



Akzeptanz der Videosprechstunde unter Patienten/innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist geschlechts- und ortsabhängig – Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Patienten/innen und Ärzten/innen

Diana Vossen^{1,2} · Johannes Knitza^{2,3} · Philipp Klemm^{2,4} · Isabell Haase^{2,5} ·
Johanna Mucke^{2,5} · Anna Kernder^{2,5} · Marco Meyer^{2,6} · Arnd Kleyer^{2,3} ·
Philipp Sewerin^{2,5} · Gerlinde Bendzuck⁷ · Sabine Eis⁷ · Martin Krusche^{2,8} · Harriet Morf^{2,3}

¹ Rheinisches Rheumazentrum Meerbusch, St. Elisabeth Hospital, Meerbusch, Deutschland

² Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin, Deutschland

³ Medizinische Klinik 3 – Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

⁴ Abteilung für Rheumatologie & Klinische Immunologie, Campus Kerckhoff der Justus-Liebig-Universität Gießen, Bad Nauheim, Deutschland

⁵ Poliklinik für Rheumatologie & Hiller Forschungszentrum, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

⁶ Abteilung für Rheumatologie, Klinikum Bad Bramstedt, Bad Bramstedt, Deutschland

⁷ Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., Bonn, Deutschland

⁸ Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie, Campus Charité Mitte, Berlin, Deutschland

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00393-021-01052-w>) enthält Fragebögen für Patienten und Ärzte.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

So schnell wie im letzten Jahr während der COVID-19-Pandemie ist der Fortschritt in der Digitalisierung in der Rheumatologie bisher nicht vorangeschritten. Auch die Rheumatologen/innen standen großen Herausforderungen gegenüber, und die rheumatologische Versorgungsstruktur hat sich teilweise verändert [1]. Besonders während der COVID-19-Pandemie galt es, unsere rheumatologischen Patienten regelmäßig zu sehen und die Therapie entsprechend dem Krankheitsstatus anzupassen. Die übliche persönliche Vorstellung in der Klinik und Praxis war gerade zu Beginn der COVID-19-Pandemie unter den strengen Lock-down-Regelungen eine Herausforderung. Viele Termine wurden abgesagt bzw. in Telefon- oder Videosprechstunden umgewandelt [1–3]. Ein Großteil

der Ärzte/innen geht inzwischen davon aus, dass die eingetretenen Veränderungen in der Digitalisierung und der vermehrte Nutzen der Telemedizin auch nach der COVID-19-Pandemie bestehen bleiben [4]. Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass sowohl rheumatologische Patienten/innen als auch die behandelnden Rheumatologen/innen offen gegenüber digitalen Gesundheitsapplikationen (englisch: „digital health applications“ [DHA]) sind, insbesondere wenn es um den Krankheitsstatus sowie die Überwachung von Symptomen und Krankheitsaktivität geht [5, 6]. Um auch in Zukunft eine erfolgreiche Implementation der Telemedizin in den rheumatologischen Alltag zu ermöglichen, ist sowohl die Patienten- als auch die Arztperspektive wichtig. Hierzu wurde eine Studie

mittels webbasierter Umfrage durch die Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (AGJR) und die deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V. durchgeführt [7]. Die Autoren zeigten, dass sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten eine positive Einstellung zu digitalen Gesundheitsanwendungen und ein vermehrter Einsatz bestehen. Interessanterweise benutzen bereits viele Patienten/innen digitale Gesundheitsanwendungen wie Symptom-Checker oder digitale Tagebücher. Sowohl Ärzte/innen als auch Patienten/innen stehen neuen Entwicklungen wie ambulanter Blutentnahme oder der Videosprechstunde positiv gegenüber.

Wir analysierten die Daten der Subgruppen im Hinblick auf die Videosprechstunde, um herauszufinden, welche Wünsche und Ansprüche Patienten/innen und Ärzte/innen an die Videosprechstunde haben.

Methoden

Die webbasierte Umfrage wurde von Mitgliedern der AGJR und der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e. V. erstellt. Ein Online-Experten/innengremium identifizierte 3 Bereiche von Interesse, die untersucht werden sollten: (1) Verwendung von DHAs, (2) DHA-Präferenzen und (3) Barrieren und Vorteile von DHAs.

