

Abschlussbericht

# **SPRINT-Studie: Die Videobegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – Potenziale und Voraussetzungen**

Dezember 2022



## IMPRESSUM

### Autorinnen und Autoren

Kimmel, Andrea; Meinck, Matthias; Fleeer, Bernhard; Lehmacher-Dubberke, Christiane; Parusel, Verena; Ezzat, Nadja; Ortmeier, Bastian; Seidel, Jan und Knoblich, Stephan

### Beteiligte Expertinnen und Experten

Martina Betz und Yvonne Mauerer (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Bayern), Stefan Grawert (Datenschutzbeauftragter Medizinischer Dienst Bayern); Ruth Ketteemann und Holger Kerckow (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz), André Kleinschmidt und Avni Troni (MD-IT); Ludger Waterkamp und Petra Korn (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg); Andrea Kaden und Johannes Gärtner (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Sachsen); Bastian Ortmeier, Björn Kopelke und Jasmin Kruse (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe); Dr. Martin Schünemann und Lars Krahulec (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Nord), Stefan Manthey (Datenschutzbeauftragter Medizinischer Dienst Nord) und Conrad Weise (IT-Abteilung Medizinischer Dienst Nord); Sebastian Thomas, Dr. Matthias Ernst, Julia Langner und Niclas Duggen (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Niedersachsen); Dr. Renate Richter (Abteilung Sozialmedizin Medicproof); Hartmut Kirch (Compliance-Abteilung Medizinischer Dienst Nordrhein); Sina Dickner und Jana Berge (Abteilung Pflege Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt)

### Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)  
Theodor-Althoff-Str. 47  
45133 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
Telefax: 0201 8327-100  
E-Mail: [office@md-bund.de](mailto:office@md-bund.de)  
Internet: [md-bund.de](http://md-bund.de)

## Zusammenfassung

„Die videobasierte Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ lautet der Titel einer SPRINT-Studie, die Ende 2021 gestartet ist. Ziel war es, basierend auf den Erfahrungen der telefonischen Begutachtungen während der Corona-Pandemie, der Expertise der SEG 2, den Vorarbeiten einzelner Medizinischer Dienste und auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, Potenziale und Voraussetzungen der Videobegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auszuloten. Dabei ging es insbesondere um die Identifikation geeigneter Fallkonstellationen und um notwendige, z. B. technische Voraussetzungen, die die pflegebedürftigen Menschen ebenso wie die Medizinischen Dienste erfüllen müssen, damit eine regelhafte Anwendung der videobasierten Begutachtung gelingen kann.

Die SPRINT-Studie wurde von einem Projektteam unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der SEG 2, des Medizinischen Dienstes Bayern und des Kompetenz-Centrums Geriatrie durchgeführt. Insgesamt waren drei Arbeitspakete umzusetzen: Das war erstens eine nationale und internationale Literaturrecherche zur Exploration wesentlicher Grundlagen für die Videobegutachtung im SGB XI-Bereich – durchgeführt vom KC Geriatrie und dem Medizinischen Dienst Bund. Zweitens wurde im Rahmen von Fokusgruppen-Diskussionen eine Bestandsaufnahme des bereits vorhandenen Erfahrungswissens der Medizinischen Dienste im Hinblick auf die Anwendung von videobasierten Verfahren vorgenommen. Und drittens schloss sich im zweiten und dritten Quartal 2022 ein Praxistest der videobasierten Pflegebegutachtung an, an dem 63 pflegebedürftige Menschen in 15 vollstationären Pflegeeinrichtungen freiwillig teilnahmen.

Im Ergebnis kann konstatiert werden, dass die videobasierte Pflegebegutachtung funktioniert – und zwar auch weitgehend unabhängig von den zugrundeliegenden Gesundheitsproblemen der antragstellenden Personen. Sämtliche für die gutachterliche Einschätzung notwendigen Informationen können grundsätzlich per Video erhoben werden. Das gilt auch für die Empfehlungen zur Förderung bzw. zum Erhalt der Selbstständigkeit, zur Prävention und zur Rehabilitation. Voraussetzung ist neben der erforderlichen technischen Infrastruktur vor Ort auch die Fähigkeit, eine Videoverbindung herzustellen. Positive Kontextfaktoren können hierbei neben ambulanten und stationären Pflegediensten gerade auch im ambulanten Bereich An- und Zugehörige darstellen. Nicht geeignet ist dieses Begutachtungsformat bei schwer erkrankten Menschen, bei denen auch eine persönliche Begutachtung nicht zumutbar ist. Das betrifft z. B. palliative Versorgungssituationen.

Die videobasierte Begutachtung erlaubt damit perspektivisch nicht nur einen flexiblen und ortsunabhängigen Einsatz der Gutachterinnen und Gutachter, sondern auch eine Begutachtung aus sensibler Distanz, wenn z. B. die antragstellende Person aufgrund einer Angstsymptomatik durch einen persönlichen Besuch des Gutachters bzw. der Gutachterin überfordert wäre. Für An- und Zugehörige bietet das Verfahren den Vorteil, dass sie an der Begutachtung teilnehmen können, obwohl sie z. B. aufgrund (größerer) räumlicher Distanz nicht bei der pflegebedürftigen Person vor Ort sein können. Erste praktische Erfahrungen im stationären Bereich haben gezeigt, dass auch die versicherten Personen und professionelle Pflegekräfte einer videobasierten Pflegebegutachtung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen. Auch die technischen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Implementierung der Videobegutachtung in den Regelbetrieb sind bei den Medizinischen Diensten weitgehend vorhanden.

Um nachzuweisen, ob und in welchen Fällen die videobasierte Pflegebegutachtung eine mögliche Alternative zur persönlichen Befunderhebung im Wohnumfeld der bzw. des Antragstellenden sein kann,

ist in einem nächsten Schritt eine wissenschaftlich begleitete und bundesweit durchgeführte Erprobungsstudie notwendig. Diese sollte insbesondere auf den ambulanten Bereich fokussieren.

Mit den hier vorgelegten Ergebnissen wurden nicht nur wichtige Vorarbeiten für ein solches Forschungsprojekt geleistet, sondern auch Impulse für eine Weiterentwicklung der Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste insgesamt geliefert.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Hintergrund der SPRINT-Studie</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Ziele und Fragestellungen der SPRINT-Studie</b> .....	<b>9</b>
<b>3 Methoden und Arbeitsplan</b> .....	<b>9</b>
<b>4 Ergebnisse</b> .....	<b>11</b>
4.1 Literaturrecherche .....	11
4.1.1 Schlussfolgerungen aus der nationalen Recherche.....	11
4.1.2 Schlussfolgerungen aus der internationalen Literaturrecherche.....	12
4.2 Ergebnisse der Fokusgruppen-Diskussionen .....	13
4.2.1 Fokusgruppe 1 „Fachliche Anforderungen“ .....	14
4.2.2 Fokusgruppe 2 „Prozesse und Logistik“ .....	17
4.2.3 Fokusgruppe 3 „Technische und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen“ .....	21
4.3 Ergebnisse des Praxistests .....	24
4.3.1 Methodik und Ablauf des Praxistests.....	24
4.3.2 Beschreibung der Stichproben .....	25
4.3.3 Ergebnisse der begleitenden Evaluation .....	27
<b>5 Zusammenführung der Ergebnisse und Fazit</b> .....	<b>30</b>
5.1 Beantwortung der Fragestellungen der SPRINT-Studie.....	30
5.2 Fazit.....	33
<b>6 Anhang: Checkliste zur Durchführung videobasierter Pflegebegutachtungen im Rahmen des Praxistests der SPRINT-Studie*</b> .....	<b>34</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitspakete (AP) und Methoden der SPRINT-Studie im Überblick .....	10
Abbildung 2: Möglicher Prozessablauf der Videobegutachtung im Regelbetrieb .....	18
Abbildung 3: Funktionen des Versichertenportals.....	19
Abbildung 4: Anzahl kontaktierter und einbezogener Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Medizinischem Dienst .....	26
Abbildung 5: Anzahl der teilnehmenden pflegebedürftigen Menschen, differenziert nach Pflegegradempfehlung .....	26

# 1 Hintergrund der SPRINT-Studie

Mit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 wurden die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zum Zwecke des Infektionsschutzes als strukturiertes Telefoninterview mit der antragstellenden Person durchgeführt (vgl. § 147 SGB XI). Je nach Infektionslage erfolgte damit die Begutachtung ohne eingehende körperliche Untersuchung der versicherten Person in seinem unmittelbaren Lebensumfeld. Da dies in bestimmten Fallkonstellationen zu einer eingeschränkten Informationslage führen kann, wurde schon früh über mögliche Alternativen zum Telefoninterview, wie etwa die Videotelefonie, diskutiert und deren Umsetzungsmöglichkeiten in die Praxis der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit geprüft<sup>1</sup>.

Allen Beteiligten war bewusst, dass dies keine „schnelle Standardlösung“ sein kann, insbesondere, weil für eine Umsetzung der Videobegutachtung eine Reihe von Einflussfaktoren eine Rolle spielen, die nicht in der Verantwortung der Medizinischen Dienste verankert sind, wie z. B. die vorhandene Internet-Infrastruktur. Gleichwohl hat diese Diskussion und die Nutzung von Videokonferenzsoftware während der Corona-Pandemie in der MD-Gemeinschaft dazu geführt, die Möglichkeiten stärker in den Blick zu nehmen, wie und ob die vorhandene Technik auch für die Begutachtungsaufgaben der Medizinischen Dienste genutzt werden könnte. Zum einen, um auch in der Zukunft in ähnlichen Fällen alternative Begutachtungsformen zum Hausbesuch nutzen zu können. Zum anderen gibt es in der Begutachtungspraxis immer wieder Situationen, in denen die – regelhaft als Hausbesuch – durchgeführte Begutachtung der antragstellenden Person eine extreme Belastung aller Beteiligten bedeutet, wenn z. B. die antragstellende Person unter psychischen Verhaltenssymptomen leidet und einen Hausbesuch nicht zulassen kann. In solchen Situationen könnte eine Videobegutachtung aus sensibler Distanz u. U. die angemessenere Methode darstellen. Ebenso kann die Videobegutachtung die Teilnahme für An- und Zugehörige ermöglichen, wenn diese aufgrund großer räumlicher Distanzen oder anderer wichtiger Termine nicht vor Ort sein können. Denkbar wäre auch, die Videobegutachtung als eine komplementäre Begutachtungsmethode der Medizinischen Dienste für die Pflegeversicherung zu etablieren, z. B. bei Höherstufungsanträgen oder anderen besonders geeigneten Begutachtungsanlässen. Die Videobegutachtung könnte so einen Ressourcen-Shift innerhalb der Begutachtungspraxis zugunsten komplexerer Fallgestaltungen und einen flexibleren, weil ortsunabhängigeren Personaleinsatz der Medizinischen Dienste ermöglichen.

In der Patientenversorgung in der GKV spielen die Möglichkeiten videobasierter Technologien eine immer größere Rolle: In der vertragsärztlichen Versorgung sind gemäß § 365 SGB V Videosprechstunden möglich. Seitens des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden hierfür die technischen Anforderungen an die Videosprechstunde definiert (vgl. § 365 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Diese Anforderungen erfüllen mittlerweile eine ganze Reihe zertifizierter Produkte unterschiedlicher Videodienstleister.<sup>2</sup> Im Jahr 2019 wurden zudem die Voraussetzungen für psychotherapeutische Videobehandlungen als Leistung der GKV geschaffen (vgl. § 5 der Musterberufsordnung).<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Medizinischer Dienst Bayern (2021). Explorative Projektstudie zur Erprobung der Videobegutachtung bei Kindern und Jugendlichen. München: Medizinischer Dienst Bayern.

<sup>2</sup> [www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/kv\\_videosprechstunde/videosprechstunde.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/kv_videosprechstunde/videosprechstunde.jsp).

<sup>3</sup> [https://api.bptk.de/uploads/bptk\\_praxis\\_Info\\_videobehandlung\\_22\\_web\\_716e7c6ae0.pdf](https://api.bptk.de/uploads/bptk_praxis_Info_videobehandlung_22_web_716e7c6ae0.pdf)

Mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) wurde auch die Pflegeberatung um digitale Elemente erweitert. Gemäß § 7a SGB XI kann die Pflegeberatung auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden. Ebenfalls mit Blick auf die Umsetzung des DVPMG hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 ein Beratungsverfahren zur Überprüfung der Heilmittel-Richtlinie eingeleitet. Im Ergebnis wurden unlängst mit der Änderung der Heilmittel-Richtlinien (neuer § 16b) Grundlagen für die Durchführung videobasierter Behandlungen durch Heilmittelerbringer gemäß § 32 Abs. 1 SGB V geschaffen.

Die Corona-Pandemie ist ohne Zweifel ein Motor für den derzeit stattfindenden Digitalisierungsschub, der viele Bereiche des Lebens nachhaltig und gravierend verändern wird. Das zeigt sich auch in den jüngsten Gesetzesinitiativen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens. Auch aus diesem Grund sollte sich die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste sorgfältig und eingehend mit den Möglichkeiten und Grenzen einer videobasierten Begutachtung auseinandersetzen. Bevor jedoch videobasierte Begutachtungen auch für die Aufgaben der Medizinischen Dienste gemäß SGB XI flächendeckend nutzbar gemacht werden können, ist zunächst eine sorgfältige Prüfung der Eignung und des Nutzens für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI notwendig. Um hierfür einen ersten wichtigen Grundstein legen zu können, wurde eine sogenannte SPRINT-Studie aufgelegt, im Rahmen derer die Potenziale und Voraussetzungen der Videobegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausgelotet werden sollen. Es ging insbesondere um die Identifikation geeigneter Fallkonstellationen und um notwendige, z. B. technische Voraussetzungen sowohl seitens der pflegebedürftigen Menschen als auch der Medizinischen Dienste, die für eine regelhafte Anwendung der videobasierten Begutachtung relevant sind.

