem Ende der Erprobung weiter videobasiert anbieten. Das wird ein Thema der Zukunft.“ (VirtuelleFürsorge_f)

Und (wie) geht es weiter?

Auch die Fortführung der digitalen Begleitung und Qualitätssicherung in Form von punktuellen Konsultationen bei Touren von Pflegehilfskräften und Auszubildenden soll weiter umgesetzt werden. Eine zentrale organisatorische Herausforderung, die zum Projektende noch nicht abschließend geklärt werden konnte, war die Finanzierung der Lizenzgebühren sowie ein möglicher Wechsel des Softwareanbieters.

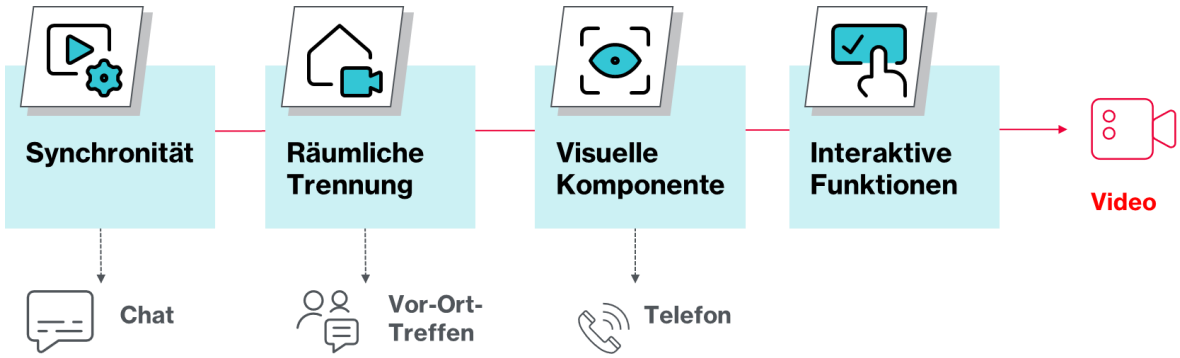
9 Zusammenfassung | Projektübergreifende Analyse

9.1 Eignung von Videokommunikation im Modellprogramm

Telepflege eröffnet Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, den Austausch und die Kommunikation innerhalb der Profession Pflege, mit Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie mit weiteren Leistungserbringern neu zu gestalten. Ein zentrales Ergebnis der Evaluation ist dabei, dass Kommunikationsanlässe in den Projekten dann besonders erfolgreich per Videokommunikation umgesetzt werden konnten, wenn deren spezifische Merkmale für die jeweilige Rolle einen klaren Mehrwert gegenüber anderen Kommunikationsformen boten. Dies erscheint retrospektiv zwar naheliegend, jedoch zeigte die Auswertung der Projektplanung, dass ursprünglich vorgesehene Kommunikationsanlässe teilweise nicht oder nur eingeschränkt umgesetzt wurden, weil sich der Einsatz des zertifizierten Videodienstes nicht wie geplant eignete. Für eine nachhaltige Etablierung von Videokommunikation ist es daher zu empfehlen, geplante Vorhaben zunächst anhand der zentralen Merkmale von Videokommunikation zu prüfen – Synchronität, räumliche Trennung, visuelle Komponente sowie interaktive Funktionen (Abbildung 16).

Abbildung 16: Merkmale von Videokommunikation und Kommunikationsalternativen

Schema für die Bewertung der Eignung von Videokommunikation



Quelle Abschlussbefragung der Nutzerinnen und Nutzer

© Prognos 2025

Im Modellprogramm erwies sich Videokommunikation insbesondere dann als praktikabel, wenn ein Austausch *in Echtzeit* – also *synchron* – erforderlich war. Der Einsatz von Chat- und Messenger-Diensten hingegen zeigte sich als vorteilhaft, wenn Asynchronität gewünscht oder ausreichend war. Die schriftliche Kommunikation war weniger aufwendig in der Anbahnung und wurde in zwei Projekten erfolgreich für den kontinuierlichen, eher alltäglichen Austausch mit Angehörigen sowie für die interne Kommunikation zwischen professionell Pflegenden genutzt.

Ein weiterer zentraler Vorteil ist die *Ortsunabhängigkeit*, wie bereits durch den Begriff *Telepflege* verdeutlicht wird. Die Vorsilbe „tele-“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „fern“ oder „weit entfernt“. Damit ermöglichte Videokommunikation in den Projekten die niedrigschwellige

Einbindung unterschiedlicher Personen, wenn ein Vor-Ort-Treffen weniger bzw. nicht geeignet war. Beispielsweise profitierten hiervon berufstätige Angehörige, alleinlebende Pflegebedürftige sowie Pflegeeinrichtungen mit knappen personellen Ressourcen oder in ländlichen Regionen mit langen Fahrtwegen. Dies galt auch in Situationen, in denen die hausärztliche Versorgung vor Ort fehlte, Fachärztinnen und -ärzte in die Versorgung eingebunden werden sollten oder interdisziplinäre Fallbesprechungen per Video durchgeführt wurden.

Weiter ermöglicht Videokommunikation, im Vergleich zum Telefon, zusätzlich das Erfassen *visueller Signale* wie Mimik und Gestik, die für die Einschätzung von Befindlichkeiten und die Beziehungsgestaltung von Bedeutung sind. Darüber hinaus können Teilnehmende Informationen teilen und direkt besprechen. Diese visuelle und *interaktive Komponente* stellte in unterschiedlichen Situationen in den Projekten einen besonderen Mehrwert dar und war damit ein Kriterium für die Entscheidung zugunsten des Einsatzes von Videokommunikation.

9.2 Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Ausgehend von den in Kapitel 7 dargestellten Ergebnissen wird nachfolgend der Einsatz von Videokommunikation für den Austausch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen für die Anwendungsfelder Beratung und Betreuung zusammengefasst dargestellt und die Eignung bewertet. Für den Austausch mit Pflegebedürftigen und Angehörigen erwies sich dabei generell eine klare Zielgruppendefinition als zentrale Gelingensbedingung, um relevante Zugangsanforderungen wie Unterstützungsbedarfe oder Endgeräte zu bestimmen.

9.2.1 Videogestützte Beratung für Pflegebedürftige und Angehörige

Videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI

Für die Durchführung von videogestützten Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI ist sozialrechtlich vorgesehen, dass zuvor ein Erstbesuch in der Häuslichkeit erfolgt sein muss oder der letzte Beratungsbesuch vor Ort stattgefunden hat (Stand: Dezember 2025). Die empirischen Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Befragten den direkten Nutzen der Videoberatung vor allem in der deutlich schnelleren und flexibleren Terminvereinbarung sowie in der besseren Integration in den Alltag von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Pflegefachpersonen sehen. Mit der reduzierten Notwendigkeit physischer Präsenz verbundene Effizienzpotenziale sind: Weniger Fahrzeiten für professionell Pflegende, aber auch entfernt wohnende Angehörige, wenn diese an der Beratung teilnehmen möchten, geringerer organisatorischer Aufwand, z. B. für die Tourenplanung und damit insgesamt eine im Rahmen des Modellprogramms wahrgenommene Entlastung im Arbeitsalltag von Pflegefachpersonen. Dabei eröffnete die Videoberatung die Möglichkeit flexibler Arbeitsmodelle für die Beraterinnen und Berater, wie etwa Homeoffice, was auch in den Projekten vereinzelt umgesetzt wurde (Abbildung 17).