Um die identifizierten Interessengebiete zu untersuchen, entwarf ein Experten/innengremium nach individueller Literaturrecherche in 2 separaten Online-Meetings einen Fragebogen in Anlehnung an die Standard Operating Procedures der EULAR Recommendation Task Force [8].

Nach beiden Treffen wurde der Fragebogen mit Vertretern der Deutschen Rheuma-Liga geteilt, die den Entwurf kommentierten und redigierten und den endgültigen Fragebogen genehmigten.

Die webbasierte Umfrage (SurveyMonkey Inc.) war vom 09.09.2020 bis zum 15.10.2020 zugänglich und wurde über soziale Medien (Twitter, Instagram und Facebook), einen QR-Code und/oder per E-Mail verteilt. Alle Patienten/innen mit selbst berichteten RMDs und Rheumatologen/innen (Fachärzte/innen und Auszubildende) waren teilnahmeberechtigt. Alle Teilnehmer gaben ihr Einverständnis. Es gab keine Ausschlusskriterien.

Einleitung: Um die Telemedizin erfolgreich in den rheumatologischen Alltag zu integrieren, sind sowohl die Patienten- als auch Arztperspektive wichtig. Hierzu wurde eine ausführliche Studie mittels webbasierter Umfrage durch die Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V. durchgeführt. Mittels Subgruppenanalyse der Daten im Hinblick auf die Videosprechstunde galt es nun herauszufinden, welche Anforderungen und Wünsche unter den Patienten/innen und Ärzte/innen an die Videosprechstunde gestellt wurden.

Methoden: Die prospektive Umfrage wurde über die sozialen Medien, QR-Code und E-Mail verteilt. Es wurden deskriptive Statistiken und Regressionsanalysen in Bezug auf die Videosprechstunde durchgeführt und Korrelationen aufgezeigt.

Ergebnisse: Die Daten zeigen eine positive Einstellung zur Videosprechstunde sowohl aufseiten der Patienten/innen ($n = 299$) als auch der Rheumatologen/innen ($n = 129$) auf. Eine Korrelation zwischen Alter und positiver Meinung zur Videosprechstunde zeigte sich unter den Patienten/innen ($r = 0,161$, $p = 0,006$), insbesondere bei den weiblichen Patienten fand sich mit zunehmendem Alter ein positiver Zuspruch für die Videosprechstunde ($r = 0,244$, $p < 0,001$ zu männlichen Patienten: $r = -0,190$, $p = 0,145$). Bezüglich der Fahrtzeit bis zum behandelnden Rheumatologen tendierten die männlichen Patienten mit zunehmender Fahrtzeit zur Videosprechstunde ($r = 0,229$, $p = 0,078$), dies war jedoch nur schwach positiv. Hinsichtlich der Wünsche von Patienten/innen und Ärzten/innen sollte die Videosprechstunde v. a. für Folge- oder Notfalltermine genutzt werden. Eine Videosprechstunde für die Erstvorstellungen war hingegen nur sehr selten gewünscht.

Schlussfolgerung: Während der COVID-19-Pandemie hat die Videosprechstunde zunehmenden Zuspruch unter den rheumatologischen Patienten/innen als auch unter den behandelnden Rheumatologen/innen erhalten.

Schlüsselwörter

Videosprechstunde · COVID-19-Pandemie · Rheumatisch entzündliche Systemerkrankungen · Online-Umfrage · Patientenversorgung

Es wurden deskriptive und zusammenfassende Statistiken verwendet. Die Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics V.20 Windows (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) und Excel Windows (Microsoft GmbH, Unterschleißheim) durchgeführt. Es wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet und in tabellarischer und grafischer Form dargestellt. Zur Darstellung von Korrelationen wurden Regressionsanalysen durchgeführt. Die Subgruppenanalyse bezog sich auf die 10 Fragen der Videosprechstunde inklusive der digitalen Gesundheitsanwendungen (DHA) (s. elektronisches Zusatzmaterial online).

Ergebnisse

Es beantworteten 299 Patienten/innen und 129 Rheumatologen/innen die Online-Umfrage. Das Durchschnittsalter der teilnehmenden männlichen Patienten ($n = 60$) betrug 51 Jahre (SD $\pm 1,8$) und der weiblichen Patienten ($n = 239$) 48 Jahre (SD $\pm 13,8$). Die teilnehmenden Patienten/innen gaben verschiedene rheumatische

Erkrankungen an, wobei die rheumatoide Arthritis die häufigste Erkrankung war ($n = 134$, 44,8%).