Nachfolgend werden Ziele, Methoden sowie Ergebnisse der Projektstudie berichtet.

## 2 Ziele und Fragestellungen der SPRINT-Studie

Basierend auf den Erfahrungen aus den telefonischen Begutachtungen während der Corona-Pandemie, der Expertise der SEG 2, den Vorarbeiten des Medizinischen Dienst Bayern<sup>4</sup> und auf der Grundlage wissenschaftlicher Expertise sollten mit der SPRINT-Studie die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

**Fragestellung 1:** In welchen Fallkonstellationen ist die Videotelefonie eine geeignete Methode für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?

**Fragestellung 2:** Ist das Verfahren der Videotelefonie in diesen Fallkonstellationen geeignet, um alle für die Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen relevanten Informationen valide zu erheben? (Pflegeteileempfehlung und Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation etc.?)

**Fragestellung 3:** Was sind notwendige – auch technische – Voraussetzungen seitens der pflegebedürftigen Menschen und Gutachterinnen und Gutachter für eine regelhafte Anwendung der Videobegutachtung? Gibt es Barrieren in der praktischen Umsetzung (z. B. Freiwilligkeit?)

**Fragestellung 4:** Auf welche Weise muss das zu Grunde liegende Begutachtungsinstrument ggf. weiterentwickelt werden?

**Fragestellung 5:** Wie beurteilen die antragstellenden Personen und die Gutachterinnen und Gutachter den Nutzen der Videobegutachtung aus ihrer jeweiligen Perspektive?

## 3 Methoden und Arbeitsplan

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden drei methodische Zugänge verfolgt (vgl. Abbildung 1):

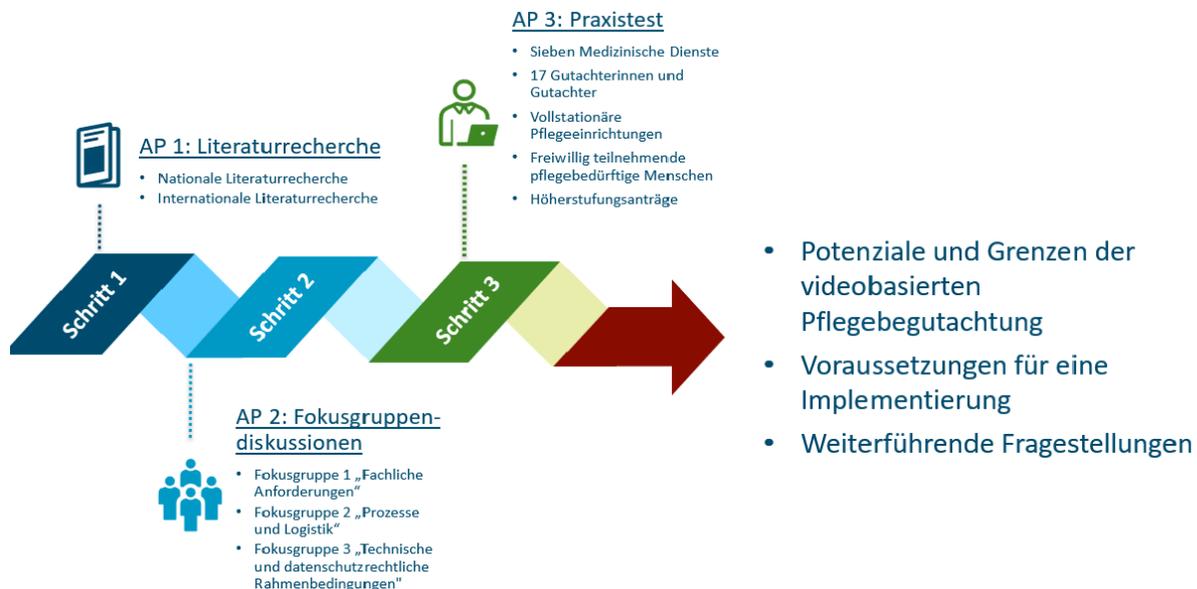
Eine **Literaturrecherche** – sowohl national als auch international – diente zunächst der Exploration wesentlicher Grundlagen für die Videobegutachtung und fokussierte ausschließlich videobasierte Verfahren, welche eine synchrone Kommunikation zwischen den anwendenden Personen zum Gegenstand haben und im Bereich des Gesundheitssystems zur Anwendung kommen.<sup>5</sup> Die Recherche zur Anwendung von Videoverfahren in Deutschland wurde vom KC Geriatrie und dem Medizinischen Dienst Bund durchgeführt und erfolgte mittels Handsearching in Google (Scholar) mit Stand Januar 2022 (vgl. Meinck & Kimmel, 2022). Die Recherche richtete sich primär auf die praktische Anwendung von videobasierten Verfahren seit dem Jahr 2020. Im Vordergrund stand die ärztliche Videosprechstunde im ambulanten Bereich, da dieser Versorgungsbereich für die Pflegebegutachtung besondere Relevanz hat. Im zweiten Schritt wurde durch den Medizinischen Dienst Bund eine Literaturrecherche

---

<sup>4</sup> Medizinischer Dienst Bayern (2021). Explorative Projektstudie zur Erprobung der Videobegutachtung bei Kindern und Jugendlichen. München: Medizinischer Dienst Bayern.

<sup>5</sup> Die betrachteten videobasierten Verfahren übertragen Bild und Ton in Echtzeit bidirektional.

in PUBMED mit Stand 7. Dezember 2021 durchgeführt. Die sensitivitätsmaximierte Recherche folgte dabei den Empfehlungen der Cochrane Collaboration.<sup>6</sup>



**Abbildung 1:** Arbeitspakete (AP) und Methoden der SPRINT-Studie im Überblick

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Literaturrecherche wurden sodann die Anforderungen und mögliche Erwartungen an die Videobegutachtung aus Sicht der Gutachterdienste untersucht. Hierfür wurden am 20. und 21. Januar 2022 drei **Fokusgruppensitzungen** durchgeführt. Diese widmeten sich den folgenden Themenkomplexen: „Fachliche Anforderungen an die videobasierte Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (Fokusgruppe 1), „Logistische Rahmenbedingungen und Prozesse“ (Fokusgruppe 2) sowie „Technische und datenschutzrechtliche Anforderungen“ (Fokusgruppe 3). Außerdem wurden die Erfahrungen erhoben, die in den Medizinischen Diensten und bei Medicproof<sup>7</sup> bislang zur Thematik gesammelt worden sind.

Die Diskussionen erfolgten auf der Grundlage eines strukturierten Leitfadens, der vom Projektteam der SPRINT-Studie entwickelt wurde. Teilgenommen haben sowohl pflegfachliche als auch ärztliche Experten und Expertinnen der Medizinischen Dienste und von Medicproof, ein Vertreter der MD-IT sowie Datenschutzexperten der Medizinischen Dienste. Die Gruppendiskussionen wurden von jeweils zwei Kolleginnen und Kollegen des Projektteams moderiert. Im Vorfeld wurden die Gutachterdienste über die Ziele und Inhalte der Gruppendiskussionen informiert. Die Ergebnisse wurden während der Diskussion protokolliert, anschließend im Plenum vorgestellt und nochmals mit allen teilnehmenden Experten und Expertinnen konsentiert.

<sup>6</sup> Die methodischen Details zur Recherche, wie auch beispielsweise zu den Ein- und Ausschlusskriterien sind dem ausführlichen Gutachten „Literaturrecherche zum Einsatz videobasierter Verfahren in Befunderhebung und Therapie bei Personen mit Pflegebedarf“ des KC Geriatrie und des Medizinischen Dienst Bund zu entnehmen. Dieses Gutachten kann beim Medizinischen Dienst Bund angefordert werden.

<sup>7</sup> Die Medicproof GmbH führt als Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) die Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei privat versicherten Antragstellerinnen und Antragstellern durch: [www.medicproof.de](http://www.medicproof.de).

Ausgehend von den Ergebnissen aus den Arbeitspaketen 1 und 2 wurde in einem dritten Arbeitsschritt ein **Praxistest** der videobasierten Begutachtung durchgeführt. Ziel war es, erste Hinweise zur Praktikabilität aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter zu erhalten (Usability, Akzeptanz). Weiterhin sollten wichtige weiterführende Fragestellungen für eine wissenschaftliche Evaluation der Videobegutachtung identifiziert werden.

Grundlage des Praxistests waren jeweils zehn prospektiv durchgeführte Videobegutachtungen in sieben freiwillig teilnehmenden Medizinischen Diensten bei bereits pflegebedürftigen Personen in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Videobegutachtungen wurden durch Vor- und Nachbefragungen begleitet und dokumentiert.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Literaturrecherche

#### 4.1.1 Schlussfolgerungen aus der nationalen Recherche

Es gibt bereits etablierte und formal geregelte Verfahren für die Erbringung ausgewählter Leistungen per synchroner Kommunikation in Echtzeit über Videokonferenzsoftware, welche den gesetzlichen Anforderungen einschließlich dem Datenschutz gerecht werden und für eine zunehmend breite Anwendung im Gesundheitswesen in Deutschland verfügbar sind: Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und zukünftig auch für Heilmittelerbringer und Pflegeberater gemäß § 7a SGB XI. In Anlehnung an diese Verfahren kann und sollte eine videobasierte Pflegebegutachtung erfolgen.

Die Corona-Pandemie hat die Entwicklung videobasierter Gesundheitsleistungen extrem vorangetrieben: der Anwendungsumfang hat sich stark ausgeweitet, Anwendungsbeschränkungen wurden aufgelöst sowie Strukturen und Prozesse in Einrichtungen so etabliert, dass sie auch dauerhaft zur Verfügung stehen. Mittlerweile haben sowohl Leistungserbringer als auch Patienten und Patientinnen umfangreiche Erfahrungen gesammelt; diese können sicher für die Weiterentwicklung der Praxis genutzt werden.

Vorteile, die von den Leistungserbringern beschrieben werden, sind insbesondere der Wegfall von Wegezeiten, die Senkung von Fahrtkosten sowie ein niedrighschwelliger Zugang zu medizinischen Leistungen für besondere und schwer erreichbare Gruppen von Patienten und Patientinnen.

Eine der größten Hürden für eine regelhafte Implementation dieser Leistungen ist die technische Infrastruktur. Gerade in ländlichen Regionen ist dies nur begrenzt umsetzbar, weil insbesondere schnelles Internet in Deutschland nicht flächendeckend zur Verfügung steht. Das gilt auch für die IT-Infrastruktur (PC, Laptop, Handy). Die Verknüpfung von persönlich vor Ort zu erbringenden Leistungen und einer Videobehandlung setzt lokal vorhandene Versorgungsstrukturen voraus, eine solche Beschränkung führt daher nicht zu einer besonderen Anwendungsperspektive für Regionen mit Versorgungslücken.

#### 4.1.2 Schlussfolgerungen aus der internationalen Literaturrecherche

Insgesamt wurden 14 systematische Reviews (SR) in die Auswertungen einbezogen. Diese SR können thematisch drei Gruppen zugeordnet werden: Das sind erstens systematische Reviews, welche die Wirksamkeit von videobasierten Interventionen in verschiedenen Settings für verschiedene Gesundheitsprobleme überprüft haben: ambulante Physiotherapie, neuropsychologische Diagnostik und Therapieverlaufsdagnostik, ambulante haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung und palliative Versorgung. Zweitens sind das SR, die sich mit der psychometrischen Güte von „virtuellen“ neuropsychologischen Assessments befassen. Und drittens sind das SR, die aus der Perspektive der Implementationsforschung förderliche und hinderliche Faktoren einer regelhaften Implementierung technischer Innovationen im Gesundheitswesen beschreiben.

Vor allem den SR zur Wirksamkeit virtueller Innovationen und den SR der Implementationsforschung ist gemein, dass zum einen eine enorme begriffliche Vielfalt herrscht (z. B. Telehealth, Videoconsultation, Telecare, Telemedicine, Telerehabilitation etc.) und zum anderen verschiedene digitale bzw. virtuelle Interventionsformen – telefonische Konsultation, Videokonsultation, Chat bots, Ferndiagnostik über Sensoren oder die Kombination aus mehreren unterschiedlichen Anwendungen – zu einer komplexen Gesamtintervention zusammengefasst werden. Dabei werden den teilnehmenden Personen unterschiedliche telemedizinische Verfahren unterbreitet, ohne dass eine spezifische Auswertung zur Inanspruchnahme videobasierter Verfahren erfolgte. Die SR sind ganz überwiegend auf die Überprüfung der Wirksamkeit telemedizinischer Verfahren in einem allgemeineren Kontext ausgerichtet. Die Betrachtung videobasierter Verfahren nimmt daher nur einen Teil der Ergebnisbetrachtungen ein. Die SR informieren zudem ganz überwiegend nur sehr begrenzt über die Details der jeweiligen videobasierten Interventionen (z. B. Dauer, Umfang, Intensität und technische Umsetzungsdetails). Zudem bestehen erhebliche Unterschiede in der methodischen Güte der eingeschlossenen Originalarbeiten in den einzelnen SR. Ganz überwiegend wurden neben kontrollierten Studien auch Studien mit unterschiedlichen unkontrollierten Forschungsdesigns (z. B. Beobachtungsstudien, Fallstudien) in den SR berücksichtigt. Viele Pilotstudien wurden darüber hinaus nur mit sehr kleinen Fallzahlen durchgeführt. Die einbezogenen Studien beziehen sich insgesamt auf sehr unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen. Auch wenn der Mehrwert der Ergebnisse aus diesen SR für den vorliegenden Zusammenhang daher nur begrenzt ist, finden sich wichtige Hinweise zur Akzeptanz der digitalen bzw. virtuellen Interventionen seitens der Nutzer und Nutzerinnen. Viele Studien berichten von einer guten bis sehr guten Akzeptanz (Cave: Verzerrung durch Non-Responder) und vom Zugang für Gruppen mit besonderen Bedarfskonstellationen (z. B. räumliche, sprachliche oder kulturelle Barrieren), denen durch videobasierte Angebote in besonderer Weise entsprochen werden konnte. Bei älteren Menschen besteht durchaus Skepsis gegenüber der Anwendung videobasierter Verfahren. Akzeptanzstudien zeigten jedoch, dass diese Skepsis durch die Nutzung der Technik überwunden werden und hierdurch eine positive Verstärkung (Förderfaktor) von Interventionseffekten eintreten kann.