Einschränkungen der videogestützten Beratung bestehen darin, dass das Sichtfenster auf den Bildschirm begrenzt ist. Dies schränkt die vollständige Erfassung des häuslichen Umfelds sowie praktische Anleitungen ein und kann in bestimmten Fällen eine physische Präsenz erforderlich machen. Die befragten Pflegefachpersonen bewerteten diese Einschränkung jedoch überwiegend nicht als gravierend. Im Gegenteil: Sie bewerteten das Smartphone mehrheitlich als

ausreichend geeignetes Endgerät für die Durchführung der Beratung. Pflegedienste, deren Mitarbeitende stärkere Einschränkungen wahrnahmen und die Beratung vor Ort in der Häuslichkeit bevorzugten, setzten die videogestützte Beratung in Folge nur dann ein, wenn dies ausdrücklich seitens der Pflegebedürftigen angefragt wurde oder wenn ein Hausbesuch nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich gewesen wäre.

Videogestützte Beratung als offenes Angebot nach Bedarf

Viele Aspekte der Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI lassen sich auch auf videogestützte Beratungsformate im Allgemeinen übertragen, einschließlich der im Modellprogramm erprobten bedarfsorientierten Beratung. Ein wesentlicher Unterschied bestand darin, dass dieses Angebot vollständig digital und nicht im stetigen Wechsel mit Vor-Ort-Besuchen umgesetzt wurde. Bei vollständig digitalen Beratungsangeboten wurde von den Beteiligten empfohlen, dass die pflegebedürftige Person zumindest zeitweise zu sehen ist, beispielsweise bei der Beratung von Familien mit pflegebedürftigen Kindern (Abbildung 17).

Darüber hinaus wurden neben den terminierten Beratungsgesprächen auch Ad-hoc-Beratungen in akuten Situationen umgesetzt und nachgefragt. Für die Umsetzung solcher kurzfristigen Beratungen ist ein zeitlicher Puffer seitens der Leistungserbringer bzw. Pflegedienste erforderlich. Als zentraler Mehrwert wurde hierfür hervorgehoben, dass die bedarfsorientierte Ad-hoc-Beratung schnelle Hilfe bietet und ein zusätzliches Sicherheitsgefühl vermittelt. Im besten Fall können nach erfolgreicher Klärung des Sachverhalts sogar Arztbesuche vermieden werden.

Bewertung der Evaluation

- Eignung Einsatz Videokommunikation: ●
- Organisation und Aufwand: ●

Die Ergebnisse zum Mehrwert des Einsatzes von Videokommunikation für videogestützte Beratung sowie die vergleichsweise niedrigschwelligen Anforderungen an Zugang und Machbarkeit (z. B. Einsatz eines Smartphones) erlauben die Bewertung einer hohen Eignung für den Einsatz zertifizierter Videokommunikation für den Kommunikationsanlass.

Die Erfahrungen der am Modellprogramm Beteiligten stützen die Annahme, dass eine qualitativ hochwertige Umsetzung von Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI möglich ist, insbesondere da diese in Kombination mit persönlichen Besuchen erfolgt. Der tatsächliche Einsatz hängt neben dem Einverständnis der Pflegebedürftigen stets von der fachlichen Einschätzung der beteiligten Pflegefachpersonen ab.

Hinsichtlich Organisation und Terminierung bietet die videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI im Vergleich zu einem Hausbesuch eine höhere Flexibilität und einen tendenziell geringeren Aufwand durch den Wegfall von Fahrzeiten. Damit stehen der erwartete Mehrwert und der erforderliche Aufwand in einem günstigen Verhältnis.

Legende: ● hohe Eignung/ hohe Realisierbarkeit

Abbildung 17: Anwendungsfeld Beratung – Anforderungen, Praktikabilität und Nutzen von Videokommunikation

Beratung (nach § 37 Abs. 3 SGB XI, bedarfsorientiert)

ANFORDERUNGEN

Pflegebedürftige und Angehörige
- Definierte Zielgruppe, z. B. stabiler Gesundheitszustand/Gesamtsituation
- Unterstützung bei Techniknutzung und/oder ausreichende technische Affinität nötig

Technik
- Endgerät mit Kamera und Mikrofon
- Smartphone grundsätzlich ausreichend

Pflegefachperson
- Ansprechperson vor Ort und/oder telefonisch
- Technisches Wissen über Videokommunikation/Software
- Kompetenzen zur Vermittlung technischer Inhalte

PRAKTIKABILITÄT

Merkmale

Die Eignung von Videokommunikation für Beratungsangebote zeigt sich vor allem in Situationen, in denen Ortsunabhängigkeit entscheidend ist – etwa für berufstätige Personen oder Pflegeeinrichtungen, die mit begrenzten Ressourcen ein gutes Angebot sicherstellen möchten.

Dadurch lassen sich Termine flexibler gestalten und Angehörige oder Dritte können online zugeschaltet werden.

Einschränkungen bestehen jedoch bei der vollständigen Erfassung des häuslichen Umfelds, oder praktischer Anleitungen.

MEHRWERT

Direkter Nutzen

+ Schnelle und flexible Terminierung von Beratung
+ Integration in Alltag von Pflegebedürftigen/Familien

§ 37 Abs. 3 SGB XI
+ Mehr Privatsphäre für Pflegebedürftige

Bedarfsorientierte Ad-hoc-Beratung
+ Schnelle Hilfe, emotionale Unterstützung
+ Sicherheitsgefühl durch Angebot

Auswirkung und Effizienz

+ Zusätzliches Beratungsangebot
+ Flexible Arbeitszeiten/Home-Office-Möglichkeiten
- Weniger Fahrzeiten (Angehörige, professionell Pflegende)

§ 37 Abs. 3 SGB XI
- Weniger Stress im Arbeitsalltag

Bedarfsorientierte Beratung
+ Kompetenzentwicklung professionell Pflegender
+ Zugang zu Versorgungstrukturen für Beratene
- Weniger Arztbesuche

Rahmenbedingungen

§ 37 Abs. 3 SGB XI
- Anfangsbesuch in der Häuslichkeit hat stattgefunden.