Unter den 129 Rheumatologen/innen waren die Geschlechter der teilnehmenden Ärzte/innen ausgeglichen mit 48,5% ($n = 63$) Ärztinnen; 74% der Rheumatologen/innen waren klinisch tätig (46,1% [$n = 59$] in einer Universitätsklinik, 28,1% [$n = 36$] in einer nichtuniversitären Klinik, und 25,8% ($n = 33$) arbeiteten in einer Praxis. Details zu den Teilnehmern sind in den **Tab. 1 und 2** aufgeführt.

Die Ergebnisse dieser Subanalyse zeigen sowohl auf der Seite der Patienten/innen als auch auf der Seite der Ärzte/innen eine positive Einstellung gegenüber der Videosprechstunde. Eine positive Meinung war wie folgt definiert: Ich habe die Videosprechstunde bereits zuvor genutzt, nutze sie derzeit oder plane sie in der Zukunft zu nutzen. Eine positive Meinung zur Videosprechstunde hatten 80% der männlichen Patienten ($n = 48$ von 60), 66,5% der weiblichen Patienten ($n = 159$ von 239), 72,7%

Tab. 1 Charakteristik der Patienten/innen (Mittelwert \pm Standardabweichung, n [%])

	Patienten/innen n = 299 (%)
Mittleres Alter in Jahren	48,7 \pm 14,1
Patientinnen	239 (79,9)
Diagnose	
Rheumatoide Arthritis	134 (44,8)
Psoriasisarthritis	36 (12,0)
Spondylarthritis	41 (13,7)
Gicht	6 (2,0)
Systemische Sklerose	30 (10,0)
Andere Erkrankungen	51 (17,1)
Mittlere Fahrzeit bis zum Rheumatologen (in Minuten)	45,8 \pm 35,2

Tab. 2 Charakteristik der Ärzte/innen (n [%])

	Ärzte/innen n = 129 (%)
Ärztinnen	63 (48,8)
Alter	
< 30 Jahre	17 (13,2)
31 bis 40 Jahre	44 (34,1)
41 bis 50 Jahre	28 (21,7)
51 bis 60 Jahre	30 (23,2)
> 60 Jahre	10 (7,8)
Assistenzarzt/in	40 (31,0)
Facharzt/in	89 (69)
Arbeitsplatz	
Universitätsklinikum	59 (46,1)
Anderes Krankenhaus	36 (28,1)
Praxis	33 (25,8)

Tab. 3 Für welchen Zweck sollte die Videosprechstunde genutzt werden?

	Gar nicht	Erstvorstellung	Folgetermin	Notfall	Immer	Immer (außer Erstvorstellung)
Patienten	9 (15%)	3 (5%)	15 (25%)	1 (2%)	12 (20%)	30 (50%)
Patientinnen	22 (9%)	3 (1%)	56 (23%)	66 (28%)	16 (7%)	76 (32%)
Ärzte/innen	18 (14%)	10 (8%)	53 (41%)	6 (5%)	5 (4%)	37 (29%)

Anzahl der Antworten: Mehrfachantworten möglich; Patienten (n = 60); Patientinnen (n = 239); Ärzte (n = 129)

der Ärzte (n = 48 von 60) und 82,6% der Ärztinnen (n = 52 von 63).

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten/innen und Ärzten/innen ($p=0,188$) im Hinblick auf die Einstellung zur Videosprechstunde. Mit zunehmendem Alter (18. Lebensjahr bis >60. Lebensjahr) waren mehr Patienten/innen positiv zur Videosprechstunde eingestellt ($B=0,006$, $R^2=0,032$, $p=0,001$). Im Geschlechtervergleich zeigte sich in der Subanalyse, dass mehr weibliche Patienten im höheren Alter die Videosprechstunde bevorzugen ($B=0,008$, $R^2=0,065$, $p<0,001$ zu männlichen Patienten: $r=-0,004$, $R^2=0,024$, $p=0,242$).

Unter den Ärzten/innen zeigte sich hier keine Korrelation zwischen Alter und Videosprechstunde. Bezüglich der anfallenden Fahrzeit waren v. a. männliche Patienten mit zunehmender Fahrzeit positiver gegenüber der Videosprechstunde eingestellt, diese Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant ($B=0,002$, $R^2=0,025$, $p=0,120$). Die durchschnittliche Fahrzeit bei den männlichen Patienten betrug 48 min ($\pm 43,3$). Bei den weiblichen Pati-

enten war die Fahrzeit deutlich länger mit 80 min (SD $\pm 36,8$), hier zeigte sich keine entsprechende Korrelation.