Die analysierten SR zur psychometrischen Güte des „virtuellen“ Assessments von kognitiven und physischen Beeinträchtigungen hingegen unterscheiden zwischen den verschiedenen Präsentationsmodi der Testverfahren, weil die Güte dieser Testverfahren – das zeigen die Studienergebnisse – durch die Art und Weise der Präsentation – persönlich, telefonisch oder per Videokonferenz – beeinflusst wird. Die Ergebnisse von Reliabilitäts- und Validitätsstudien zur Güte neuropsychologischer Assessments (Kognition/Verhalten) und körperbezogener Funktionstests (z. B. Assessment von Gelenkfunktionen wie Beugen und Strecken) geben Hinweise darauf, dass keine Unterlegenheit der Testverfahren per Videokonferenz im Vergleich zur persönlichen Befunderhebung besteht. Insgesamt scheint die Sensi-

tivität und Spezifität des kognitiven Funktionstests per Videokonferenz besser auszufallen als die telefonische Erhebung. Wenn kognitive Funktionstests über das Computer-Interface präsentiert werden, ist eine Untersuchung der psychometrischen Güte, insbesondere der Validität essentiell, da durch den Präsentationsmodus andere bzw. zusätzliche kognitive Anforderungen geprüft werden.

Die Ergebnisse aus den systematischen Reviews der Implementationsforschung geben Hinweise auf eine Reihe von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die regelhafte Umsetzung von videobasierter Verfahren. Vereinzelt finden sich Hinweise auf Einschränkungen der Nutzung videobasierter Verfahren bei bestehenden Seh- und Hörstörungen: Videoanwendungen können aufgrund kleiner Schriften nicht adäquat bedient werden und bei Hörgeräten können störende Rückkopplungen auftreten. Wichtige Förderfaktoren sind u. a. positive Einstellungen der durchführenden Gesundheitsfachberufe, die technischen Kompetenzen der Zielgruppe sowie das Vorhandensein einer hinreichenden technischen Infrastruktur.

Die Ergebnisse der internationalen Recherche verdeutlichen insgesamt, dass weitere Forschung zur Eignung telemedizinischer Verfahren in der Gesundheitsversorgung notwendig ist. Hierbei sollte nicht mehr nur die Frage nach der grundsätzlichen Eignung telemedizinischer Anwendungen im Vordergrund stehen. Vielmehr sollte die Eignung unterschiedlicher telemedizinischer Verfahren differenziert betrachtet werden.<sup>8</sup>

## 4.2 Ergebnisse der Fokusgruppen-Diskussionen

In allen Gutachterdiensten, die am Arbeitspaket 2 teilnahmen, wurden bereits Vorüberlegungen zur Umsetzung einer Videobegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit angestellt. Einzelne Medizinische Dienste haben auf dieser Grundlage erste Umsetzungserfahrungen sammeln können: Der Medizinische Dienst Bayern hat 2021 bereits eine erste Pilotstudie mit 20 pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen zwischen drei und zwölf Jahren durchgeführt. Beim Medizinischen Dienst Niedersachsen wurden erste Tests mit der Software *Bravis* durchgeführt. Der Medizinische Dienst Sachsen konnte erste Erfahrungen mit dem *Remox-System* des TÜV-Nord sammeln und der Medizinische Dienst Nord hat sich mit der Software *BigBlueButton* (BBB) intensiver befasst. Auf der Grundlage dieser Erfahrungen und den jeweiligen Vorüberlegungen wurden mit Expertinnen und Experten aus den Medizinischen Diensten gemeinsam die Potenziale und Voraussetzungen für eine videobasierte Begutachtungen beleuchtet und die Anforderungen an eine regelhafte Umsetzung dieser in die Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste aus drei Perspektiven erarbeitet: der pflegfachlichen Perspektive (Fokusgruppe 1), der Perspektive auf Logistik und Prozesse (Fokusgruppe 2) sowie der Perspektive auf Technik und Datenschutz (Fokusgruppe 3). Nachfolgend sind die Ergebnisse aus diesen Gruppendiskussionen dargestellt.

---

<sup>8</sup> Eine ausführliche Ergebnisanalyse findet sich im Gutachten „Literaturrecherche zum Einsatz videobasierter Verfahren in Befunderhebung und Therapie bei Personen mit Pflegebedarf“ des KC Geriatrie und des Medizinischen Dienst Bund.

#### 4.2.1 Fokusgruppe 1 „Fachliche Anforderungen“

Die Fokusgruppe 1 beschäftigte sich mit den fachlichen Aspekten einer videobasierten Begutachtung sowie deren Umsetzung. Dabei wurden auch die bisherigen Erfahrungen aus der Begutachtung mit dem strukturierten Telefoninterview und der Videobegutachtung einbezogen. Beteiligt waren fünf Mitarbeitende der Medizinischen Dienste Bayern, Berlin-Brandenburg, Sachsen, Westfalen-Lippe sowie eine Teilnehmerin von Medicproof. Die Diskussion wurde von zwei Moderatorinnen geleitet.

##### *Bisherige Erfahrungen – Telefoninterview und Bedeutung dieser Erfahrungen für das Potential der Videobegutachtung*

Nach Einschätzung der Expertinnen und Experten ist die Videobegutachtung der telefonischen Begutachtung überlegen. Dieses Format schaffe durch die visuellen Interaktionsmöglichkeiten eine bessere Grundlage, um Empfehlungen im Rahmen der Begutachtung auszusprechen und die Sicherstellung der Pflege zu beurteilen. Mit der Videobegutachtung gelinge es im Vergleich zur telefonischen Begutachtung besser pflegende An- und Zugehörige bzw. professionell Pflegende miteinzubeziehen.

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer legen Wert auf die Feststellung, dass der Hausbesuch das Referenzverfahren der Pflegebegutachtung ist.

##### *Mögliche Barrieren*

Als Hauptgrund für Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer videobasierten Begutachtung wurden die mangelnden technischen Voraussetzungen bei den versicherten Personen genannt. Das betreffe vor allem die vorhandene Hardware und die Netzabdeckung. Eine besondere Herausforderung stelle nach Einschätzung der Diskutantinnen und Diskutanten die Befunderhebung bei der Videobegutachtung dar – vor allem aufgrund technischer Herausforderungen, die z. B. mit einem zu kleinen Bildschirm zusammenhängen können. Diese Hürde könne jedoch durch die Nutzung eines größeren Bildschirms leicht behoben werden. Zu beachten sind zudem Sicherheitsaspekte, z. B. bei der Einschätzung der Mobilität durch die Gutachterinnen und Gutachter: Anders als bei der persönlichen Begutachtung im Wohnbereich kann in der Videobegutachtung nicht eingegriffen werden, wenn sich die versicherte Person in eine riskante Situation bringt. Eine weitere mögliche Barriere betreffe die Überprüfung der kognitiven Fähigkeiten der versicherten Personen. Vermutet wird, dass dies nur eingeschränkt bzw. nur mit Unterstützung durch dritte Personen möglich ist. Empfohlen wurde außerdem, dass sich die geplante wissenschaftlich begleitete Evaluation der videobasierten Pflegebegutachtung insbesondere der Frage widmen sollte, wie gut die Beurteilung der Frage, ob die Pflege sichergestellt ist, per Videobegutachtung funktioniert.

##### *Chancen und Potenziale*

Für eine Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten der versicherten Person per Video, sei laut Expertinnen und Experten, die Interaktion zwischen Pflegeperson und der versicherten Person besonders aufschlussreich, weil dadurch wichtige Informationen für die gutachterliche Einschätzung gewonnen werden könne. Darüber hinaus biete die Technik weitere Möglichkeiten für die Bearbeitung des Gutachtens, z. B. durch die virtuelle Präsentation von Tests oder von Hilfsmitteln.

Die videobasierte Begutachtung sei auch bei Menschen mit einer Beeinträchtigung der Sensorik geeignet. Förderlich sei auch hier die Unterstützung durch eine dritte Person.

Die videobasierte Begutachtung könne außerdem einen niedrigschwelligen Zugang für eine Begutachtung von Menschen mit speziellen Bedarfslagen darstellen; z. B. bei Personen mit Angsterkrankungen oder anderen psychischen Beeinträchtigungen. Oftmals bestehen hier Hemmungen, fremde Personen einen Zugang zur eigenen Wohnung zu gestatten. Ein Vorteil der Videobegutachtung ist außerdem ein effizienterer Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen (Fahrzeiten). Insbesondere für die Begutachtung im Ausland stellt dieses Verfahren damit eine ressourcenschonende Möglichkeit der Pflegebegutachtung dar. Darüber hinaus können An- und Zugehörige ortsunabhängig an der Begutachtung teilnehmen (*long distance caring*).

Auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen kommen die Expertinnen Experten zu dem Schluss, dass das Begutachtungsverfahren in seiner Gesamtheit grundsätzlich videobasiert umgesetzt werden kann. Es eigne sich auch zur Erfassung der Umweltfaktoren (Wohnumfeld) und zur Ableitung von Empfehlungen zum Erhalt und zur Förderung der Selbstständigkeit der antragstellenden Personen (Hilfsmittel, Rehabilitationsbedarf, Heilmittel und präventive Maßnahmen).

#### *Geeignete Gutachtenarten und Fallkonstellationen*

Grundsätzlich sollten nach Ansicht der Experten und Expertinnen keine Fallkonstellationen bzw. Gutachtenarten für die praktische Erprobung der videobasierten Begutachtung ausgeschlossen werden. Das stationäre Setting erscheint aus Sicht der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer für eine erste Implementation der Videobegutachtung besonders geeignet, weil hier professionell Pflegende eingebunden sind, die bei der praktischen Umsetzung unterstützen können. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass hier die notwendigen technischen Voraussetzungen eher vorhanden sind und genutzt werden können. Eine Umsetzung der Videobegutachtung im ambulanten Bereich scheint aus Sicht der Teilnehmenden schwieriger zu sein, weil die technischen Voraussetzungen nicht immer vorgehalten werden können und vermutet wird, dass die antragstellenden Personen ggf. Ressentiments gegenüber einer Begutachtung aus Distanz hegen. Anträge auf Höherstufung werden als besonders geeignet erachtet. Bezogen auf die zugrundeliegenden Gesundheitsprobleme der antragstellenden Personen wäre eine Videobegutachtung vor allem bei Kindern und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen denkbar. Zur Begutachtung von Kindern liegen bereits erste Erfahrungen aus dem Medizinischen Dienst Bayern vor.

Für die angedachte wissenschaftliche Erprobung der Videobegutachtung sollten aus Sicht der Diskutanten ambulante und stationäre Höherstufungsanträge herangezogen werden. Dabei sollten palliativen Fallkonstellationen sowie Widersprüche und Nachuntersuchungen ausgeschlossen werden. Die Erstbegutachtung sollte bei allen ausgewählten Fallkonstellationen nicht länger als drei Jahre zurückliegen.

#### *Bereitschaft der Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes*

Grundsätzlich bestehe Offenheit seitens der Gutachterinnen und Gutachter für eine videobasierte Pflegebegutachtung. Die Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung im Sinne einer Digitalisierung sei nach den Erfahrungen mit der telefonischen Begutachtung ein logischer Schritt in Zeiten der Krisen und demografischen Herausforderungen. Im Nachgang zur Fokusgruppe wurde bei der Vorstellung der Ergebnisse im Plenum von einem Medizinischen Dienst darauf hingewiesen, dass es sicherlich auch Gutachterinnen und Gutachter gebe, die diesem Begutachtungsformat skeptisch gegenüberstehen.

### *Voraussetzungen (Technik und Kompetenzen) der Gutachterinnen und Gutachter*

Eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene Umsetzung einer videobasierten Begutachtung sei eine gute und verlässlich funktionierende Technik, die von den Gutachterinnen und Gutachtern umfassend beherrscht wird. Dazu gehört, dass diese sich mit dem zur Anwendung kommenden Tool auskennen und technische Probleme auch eigenständig lösen können. Unabdingbar sei weiterhin, dass die Gutachterinnen und Gutachter zwei Bildschirme nutzen können. Als weitere technische Voraussetzung wird die Nutzungsmöglichkeit von „zwei Kanälen“ für die Begutachtung (Video und Telefon bzw. Tablet und Telefon) beschrieben.

Bezogen auf die Kompetenzen der Gutachterinnen war eine zentrale Aussage „Wer im Hausbesuch zurechtkommt, kommt auch in der Videobegutachtung zurecht.“ Bei der videobasierten Begutachtung muss von den Gutachterinnen und Gutachtern jedoch mehr erfragt und flexibler reagiert werden als im Hausbesuch. Deshalb bedarf es einer Schulung kommunikativer Kompetenzen, z. B. zu speziellen Fragetechniken (offene Fragen), indirekten Indikatoren (emotionale Ebene), um die im Vergleich zum Hausbesuch bestehenden fehlenden kommunikativen Ebenen (auch der Wahrnehmung, z. B. Geruch) zu ersetzen.