Bedarfsorientiert
- Pflegebedürftige Person ist (teilweise) anwesend, z. B. pflegebedürftiges Kind
- Zeitlicher Puffer, wenn Ad-hoc-Beratung ermöglicht werden soll

Gelingensfaktoren

- Bereits bestehendes Vertrauensverhältnis
- Schritt-für-Schritt Anleitung für Terminierung und Zugang
- Erinnerungen per Telefon oder E-Mail

Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

9.2.2 Videogestützte Betreuungsangebote für Pflegebedürftige

Im Modellprogramm waren die Betreuungsangebote primär für alleinlebende und ambulant versorgte Pflegebedürftige sowie für Seniorinnen und Senioren konzipiert, die nicht über die Ressourcen verfügen, um an externen Angeboten teilzunehmen. Aber auch in stationären Pflegeeinrichtungen wurde Videokommunikation als Ergänzung zu bestehenden Betreuungsangeboten eingesetzt. Diese anvisierte Zielgruppe zeichnete sich durch einen höheren Unterstützungsbedarf aus, in der Regel konnte nicht auf die Hilfe von Angehörigen zurückgegriffen werden. Da den Seniorinnen und Senioren nicht immer Endgeräte zur Verfügung standen, kamen im Projekt Leihgeräte zum Einsatz. Die Bildschirmgröße spielte hierfür eine zentrale Rolle, für die Angebote wurden Tablets oder größere Endgeräte als erforderlich erachtet.

Der organisatorische und technische Aufwand war teilweise erheblich, so die Rückmeldung aus dem Projekt – beginnend bei der individuellen Schulung der Teilnehmenden und der Ausstattung mit geeigneten Endgeräten, bis hin zur Sicherstellung einer stabilen Verbindung und technischer Unterstützung im Rahmen der Durchführung.

Der direkte Nutzen der videogestützten Betreuung wurde von den Beteiligten vor allem für Seniorinnen und Senioren im sozialen Austausch wahrgenommen, der in deren vertrauter Umgebung stattfinden konnte, sowie in der grundsätzlichen Möglichkeit, Betreuungsangebote auch ambulant in der Häuslichkeit bereitzustellen. Darüber hinaus förderte sie das Gemeinschaftsgefühl durch Gruppenangebote und ermöglichte den Erwerb digitaler Kompetenzen, die den Seniorinnen und Senioren auch in anderen Kontexten zugutekommen, beispielsweise beim Kontakt mit der Familie, und ihre Teilhabe stärkte (Abbildung 18).

Bewertung der Evaluation

- Eignung Einsatz Videokommunikation: ●
- Organisation und Aufwand: ●

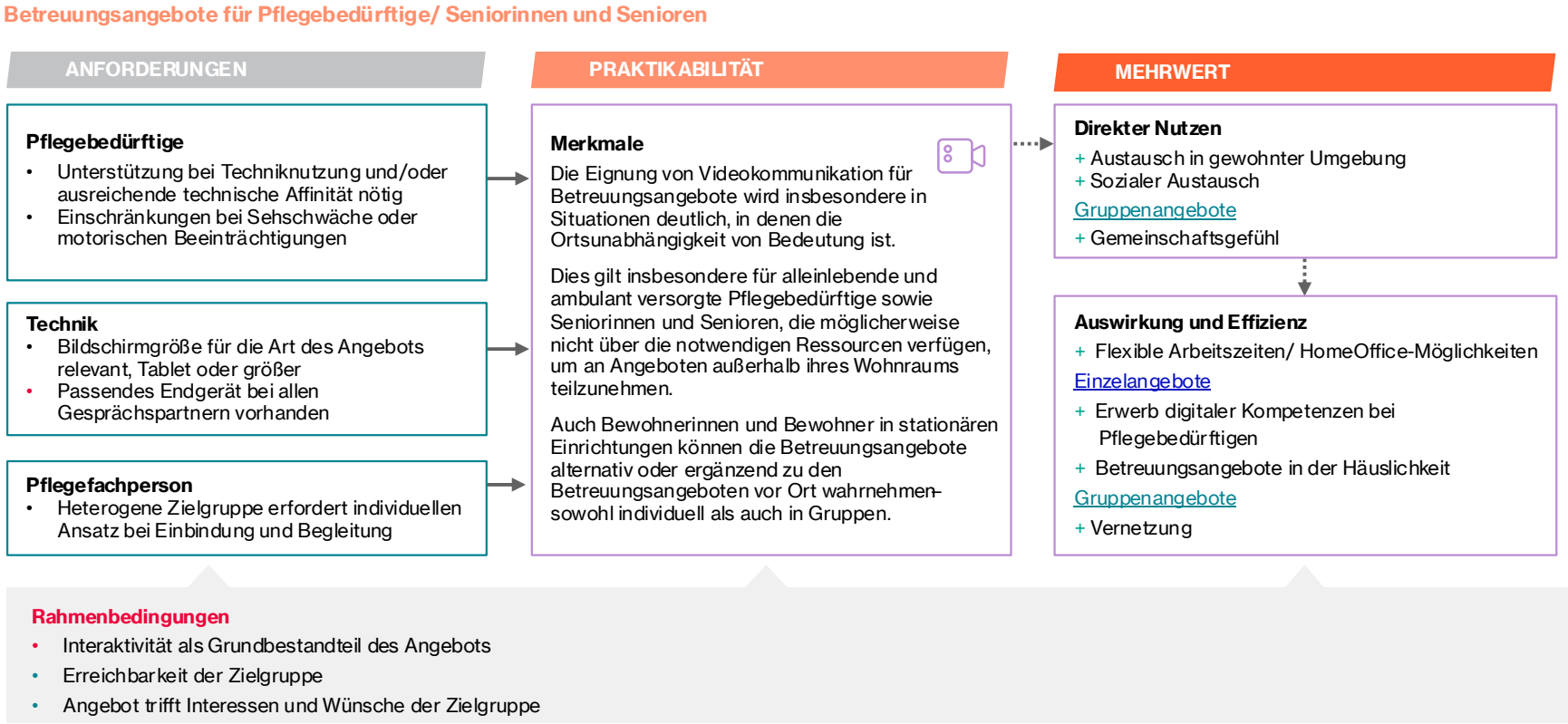
Das Modellprogramm verdeutlichte Vorteile durch den Einsatz von Videokommunikation für Seniorinnen und Senioren. Gleichzeitig zeigen die vergleichsweise hohen Anforderungen an Zugang und Machbarkeit (z. B. geeignete Endgeräte), dass der Einsatz von Videokommunikation in diesem Kontext mit Herausforderungen verbunden ist. Es zeigte sich, dass das Gelingen in besonderem Maße vom Engagement der beteiligten Pflegefachpersonen abhing. Grundsätzlich gilt: Für Betreuungsangebote, die (zertifizierte) Videokommunikation nutzen, ist eine Interaktivität entscheidend, die über die Bildübertragung hinausgeht und gezielt Austausch und Kommunikation fördert.

Organisatorisch ergab sich ein erhöhter Aufwand, insbesondere aufgrund des hohen Schulungs- und Unterstützungsbedarfs. Die Bereitstellung und Verteilung von Leihgeräten stellte im Modellprogramm eine zusätzliche Hürde dar, zumal die technische Unterstützung und Passgenauigkeit der Technik bei der Durchführung nicht immer gegeben waren. Mehrwert und Aufwand standen nicht immer in einem ausgewogenen Verhältnis.

Legende: ● *Eignung mit Einschränkungen/ Realisierbarkeit mit Einschränkungen*

Abbildung 18: Anwendungsfeld Betreuung – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation

Risiken für den Umsetzungserfolg bezogen auf die Erfahrungen im Modellprogramm (!)



Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

9.3 Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren

Das Modellprogramm verdeutlicht, dass Telepflege Potenzial bietet, den fachlichen Austausch innerhalb der Profession Pflege sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken. Die empirischen Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass sich Videokommunikation insbesondere für terminierte Sprechstunden bzw. angekündigte Videoanrufe eignet. Grenzen bestehen jedoch: Physische Untersuchungen lassen sich nicht ersetzen und bei komplexen Fällen bleibt eine persönliche Visite unverzichtbar. Diese Abwägung obliegt den professionell Pflegenden.

9.3.1 Anleitung und Unterstützung für professionell Pflegende

Im Modellprogramm eröffnete Videokommunikation neue Möglichkeiten zur Begleitung und Unterstützung von Auszubildenden sowie Pflegehilfskräften innerhalb von Pflegeeinrichtungen – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Langzeitpflege. Der Einsatz diente dem Wissensaufbau und der Qualitätssicherung, beispielsweise durch die digitale Begleitung neuer Mitarbeitender auf Touren im ambulanten Bereich. Eine übergreifende Unterstützung über verschiedene Pflegeeinrichtungen hinweg konnte hingegen aufgrund der fehlenden Nachfrage nicht realisiert werden.

Damit Videokommunikation für Anleitung und Unterstützung innerhalb von Pflegeteams erfolgreich eingesetzt werden kann, sollten nach Rückmeldung der Beteiligten bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein: Dazu gehören ein systematischer Aufbau technischer Kompetenzen sowohl bei den Pflegefachpersonen, die die videobasierte Unterstützung leisten, als auch bei Pflegehilfskräften und Auszubildenden, die Unterstützung während der pflegerischen Versorgung erhalten. Ebenso ist eine klare Abstimmung erforderlich, in welchen Situationen Videokommunikation sinnvoll eingesetzt werden kann bzw. soll. Auf technischer Ebene wurden eine stabile Halterung für das Endgerät sowie eine Kamera mit ausreichender Bildqualität als entscheidend bewertet, um einen guten Überblick über die Pflegesituation zu gewährleisten und gleichzeitig die Hände während des Videogesprächs frei zu haben.

Als zentrales Hemmnis zeigte sich jedoch die fehlenden zeitlichen Kapazitäten der beteiligten Pflegefachpersonen, um Videoanrufe in den bestehenden Arbeitsablauf zu integrieren. Eine Ad-hoc-Umsetzung erwies sich vor allem im stationären Bereich als kaum umsetzbar, während sie im ambulanten Bereich besser umsetzbar war, wenn die unterstützende Person den Einsatz im Voraus bei der Kapazitätsplanung eingeplant hatte. In der beteiligten stationären Pflegeeinrichtung wurde daher verstärkt auf schriftliche, asynchrone Kommunikation via Chat gesetzt und perspektivisch der Einsatz einer Tele-Nurse diskutiert, um dieses Zusatzangebot sowie weitere Telepflege-Anwendungen dauerhaft etablieren zu können.

Waren die angesprochenen Voraussetzungen erfüllt, zeigten sich im Modellprogramm Potenziale für den Einsatz von Videokommunikation in diesem Anwendungsfeld: Die videogestützte Unterstützung kann die Selbstwirksamkeit und Kompetenzentwicklung der unterstützten Personen fördern und die Arbeits- sowie Aufgabenteilung im Team optimieren und Informationsflüsse effizienter gestalten. Zudem ermöglichte der digitale Austausch eine parallele Dokumentation durch Pflegefachpersonen, was zusätzlich zur Prozessoptimierung beitrug.

Bewertung der Evaluation

- Eignung Einsatz Videokommunikation: 🟢🟡
- Organisation und Aufwand: 🟡

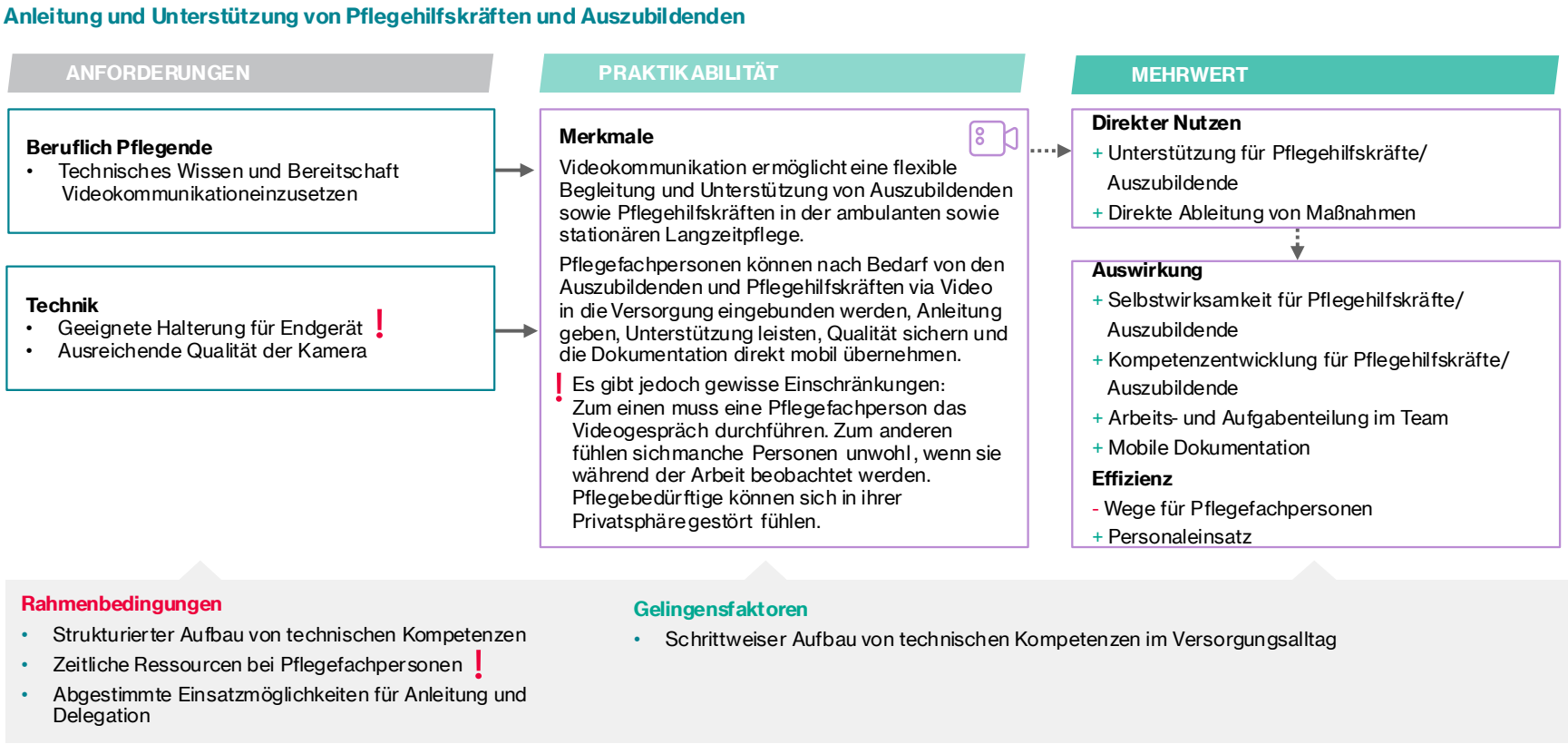
Das Modellprogramm verdeutlichte die Potenziale des Einsatzes von Videokommunikation zur Unterstützung und Anleitung innerhalb der Profession Pflege. Gleichzeitig wurde erkennbar, dass die vergleichsweise hohen Anforderungen an die Machbarkeit – insbesondere hinsichtlich personeller Ressourcen und der Integration in bestehende Arbeitsprozesse – den Einsatz mit erheblichen Herausforderungen verbinden und damit der Mehrwert geringer ausfällt als erhofft. In Phasen erhöhter Arbeitsbelastung konnte die Videokommunikation nicht mehr wie geplant umgesetzt werden, da sie primär als Instrument zur Wissensvermittlung diente und weniger bestehende Arbeitshandlungen ersetzte.