Weitestgehend bestand eine große Übereinstimmung zwischen den Patienten/innen und Ärzten/innen, zu welchen Terminen die Videosprechstunde genutzt werden sollte (■ Tab. 3). Hier wurden v. a. Folgetermine (24% Patienten/innen; 41% Ärzte/innen) und Notfalltermine (23% Patienten/innen; 5% Ärzte/innen) via Videosprechstunde als sinnvoll angesehen. Eine Videosprechstunde als Erstvorstellung durchzuführen wurde hingegen nur sehr selten genannt (Patienten/innen 2%; Ärzte/innen 8%); 37% der Patienten/innen wünschten sich das Angebot einer Videosprechstunde immer mit Ausnahme der Erstvorstellung; 29% der Ärzte/innen teilten diese Meinung (■ Tab. 3).

Diskussion

Die Daten der Studie legen nahe, dass die Videosprechstunde sowohl von Patienten/innen als auch von Rheumatologen/innen positiv aufgenommen wird. Wäh-

rend der COVID-19-Pandemie wurde die Videosprechstunde zunehmend genutzt, und wird laut Kernder et al. auch in Zukunft mehr etabliert werden. Gerade persönliche Arzttermine von onkologischen, immunsupprimierten oder chronisch kranken Patienten wurden zur Minderung des Infektionsrisikos häufig abgesagt [9]. Insbesondere zeigte sich in der vorliegenden Studie eine Präferenz für die Nutzung der Videosprechstunde im Rahmen von Folge- und auch Notfallterminen. Dies Daten sind deckungsgleich mit einer globalen Analyse von Mehta et al. [10]. Mühlensiepen et al. analysierten in einer aktuellen Arbeit die digitale Gesundheitstransformation in der Rheumatologie [11]. Hier wurden u. a. wichtige Aspekte bezüglich der Videosprechstunde analysiert. In der Arbeit konnte gezeigt werden, dass sich gerade gut informierte Patienten/innen nur 1-mal jährlich einen physischen Patienten-Arzt-Kontakt wünschen, um evtl. Medikamente anzupassen. Weitere Fragen können unkompliziert auch per Videokonferenz geklärt werden. Hierbei sparen sich Patienten/innen Zeit und ggf. die Fahrt zum Arzt [9]. Statt einer Videosprechstunde könnte auch eine Telefonkonferenz diese Zwecke erfüllen, wobei die Videosprechstunde Vorteile bietet durch Augenkontakt und eine grobe Einschätzung des aktuellen Gelenkstatus ermöglicht mittels virtueller Gelenkuntersuchung, die bei „RheumNow“ demonstriert wird [12].

Die vorliegende Studie legt nahe, dass der Erstkontakt sowohl nach Meinung der Patienten/innen als auch der Rheumatologen/innen physisch – von Angesicht zu Angesicht – erfolgen sollte, gerade wenn es sich um eine neue Diagnosestellung handelt. Dies ist unter anderem nützlich für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, den körperlichen Untersuchungsbefund, Medikamentenaufklärung und ausführliche Diagnostik, wie z. B. Arthrosonographie. Gerade die Diagnostik ist wichtig, um geäußerte Beschwerden zu objektivieren und klinisch einzuordnen; dies ist derzeit nicht über vorhandene telemedizinische Tools möglich. Insbesondere die Arthrosonographie hat in der heutigen Treat-to-Target-Strategie einen hohen Stellenwert, um z. B. eine tiefe Remission beurteilen zu können und davon abhängig ein Medikamententapering einzuleiten [13].

Auch der Einfluss durch die COVID-19-Pandemie ist nicht von der Hand zu weisen. Viele ältere Patienten/innen haben sich während der COVID-19-Pandemie neu orientiert und auf digitale Medien umgestellt, um mit Ärzten/innen und Familienangehörigen in Kontakt zu bleiben [14].

Die Daten der Arbeit zeigen, dass vermehrt ältere Patienten/innen das Format der Videosprechstunde als positiv sehen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist das erhöhte Risiko für eine COVID-19-Erkrankung oder auch eine möglicherweise eingeschränkte Mobilität im Alter.