### *Voraussetzungen der antragstellenden Personen*

Es wird angenommen, dass bei den antragstellenden Personen häufig eine anfängliche Skepsis gegenüber der videobasierten Begutachtung bestehen könnte, vor allem wegen datenschutzrechtlicher Fragen. Deshalb ist bereits im Vorfeld der Begutachtung eine gute und umfassende Information der versicherten Personen und ihrer An- und Zugehörigen wichtig. Diese sollte bereits auf der Homepage der Medizinischen Dienste erfolgen. Darüber hinaus sind Informationen im Anschreiben (vor der Begutachtung) und eine gute Begleitung der Umsetzung wichtig. Eine besondere Herausforderung stellen die technischen Voraussetzungen im Wohnumfeld der versicherten Personen und potentielle Schwierigkeiten im Umgang mit der Technik dar.

Pilotuntersuchungen in einigen Medizinischen Diensten haben gezeigt, dass die versicherten Personen – auch bei teilweiser anfänglicher Skepsis – im Nachgang zur videobasierten Begutachtung ein positives Feedback geben. Viele Umsetzungsprobleme können durch die Anwesenheit dritter Personen kompensiert werden. Grundsätzlich erhöhe auch die Wahlmöglichkeit des Begutachtungsformats die Akzeptanz bei den versicherten Personen.

### *Aufwand und Nutzen der videobasierten Begutachtung*

Die Diskutanten sind sich einig, dass ein wesentlicher Vorteil der Videobegutachtung darin besteht, dass die Fahrzeiten wegfallen. Darüber hinaus sei voraussichtlich keine Zeitersparnis zu erwarten. Das liegt u. a. auch daran, dass es einer Begleitung der Versicherten beim Umgang mit der Technik bedarf, die ebenfalls Zeit kostet. Die videobasierte Begutachtung erhöhe allerdings die Flexibilität der „Tourenplanung“ (Ortsunabhängigkeit).

Im stationären Bereich ist dagegen auch über die An- und Abfahrtswege hinaus mit einer Zeitersparnis zu rechnen. Die Pflegeeinrichtung kann den Videokonferenzlink aktivieren und man „geht zusammen“ zur versicherten Person. Darüber hinaus kann die professionelle Pflegeperson beim Ablauf der Begutachtung und auch bei Funktionsprüfungen im Rahmen der Befunderhebung unterstützen.

### *Wichtige Aspekte für die Evaluation*

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sprechen sich wiederholt dafür aus, dass die persönliche Begutachtung mit „Untersuchung der versicherten Person in seinem Wohnbereich“ das Referenzverfahren darstellt. Es sollten alle Elemente des Begutachtungsverfahrens evaluiert und möglichst viele Fallkonstellationen mit „offener Herangehensweise“ in die wissenschaftliche Evaluation einbezogen werden. Dadurch können fallbezogene Probleme identifiziert und Lösungen gefunden werden. Die Evaluation sollte sich auch auf den Umgang mit „Bettlägerigkeit“ und dem Zusammenspiel zwischen versicherten Personen und Pflegepersonen in der Begutachtungssituation konzentrieren.

#### **4.2.2 Fokusgruppe 2 „Prozesse und Logistik“**

Die Arbeitsgruppe 2 beschäftigte sich mit den logistischen Rahmenbedingungen und Prozessen der Videobegutachtung sowie deren mögliche Umsetzung in den Regelbetrieb. Beteiligt waren vier Expertinnen und Experten der Medizinischen Dienste Bayern, Nord und Rheinland-Pfalz sowie zwei Moderatorinnen.

#### *Bisherige Erfahrungswerte*

Zunächst fand ein Austausch über die bereits gesammelten Erfahrungen mit der Videobegutachtung statt. In Schleswig-Holstein bzw. Hamburg und Rheinland-Pfalz fanden bisher noch keine Pilotprojekte statt. Jedoch wurden bereits einige Vorüberlegungen getroffen. In Bezug auf die Zielgruppen von Videobegutachtungen wurde festgehalten, dass diese Begutachtungsform dann herangezogen werden kann, wenn eine Begutachtung per Aktenlage nicht ausreichend erscheint, ein Hausbesuch jedoch aus diversen Gründen nicht möglich ist. Aus dem Bereich der GKV könnten erste Gedanken zu geeigneten Fallkonstellationen übernommen werden. Hier wurden etwa Begutachtungen zu Hilfsmitteln, Arbeitsunfähigkeit und zur plastischen bzw. kosmetischen Chirurgie als besonders geeignet identifiziert. An diese Vorüberlegungen könnte der Bereich Pflege in Bezug auf verschiedene Gesundheitsprobleme bzw. Anlassschlüssel anknüpfen. Ebenso wurde festgehalten, dass tendenziell eher jüngere versicherte Personen für eine Videobegutachtung in Betracht kommen. Weitere Überlegungen wurden dahingehend angestellt, dass ggf. auch Hybridbegutachtungen denkbar wären. So könnte ein Telefoninterview mit punktuellen Videosequenzen geführt werden, diese Vorgehensweise würde beispielsweise eine Einsparung von Datenvolumen seitens der Versicherten ermöglichen.

In der Pilotstudie des Medizinischen Dienstes Bayern wurden die teilnehmenden pflegebedürftigen Kinder und Jugendliche aus der regelhaften Logistik ausgegliedert und separat verplant. Alle Versicherten (bzw. deren Eltern) wurden vorab angerufen und gefragt, ob sie sich eine Videobegutachtung grundsätzlich vorstellen könnten. Im Anschluss wurde eine schriftliche Ankündigung verschickt, die auch eine Einverständniserklärung beinhaltete. Diese musste postalisch zurückgesandt werden. An die darauf genannte E-Mail-Adresse wurde anschließend der Webex-Link zur Begutachtung verschickt. Zum Begutachtungstermin haben die zuständigen Gutachter und Gutachterinnen bei den Versicherten angerufen und sie bei der Einwahl in Webex unterstützt. Außerdem wurde den versicherten Personen mit dem Ankündigungsschreiben eine entsprechende Anleitung übermittelt. Insgesamt verlief die Pilotierung erfolgreich. Es muss jedoch festgehalten werden, dass die Abläufe in dieser Form nicht in den Regelbetrieb übernommen werden können. Zudem wurde bewusst die eher technikaffine Gruppe der Eltern von jüngeren Kindern in die Studie einbezogen; eine entsprechende Umsetzung mit anderen

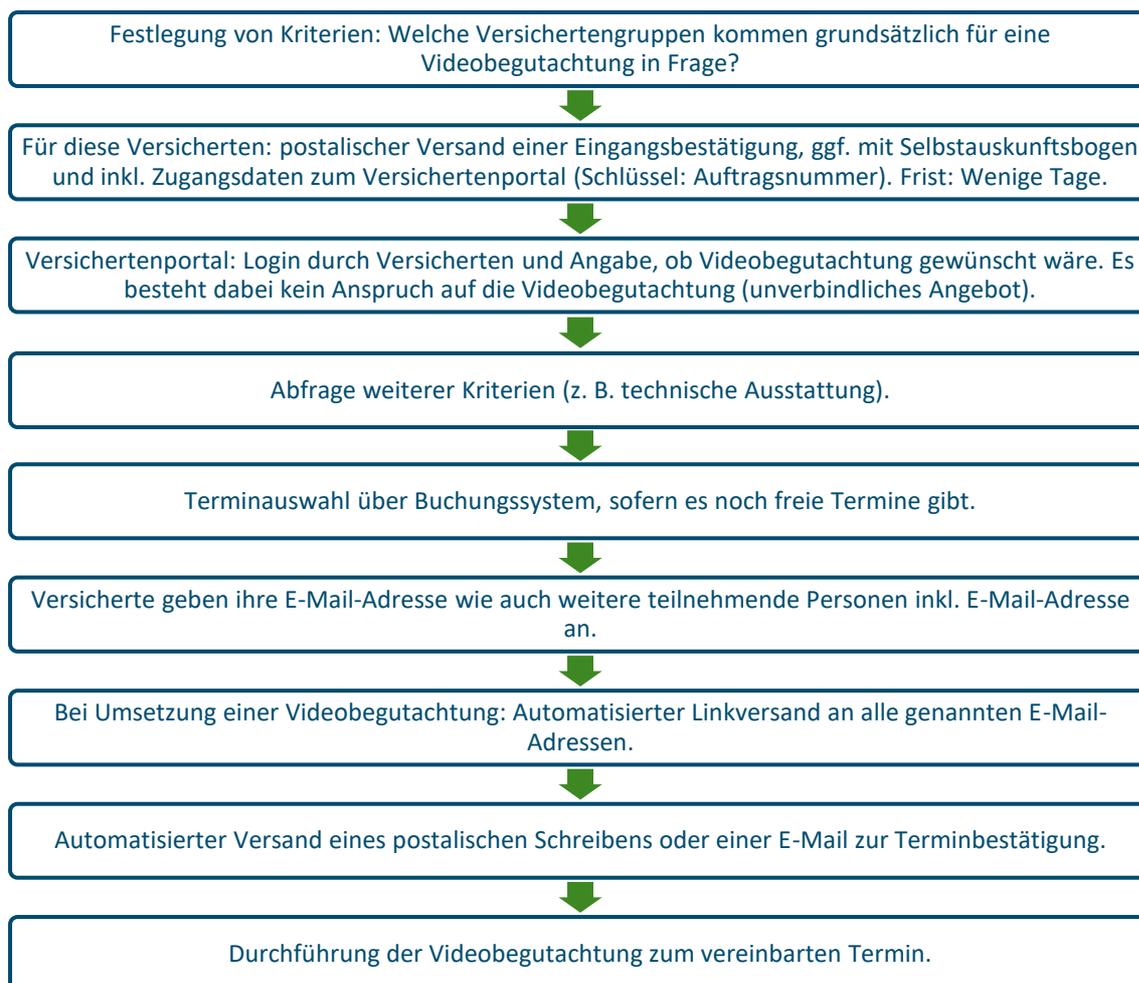
Versichertengruppen birgt weitere – insbesondere technische – Herausforderungen. Weitere Erkenntnisse aus der Pilotierung waren:

- Mobile Endgeräte sind im Rahmen der Begutachtung deutlich praktikabler als Laptops bzw. Desktop-Computer.
- Nicht alle versicherten Personen haben WLAN bzw. eine Flatrate für mobile Daten.
- Die Zuschaltung dritter Personen ist prinzipiell möglich (z. B. Pflegeberaterinnen und -berater).
- Ein Wechsel der Gutachter bzw. Gutachterinnen war schwierig, da hierzu ein neuer Link notwendig war.

Auf Basis der bereits gesammelten Vorüberlegungen und praktischen Erfahrungen kann festgehalten werden, dass die technischen und datenschutzrechtlichen Aspekte einer Videobegutachtung nicht zu unterschätzen sind und zwingend berücksichtigt werden müssen.

#### *Rahmenbedingungen und Prozesse für einen möglichen Regelbetrieb*

Im Rahmen der Gruppendiskussion wurden anschließend konkrete Rahmenbedingungen für eine Umsetzung der Videobegutachtung im Regelbetrieb sowie ein möglicher standardisierter Prozessablauf skizziert, der wie folgt aussehen könnte:



**Abbildung 2:** Möglicher Prozessablauf der Videobegutachtung im Regelbetrieb

Als Grundvoraussetzung für eine Implementierung der videobasierten Begutachtung in den Regelbetrieb wurde festgehalten, dass das gesamte Verfahren weitestgehend automatisiert ablaufen muss. Zudem soll möglichst auf Papier verzichtet werden (digitales Verfahren), um Zeit und Ressourcen zu sparen. Außerdem muss eine automatisierte Vorfilterung von in Frage kommenden Versichertengruppen möglich sein. Dies beinhaltet auch eine „Blacklist“ (z. B. Einzelpersonen, Widerspruchsgutachten).

Das Versichertenportal stellt den zentralen Dreh- und Angelpunkt des Verfahrens dar. Es muss eine große Bandbreite an Funktionalitäten bereitstellen:



**Abbildung 3:** Funktionen des Versichertenportals

Über das Versichertenportal wird auch die Kapazitätenverwaltung vorgenommen. Sind keine Termine für Videobegutachtungen mehr frei, so kann der Versicherte auch keinen Termin auswählen. Der Fall wird dann direkt an die Terminierung weitergeleitet, wo zeitnah ein Hausbesuch angesetzt werden kann. Bei Nichtnutzung des Portals durch den Versicherten erfolgt nach Ablauf einer Frist von wenigen Tagen automatisch eine Verplanung durch die Disposition. Diese erfolgt auch, wenn der Versicherte den Termin zur Videobegutachtung nicht wahrnimmt (Verzögerungsgrund!).

Darüber hinaus wurden zur praktischen Umsetzung folgende Empfehlungen getroffen:

- Einsatz einer begrenzten Gruppe an Pflegekräften, die in der Videobegutachtung erfahren und routiniert ist („Expertenteam“)
- Einrichtung einer speziellen Servicehotline für Rückfragen der Versicherten
- Bereitstellung eines Informationsvideos für die Gutachter und Gutachterinnen wie auch für die versicherten Personen
- Monitoring von Kennzahlen: Der automatisierte Prozess lässt Auswertungen von relevanten Kennzahlen relativ problemlos zu, jedoch müssen entsprechende Anforderungen klar formuliert und an die IT herangetragen werden.

Zur Begutachtung an sich wurde festgehalten, dass eine „Umwandlung“ der Videobegutachtung in ein Telefoninterview oder aber auch in einen Hausbesuch möglich sein muss, wenn die Videobegutachtung nicht funktioniert oder die Gutachter feststellen, dass dieses Begutachtungsformat nicht zielführend ist. Außerdem sollte die Zahl der teilnehmenden Personen auf fünf Personen begrenzt werden. Grundsätzlich sollte zum Betreten der Videokonferenz die Lobbyfunktion genutzt werden. So können nur angemeldete Teilnehmer und Teilnehmerinnen beitreten.