Organisatorisch erwies sich der Einsatz als besonders anspruchsvoll. Insbesondere in stationären Einrichtungen waren die Arbeitsprozesse nicht darauf ausgelegt, kurzfristig ein Videogespräch zu integrieren. Der zusätzliche Koordinations- und Technikaufwand führte dazu, dass der erwartete Mehrwert und der erforderliche Aufwand nicht immer in einem angemessenen Verhältnis standen, zumal der Mehrwert durch die eingeschränkte Machbarkeit gemindert war.

Legende: 🟢 *hohe Eignung/ hohe Realisierbarkeit*
🟡 *Eignung mit Einschränkungen/ Realisierbarkeit mit Einschränkungen*

Abbildung 19: Anwendungsfeld Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation

Risiken für den Umsetzungserfolg bezogen auf die Erfahrungen im Modellprogramm (!)



Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

9.3.2 Pflegerische und interdisziplinäre Fallbesprechungen und Konsultationen

Fallbesprechungen und Konsultationen wurden bereits vor dem Modellprogramm häufiger per Videokommunikation durchgeführt, jedoch ohne Einsatz zertifizierter Videosoftware. Diese digitale Form des Austauschs fand vor allem in Versorgungsstrukturen statt, in denen interdisziplinäre Teams eng zusammenarbeiten und ein hoher Abstimmungsbedarf besteht. Im Modellprogramm zeigte sich dieser Bedarf insbesondere in der Intensiv- und Palliativversorgung. Der Austausch erfolgte sowohl zwischen zwei Personen als auch in größeren Gruppen, wobei Letzteres aufgrund technischer Einschränkungen der zertifizierten Videodienste nicht immer störungsfrei möglich war (Abbildung 20).

Für die erfolgreiche Umsetzung von Fallbesprechungen und Konsultationen per Videokommunikation zeigten sich erforderliche organisatorische Strukturen. Dazu gehörten in den Projekten verbindliche Absprachen zur Terminierung sowie Regelungen für den Umgang mit spontanen Anrufen aus der Versorgungssituation, beispielsweise durch die Festlegung von Zeitfenstern. Auf technischer Ebene ist eine vollständige Ausstattung aller Gesprächspartner mit geeigneter Hard- und Software notwendig. Ergänzend zeigten sich Schnittstellen zu den jeweiligen Primärsoftwaresystemen der Einrichtungen im Modellprogramm als vorteilhaft.

Der Mehrwert von Videokommunikation bei Fallbesprechungen und Konsultationen wurde in der zeitnahen Beurteilung des Gesundheitszustands, der schnellen Entscheidungsfindung sowie dem unmittelbaren Wissensaustausch gesehen. Dies förderte den kontinuierlichen Informationsfluss und stärkte die (interprofessionelle) Zusammenarbeit sowie den Vertrauensaufbau zwischen den Beteiligten. Es ergeben sich Effizienzpotenziale durch weniger Fahrzeiten.