In Bezug auf die Adaptation von telemedizinischen Versorgungskonzepten bestehen gerade bei älteren Patienten teilweise Zweifel, ob die technischen Voraussetzungen für eine Videosprechstunde erfüllt werden können. Hier weist die Umfrage Lücken auf, da die Teilnahme an der Onlineumfrage technische Kenntnisse sowie die vorhandene Software voraussetzt, sodass eine gewisse Positivverzerrung der Ergebnisse nicht auszuschließen ist. Hier sollten zukünftige Studien eine ergänzende Möglichkeit zur Beantwortung der Umfrage leisten.

Mehta et al. konnten in einer weltweiten Befragung von rheumatisch erkrankten Patienten aufzeigen, dass ältere Patienten/innen und Patienten/innen mit niedrigem Einkommen nicht über die technische Ausstattung und Kenntnisse für eine Videosprechstunde verfügen [10]. Auch Mühlensiepen et al. betonen die sozioökonomischen Aspekte. Oft können sich gerade einkommensschwache Patienten/innen keine teuren technischen Geräte oder leistungsstarke Internetverbindungen leisten [11]. Andererseits könnte die Videosprechstunde auch für Patienten/innen mit geringem Einkommen, die über die technischen Voraussetzungen verfügen, ein Vorteil sein, denn es konnte gezeigt werden, dass die Videosprechstunde nicht nur eine Zeiterparnis, sondern auch geringere direkte Kosten, wie z. B. Fahrtkosten, für den/die Patienten/innen darstellt [9]. Der Zeitaufwand für die Ärzte/innen blieb unverändert, unabhängig ob eine Videosprechstunde oder Sprechstunde vor Ort stattgefunden hat [9]. Dieser Aspekt sollte unbedingt auch bei der Honorierung der Videosprechstunde berücksichtigt werden.

Neben den Vorteilen der Videosprechstunde zur Pandemieeindämmung während der COVID-19-Pandemie sind auch die Vorteile der Videosprechstunde, die nach der COVID-19-Pandemie von zusätzlichem positivem Nutzen sein können, z. B. Schließen von Versorgungslücken, Vorscreening zur Terminpriorisierung, zu nennen [15].

Die Sorge, dass sich die Videosprechstunde negativ auf die Patienten-Arzt-Beziehung auswirken könnte, widerlegen erste Studiendaten. Walle et al. zeigten, dass die Patientenzufriedenheit, Kosten- und Zeiterparnis bei den Patienten/innen in der Follow-up-Videosprechstunde verglichen zur persönlichen Sprechstunde signifikant höher waren [9]. Dies spiegeln auch die Ergebnisse der vorliegenden Studie wider, denn die Videosprechstunde ist sowohl von Patienten/innenseite als auch von den Ärzten/innen für die Follow-up-Termine gewünscht und weniger für die Erstvorstellung. So kann in der Erstvorstellung ein wichtiges Fundament für die Patienten-Arzt-Beziehung gelegt werden, welches durch die Videosprechstunde im Verlauf weiter gefestigt wird. Eine Notfallvorstellung per Videosprechstunde erscheint in unserer Umfrage bei wenigen Ärzten/innen als geeignet, wahrscheinlich weil hier die körperliche Untersuchung doch wichtig erscheint und der Zeitaufwand der Ärzte/innen weitaus größer ist als bei einer persönlichen Sprechstunde. Die DGRh-Stellungnahme zur Videosprechstunde betont, dass eine Videosprechstunde nicht als vollständiger Ersatz für eine persönliche Betreuung vor Ort dienen kann, da qualitative Einschränkungen wie körperliche Untersuchung und apparative Diagnostik fehlen und noch geprüft werden müsse, ob eine Videosprechstunde geeignet ist, Präsenztermine zu ersetzen [15]. Ebenso wird in der Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die verschiedenen rheumatologischen Krankheitsentitäten als auch Krankheitsstadien nicht gleichermaßen für eine Videosprechstunde geeignet sind [15].

Um die Wirksamkeit und den langfristigen Nutzen der Videosprechstunde beurteilen zu können, benötigt es wissenschaftliche Untersuchungen, da es derzeit immer noch an Evidenz fehlt [16]. Somit bleibt noch offen, wie sich die Videosprechstunde auch ohne COVID-19-Pandemie in

die rheumatologische Versorgungsstruktur einbettet.

Die vorliegende Umfrage weist Limitationen auf. Überwiegend haben Ärzte/innen aus Kliniken die Umfrage beantwortet, der Großteil der rheumatologischen Patienten/innenversorgung findet allerdings ambulant, vornehmlich in Praxen, statt, sodass es hier zu einer möglichen Verzerrung gekommen ist. In kommenden Studien sollten vermehrt die niedergelassenen Ärzte/innen mit einbezogen werden, um die Versorgungsstruktur der Telemedizin noch besser beurteilen zu können. Bei der Altersverteilung der männlichen Patienten ($n=60$) betrug der Altersdurchschnitt 51 Jahre ($SD \pm 1,8$) bei einer Altersspanne von 22 bis 82 Jahren. Hierbei sind wahrscheinlich gewisse Patientengruppen unterrepräsentiert, insbesondere Patienten mit Spondylarthritis, wodurch eine Limitation der Studie vorliegt. In folgenden Studien sollte dies berücksichtigt werden.

Es bleibt abzuwarten, wie der rheumatologische Alltag durch weitere DHA verändert wird. Der Einsatz von DHA bietet sowohl Patienten/innen als auch Ärzten/innen eine Vielzahl neuer Möglichkeiten z. B. neue Wege in der Kommunikation, neue Möglichkeiten in der Diagnosefindung, personalisierte Behandlung und Krankheitsüberwachung über digitale Hilfsmittel (z. B. Apps, Smartwatches etc.) sowie einen einfachen und effizienten Austausch von Informationen [17–20].

Zusammenfassung und Fazit

Während der COVID-19-Pandemie hat die Videosprechstunde in der vorliegenden Online-Umfrage steigenden Zuspruch und Nutzung unter den rheumatologischen Patienten/innen als auch unter den behandelnden Rheumatologen/innen erhalten.

Korrespondenzadresse

**Dr. med. Diana Vossen**

Rheinisches Rheumazentrum Meerbusch, St. Elisabeth Hospital
Hauptstr. 74–76, 40668 Meerbusch,
Deutschland
diana.vossen@rrz-meerbusch.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. D. Vossen, J. Knitza, P. Klemm, I. Haase, J. Mucke, A. Kernder, M. Meyer, A. Kleyer, P. Sewerin, G. Bendzuck, S. Eis, M. Krusche und H. Morf geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Universitätsklinik Erlangen genehmigt (348_20 B).

Literatur

- Freudenberg S, Vossen D (2020) Auswirkungen von COVID-19 auf die rheumatologische Versorgung. *Z Rheumatol*. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00833-z>
- López-Medina C, Escudero A, Collantes-Estevez E (2021) COVID-19 pandemic: an opportunity to assess the utility of telemedicine in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 80(4):e50
- Perniola S, Alivernini S, Varriano V, Paglionico A, Tanti G, Rubortone P et al (2021) Telemedicine will not keep us apart in COVID-19 pandemic. *Ann Rheum Dis* 80(4):e48
- Solomon DH, Rudin RS (2020) Digital health technologies: opportunities and challenges in rheumatology. *Nat Rev Rheumatol* 16(9):525–535
- Knitza J, Simon D, Lambrecht A, Raab C, Tascilar K, Hagen M et al (2020) Mobile health usage, preferences, barriers, and ehealth literacy in rheumatology: patient survey study. *JMIR Mhealth Uhealth* 8(8):e19661. <https://doi.org/10.2196/19661>
- Knitza J, Vossen D, Geffken I, Krusche M, Meyer M, Sewerin P et al (2019) Nutzung von Medizin-Apps und Online-Plattformen unter deutschen Rheumatologen. *Z Rheumatol* 78(9):839–846
- Kernder A, Morf H, Klemm P, Vossen D, Haase I, Mucke J, Meyer M, Kleyer A, Sewerin P, Bendzuck G, Eis S, Knitza J, Krusche M (2021) Digital rheumatology in the era of COVID-19: results of a national patient and physician survey. *RMD Open* 7(1):e1548. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001548>
- Powley L, Mcllroy G, Simons G, Raza K (2016) Are online symptoms checkers useful for patients with inflammatory arthritis? *BMC Musculoskelet Disord* 17(1):362
- Walle T, Erdal E, Mühlsteffen L, Singh HM, Gnutzmann E, Grün B et al (2020) Completion rate and impact on physician-patient relationship of video consultations in medical oncology: a randomised controlled open-label trial. *ESMO Open* 5(6):e912. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000912>
- Mehta B, Jannat-Khah D, Fontana MA, Moezinia CJ, Mancuso CA, Bass AR et al (2020) Impact of COVID-19 on vulnerable patients with rheumatic disease: results of a worldwide survey. *RMD Open* 6(3):e1378. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2020-001378>
- Mühlensiepen F, Kurkowski S, Krusche M, Mucke J, Prill R, Heinze M et al (2021) Digital health transition in rheumatology: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 18(5):2636. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052636>
- RheumNow (2020) Virtual video joint exam (updated). <https://rheumnow.com/podcast/virtual-video-joint-exam-updated>. Zugegriffen: 1. Juni 2021
- Terslev L, Brahe CH, Østergaard M, Fana V, Ammitzbøll-Danielsen M, Møller T et al (2021) Using a DAS28-CRP-steered treat-to-target strategy does not eliminate subclinical inflammation as assessed by ultrasonography in rheumatoid arthritis patients in longstanding clinical remission. *Arthritis Res Ther* 23:48. <https://doi.org/10.1186/s13075-021-02426-w>
- Endter C, Hagen C, Berner F (2020) Ältere Menschen und ihre Nutzung des Internets: Folgerungen für die Corona-Krise. DZA-Fact Sheet. Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin
- Aries P, Welcker M, Callhoff J, Chehab G, Krusche M, Schneider M et al (2020) Statement of the German Society for Rheumatology (DGRh) on the use of video consultations in rheumatology. *Z Rheumatol* 79(10):1078–1085
- McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L (2017) Telerheumatology: a systematic review. *Arthritis Care Res* 69(10):1546–1557
- Hirsch MC, Ronicke S, Krusche M, Wagner AD (2020) Rare diseases 2030: how augmented AI will support diagnosis and treatment of rare diseases in the future. *Ann Rheum Dis* 79(6):740–743. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217125>
- Kataria S, Ravindran V (2018) Digital health: a new dimension in rheumatology patient care. *Rheumatol Int* 38(11):1949–1957
- Knitza J, Knevel R, Raza K, Bruce T, Eimer E, Gehring I et al (2020) Toward earlier diagnosis using combined eHealth tools in rheumatology: the Joint Pain Assessment Scoring Tool (JPAST) project. *JMIR Mhealth Uhealth* 8(5):e17507. <https://doi.org/10.2196/17507>
- Krusche M, Burmester GR, Knitza J (2020) Digital crowdsourcing: unleashing its power in rheumatology. *Ann Rheum Dis* 79(9):1139–1140

Acceptance of video consultation among patients with inflammatory rheumatic diseases depends on gender and location—Results of an online survey among patients and physicians

Introduction: In order to successfully integrate telemedicine into the daily routine of rheumatology, both the patient's and the physician's perspective are important. For this purpose, a detailed study by means of a web-based survey was conducted by the Working Group Young Rheumatology (AGJR) of the German Society for Rheumatology (DGRh) and the German Rheumatism League National Association. By means of subgroup analysis of the data regarding video consultation, the aim was now to find out which requirements and wishes patients and physicians have for video consultations.

Methods: The prospective survey was distributed via social media, QR code and email. Descriptive statistics and regression analysis related to video consultation were performed and correlations were shown.

Results: The data indicated positive attitudes toward video consultation on the part of both patients ($n = 299$) and rheumatologists ($n = 129$). A correlation between age and positive opinion of the video consultation was found among the patients ($r = 0.161, p = 0.006$), especially among female patients a positive approval of the video consultation was found with increasing age ($r = 0.244, p < 0.001$ to male patients: $r = -0.190, p = 0.145$). Regarding the travelling time to the treating rheumatologist, male patients found the video consultation more attractive with increasing travelling time ($r = 0.229, p = 0.078$). With respect to the wishes of patients and physicians, video consultation should be used primarily for follow-up or emergency appointments. Video consultation for initial appointments, on the other hand, was very rarely mentioned.

Conclusion: During the COVID 19 pandemic, video consultation was increasingly popular among rheumatology patients as well as among rheumatologists.

Keywords

Video consultation · COVID-19 pandemic · Rheumatic inflammatory systemic diseases · Online survey · Patient care