Während der Begutachtung können sich die Gutachter und Gutachterinnen Formulare zeigen lassen (in die Kamera halten) bzw. diese können vorgelesen werden. Nach Möglichkeit erfolgt jedoch bereits vorab ein Upload von Unterlagen über das Versichertenportal.

### *Fazit*

Als Fazit der Fokusgruppendifkussion lässt sich festhalten, dass eine Videobegutachtung nur dann sinnvoll erscheint, wenn alle Prozesse weitestgehend automatisiert ablaufen. Die Videobegutachtung stellt grundsätzlich eine attraktive alternative Begutachtungsform dar. Dies gilt allerdings nicht für alle versicherten Personen und auch nicht für alle Gutachterinnen und Gutachter. Die notwendige Technikaffinität ist unter pflegebedürftigen Menschen aktuell nicht häufig oder regelhaft selbständig (ohne die Unterstützung von An- und Zugehörigen) vorhanden. Hier ist jedoch mit Veränderungen innerhalb der nächsten Jahre zu rechnen. Es werden zunehmend Menschen pflegebedürftig, die bereits in ihrem Berufsleben oder auch im privaten Bereich die unterschiedlichsten EDV-Erfahrungen gesammelt haben und diese Systeme regelmäßig nutzen. Darüber hinaus kann bzw. muss auf die Unterstützung von Verwandten oder weiteren Pflegepersonen gesetzt werden; auch hier wird in den nächsten Jahren der selbstverständliche Umgang mit digitalen Medien weiter ausgeprägt sein.

Offene Fragen blieben innerhalb der Gruppe in Bezug auf folgende Punkte bestehen:

- Welche Versichertengruppen sind besonders gut bzw. sind nicht geeignet?
- Reicht eine Einverständniserklärung in digitaler Form aus? (Versichertenportal)
- Welche Systeme sind geeignet (z. B. Webex, Big Blue Button, Jitsi)?
- Was darf per E-Mail verschickt werden (Datenschutz)? Was muss postalisch verschickt werden?
- Müssen von allen teilnehmenden Personen Datenschutzerklärungen abgegeben werden? Falls ja, in welcher Form?
- Muss der Personalausweis in die Kamera gehalten werden?
- Muss ein 360-Grad-Kameraschwenk erfolgen (Offenlegung, wer alles im Raum ist)?

- Gibt es möglicherweise Kapazitätsprobleme, wenn mehrere Teilnehmer an der Videobegutachtung teilnehmen?
- Wie kann die Videobegutachtung in den zugrunde liegenden Richtlinien verortet werden?

#### **4.2.3 Fokusgruppe 3 „Technische und datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen“**

Die Arbeitsgruppe 3 beschäftigte sich mit den technischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen der Videobegutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Beteiligt waren fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Medizinischen Dienste Bayern, Niedersachsen, Nord und Westfalen-Lippe, ein Mitarbeiter der MD-IT GmbH sowie zwei Moderatorinnen.

##### *Bisherige Erfahrungswerte*

Zunächst fand ein Austausch über die bereits gesammelten Erfahrungen mit der Videobegutachtung statt. Beim Medizinischen Dienst Nord wird die Videobegutachtung im Krankenhausbereich über Big Blue Button (BBB) durchgeführt. BBB läuft auf einem internen Server (mit dazwischengeschaltetem Proxyserver), auf den sich der Kunde über den erhaltenen Link einwählen kann. Anfängliche Probleme mit verschlossenen Firewalls konnten so umgangen werden. Beim Medizinischen Dienst Niedersachsen wurden erste Tests mit der Software Bravis durchgeführt. Die Fortführung der Tests scheitert jedoch bisher an der Durchlässigkeit der eigenen Firewall. Die angesprochene Pilotstudie des Medizinischen Dienst Bayern wurde mit einer spezifischen Webex-Version im Jahr 2021 durchgeführt.

Im Rahmen der gemachten Erfahrungen konnte zudem noch der Hinweis auf die Selfie-Funktion der Handy-Kameras gegeben werden, welche möglicherweise spiegelt. Dies kann zu Schwierigkeiten bei der Beurteilung der vorgezeigten Dokumente und der Körperteile bzw. -funktionen der versicherten Personen führen (Vertauschung von rechts und links).

##### *Technische Voraussetzungen*

In der weiteren Diskussion wurde auf die unterschiedlichen Systeme und ihre Vor- und Nachteile eingegangen.

Eine Browserlösung wie BBB hat den Vorteil, dass nicht jeder Kunde / Versicherte etwas herunterladen muss. Damit ist dieses System einfacher, kundenfreundlicher und benötigt weniger Support als Installationen. Ein weiterer Vorteil von browsergestützten Lösungen ist die Möglichkeit, eine Weiterleitung nur unter bestimmten Bedingungen zu ermöglichen (z. B. Anklicken einer Einverständniserklärung, erfolgreicher Technik Check etc.). Eine Installationsdatei bringt dagegen mehr Sicherheit. Durch die notwendige Installation ist zu berücksichtigen, dass zumindest Hinweise / Informationen zur Löschung der Datei nach der Begutachtung gegeben werden müssen (Nachsorge).

Weiterhin lässt sich unterscheiden, ob das System raumbasiert (wie BBB) oder userbasiert (wie Webex) ist. In raumbasierten Systemen erhält der Gutachter eine Zugangsberechtigung zu einem Raum und es müssen hier somit keine Links verteilt werden. Diese Raum- statt einer Userbindung erbringt eine höhere Flexibilität, z. B. wenn ein Gutachter krank ist o.ä. Eingeladene Personen werden vom Gutachter zugelassen und warten bis dahin im digitalen Warteraum. Bei userbasierten Lösungen werden für beide Seiten Links für das Meeting verschickt.

## *Datenschutz*

Als oberstes Ziel datenschutzrechtlicher Aspekte wurde die Datensparsamkeit formuliert. Relevant sind zudem vor allem die Abklärung aller datenschutzrelevanten Aspekte und die Erfüllung aller notwendigen Datenschutzbestimmungen vor Inbetriebnahme eines Videobegutachtungssystems. Dazu zählen die Datenschutzfolgeabschätzung, ein Verarbeitungsverzeichnis, sowie bei ausgelagertem Server eine notwendige Prüfung durch die Aufsichtsbehörde (Auftragsdatenverarbeitung).

Folgende Aspekte wurden diskutiert:

- Die Abgabe der Einverständniserklärung muss eine Aktion sein, die reine Teilnahme reicht als Erklärung nicht aus. Aber hier sind verschiedene technische Lösungen denkbar (z. B. Anklick-Funktionen), bei welchen dann die Dokumente durch den Medizinischen Dienst gespeichert werden können.
- Alle notwendigen Hinweise und Informationen (Informationspflichten, Hinweis auf Authentizität etc.) müssen vorab erteilt werden, was im Anschreiben oder auch über eine Portallösung machbar ist. Hinweise müssen zudem zu Speicher- und Löschfristen gegeben werden. Eine Löschung muss außerdem auch sofort möglich sein (Betroffenenrechte).
- Zur Identifikation ist es ausreichend, die Karte in die Kamera zu halten.
- Das Begutachtungsgeschehen kann nicht komplett kontrolliert werden (z. B. Filmen von Dritten). Aber die DSGVO verlangt u. a. einen Hinweis auf Vertraulichkeit, ein Mitschnitt ist demnach nicht zulässig und strafbewehrt. Darüber hinaus sind jedoch Anforderungen an das eigene System des Medizinischen Dienstes notwendig, welche einen Mitschnitt unmöglich machen. Möglichkeiten zu Video- und Bildaufnahmen seitens des Medizinischen Dienstes (wie z. B. in der Hilfsmittelversorgung vorkommend) werden als projektverhindernd eingestuft.
- Auch gilt es zu berücksichtigen, dass die Persönlichkeitsrechte des Gutachters zu beachten sind.
- Eine Zertifizierung wie in der Videosprechstunde wird nicht als großes Hindernis eingestuft und ist eher nicht gleich am Anfang notwendig.
- Eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung ist als zwingende Voraussetzung definiert. Von der technischen Seite ist daher die Verschlüsselung datenschutzrechtlich einwandfrei durchzuführen.

## *Technische Anforderungen - Begutachtungssituation*

In Rahmen der Diskussion wurden weitere Anforderungen und Aspekte in der konkreten Begutachtungssituation besprochen. Dabei wurden als Ziele zum einen die größtmögliche Begrenzung von zusätzlichem und unnötigem Datenaustausch genannt (Fehlerquellen und logistischer Aufwand). Zum anderen sei die bestmögliche Filterung des geeigneten Personenkreises essentiell.

Die Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung einer Videobegutachtung ist die funktionierende Technik. Ein Check auf Seiten der versicherten Personen ist daher sinnvoll. Ein solcher Technikcheck ist auch automatisiert möglich. Diesen bereits bei der Anmeldung durchzuführen, z. B. mithilfe eines QR Codes im Anschreiben, wäre besonders hilfreich, um bereits im Vorfeld filtern zu können, wo die Technik (u. a. Funktionsfähigkeit von Mikro und Kamera) oder die Leitung möglicherweise nicht funktioniert. Aus Effizienzgründen sollten Technik-Checks möglichst nicht durch den Gutachter stattfinden.

Auch in einem digitalen Wartezimmer kann ein (zusätzlicher) Technik Check kurz vor Beginn der eigentlichen Begutachtung durchgeführt werden. Hier sind Serviceadministratoren denkbar, die das Ergebnis des Technikchecks an die Gutachter und Gutachterinnen weiterleiten (Steuerungsfunktion). Verzögerungen und Wartezeiten können hier organisiert werden bzw. auch technische Schwierigkeiten innerhalb der Begutachtung abgefangen werden. Da ein langes Aufhalten in einem digitalen Warte- raum technisch eher nicht möglich ist (z. B. im Falle einer Überziehung der vorangehenden Begut- achtung), muss eine solche Situation über einen Rückruf und der Bitte um erneute Einwahl gehandhabt werden. Hier muss jedoch eine Telefonnummer vorliegen.

Grundsätzlich ist ein weiterer Kommunikationskanal als *back-up* sinnvoll, z. B. um den Ausfall des Mik- rofons kompensieren zu können. Die Nutzung einer Chatfunktion wird kritisch gesehen, da dies einer zusätzlichen Verschlüsselung bedarf. Das Telefon eigne sich als *back-up* zur Aufrechterhaltung der Kommunikation und um ggf. das weitere Vorgehen absprechen zu können. Eine Umwandlung einer videobasierten Begutachtung in ein Telefoninterview sollte dabei jedoch vermieden werden.

Die Expertinnen und Experten empfehlen weiter, dass aus Effizienzgründen nur eine bestimmte Anzahl an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Videobegutachtungen durchführen sollten.

Die Verwendung von QR Codes wird als vorteilhaft gesehen, da keine Links und kein Austausch von E- Mail-Adressen notwendig sind und somit eine geringere Fehleranfälligkeit bestehe (z. B. bei der Ein- gabe). Als Verifizierung, um zu verhindern, dass Unbefugte den QR Code nutzen, ist eine zusätzliche Abfrage sinnvoll (z. B. Geburtsdatum). Die interne Auftragsnummer muss im (QR-) Code abgebildet sein, um den Vorgang intern zuordenbar zu machen und wichtige Dokumente generieren und richtig abzuspeichern zu können. Die Weiterleitung bzw. die Einwahl zu einer *landing page* bzw. einem Portal wird als sinnvoll erachtet (z. B. über einen QR- oder Zahlen- Code). Hier sollten dann Informationen, FAQs, Erklär Videos etc. zu finden sein. Zudem können auch die notwendigen Erklärungen eingebaut werden, durch deren aktives Anklicken erst eine Weiterleitung ermöglicht wird. Auch eine Terminaus- wahl kann hier stattfinden.

Denkbar wäre, im Anschreiben wie bisher einen Hausbesuchstermin vorzugeben und zusätzlich die Möglichkeit zu geben, sich für eine Videobegutachtung anzumelden (enge Frist stellen). Spricht etwas gegen eine Videobegutachtung bzw. werden die (technischen) Anforderungen nicht erfüllt, gilt der angegebene Hausbesuchstermin.

#### *Vorbereitung und notwendige Ausstattung der Gutachterinnen und Gutachter*

Schulungen für Mitarbeiter in der Videobegutachtung werden bzgl. Datenschutz, Etikette und Technik als notwendig erachtet. Gutachter sollten zudem auf jeden Fall zwei Bildschirme erhalten (je einen für Dokumente bzw. für das Video).

#### *Offene Fragen*

Einige Fragen, die im Rahmen der Diskussion aufgekomen sind, sind noch unbeantwortet geblieben:

- Ist es möglich und evtl. sinnvoll, auf bereits bestehende Lösungen der GKV auszuweichen oder diese als Vorlage zu nehmen?
- Ist eine Datenschutzerklärung von allen teilnehmenden Personen, also auch von den Begleit- personen notwendig? Wenn ja, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt? (zu einem frühen

Zeitpunkt ist evtl. der Teilnehmerkreis noch nicht klar) Kann man den Datenschutz für Begleitpersonen in die Verantwortung des Begutachteten legen?

- Wie geht man mit sprachlichen Einschränkungen und Einschränkungen im Hörverständnis um? Ist so etwas im Technik Check abbildbar?

### *Fazit*

Im Vergleich zum Telefoninterview wird in der Videobegutachtung ein Zugewinn an gutachterlicher Sicherheit gesehen. Zudem können mit diesem Begutachtungsformat die Disponibilität der Gutachterinnen und Gutachter gesteigert werden. Auch die Absagequote könnte durch Videobegutachtungen verringert werden, da eine Teilnahme An- und Zugehöriger sowie weiterer Betreuungspersonen möglich ist. Der Anteil der Terminabsagen aufgrund von Terminschwierigkeiten der An- und Zugehörigen bzw. der Betreuungspersonen wird aktuell auf etwa 15 Prozent geschätzt. Eine Verminderung von Fahrtstrecken bringt weitere Vorteile. Als nachteilig sind die Initialkosten einer Implementierung der Videobegutachtung sowie die dafür notwendigen zeitlichen Ressourcen zu sehen. Zudem besteht eine Ungewissheit bzgl. der Eignung der Klientel (gewisses technisches Verständnis und gleichzeitig Erfüllung der technischen Anforderungen notwendig). Die Diskutanten sehen daher vorerst vor allem im stationären Bereich gute Voraussetzungen zur Implementierung. Hier handelt es sich oft nicht um Erstgutachten, es erfolgt häufig die Begutachtung von mehreren versicherten Personen und die technischen Voraussetzungen sind meist eher gegeben. Eine Implementierung könne somit schnell und effizient gestaltet werden.

## **4.3 Ergebnisse des Praxistests**

### **4.3.1 Methodik und Ablauf des Praxistests**

Im Anschluss an die Fokusgruppen-Diskussionen fand von Mitte Juli 2022 bis Ende September 2022 ein pilothafter Praxistest der videobasierten Pflegebegutachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen als drittes Arbeitspaket der SPRINT-Studie statt. Beteiligt waren insgesamt 17 Gutachterinnen und Gutachter aus den Medizinischen Diensten Bayern, Berlin-Brandenburg, Nord, Sachsen, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe. In jedem der beteiligten Medizinischen Dienste wurden jeweils zehn Videobegutachtungen durchgeführt. Diese fanden mit bereits pflegebedürftigen Personen statt, die vollstationäre Leistungen erhalten und bereit waren, freiwillig an der Testung teilzunehmen. Das vollstationäre Setting wurde ausgewählt, weil davon auszugehen ist, dass hier die technischen Voraussetzungen für die Umsetzung der videobasierten Begutachtung gegeben sind: Im stationären Setting sind professionell Pflegendе eingebunden, die in der praktischen Umsetzung unterstützen können. Palliative Fallkonstellationen wurden ausgeschlossen. Es wurde zudem festgelegt, dass die Erstbegutachtung bei den einzubeziehenden pflegebedürftigen Menschen nicht länger als drei Jahre zurückliegt.

Für die organisatorische Umsetzung des Praxistests wurde in jedem der Medizinischen Dienste eine zentrale Ansprechperson benannt. Ausgehend von den Ergebnissen der Fokusgruppen-Diskussionen und erster Erfahrungen einzelner Dienste wurde zudem eine Checkliste mit Eckpunkten zu den technischen und logistischen Anforderungen an eine praktische Umsetzung der Videobegutachtung sowie zum Datenschutz erarbeitet und in einem vorbereitenden Treffen den zentralen Ansprechpersonen der Medizinischen Dienste vorgestellt.

Die Checkliste ist dem Anhang des Abschlussberichts zu entnehmen (vgl. Abschnitt 6).

Die Videobegutachtungen wurden durch Vor- und Nachbefragungen begleitet und dokumentiert. Im Fokus standen die Praktikabilität des Begutachtungsformats aus Sicht der beteiligten Gutachter und Gutachterinnen sowie die Akzeptanz der videobasierten Begutachtung seitens der pflegebedürftigen Menschen und der beteiligten Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen.

Für die begleitende Evaluation wurden drei Fragebögen konzipiert, die jeweils von den Gutachterinnen und Gutachtern auf der Grundlage ihrer praktischen Erfahrungen zu bearbeiten waren: Das war erstens ein standardisierter Fragebogen zur Dokumentation der organisatorischen Umsetzung der videobasierten Begutachtungen und zur Deskription der einbezogenen pflegebedürftigen Menschen, der summarisch je teilnehmenden Medizinischen Dienst auszufüllen war. Ein zweiter teilstandardisierter Fragebogen diente den Gutachterinnen und Gutachtern als Leitfaden für die Befragung der versicherten Personen und der Pflegekräfte zu ihren Erfahrungen und Eindrücken aus den durchgeführten videobasierten Begutachtungen. Dieser war jeweils im Anschluss an eine jede Videobegutachtung im Freitextformat auszufüllen. Und schließlich wurden die fachliche Gesamteinschätzung der Gutachterinnen und Gutachter zur Eignung des Begutachtungsformats anhand eines dritten teilstandardisierten Fragebogens erhoben.

Die Rückmeldungen der Gutachterinnen und Gutachter wurden im Anschluss an die Datenerhebung mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet und zu wesentlichen Thesen zusammengefasst. Diese Thesen wurden sodann im Rahmen eines Workshops mit den studienteilnehmenden Gutachterinnen und Gutachtern sowie den zentralen Ansprechpersonen des Praxistests diskutiert. In diesem Workshop wurden zudem Empfehlungen für ein weiterführendes wissenschaftlich begleitetes Forschungsprojekt erarbeitet.

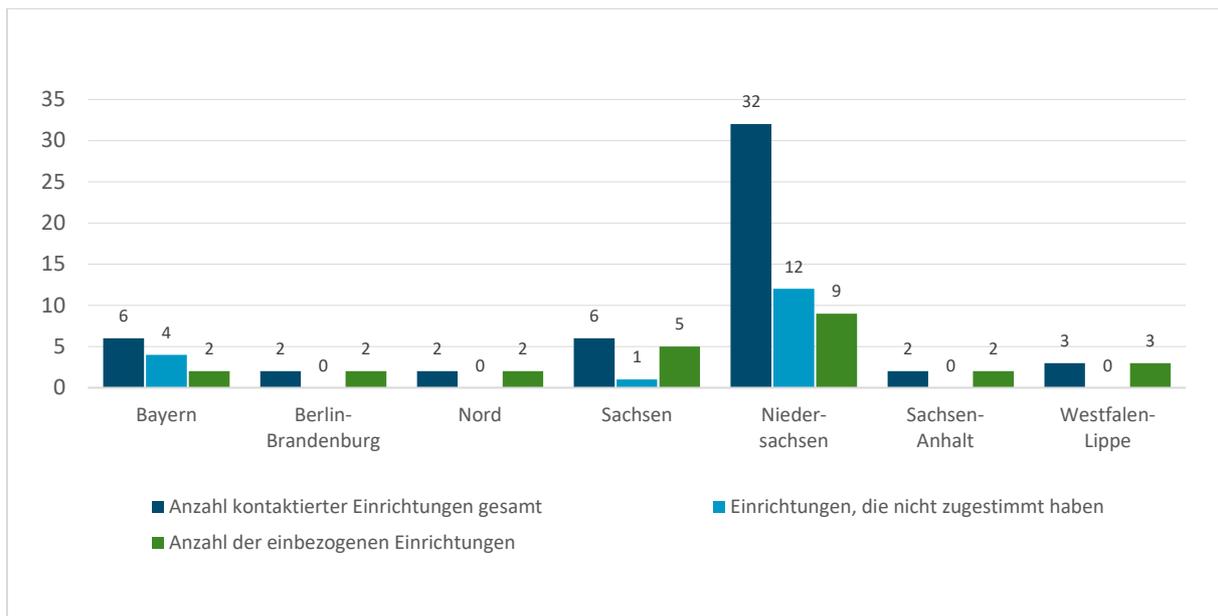
Nachfolgend werden die Ergebnisse des Praxistests in der Zusammenschau berichtet.

### **4.3.2 Beschreibung der Stichproben**

#### *Teilnehmende Pflegeeinrichtungen*

Die Medizinischen Dienste haben insgesamt 53 vollstationäre Pflegeeinrichtungen kontaktiert und über den Praxistest der SPRINT-Studie informiert. Generell waren die kontaktierten Pflegeheime aufgeschlossen und interessiert, am Praxistest der SPRINT-Studie teilzunehmen. Es gestaltete sich jedoch in einigen Regionen kompliziert, Einrichtungen mit der notwendigen technischen Infrastruktur für die Teilnahme am Praxistest zu gewinnen (vgl. Abbildung 4).

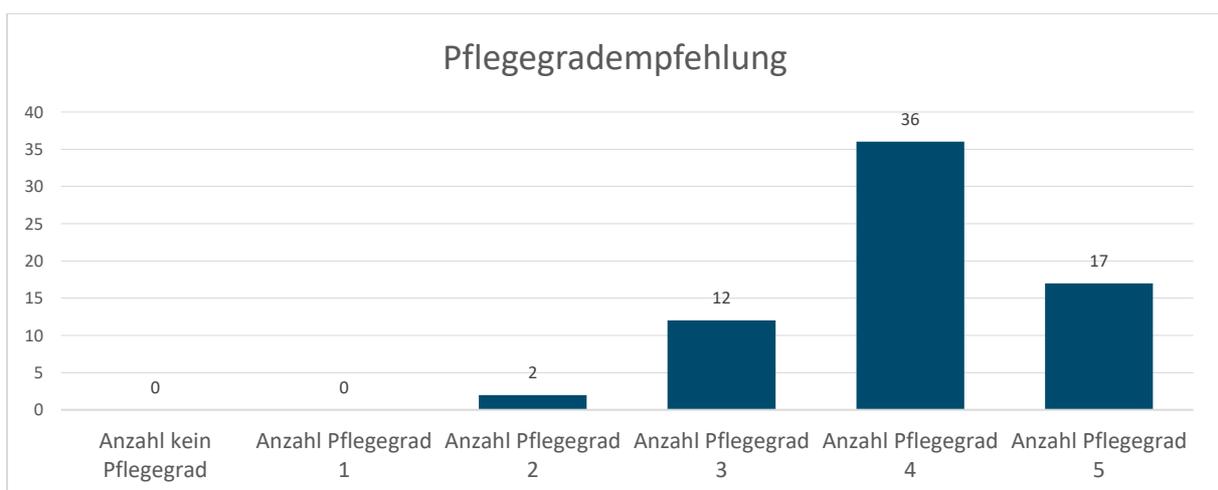
17 Einrichtungen lehnten letztlich eine Teilnahme am Praxistest ab. Ablehnungsgründe waren neben dem Nicht-Vorhandensein der technischen Voraussetzungen (kein Endgerät vorhanden, kein oder schlechtes WLAN, App kann nicht auf Endgerät installiert werden/Problemlösung durch IT dauert zu lange) auch Datenschutzbedenken oder das Fehlen zeitlicher Ressourcen. Besonders häufig traten diese Gründe in Niedersachsen auf, so dass hier besonders viele Einrichtungen kontaktiert werden mussten, um die geplanten pilothaften Videobegutachtungen durchzuführen.



**Abbildung 4:** Anzahl kontaktierter und einbezogener Pflegeeinrichtungen, differenziert nach Medizinischem Dienst

#### Teilnehmende pflegebedürftige Menschen

Im Rahmen des Praxistests konnten 67 pflegebedürftige Menschen (42 Frauen und 25 Männer) mittels einer Videokonferenzsoftware begutachtet werden. Im Schnitt waren die einbezogenen pflegebedürftigen Menschen 83 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter der Frauen mit 83,5 Jahren (Min. 58 Jahre, Max. 98 Jahre) etwas höher lag als das der Männer mit 81,8 Jahren (Min. 56 Jahre, Max. 94 Jahre). Wie der nachfolgenden Abbildung zu entnehmen ist, waren die einbezogenen pflegebedürftigen Menschen insgesamt in ihrer Selbstständigkeit stark eingeschränkt. Bei 53 der 67 Personen wurde mindestens Pflegegrad (PG) 4 empfohlen (vgl. Abbildung 5)



**Abbildung 5:** Anzahl der teilnehmenden pflegebedürftigen Menschen, differenziert nach Pflegegradempfehlung

### 4.3.3 Ergebnisse der begleitenden Evaluation

#### *Praktische und technische Umsetzbarkeit der videobasierten Begutachtung*

Mit der technischen Umsetzung der Videobegutachtung kamen die Gutachterinnen und Gutachter insgesamt sehr gut zurecht, obwohl unterschiedliche Software-Produkte zur Anwendung kamen: Webex (in zwei der teilnehmenden Medizinischen Dienste), artzpool 24, Remox Live-Expert (TÜV Nord), BRAVIS Gastzugang, Avaya Workplace sowie Big Blue Button (BBB).

Auf Einrichtungsseite gestaltete sich die technische Umsetzung vergleichsweise schwieriger. In einigen Fällen scheiterte die tatsächliche Durchführung der Videobegutachtungen an einer unzureichenden Internetverbindung (oftmals kein WLAN vor Ort bzw. nicht in den Bewohnerzimmern verfügbar) oder einer mangelnden Hardware-Ausstattung. Manche Einrichtungen nutzten für den Praxistest private Smartphones. Notwendig scheint auch eine gewisse technische Erfahrung und „Versiertheit“ bzw. Flexibilität, um technische Schwierigkeiten, wie z. B. den Abbruch der Internetverbindung, „entspannt“ während der Begutachtungssituation lösen zu können. Nach anfänglichen Schwierigkeiten (z. B. Kamera und Mikrofon konnten von der Pflegekraft in der Einrichtung nicht freigegeben werden) klappte die Umsetzung überwiegend sehr gut. Die Gutachterinnen und Gutachter sind zudem der Auffassung, dass bei häufigerer Anwendung die Unerfahrenheit seitens der Einrichtung sinken wird. Im ambulanten Bereich werden sich analoge Herausforderungen ergeben. Die Hoffnung wäre aber, dass sich im Laufe der nächsten Jahre deutliche Verbesserungen in der Internetanbindung sowie auch der technischen Ausstattung ergeben.

Perspektivisch sollte aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter geprüft werden, welches Tool für die Videobegutachtung verwendet werden sollte (Webex, Big Blue Button, etc.). Im Hinblick auf technische Umsetzungsmöglichkeiten ist stets auch der Rückgriff auf bisherige Strukturen aus dem GKV-Bereich (Videosprechstunden etc.) möglich. Wünschenswert wäre in jedem Fall, dass der Zugang zur Videobegutachtung so einfach wie möglich gestaltet wird (z. B. einfacher Klick auf einen Link, ohne Installation von Apps o.ä.). Zudem sollten sich alle Medizinischen Dienste darauf verständigen, wie die Einsicht von Dokumenten bzw. Unterlagen während der Begutachtung im Sinne einer einheitlichen Begutachtung gewährleistet werden soll (Anforderung vorab, Vorlesen durch anwesende Personen oder Präsentation per Kamera?).

#### *Eignung der videobasierten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Ableitung der Empfehlungen*

Die Gutachterinnen und Gutachter kamen insgesamt sehr gut mit der videobasierten Begutachtung zurecht. Sowohl die Befunderhebung, die Erfassung der Selbstständigkeit als auch die Ableitung der Empfehlungen sei aus Sicht der teilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter insbesondere durch die Beobachtungen von Mimik und Gestiken der pflegebedürftigen Menschen sehr gut möglich. Das zeigte sich in der konkreten Begutachtungssituation z. B. daran, dass sich die initialen Schilderungen der Pflegekraft mit Blick auf den pflegebedürftigen Menschen zu einem anderen Bild über die Gesamtsituation formten.

Aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter können alle Module des Begutachtungsinstruments ohne Probleme bearbeitet werden. Die gutachterliche Einschätzung der pflegfachlichen Kriterien ist umfassend aus der Inaugenscheinnahme, Befragung und Dokumentation ableitbar. Auch ein Einblick in die Dokumentation (Arzt-, Krankenhaus-Entlassbericht, Verordnungen etc.) z. B. über die Kamera sei

möglich. Das ist insbesondere aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter für eine Beurteilung der Kriterien in Modul 3 und 5 relevant. Die videobasierte Begutachtung funktioniert zudem auch bei Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen bzw. mit einem insgesamt hohem Unterstützungsbedarf: Bei über 80 Prozent der begutachteten Personen wurde mindestens Pflegegrad 4 empfohlen (n=53). Gleichwohl waren die versicherten Personen oftmals von der Begutachtungssituation überfordert. Nach Ansicht der Gutachter können jedoch diese Reaktionen immer auch Rückschlüsse auf z. B. das kognitive Funktionsniveau der begutachteten Person geben und für die Begutachtung genutzt werden.

Angemerkt worden ist, dass Überforderungssituationen auch in den Pflegebegutachtungen vor Ort auftreten können und die Gutachterinnen und Gutachter geschult sind, mit diesen besonderen Herausforderungen angemessen umzugehen. Hier können die begleitenden Pflegefachkräfte Unterstützung leisten, wenn die versicherten Personen Schwierigkeiten haben, die Gutachterin bzw. den Gutachter zu verstehen oder die Situation einzuordnen. Dabei ist es zentral, dass die Einrichtung hinsichtlich der Videobegutachtung kooperativ und motiviert ist.

In Einzelfällen wurde die Videobegutachtung im Praxistest mit einem Telefonat kombiniert, da ein Telefonhörer für die pflegebedürftigen Menschen oftmals etwas Vertrautes darstellt bzw. sie das Gegenüber auf diese Weise besser verstehen können. Bei starken Mobilitätseinschränkungen kann für die Videobegutachtung auf mobile Endgeräte zurückgegriffen und die Kamerasicht entsprechend eingestellt werden, sodass auch hier keine größeren Hürden bestehen. Lediglich bei Palliativpatienten sollte keine Videobegutachtung durchgeführt werden. Liegen psychiatrische Auffälligkeiten vor, so ergeben sich für die Videobegutachtung ebenfalls keine besonderen Herausforderungen, da entsprechende Hinweise für die Begutachtung zumeist ohnehin aus Schilderungen oder Unterlagen stammen.

Den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes Nord war es möglich, neben der Videobegutachtung auch immer auch eine nachgehende persönliche Begutachtung (i.d.R. am selben Tag) durchzuführen. Die nachgehenden Begutachtungen vor Ort haben dabei ca. 15-20 Minuten in Anspruch genommen. Die Ergebnisse der Videobegutachtungen und der Hausbesuche waren dabei hinsichtlich der Pflegegradempfehlung stets deckungsgleich, was ein deutlicher Hinweis für eine valide und reliable Durchführbarkeit der Videobegutachtung darstellt.

#### *Akzeptanz seitens der pflegebedürftigen Menschen der Mitarbeitenden der Einrichtungen*

Es liegen nur wenige Rückmeldungen der versicherten Personen selbst vor, denn in vielen Fällen konnte aufgrund von kognitiven Einschränkungen der begutachteten Personen kein direktes Feedback zur Akzeptanz der Videobegutachtung gegeben werden.

Die Rückmeldungen derjenigen Personen, die ein Feedback selbst abgeben konnten, sind durchgängig positiv. Gewürdigt wird insbesondere, dass man die Person, mit der die Begutachtung stattfindet, auch sehen kann. Es konnte aus Sicht der versicherten Personen per Video alles mitgeteilt werden, was wichtig war. Auch anwesende Angehörigen waren sehr zufrieden mit der Möglichkeit des visuellen Kontakts. Aus ihrer Sicht fand eine umfassende Begutachtung statt, in der alle relevanten Aspekte besprochen worden sind.

Die Einschätzung der Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter scheint davon abhängig zu sein, wie gut sie mit der Technik zurechtkamen und wie aufgeschlossen diese grundsätzlich technischen Neuerungen gegenüberstehen: „Der persönliche Kontakt sei immer noch am allerbesten, telefonisch sei es ok, aber per Video würden mehr Pannen passieren, dann sei sie [Pflegekraft] aufgeschmissen“.

Die videobasierte Begutachtung sei aus Sicht der Pflegekräfte dem Telefoninterview klar überlegen, da die Gutachterin bzw. der Gutachter gesehen wird und weniger erklärt werden muss. Die videobasierte Begutachtung käme insgesamt einem Hausbesuch nahe. Als besonders positiv werden die folgenden Aspekte herausgehoben:

- Es ist ein Zeitersparnis möglich, da im Rahmen eines fixen Termins mehrere Begutachtungen hintereinander durchgeführt werden können.
- Die videobasierte Begutachtung ermöglicht mehr Flexibilität, z. B. wenn der Begutachtungstermin nicht zustande kommt.
- Es bestehe eine angenehme Atmosphäre für die versicherte Person, da sie sich am Gespräch beteiligen kann. Das funktioniert mit Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen besonders gut.
- Aktuelle Berichte können über das Videosignal präsentiert werden
- Infektionsrisiko ist nicht vorhanden.
- Ressourcen werden geschont. Das betrifft sowohl Material (kein Covid-Test, keine Schutzausrüstung notwendig) als auch Personal (kein notwendiger „Pflegekraft-Ersatz“ von anderen Wohnbereichen gerade in "Stoßzeiten", wenn die Begutachtung durchgeführt wird).

Negative Aspekte beziehen sich vor allem auf technische Schwierigkeiten, die während der Videobegutachtung aufgetreten sind:

- Das Tablet befindet sich nicht immer "an der Pflegekraft" auf dem Wohnbereich
- direkte Zeitabsprache für Videobegutachtung mit Einrichtung sind notwendig
- Entsprechende technische Infrastruktur notwendig, Netzausbau nicht vorhanden
- Bettlägerige Menschen sind schlecht mit Tablet zu beurteilen, man sieht immer nur einen Ausschnitt, Pflegepersonal müsste dann den Bildausschnitt immer wieder neu justieren
- Gefahr der Überforderung mit der Technik bei älteren Menschen

Auch wenn es punktuell Schwierigkeiten in der technischen Umsetzung gab, wurde von den Pflegefachkräften der stationären Pflegeeinrichtungen die Eignung der Videobegutachtung nicht in Frage gestellt.

#### *Empfehlungen für das weiterführende Forschungsprojekt*

Aus Sicht der studienteilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter ist für eine weiterführende Erprobung insbesondere der logistische und organisatorische Aufwand zu berücksichtigen, der sich z. B. durch die Herausnahme der studienteilnehmenden Personen aus der regulären Logistik und das Einholen der schriftlichen Einverständniserklärung ergeben wird. Empfohlen wird daher, dass die Pflegekassen im Vorfeld bereits für das Projekt Videobegutachtung werben. Dies ist insbesondere deshalb zu überlegen, da bei einer größer angelegten Studie keine Möglichkeit bestehen wird, jede versicherte Person vorab anzurufen, zu informieren und die Teilnahmebereitschaft zu erfragen. Dies muss aus Sicht der Gutachterinnen und Gutachter in der Evaluationsstudie frühzeitig schriftlich erfolgen, ggf. direkt nach Auftragseingang mit sehr kurzer Frist. Dieses Schreiben muss sehr einfach und verständlich

formuliert sein. Sowohl stationär wie auch ambulant bleibt abzuwarten, welche Resonanz auf schriftliche Anfragen zu erwarten ist. Empfehlenswert wäre in jedem Fall eine Hotline für Rückfragen, die bei den studienteilnehmenden Medizinischen Diensten verortet sein sollte. Der zeitliche Aufwand sollte in der nachfolgend geplanten Erprobungsstudie in jedem Falle dokumentiert werden.

Zur Auswahl der versicherten Personen halten die Gutachterinnen und Gutachter fest, dass die Freiwilligkeit zur Teilnahme grundsätzlich gewährleistet sein sollte. Einschränkungen bestehen lediglich hinsichtlich bei Palliativpatientinnen und -patienten, Widersprüche und ggf. Nachuntersuchungen. Es ist zu überlegen, ob weitere regionale Eingrenzungen stattfinden sollten (insbesondere in Bezug auf Nachbegutachtungen per Hausbesuch, damit nur wenige Gutachter und Gutachterinnen benötigt werden und die Fahrtwege überschaubar bleiben).

Die konkrete Vorgehensweise sollte möglichst vereinheitlicht werden (z. B. Technik und Prozesse). Dies betrifft u. a. eine mögliche Kombination aus videobasierter- und telefonischer Begutachtung sowie den Umgang mit Unterlagen. Die Gutachterinnen und Gutachter empfehlen weiterhin, dass klare Anforderungen zu formulieren sind, die von den Einrichtungen erfüllt sein müssen, damit eine Videobegutachtung durchgeführt werden kann. Im Wesentlichen würde dies eine entsprechende Internetverbindung und eine geeignete Hardware umfassen (Endgerät mit Mikrofon/Kamera).

## 5 Zusammenführung der Ergebnisse und Fazit

### 5.1 Beantwortung der Fragestellungen der SPRINT-Studie

Auf der Grundlage der Informationen aus allen hier herangezogenen Datenquellen und nach extensiver Interpretation lassen sich die Fragestellungen der SPRINT-Studie wie folgt beantworten (vgl. Abschnitt 2):

#### **Fragestellung 1: In welchen Fallkonstellationen ist die Videotelefonie eine geeignete Methode für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit?**

Die Ergebnisse der internationalen Literaturrecherche zum Einsatz videobasierter Verfahren bzw. Interventionen bei Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen ergeben keine systematischen Hinweise darauf, dass videobasierte Verfahren bei bestimmten gesundheitsbezogenen Konstellationen ungeeignet sind. Es gelingt insbesondere auch die Erfassung von Beeinträchtigungen der Kognition und psychischer Verhaltenssymptome bei der genannten Zielgruppe: Neuropsychologische Assessments (Kognition und Verhaltenssymptome) und körperbezogener Funktionstest (z. B. das Assessment von Gelenkfunktionen, wie Beugen und Strecken), die per Videokonferenz durchgeführt werden, korrespondieren laut Ergebnissen der Recherche mit einer persönlichen Befunderhebung vor Ort. Vereinzelt finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass die Nutzung videobasierter Verfahren bei bestehenden Seh- und Hörstörungen eingeschränkt sein kann, weil z. B. die Videoanwendung aufgrund einer kleinen Schrift nicht adäquat bedient werden kann oder weil bei Menschen mit Hörgeräten störende Rückkopplungen auftreten können.

Auch nach Ansicht der teilnehmenden Personen an den Fokusgruppendifkussionen sollten bis auf Widersprüche und Nachuntersuchungen keine Personengruppen bzw. Gutachtenarten aus den weiteren Überlegungen zur Umsetzung einer videobasierten Pflegebegutachtung ausgeschlossen werden. Nicht geeignet erscheint die videobasierte Pflegebegutachtung bei schwer erkrankten Menschen, denen auch eine persönliche Begutachtung nicht zumutbar ist und i.d.R. von den Medizinischen Diensten auch nicht durchgeführt wird (z. B. palliative Versorgungssituationen). Anträge auf vollstationäre Leistungen, Kinderbegutachtungen und Begutachtungen von Menschen mit besonderen psychischen Bedarfslagen (z. B. spezifischen Angststörungen) scheinen nach Ansicht der befragten Experten und Expertinnen per Videobegutachtung besonders aussichtsreich.

Die praktische Testung der videobasierten Pflegebegutachtung, bei der vor allem schwer beeinträchtigte pflegebedürftige Menschen einbezogen werden konnten, bestätigt sowohl die Erkenntnisse aus der Literatur als auch die Expertenmeinungen: Es ist nicht notwendig, bestimmte Personengruppen bzw. Gesundheitsprobleme aus dem Kreis potentieller für eine videobasierte Pflegebegutachtung geeigneter Fallkonstellationen generell auszuschließen. Bei Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, die per Video begutachtet werden, ist jedoch eine dritte Person, vor allem auch für die technische Unterstützung notwendig (siehe hierzu auch **Fragestellung 5**). Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf den Umgang mit sensorischen Beeinträchtigungen der zu begutachtenden Personen zu legen. Hierfür wurden im Rahmen der SPRINT-Studie eine Reihe von Empfehlungen erarbeitet (vgl. 4.3.3).

**Fragestellung 2: Ist das Verfahren der Videotelefonie in diesen Fallkonstellationen geeignet, um alle für die Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen relevanten Informationen valide zu erheben? (Pflegegradempfehlung und Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation etc.)**

Sowohl das Erfahrungswissen der befragten Expertinnen und Experten als auch die Erkenntnisse aus dem Praxistest weisen darauf hin, dass sämtliche für die Pflegebegutachtung notwendigen Informationen per Video erhoben werden können. Für fünf Begutachtungsfälle des Praxistests konnte zudem gezeigt werden, dass bei ein und derselben pflegebedürftigen Person die Videobegutachtung und die im Nachgang durchgeführte persönliche Begutachtung vor Ort zu gleichen Ergebnissen führten. Auch die gutachterliche Ableitung von *Empfehlungen zur Förderung bzw. zum Erhalt der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten, Prävention und Rehabilitation* gelingt per videobasierter Begutachtung. Zudem können notwendige Unterlagen und proxy-Urteile in eine Einschätzung per Video einbezogen werden. Das zeigt, dass die videobasierte Begutachtung nicht nur bei der Bearbeitung von Höherstufungsanträgen funktioniert, sondern auch Potential für eine Anwendung bei Erstbegutachtungen besteht.

**Fragestellung 3: Was sind notwendige – auch technische – Voraussetzungen seitens der pflegebedürftigen Menschen und Gutachterinnen und Gutachter für eine regelhafte Anwendung der Videobegutachtung? Gibt es Barrieren in der praktischen Umsetzung (z. B. Freiwilligkeit?)**

Eine wesentliche Voraussetzung für die gelungene Umsetzung einer videobasierten Begutachtung ist eine verlässlich funktionierende Technik, die zudem einfach zu handhaben ist. Darauf weisen die Ergebnisse aus allen drei Arbeitspaketen unisono hin. Das betrifft zuvörderst den Zugang der versicherten Person zur technischen Infrastruktur – sowohl bezogen auf eine geeignete Hardware als auch auf ein ausreichend großes Datenvolumen zur Aufrechterhaltung einer gleichbleibenden Verbindungsqualität. Als eine Hauptbarriere für die Inanspruchnahme oder Nutzung von videobasierten Interventionen in der Gesundheitsversorgung werden in der Literatur immer wieder technische Schwierigkeiten ge-

nannt. Aber auch Vorbehalte seitens der Patienten und Patientinnen gegenüber digitalen Kommunikationsmöglichkeiten können Barrieren für die Nutzung solcher Anwendungen sein. Gezeigt werden konnte aber auch, dass eine anfängliche Skepsis bei den Anwendenden durch eine benutzerfreundliche Ausgestaltung der Videoanwendung abgebaut werden kann. Das gilt auch für ältere Menschen.

Zu den Voraussetzungen auf Seiten der Gutachterinnen und Gutachter gehört es laut Experteneinschätzungen, dass sich diese mit der jeweiligen Videokonferenzsoftware gut auskennen und mit technischen Problemen umgehen können. Sinnvoll ist außerdem, dass den Gutachterinnen und Gutachtern zwei ausreichend große Bildschirme zur Verfügung gestellt werden (je einen für Dokumente bzw. für das Video), um alle notwendigen Informationen der körperlichen Befunderhebung valide erfassen zu können. Zudem sind Schulungen der Mitarbeitenden zum Datenschutz, zur Etikette und zur Technik notwendig. Es bedarf auch der Schulung kommunikativer Kompetenzen, um die im Vergleich zum Hausbesuch bestehenden fehlenden kommunikativen Ebenen bzw. Kanäle zu kompensieren. Eine weitere notwendige Bedingung für eine erfolgreiche Implementierung der videobasierten Begutachtung ist, dass die vor- und nachgeschalteten Begutachtungsprozesse möglichst automatisiert ablaufen. Hierfür wurden im Rahmen des zweiten Arbeitspaketes konkrete Vorschläge und Empfehlungen erarbeitet, auf denen weiter aufgebaut werden kann (vgl. 4.2.2 und 4.2.3).

Der Praxistest hat die Bedeutsamkeit der technischen Infrastruktur bestätigt. Die Medizinischen Dienste sind hier sehr gut aufgestellt – vor allem durch die Erfahrungen der Corona-Pandemie. Bei den Pflegeeinrichtungen hingegen zeigte sich ein anderes Bild. Zwar waren diejenigen Pflegeeinrichtungen, die angesprochen worden sind, bereit an der Studie mitzuwirken, die technische Infrastruktur in den Einrichtungen war jedoch nicht regelhaft vorhanden. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die Gutachterinnen und Gutachter bei einer videobasierten Begutachtung auch gefragt sind, die technische Umsetzung in der konkreten Begutachtungssituation anzuleiten und bei technischen Schwierigkeiten die antragstellenden Personen bzw. der Pflegepersonen zu unterstützen.

#### **Fragestellung 4: Auf welche Weise muss das zu Grunde liegende Begutachtungsinstrument ggf. weiterentwickelt werden?**

Erste praktische Erfahrungen mit der videobasierten Pflegebegutachtung in vollstationären Pflegeeinrichtungen lassen den Schluss zu, dass das Begutachtungsinstrument grundsätzlich auch in der Videobegutachtung ohne weitere Anpassungen funktioniert. Zu überprüfen ist dies im Folgenden auf der Grundlage einer größeren Datenbasis, insbesondere für den ambulanten Bereich.

#### **Fragestellung 5: Wie beurteilen die antragstellenden Personen und die Gutachterinnen und Gutachter den Nutzen der Videobegutachtung aus ihrer jeweiligen Perspektive?**

Wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Einstellungen und Erfahrungen im Hinblick auf videobasierte Interventionen bei pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wurden bislang nicht publiziert (vgl. 4.1.1). Die wenigen Anwendungserfahrungen im Zusammenhang mit pflegebedürftigen Menschen stützen sich damit auf die Sichtweise der durchführenden Gesundheitsfachpersonen (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte, Mitarbeitende von Pflegeeinrichtungen). Berichtet wird von einer guten bis sehr guten Akzeptanz und vom Zugang für Gruppen mit besonderen Bedarfskonstellationen (z. B. räumliche, sprachliche oder kulturelle Barrieren), denen durch videobasierte Angebote in besonderer Weise entsprochen werden konnte. Bei älteren Menschen besteht durchaus Skepsis gegenüber der Anwendung videobasierter Verfahren. Akzeptanzstudien zeigten jedoch, dass diese Skepsis durch die Nutzung

der Technik überwunden werden und hierdurch eine positive Verstärkung (Förderfaktor) von Interventionseffekten eintreten kann. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den untersuchten Interventionen um freiwillige Angebote handelte.

Die Erfahrungen aus den Pilotuntersuchungen der Medizinischen Dienste haben ebenfalls gezeigt, dass bei den Versicherten eine anfängliche Skepsis gegenüber der videobasierten Begutachtung, vor allem wegen datenschutzrechtlicher Fragen besteht. Deshalb ist bereits im Vorfeld der Begutachtung eine gute und umfassende Information der Versicherten und ihrer An- und Zugehörigen wichtig. Die Expertinnen und Experten der Gutachterdienste empfehlen, diese bereits auf der Homepage der Medizinischen Dienste zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus sind Informationen im Anschreiben (vor der Begutachtung) und eine gute Begleitung der Umsetzung wichtig. Grundsätzlich erhöht auch die Möglichkeit der freiwilligen Teilnahme an diesem Begutachtungsverfahren die Akzeptanz bei den Versicherten. Die Erfahrungen aus dem Praxistest haben gezeigt, dass die versicherten Personen – auch bei anfänglicher Skepsis – im Nachgang zur videobasierten Begutachtung ein positives Feedback geben. Zwar liegen nur wenige Rückmeldungen der begutachteten Personen selbst vor, jedoch weisen diese nicht auf Akzeptanzprobleme hin. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nur Personen einbezogen wurden, die der Videobegutachtung initial zugestimmt haben

Hervorzuheben ist auch die positive Resonanz der beteiligten Pflegeeinrichtungen: Auch wenn es punktuell Schwierigkeiten in der technischen Umsetzung der Videobegutachtungen gab, wurde von den beteiligten Pflegefachkräften der stationären Pflegeeinrichtungen die grundsätzliche Eignung einer videobasierten Pflegebegutachtung bestätigt.

## 5.2 Fazit

Die SPRINT-Studie und insbesondere die ersten praktischen Erfahrungen im stationären Bereich haben gezeigt, dass die versicherten Personen und die professionellen Pflegekräfte der videobasierten Pflegebegutachtung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüberstehen und die technischen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine Implementierung dieses Begutachtungsformats in den Regelbetrieb der Medizinischen Dienste verfügbar sind. Die Corona-Pandemie hat die Entwicklung videobasierter Gesundheitsleistungen zudem extrem vorangetrieben, der Anwendungsumfang hat sich ausgeweitet und sowohl Leistungserbringer als auch Patientinnen und Patienten haben umfänglichere Erfahrungen mit solchen digitalen Formaten sammeln können.

Um die Eignung dieses Begutachtungsformats für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor allem auch im Vergleich zur persönlichen Befunderhebung im Wohnumfeld der Antragstellerinnen und Antragsteller sicher abschätzen zu können, sollte nun eine wissenschaftlich begleitete Erprobungsstudie unmittelbar im Anschluss an die SPRINT-Studie durchgeführt werden. Neben pflegefachlichen Fragestellungen sollten auch organisatorische Aspekte der praktischen Umsetzung Gegenstand des Erprobungsvorhabens werden. Sowohl für die pflegefachliche als auch die organisatorische Ausgestaltung einer solchen wissenschaftlichen Erprobungsstudie liegen mit den Ergebnissen der SPRINT-Studie nun geeignete Grundlagen vor.

## 6 Anhang: Checkliste zur Durchführung videobasierter Pflegebegutachtungen im Rahmen des Praxistests der SPRINT-Studie\*

\* erarbeitet von den Abteilungen Grundsatzfragen Pflege und Unternehmensentwicklung, Medizinischer Dienst Bayern

### *IT/Datenschutz*

- ✓ Auswahl eines Tools für Videokonferenzen (z.B. Webex)
- ✓ Abnahme der Software und des Verfahrens durch Datenschutz- bzw. Datensicherheitsbeauftragten
- ✓ Abklärung, inwieweit der Personalrat einzubinden ist
- ✓ Testlauf durch Gutachter/-innen (z.B. gegenseitige Begutachtung zu Testzwecken)
- ✓ Umgang mit technischen Problemen und Kriterien für Begutachtungsabbruch definieren
- ✓ technische Schulung der ausgewählten Gutachter/-innen
- ✓ Vorgaben: zugelassene Teilnehmer/-innen und Zuschaltung Dritter
- ✓ Identifikation der Teilnehmer/-innen (z.B. Ausweis in die Kamera halten)
- ✓ Umgang mit Dokumenten (in die Kamera halten usw.)
- ✓ Gutachter/-innen sollten nach Möglichkeit über zwei Monitore verfügen

### *Logistik/Prozesse*

- ✓ Auswahlkriterien für Fälle festlegen → AP 3: evtl. mehrere Gutachten pro Einrichtung?
- ✓ Auswahl der konkreten Fälle nach festgelegten Kriterien
- ✓ Fälle aus der regelhaften Verplanung herausnehmen
- ✓ Bereitschaft seitens der Einrichtungen abklären
- ✓ Verplanung bzw. individuelle Terminvereinbarung mit den Einrichtungen
- ✓ Verantwortlichkeiten klären (Mitarbeiter/-innen bestimmen, welche die Einrichtungen betreuen, auf Vollständigkeit der notwendigen Dokumente und Angaben (z.B. Einverständniserklärung) achten, Links versenden etc.)
- ✓ Verwaltung der ausgewählten Fälle und Dokumentation des aktuellen Status (z.B. Versand der Unterlagen, Erhalt der Einverständniserklärungen etc., z.B. in Excel-Liste)
- ✓ (schriftlicher) Versand von...
  - Anleitungen und Informationen zur Begutachtung bzgl.
    - Software (Browser/App...)
    - Internetverbindung (mobile Daten, WLAN...)
    - Endgeräte (PC, Tablet, Handy...)
    - Einwahlprozedere (inkl. Hinweis, ab wann Einwahl möglich ist)
    - Ansprechpartner für Rückfragen (Servicehotline)
  - Einverständniserklärungen mit Fristnennung zur Rücksendung (Einverständnis Versicherter inkl. Einbindung des Pflegepersonals)
  - Abfrage der E-Mail-Adressen der Einrichtung/Versicherten → benötigt für den Versand des Einwahl-Links

- Abfrage der Telefonnummer von konkretem Ansprechpartner bzw. der bei der Begutachtung anwesenden Hilfsperson als Back-Up bzw. für Hilfestellungen (z.B. bei der Einwahl)
- Terminmitteilung und rechtzeitiger Versand des Einwahl-Links
- ✓ Vorgehen bestimmen bei Gutachterwechsel (z.B. aufgrund von Krankheit), bei fehlenden Dokumenten bzw. Angaben (z.B. fehlende oder zu spät zurückgesendete Einverständniserklärung, unleserliche oder falsche Email-Adresse), bei Nicht-Erreichbarkeit zum vereinbarten Termin etc.

#### *Fachliches*

- ✓ Gutachter/-innen auswählen (mit Erfahrung in Hausbesuchen und Telefoninterviews zur Einordnung des Verfahrens)
- ✓ Vorgehen definieren, wenn die Begutachtung per Video aus fachlicher Sicht nicht funktioniert (Abbruch, Hausbesuchstermin...)