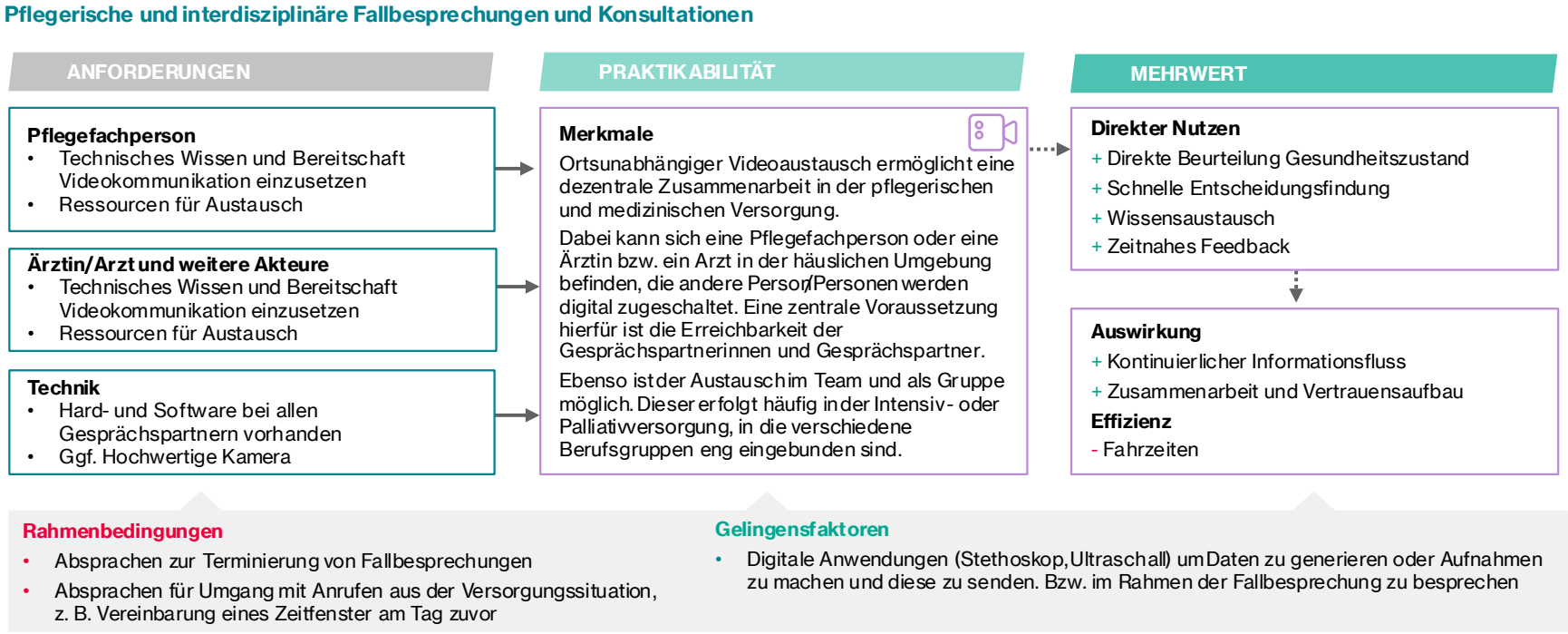
Bewertung der Evaluation

- Eignung Einsatz Videokommunikation: ●
- Organisation und Aufwand: ●

Die Ergebnisse zum Mehrwert des Einsatzes von Videokommunikation für Fallbesprechungen und Konsultationen sowie die vergleichsweise niedrigschwelligen Anforderungen an Zugang und Machbarkeit lassen auf eine hohe Eignung für diesen Kommunikationsanlass schließen. Die empirischen Befunde der Evaluation zeigen, dass eine regelhafte Umsetzung insbesondere in Teams auf Bedarf traf, die bereits interdisziplinär zusammenarbeiteten oder in besonders komplexen Versorgungssituationen wie der Intensiv- und Palliativversorgung tätig waren. Der tatsächliche Einsatz hing jedoch maßgeblich von der Benutzerfreundlichkeit der eingesetzten Technik ab, da eine Vielzahl an (nicht-zertifizierten) Softwarealternativen existiert.

Hinsichtlich Organisation und Terminierung bot der videogestützte Austausch eine höhere Flexibilität und führte zu einem Wegfall von Fahrzeiten. In anderen Fällen wäre der Austausch ohne Videokommunikation nicht oder deutlich seltener erfolgt. Damit stehen der Mehrwert und der erforderliche Aufwand in einem günstigen Verhältnis.

Abbildung 20: Anwendungsfeld Fallbesprechungen und Konsultationen – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation



Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

9.3.3 Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten

Pflegefachpersonen übernahmen im Modellprogramm eine zentrale Rolle bei der Umsetzung ärztlicher Visiten per Videokommunikation. Sie planten und koordinierten die Visiten, führten die Bedarfsabfrage in der Einrichtung durch, begleiteten die Gespräche und setzten bei Bedarf vorab bzw. während der Visite Ferndiagnoseinstrumente ein.

Damit Visiten per Video im Modellprogramm ressourcenschonend koordiniert und umgesetzt werden konnten, war es entscheidend, dass die Ärztin oder der Arzt eine ausreichende Zahl an Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung betreute. Dies bildet die Grundlage für eine nachhaltige Nutzung des Formats über das Modellprogramm hinaus. Zusätzlich mussten Ärztinnen und Ärzte entsprechende zeitliche Ressourcen einplanen. Diese Anforderungen stellten im Modellprogramm eine wesentliche Herausforderung dar und führten sogar dazu, dass das Anwendungsfeld nicht in allen geplanten Einrichtungen erprobt werden konnte. Auf technischer Ebene war für die Durchführung eine hochauflösende Kamera erforderlich, beispielsweise für die Wundbeurteilung. Als wichtiges Qualitätsmerkmal wurde von den Beteiligten benannt, dass die Ärztin oder der Arzt für die Pflegebedürftigen gut sichtbar und ansprechbar sein sollte.

Der direkte Nutzen videogestützter ärztlicher Visiten wurde von den Beteiligten in schnelleren Terminvereinbarungen und der Möglichkeit, zeitnah Maßnahmen einzuleiten, gesehen. Darüber hinaus erleichtert die Videokommunikation die Vorabeinschätzung, ob ein physischer Arztbesuch notwendig ist, und stärkte die Einbindung professionell Pflegender in diagnostische Prozesse. Sie förderte den interdisziplinären Wissensaustausch und reduzierte gleichzeitig Fahrtzeiten, Telefonaufwand sowie die Anzahl von Vor-Ort-Visiten.

Bewertung der Evaluation

- Eignung Einsatz Videokommunikation: 🟢
- Organisation und Aufwand: 🟢🟡

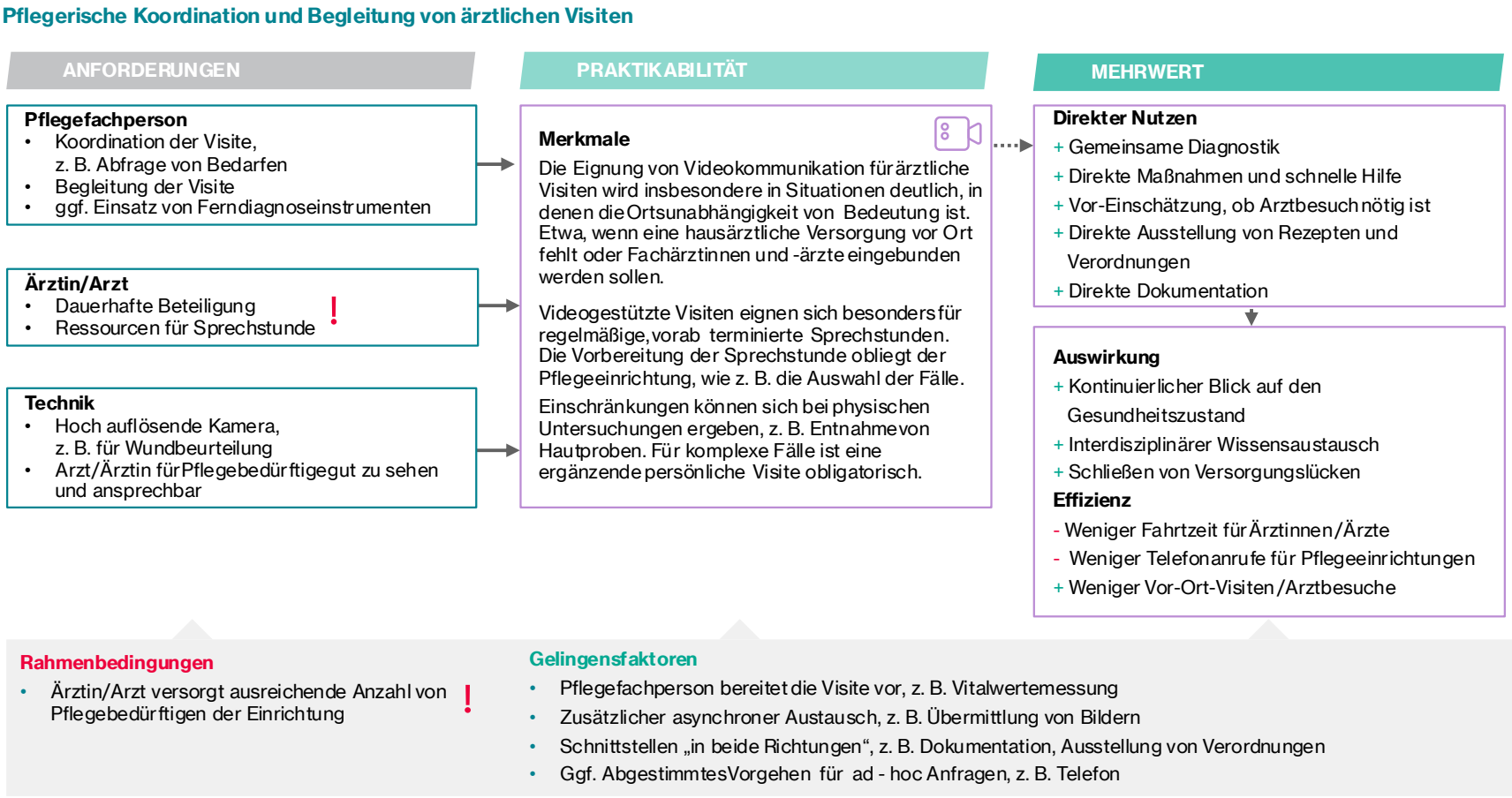
Das Modellprogramm verdeutlichte den potenziellen Nutzen ärztlicher Visiten per Video in stationären Pflegeeinrichtungen. Als zentrale Voraussetzung für eine kontinuierliche Nutzung erwies sich, dass die Ärztin oder der Arzt eine ausreichende Zahl an Pflegebedürftigen betreut und entsprechende zeitliche Ressourcen für regelmäßige Visiten einplanten. Diese Anforderungen stellten eine erhebliche Hürde dar.

Im Modellprogramm wurden Potenziale sichtbar. Allerdings standen diese im Schatten der häufig vergeblichen Bemühungen, Ärztinnen und Ärzte für die Projekte oder eine dauerhafte Implementierung zu gewinnen. Insgesamt zeigte sich, dass Aufwand und Nutzen in einigen, aber nicht in allen Projekten in einem ausgewogenen Verhältnis standen. Der Einsatz von Videokommunikation für interdisziplinäre Zusammenarbeit bleibt ein zentrales Zukunftsfeld. Das Gelingen hängt jedoch von der Einbindung von Ärztinnen und Ärzten ab.

Legende: 🟢 hohe Eignung/ hohe Realisierbarkeit

Abbildung 21: Anwendungsfeld Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation

Risiken für den Umsetzungserfolg bezogen auf die Erfahrungen im Modellprogramm (!)



Quelle Fach- und Plausibilisierungsgespräche

© Prognos 2025

10 Fazit

Die Erprobung von Videokommunikation im Rahmen des Modellprogramms nach § 125a SGB XI wurde in 11 von 12 Projekten erfolgreich abgeschlossen und hat wertvolle Erkenntnisse hervorgebracht. Die Evaluation zeigt, in welchen Anwendungsfeldern und Kommunikationsanlässen Videokommunikation besonders geeignet ist – sei es als Ergänzung bestehender Austauschformate (z. B. videogestützte Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI) oder als neue Leistung (z. B. Anleitung und Unterstützung per Video). Einschränkend ist anzumerken, dass die Förderphase von 15 Monaten sehr kurz war, um nachhaltige Auswirkungen festzustellen. Der Austausch per Videokommunikation wurde vorbereitet und erprobt, jedoch konnten sich bedingt durch den kurzen Zeitraum nur bedingt Routinen etablieren.

Der Einsatz von Videokommunikation eröffnete in den Projekten Potenziale für den Austausch mit Pflegebedürftigen, Angehörigen, innerhalb der Profession Pflege sowie für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Gleichzeitig ist Videokommunikation kein Selbstzweck. Die Ergebnisse verdeutlichen: Sie war nicht für alle geplanten Kommunikationsanlässe machbar oder praktikabel. Für bestimmte Anwendungsfelder, wie die Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI oder interdisziplinäre Fallbesprechungen, entfaltet sie einen klaren Nutzen. In anderen Bereichen, etwa beim alltäglichen Informationsaustausch mit Angehörigen, aber auch zwischen professionellen Akteuren, erwiesen sich asynchrone Formate wie Chats oft als bessere Alternative.

Videokommunikation eignet sich vor allem für synchrone Kommunikationsanlässe mit räumlich getrennten Beteiligten. Ist dies nicht der Fall, sind schriftliche und asynchrone Formate schneller und einfacher umzusetzen – oder ein persönlicher Vor-Ort-Besuch bleibt die bevorzugte Option. Wo räumliche Distanz besteht, bietet Videokommunikation klare Vorteile gegenüber dem Telefon: Sie ermöglicht die visuelle Wahrnehmung von Mimik und Gestik, schafft Nähe im Austausch und erlaubt die gemeinsame Betrachtung von Versorgungssituationen oder Daten. Die Koordination und Terminierung ist jedoch mit zusätzlichem Aufwand verbunden (z. B. Versand von Zugangslinks), der nur gerechtfertigt ist, wenn sich daraus ein deutlicher Mehrwert ergibt. Terminierte Videogespräche erwiesen sich als praktikabel, spontane Videokommunikation hingegen als schwierig. Fazit: Ein Mix aus unterschiedlichen Kommunikationsformen ist erforderlich, um bedarfsgerechte Lösungen zu ermöglichen.

Grundsätzlich zeichnete sich das Modellprogramm dadurch aus, dass bewusst bereits etablierte und zertifizierte Videodienstlösungen eingesetzt wurden, die ohne besondere Zugangshürden auskommen und auch anderen Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen. Die Vorbereitung von Videokommunikation brachte zwar Herausforderungen mit sich, erwies sich jedoch in der Retrospektive als gut umsetzbar – ein positives Signal für einen breiteren Einsatz. Anpassungen der Software an die Bedarfe der pflegerischen Versorgung wurden in diesem Kontext mehrfach angeregt. Für einige der erprobten Anwendungsfelder bestehen Wege der Finanzierung, beispielsweise für Beratungen in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI oder für Betreuungsleistungen. Offene Fragen der Finanzierung betreffen vor allem die Anwendungsfelder mit beruflichen Akteuren, aber auch die Übernahme der Kosten für die Lizenzen. Auch ist festzustellen, dass (aktuell) nicht für alle Anwendungsfelder die Zertifizierung nötig gewesen wäre.

Für eine nachhaltige Implementierung sind schnelle Erfolge, möglichst geringer Zusatzaufwand und eine strukturelle Verankerung entscheidend. Perspektivisch bietet Videokommunikation Potenziale für flexiblere Arbeitsbedingungen im ambulanten Bereich (z. B. Beratung in der Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI im Homeoffice) sowie für neue Rollen, etwa die Funktion einer „Tele-Nurse“ für die Durchführung verschiedener Anwendungsfelder per Video.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Forschungsfragen der Ergebnisevaluation 21

Tabelle 2: Vorhaben, Zielgruppen und den Fokus der geförderten Projekte 29

Tabelle 3: Projektnehmer der geförderten Projekte 30

Tabelle 4: Zertifizierte Videosoftware 32

Tabelle 5: Übersicht der beteiligten Mitarbeitenden und Pflegebedürftigen 40

Tabelle 6: Übersicht der beteiligten Mitarbeitenden 41

Tabelle 7: Einflussfaktoren bei der Vorbereitung von Videokommunikation 57

Tabelle 8: Anzahl und Dauer durchgeführter Videogespräche nach Anwendungsfeldern 61

Tabelle 9: Terminierung – Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen 70

Tabelle 10: Nutzenpotenziale von Videokommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen 73

Tabelle 11: Terminierung – Videokommunikation zwischen beruflichen Akteuren 82

Tabelle 12: Nutzenpotenziale der Videokommunikation zwischen beruflich Pflegenden 85

Tabelle 13: Art des Zugangs und damit verbundene Vor- und Nachteile 87

Tabelle 14: Fortführung von Videokommunikation im erprobten Anwendungsfeld 95

Tabelle 15: Einflussfaktoren bei der Konzeption von Videokommunikation 99

Tabelle 16: Einflussfaktoren bei der Erprobung von Videokommunikation 100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anwendungsfelder und Kommunikationsanlässe für Videokommunikation 35

Abbildung 2: Übersicht der beteiligten Pflegeeinrichtungen und Anzahl der Mitarbeitenden 39

Abbildung 3: Übersicht der beteiligten Partnereinrichtungen und Anzahl der Mitarbeitenden 41

Abbildung 4: Maßnahmen zur Förderung von digitalem Arbeiten 43

Abbildung 5: Interne Kommunikation und Datenaustausch 44

Abbildung 6: Kommunikation mit anderen Leistungserbringern 45

Abbildung 7: Kommunikation mit Pflegebedürftigen und Angehörigen 46

Abbildung 8: Phasen der Projektumsetzung und Maßnahmen 47

Abbildung 9: Bewertung der Einführung von Telepflege/ Videokommunikation 51

Abbildung 10: Eignung von Anwendungsfeldern für Videokommunikation 59

Abbildung 11: Anzahl der geführten Videogespräche 60

Abbildung 12: Kommunikationsanlässe mit Pflegebedürftigen und Angehörigen 63

Abbildung 13: Kommunikationsanlässe zwischen beruflichen Akteuren 76

Abbildung 14: Bewertung der Videodienste aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer 90

Abbildung 15: Bewertung der Etablierung von Videokommunikation im Modellprogramm 94

Abbildung 16: Merkmale von Videokommunikation und Kommunikationsalternativen 129

Abbildung 17: Anwendungsfeld Beratung – Anforderungen, Praktikabilität und Nutzen von Videokommunikation 132

Abbildung 18: Anwendungsfeld Betreuung – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation 134

Abbildung 19: Anwendungsfeld Anleitung und Unterstützung professionell Pflegender – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation 137

Abbildung 20: Anwendungsfeld Fallbesprechungen und Konsultationen – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation 139

Abbildung 21: Anwendungsfeld Koordination und Begleitung ärztlicher Visiten – Anforderungen, Praktikabilität und Mehrwert von Videokommunikation 141

Abkürzungsverzeichnis

DB2.0	Digitale Betreuungsassistenz 2.0
DigiSAPV-KJ	Digitale SAPV-KJ Niedersachen
DIPAK	Digitalisierte Interprofessionelle Pflege-Arzt Kommunikation in der ambulanten Versorgung
ErnTeBayLa-S	Erprobung der Telepflege in einer ländlichen Region Bayerns stationär
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
DVPMG	Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz
GKV-ViTA XI	Modellprojekt Vitalisten Telepflege SGB XI des GKV-Spitzenverbandes
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
SGB	Sozialgesetzbuch
Telekooperation	Telekooperation in der Pflege – Erprobung innovativer Technologien zur Optimierung der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und Pflegekräften in der Altenpflege – Modellvorhaben in der Regiopole Trier und Roll-out in die RegiopoleRegion Trier
TESAM	Telepflege zur Sturzprophylaxe und zum Erhalt der Mobilität in der Tagespflege
TI	Telematikinfrastruktur
TvK-Stat	Televisiten und pflegerische Telekonsile in der stationären Altenhilfe
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Quellenverzeichnis

Bär, G., Kasberg, A., Geers, S., & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: Partizipative Forschung: Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden (S. 207-232). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

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. IGES Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

GKV-Spitzenverband (2023). Bundesmantelvertrag. Anlage 31b – Videosprechstunde. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_31b_videosprechstunde.jsp (online, abgerufen am 16.10.2025).

GKV-Spitzenverband (2025). Liste der Videodienstanbieter. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/telematik/Liste_Videodienstanbieter.pdf (online, abgerufen am 12.12.2025).

Held, T. (2024). Einblick: Videotelefonie und Design. Potenziale und Perspektiven im Kontext von Nähe und Distanz. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-44585-0

Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. Journal of Mixed Methods Research, 1(2), 112-133. https://doi.org/10.1177/1558689806298224

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2025). Videosprechstunde. https://www.kbv.de/praxis/digitalisierung/anwendungen/videosprechstunde (online, abgerufen am 16.10.2025).

Koch-Straube, U. (2008). Beratung in der Pflege. Bern: Huber.

Lutze, M., Glock, G., Stubbe, J., Paulicke, D. (2020). Nutzenmodell zur Anwendung von Assistenztechnologien für pflegebedürftige Menschen (NAAM). Institut für Innovation und Technik. https://www.iit-berlin.de/iit-docs/0237ddf84d874ff180c002a6c1eb130a_200127_Kurzfassung_NAAM.pdf (online, abgerufen am 04.11.2025).

Solli H., Bjork I., Hvalvik S. & Helleso R. (2012). Principle-based analysis of the concept of telecare. Journal of Advanced Nursing 68(12), 2802-2815. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06038.x.

von Reibnitz, C., Sonntag, K. & Strackbein, D. (2017). Grundlagen der Beratung. In: von Reibnitz, C., Sonntag, K. & Strackbein, D. (Hrsg.). Patientenorientierte Beratung in der Pflege. Leitfäden und Fallbeispiele. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Wolff, J., Pflug, C., Meier, D., Roll, P., Dehl, T., Topalov, L. & Nolting H.-D. (2023). Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI. Studienbericht des IGES Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbands.

Impressum

Erprobung von Telepflege bei der Erbringung pflegerischer Leistungen im Modellprogramm nach § 125a SGB XI

Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation

Herausgeber

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin
Telefon: +49 30 520059-210
E-Mail: info@prognos.com
www.prognos.com

Kontakt

Laura Sulzer (Projektleitung)
E-Mail: laura.sulzer@prognos.com

Satz und Layout: Prognos AG
Stand: März 2026

Copyright: 2026, Prognos AG

Alle Inhalte dieses Werkes, insbesondere Texte, Abbildungen und Grafiken, sind urheberrechtlich geschützt. Das Urheberrecht liegt, soweit nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, bei der Prognos AG. Jede Art der Vervielfältigung, Verbreitung, öffentlichen Zugänglichmachung oder andere Nutzung bedarf der ausdrücklichen, schriftlichen Zustimmung der Prognos AG.

Zitate im Sinne von § 51 UrhG sollen mit folgender Quellenangabe versehen sein: Prognos AG (2026): Erprobung von Telepflege bei der Erbringung pflegerischer Leistungen im Modellprogramm nach § 125a SGB XI. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation.