

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020

Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie

Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub



Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020:

Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der Covid-19-Pandemie

Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann
Mannheimer Institut für Public Health MIPH
Universität Heidelberg
konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

Weitere Autoren:

Iris Brendt, Stiftung Gesundheit
Julia Hagen, health innovation hub
Dr. phil. Peter Müller, Stiftung Gesundheit
Dr. med. Philipp Stachwitz, health innovation hub

Beiträge:

Die Idee zur diesjährigen Auswertung entwickelten der health innovation hub (hih) und die Stiftung Gesundheit gemeinsam.

Inhalt

1	Einführung.....	6
2	Hintergrund.....	7
2.1	Die Stiftung Gesundheit	7
2.2	Der health innovation hub (hih).....	7
2.3	Die Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“	7
3	Material und Methoden	8
3.1	Datenbasis	8
3.1.1	Fragebogen	8
3.1.2	Mitgeführte Angaben aus der Strukturdatenbank	9
3.2	Repräsentativität.....	12
3.2.1	Geschlechtsverteilung.....	12
3.2.2	Hausärztliche / fachärztliche Versorgung gemäß SGB V	12
3.2.3	Altersstruktur.....	13
3.2.4	Dienstalter.....	13
3.2.5	Fachgruppen	14
3.2.6	Tätigkeit in Praxis / MVZ.....	15
3.2.7	Gemeindegröße.....	15
3.2.8	Bundesland.....	16
3.3	Datenqualität	17
4	Nutzung von Videosprechstunden	18
4.1	Derzeitige Nutzung von Videosprechstunden.....	18
4.1.1	Differenzierung nach Geschlecht	21
4.1.2	Differenzierung nach hausärztlicher / fachärztlicher Versorgung gemäß SGB V..	22
4.1.3	Differenzierung nach Fachgruppen.....	24
4.1.4	Einfluss des Alters.....	26
4.1.5	Unterschiede zwischen MVZ und Praxis	27
4.1.6	Einfluss des Praxisstandorts (Stadt / verstädtert / Land).....	28

4.2	<i>Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden....</i>	29
4.2.1	<i>Differenzierung nach Geschlecht</i>	30
4.2.2	<i>Einfluss der Fachgruppe</i>	31
4.2.3	<i>Einfluss des Lebensalters der Ärzte</i>	32
4.2.4	<i>Unterschiede zwischen MVZ und Praxis</i>	33
4.2.5	<i>Einfluss des Praxisstandorts (Stadt / verstädtert / Land).....</i>	34
4.3	<i>Art der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden.....</i>	35
4.4	<i>Anteil von Videosprechstunden an den Patientenkontakten</i>	36
4.4.1	<i>Anteil von Videosprechstunden VOR der Covid-19-Pandemie</i>	36
4.4.2	<i>Anteil von Videosprechstunden WÄHREND der Covid-19-Pandemie.....</i>	37
4.4.3	<i>Erwarteter Anteil von Videosprechstunden NACH der Covid-19-Pandemie</i>	38
4.4.4	<i>Maximal möglicher Anteil von Videosprechstunden aus Sicht der Ärzte.....</i>	39
4.4.5	<i>Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in einzelnen Ärztegruppen</i>	40
4.4.6	<i>Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden: Direkter Vergleich Psych. Tätige vs. andere Fachgruppen (aggregiert)</i>	41
4.5	<i>Genutzte Systeme</i>	44
4.6	<i>Gründe für die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden.....</i>	46
4.7	<i>Eine engagierte Diskussion: Analyse der Freitexte.....</i>	47
5	<i>Fazit und Ausblick.....</i>	51
6	<i>Handlungsempfehlungen</i>	54
7	<i>Anhang</i>	56

Allgemeine Anmerkungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in dieser Studie in der Regel die männliche Form verwendet. Diese gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Da die zugrundeliegenden Daten die Kategorie „divers“ noch nicht abbilden, wird in dieser Auswertung noch die Dualität „männlich – weiblich“ verwendet.

Ebenfalls aus Gründen der Praktikabilität und Lesbarkeit schließt der Oberbegriff „Arzt“, soweit nicht ausdrücklich anders genannt, die Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein.

1 Einführung

Seit April 2017 können Ärzte Videosprechstunden mit Patienten abrechnen. Seit April 2019 ist die Videosprechstunde nicht mehr ausschließlich an den Zweck der Verlaufskontrolle bei definierten Krankheitsbildern und Indikationsbereichen gebunden. Und auch Psychotherapeuten können seither Videosprechstunden abrechnen. Zur Förderung der Videosprechstunde wurde zudem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband zum Oktober 2019 vereinbart, dass eine Konsultation per Video auch erfolgen darf, wenn der jeweilige Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Daneben wurden weitere Gesprächsleistungen explizit abrechenbar.

Dennoch verlief die Einführung von Videosprechstunden in deutschen Arztpraxen eher schleppend: Bei der vorangegangenen Befragung der Stiftung Gesundheit zu diesem Thema Ende 2017 gaben gerade einmal 1,8 Prozent der ambulant tätigen Ärzte an, diese Möglichkeit zu nutzen, weitere 2,7 Prozent standen in der konkreten Vorbereitung. Mehr als die Hälfte der Ärzte sprach sich seinerzeit strikt gegen diesen Kommunikationsweg aus (57,7 Prozent)¹.

Durch die aktuelle Covid-19-Pandemie haben sich die Rahmenbedingungen für Ärzte und andere Heilberufe jedoch geändert. Es ist eine sehr stark gestiegene Nachfrage telemedizinischer Beratung durch Ärzte und ebenso ein entsprechendes Angebot von Videodiensteanbietern zu verzeichnen. Die Begrenzung der Abrechenbarkeit von Videosprechstunden auf 20 Prozent der im betreffenden Quartal behandelten Fälle wurde Mitte März von KBV und GKV-Spitzenverband für das Quartal 2/2020 ausgesetzt, und die KBV riet zwischenzeitlich zum Einsatz von Videosprechstunden. Ausgenommen von der unbeschränkten Abrechnung sind lediglich Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner und Pathologen.

In der vorliegenden gemeinsamen repräsentativen Befragung untersuchten der health innovation hub (hih) und die Stiftung Gesundheit den Effekt der veränderten Rahmenbedingungen auf die Nutzung der Videosprechstunde durch Ärzte mit dem Ziel, sowohl die Gründe der Ärzte und Psychotherapeuten für die verstärkte Nutzung der Videosprechstunde genauer zu untersuchen, als auch Erkenntnisse über die zu erwartende Nutzung der Videosprechstunde nach der Pandemie zu gewinnen, um daraus gegebenenfalls weiteren Handlungsbedarf abzuleiten.

¹ vgl. Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017“, http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2017.pdf

2 Hintergrund

2.1 Die Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit² ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Hamburg. Sie betreibt und pflegt die Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung in Deutschland³, die alle ambulant tätigen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten abbildet – einschließlich Praxistyp und -größe, Fachrichtung, Subspezialisierungen, Fortbildungen sowie sozio- und geografischer Informationen zu den Leistungserbringern und Praxen bis hin zu Informationen zu Qualitätsmanagement, angebotenen Patientenservices und differenzierten Angaben zu Vorkehrungen der Barrierefreiheit.

2.2 Der health innovation hub (hih)

Der health innovation hub (hih)⁴ steht als Think Tank, Sparring-Partner und Umsetzungsunterstützer nicht nur dem Bundesministerium für Gesundheit und seinen nachgeordneten Behörden zur Verfügung; das Team wurde als Anlaufstelle und Brückenbauer zwischen allen wesentlichen Stakeholdern des deutschen Gesundheitswesens aufgestellt. Der health innovation hub wird als temporäres Expertenteam durch das Bundesministerium für Gesundheit bis Ende 2021 finanziert.

Das zwölköpfige Team praxiserfahrener Experten aus allen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens verfolgt ein Ziel: mit wohl überlegtem, prozessunterstützendem Einsatz digitaler Technologien die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

2.3 Die Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“

In der Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“⁵ untersucht die Stiftung Gesundheit seit 2005 jährlich, wie sich der Arztberuf entwickelt und wie Ärzte mit zukunftsweisenden Aufgaben und Veränderungen umgehen.

Jede Ausgabe der Studie befasst sich mit einem Schwerpunktthema, zu dem eine repräsentative Umfrage oder eine statistische Auswertung der Grundgesamtheit der Ärzteschaft auf Basis der Strukturdatenbank erstellt wird. Die jüngsten Ausgaben beleuchteten etwa die Digitalisierung des Arztberufs sowie die Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Speziell für den Bereich der ambulanten Versorgung fertigte die Stiftung Gesundheit eine Gender-Studie an und widmete sich Fragen rund um die Patientenzufriedenheit.

In regelmäßigen Abständen werden die Ausgaben durch Fragenkomplexe zu wiederkehrenden Themen ergänzt, um eine Langzeitanalyse zu ermöglichen. Hierzu zählen etwa Fragen zur wirtschaftlichen Lage der Praxis sowie zum Stellenwert und den Prioritäten des Praxis-Marketings.

² <https://www.stiftung-gesundheit.de>

³ <https://www.stiftung-gesundheit.de/strukturdatenbank-der-aerztlichen-versorgung.htm>

⁴ <https://hih-2025.de/>

⁵ <https://www.stiftung-gesundheit.de/stiftung/studien.htm>

3 Material und Methoden

3.1 Datenbasis

Um einen möglichst hohen Repräsentativitätsgrad der Erhebung zu gewährleisten, wurde aus der Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Die Zusammensetzung hinsichtlich Gender, Fachgebieten, Vertragsarten, Praxis-Inhaber/angestellte Ärzte, Versorgungsbereich (haus-/fachärztliche Versorgung), Alter sowie Einzugsgebiet wurde analog zur Verteilung in der Grundgesamtheit gewählt. Rund 26.000 ambulant tätige Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten wurden um Beantwortung des Fragebogens gebeten. Die Erhebung erfolgte von Mitte April bis Anfang Mai 2020.

Als Messinstrument wurde ein Online-Fragebogen konzipiert, der im Internet auszufüllen war⁶. 25.000 Ärzten wurde eine Informations-E-Mail geschickt, die einen direkten Link zum Online-Fragebogen enthielt. Nach zehn Tagen wurde der Zugang zu den Fragebögen geschlossen.

Zusätzlich wurde ein weiteres Sample von rund 1.000 Ärzten telefonisch kontaktiert und zur Teilnahme an der Befragung eingeladen.

In beiden Gruppen wurde aus Rücksicht auf den Praxisbetrieb nicht nachgefasst. Es wurden ausdrücklich keinerlei Anreize zur Beantwortung ausgelobt.

Unter der Annahme eines dreiprozentigen Rücklaufs wurden rund 780 Antworten erwartet. Tatsächlich geantwortet haben 2.240 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – eine Antwortquote von 8,6 Prozent.

3.1.1 Fragebogen

Der Fragebogen umfasste ausschließlich Fragen zur Nutzung von Videosprechstunden.

Die Responder hatten die Freiheit zu entscheiden, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Daraus ergeben sich für einzelne Fragen voneinander abweichende Antwortzahlen.

Die Antworten des Online-Fragebogens wurden einer Datenbereinigung unterzogen, in der die Daten von Schreib- und Lesefehlern befreit wurden. Zur Plausibilisierung wurde für jede Variable eine Häufigkeitsauszählung vorgenommen und auf offensichtliche Fehler geprüft. Fehlerhafte Datensets wurden nicht berücksichtigt.

⁶ Messungen in den vergangenen Jahren hatten gezeigt, dass der Online-Bias in den vergangenen zehn Jahren minimal bis irrelevant geworden ist.

3.1.2 Mitgeführte Angaben aus der Strukturdatenbank

Folgende Angaben wurden aus der Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung anonymisiert mitgeführt und für die differenzierte Betrachtung und den Vergleich von Ärztegruppen genutzt:

3.1.2.1 Geschlecht

Die Angabe männlich / weiblich liegt in der Strukturdatenbank für alle Ärzte vor.

3.1.2.2 Hausarzt / Facharzt gemäß SGB V

Maßgeblich hierfür ist die Zuordnung der Ärzte zur hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung nach §73 SGB V. Die Angabe, ob ein Arzt an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, liegt in der Strukturdatenbank vor.

3.1.2.3 Fachgruppen

Für die Differenzierung nach Fachgruppen wurden die Ärzte anhand der in der Strukturdatenbank vermerkten Fachgebiete in Gruppen eingeteilt. Ärzte ohne therapeutischen Patientenkontakt (z.B. Pathologen) wurden dabei nicht berücksichtigt.

Unter den Respondern gab es 260 Ärzte mit jeweils mehr als einem Fachgebiet. Diese wurden anhand der zuerst genannten Facharztbezeichnung einer der vier Gruppen zugeordnet.

1. Gruppe: Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte

In dieser Gruppe wurden diejenigen Ärzte zusammengefasst, die im Alltag für die allgemeine Versorgung von Patienten zuständig sind. Zugeordnet wurden folgende Gebiete:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Praktische Ärzte

Hinweis: Diese Gruppe ist nicht identisch mit der in Abschnitt 0 betrachteten Gruppe der Hausärzte: Dort wurde als Kriterium die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß SGB V verwendet, was auch hausärztlich tätige Internisten sowie hausärztlich tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin einschließt. Für die hier dargestellte Einteilung war dagegen das Fachgebiet des Arztes ausschlaggebend.

2. Gruppe: Nicht operativ tätige Fachärzte

Dieser Gruppe wurden Fachärzte zugeordnet, die primär nicht operativ tätig sind, sowie rein diagnostisch tätige Fachärzte. Dazu zählen folgende Fachgebiete:

- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Innere Medizin
- Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie
- Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie
- Fachärzte für Kinderheilkunde / Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Neurologie /Neurologie und Psychiatrie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Fachärzte für Laboratoriumsmedizin
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Radiologie / Diagnostische Radiologie

3. Gruppe: Operativ tätige Fachärzte

Zu dieser Gruppe zählen Fachärzte mit Fachgebieten, die sich vorrangig oder zumindest teilweise mit operativen Behandlungen befassen, sowie Fachärzte für Strahlentherapie. Insgesamt zählen folgende Fachgebiete zu dieser Gruppe:

- Fachärzte für Allgemeinchirurgie
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Fachärzte für Gefäßchirurgie
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Fachärzte für Herzchirurgie
- Fachärzte für Kinderchirurgie
- Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Neurochirurgie
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Plastische Chirurgie
- Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Fachärzte für Strahlentherapie
- Fachärzte für Thoraxchirurgie
- Fachärzte für Viszeralchirurgie
- Fachärzte für Urologie

4. Gruppe: Psychologisch / psychotherapeutisch / psychiatrisch Tätige (kurz „Psych. Tätige“)

In dieser Gruppe wurden aufgrund der besonderen Rolle der „sprechenden Medizin“ für diese Erhebung einerseits alle Fachärzte aus dem psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich und andererseits die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammengefasst. Die Gruppe umfasst im Einzelnen:

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatische Medizin
- Psychotherapeutisch tätige Ärzte (Fachärzte unterschiedlicher Fachgebiete)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Psychologische Psychotherapeuten
- Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

3.1.2.4 Praxis / MVZ

Für die Differenzierung zwischen Ärzten in Praxen bzw. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Angaben zu Niederlassungstyp bzw. Angestelltentätigkeit genutzt und wie folgt gruppiert:

Ärzte in Praxen:

- Niedergelassene Ärzte
- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten
- In Praxen angestellte Ärzte

Ärzte in MVZ:

- Ärzte in MVZ
- Psychologische Psychotherapeuten in MVZ

3.1.2.5 Praxisstandort (Stadt / verstädtert / Land)

Als Basis für die Differenzierung nach Standort dienen die BIK-7-Gemeindegrößenklassen⁷, die aus der Strukturdatenbank mitgeführt und wie folgt eingeteilt wurden:

- BIK 6-7 (über 100.000 Einwohner) = Stadt
- BIK 4-6 (20.000 – 100. Einwohner) = verstädtert
- BIK 1-3 (unter 20.000 Einwohner) = Land

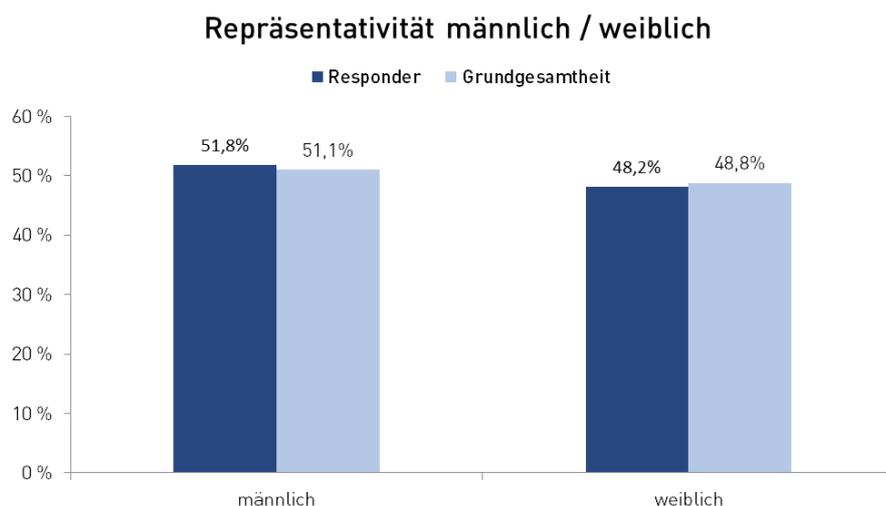
⁷Die BIK-Regionen und Verflechtungsgebiete sind eine bundesweite räumliche Gliederungssystematik, die die Stadt-Umland-Beziehungen auf Gemeindeebene für Ballungsräume, Stadtregionen, Mittel- und Unterzentren darstellt. Die Bezeichnung „BIK“ geht zurück auf das private Institut „BIK Aschpurwis + Behrens GmbH“ in Hamburg.

3.2 Repräsentativität

3.2.1 Geschlechtsverteilung

Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen der Grundgesamtheit der ambulant tätigen Ärzte und den Respondern beim Geschlecht: In der Grundgesamtheit sind 51,1 Prozent männlich und 48,8 Prozent weiblich, die Responders weichen um weniger als ein Prozent ab.

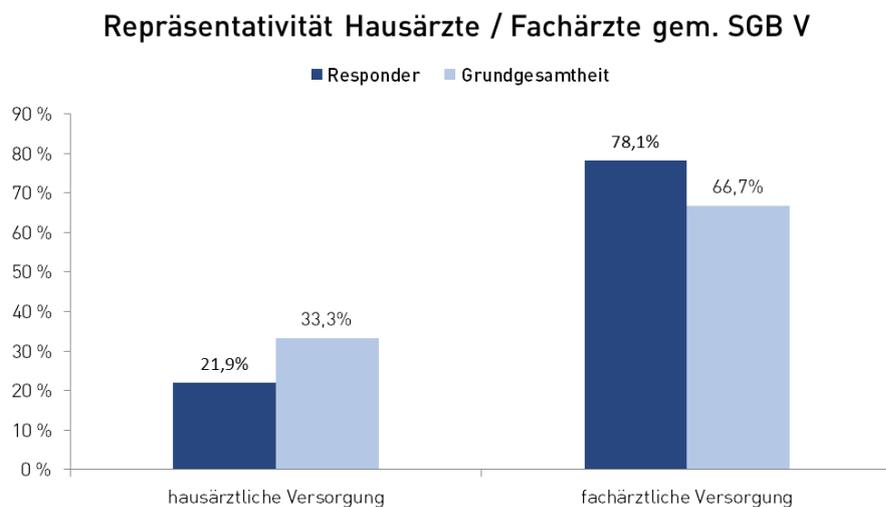
Abbildung 1: Repräsentativität Geschlechtsverteilung



3.2.2 Hausärztliche / fachärztliche Versorgung gemäß SGB V

Bei den Respondern sind die Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß SGB V teilnehmen, unterrepräsentiert (21,9 Prozent gegenüber 33,3 Prozent in der Grundgesamtheit). Die Fachärzte hingegen sind überrepräsentiert (78,1 Prozent gegenüber 66,7 Prozent in der Grundgesamtheit).

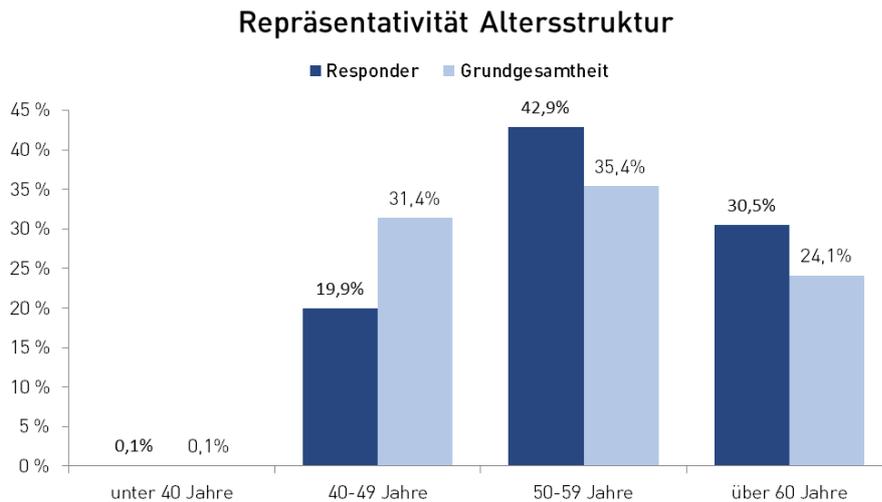
Abbildung 2: Repräsentativität hausärztliche / fachärztliche Versorgung gem. SGB V



3.2.3 Altersstruktur

Abweichungen zeigen sich auch beim Lebensalter der Responder: Die unter 50-Jährigen sind unterrepräsentiert (insgesamt 19,9 Prozent gegenüber 31,4 Prozent in der Grundgesamtheit), die über 50-Jährigen hingegen überrepräsentiert (insgesamt 73,4 Prozent gegenüber 59,5 Prozent in der Grundgesamtheit).

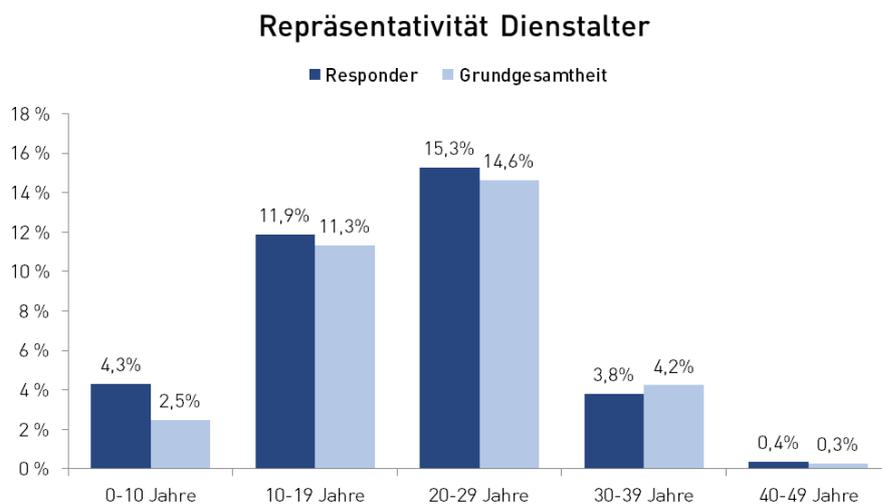
Abbildung 3: Repräsentativität Altersstruktur



3.2.4 Dienstalter

Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen der Grundgesamtheit der ambulant tätigen Ärzte und den Respondern beim Dienstalter.

Abbildung 4: Repräsentativität Dienstalter

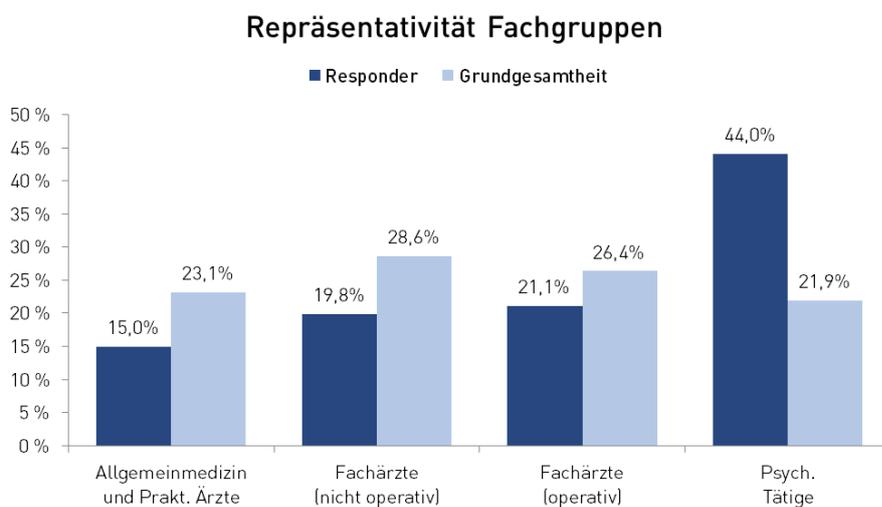


3.2.5 Fachgruppen

Ärzte können in mehreren Fachgebieten tätig sein. Da sich dies durch die Anzahl der Ärzte (Personen) nicht abbilden lässt, wurde für die Analyse der Repräsentativität der Fachgruppen die Anzahl der registrierten Fachgebiete als Basis genommen. Ein Arzt mit zwei Fachgebieten kann demzufolge in der Grundgesamtheit in mehreren Fachgruppen gezählt werden.

In der Grundgesamtheit der betrachteten Fachgruppen gibt es 193.547 Ärzte, die zusammen über 206.524 Fachgebietsangaben verfügen. Bei den Respondern sind es 2.240 Ärzte mit 2.480 Fachgebietsangaben.

Abbildung 5: Repräsentativität Fachgruppen



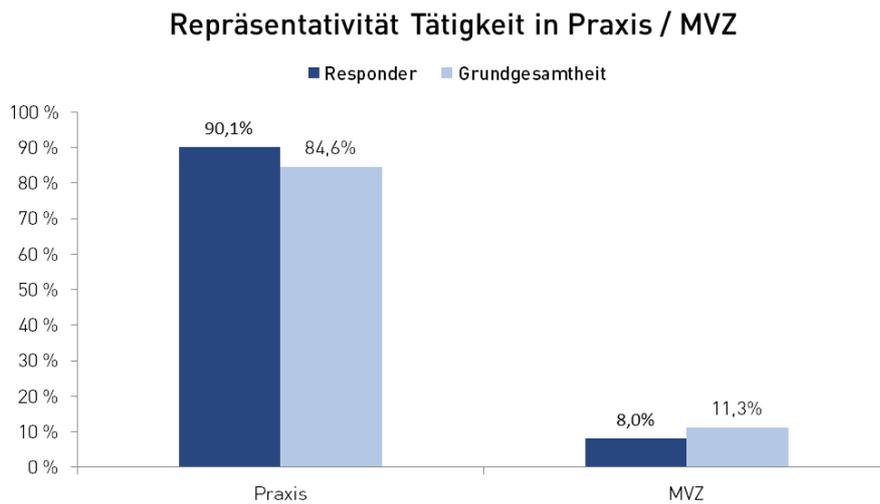
Deutlich überrepräsentiert sind in der Befragung die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen: Ihr Anteil an den Respondern ist mehr als doppelt so hoch wie in der Grundgesamtheit (44,0 Prozent gegenüber 21,9 Prozent).

Entsprechend unterrepräsentiert sind alle anderen Fachgruppen: Bei den Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten beträgt die Abweichung 8,1 Prozentpunkte, bei den nicht operativ tätigen Fachärzten 8,8 Prozentpunkte. Bei den operativ tätigen Fachärzten sind es 5,3 Prozentpunkte.

3.2.6 Tätigkeit in Praxis / MVZ

Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen den Anteilen der Ärzte in der Grundgesamtheit der ambulant tätigen Ärzte und bei den Respondern, die in einer Praxis bzw. in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) arbeiten.

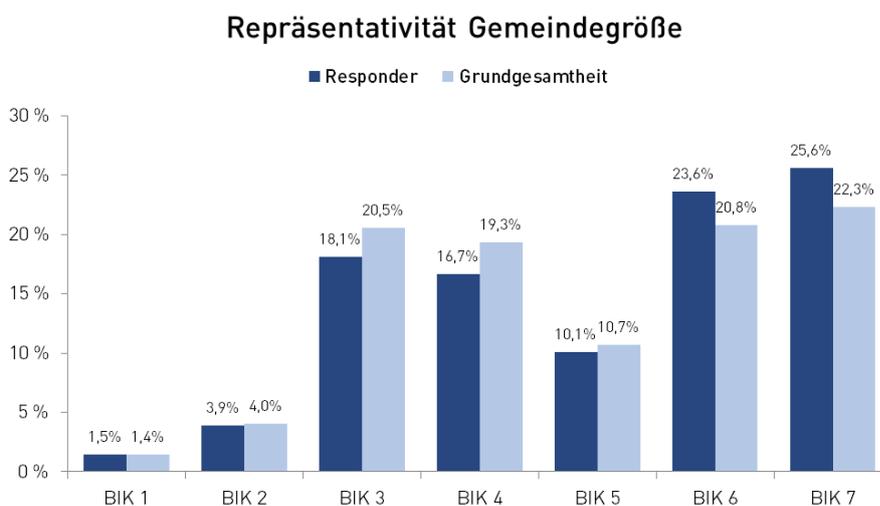
Abbildung 6: Repräsentativität Tätigkeit in Praxis / MVZ



3.2.7 Gemeindegröße

Bei der Gemeindegröße sind die städtischen Regionen (BIK 6 und 7) leicht überrepräsentiert. Leicht unterrepräsentiert sind dagegen die BIK-Klassen 3 (1-3 = ländlich) und 4 (4-5 = verstädtert). Die Klassen 1, 2 und 5 weisen eine hohe Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit auf.

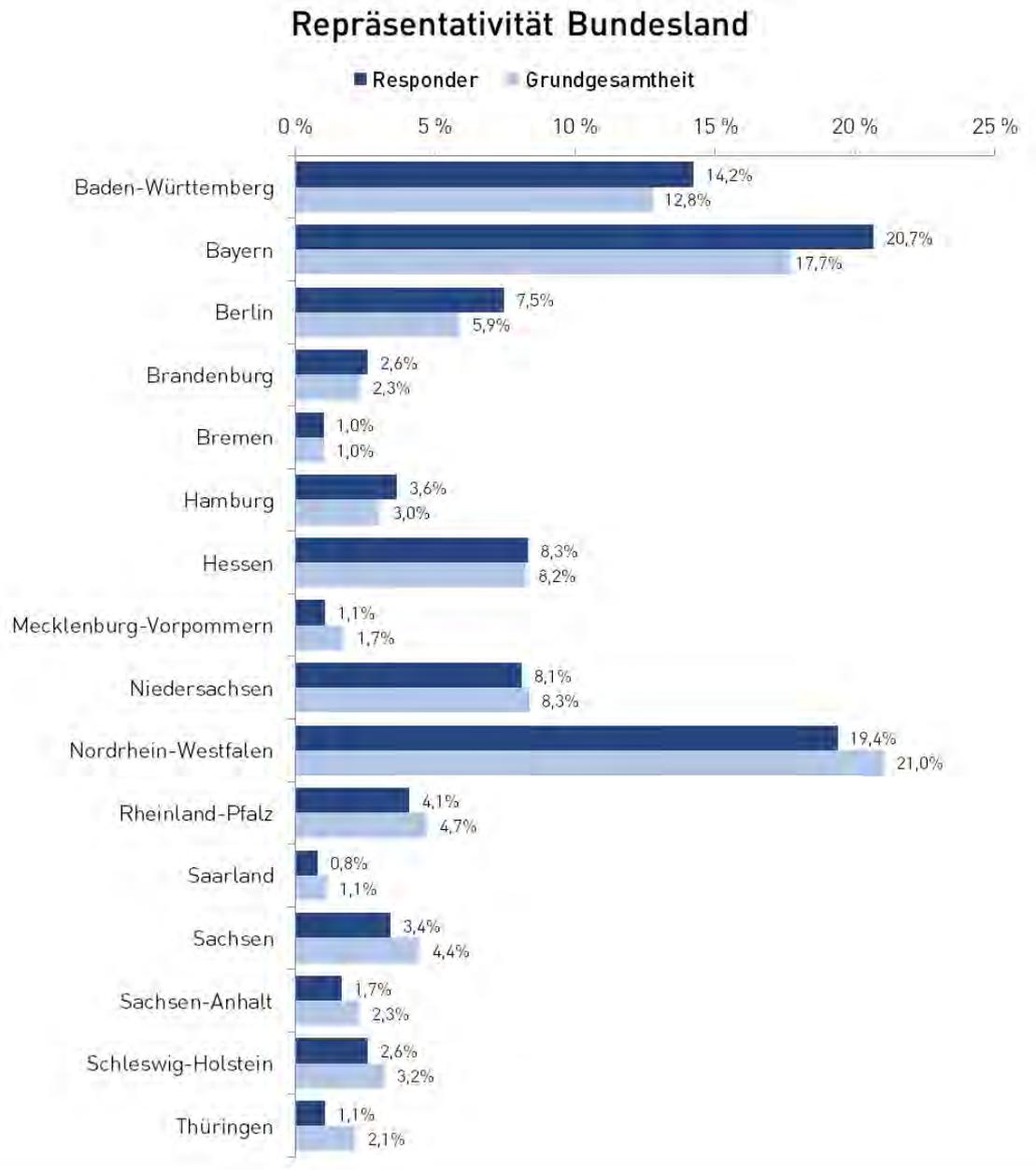
Abbildung 7: Repräsentativität Gemeindegröße



3.2.8 Bundesland

Es gibt eine hohe Übereinstimmung zwischen der Grundgesamtheit der ambulant tätigen Ärzte und den Respondern beim Bundesland. Die größten Abweichungen zeigen sich in Bayern (Differenz: +3,0 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (Differenz: -1,7 Prozent)

Abbildung 8: Repräsentativität Bundesland



3.3 Datenqualität

Es liegt eine formal hohe Datenqualität vor, d. h. es besteht eine hohe interne Konsistenz der Antworten, und es sind keine systematischen Antwortmuster erkennbar.

Zudem wurde von ca. 44 Prozent der Responder das Freitextfeld sinnhaft ausgefüllt – eine sehr hohe Quote, die wiederum zeigt, wie intensiv das Thema gerade diskutiert wird und auch wie engagiert und ernsthaft die Responder sich mit der Erhebung befasst haben. Eine Diskussion dieser Freitexte erfolgt unter Abschnitt 4.7.

4 Nutzung von Videosprechstunden

4.1 Derzeitige Nutzung von Videosprechstunden

Seit April 2017 werden Videosprechstunden mit Patienten vergütet. Tatsächlich genutzt wurde diese Möglichkeit allerdings vor der Covid-19-Pandemie eher selten: Eine Erhebung der Stiftung Gesundheit Ende 2017 ergab, dass zu diesem Zeitpunkt gerade einmal 1,8 Prozent der ambulant tätigen Ärzte diese Möglichkeit nutzten, weitere 2,7 Prozent standen in der konkreten Vorbereitung. Mehr als die Hälfte der Ärzte sprach sich strikt *gegen* diesen Kommunikationsweg aus (57,7 Prozent)⁸.

In der aktuellen Pandemie-Situation bieten Videosprechstunden eine Möglichkeit, die Patientenkontakte in der Praxis zu begrenzen, um Infektionsrisiken möglichst gering zu halten.

Die Frage nach der derzeitigen Nutzung von Videosprechstunden wurde von 2.128 Respondern beantwortet. 112 Responder gaben keine Antwort.

Abbildung 9: Nutzung von Videosprechstunden im Mai 2020 (n = 2.128)



⁸ vgl. Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017“, http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2017.pdf

Im Vergleich mit einer ähnlichen Fragestellung Ende 2017⁹ sind die Zahlen jetzt enorm gestiegen: 52,3 Prozent der Ärzte bieten inzwischen Videosprechstunden an, weitere 10,1 Prozent wollen diese Möglichkeit kurzfristig einrichten. Lediglich etwa ein Drittel (37,6 Prozent) der Ärzte bietet diese Möglichkeit nicht an und hat dies auch kurzfristig nicht vor. Dabei hatten vor drei Jahren noch fast 60 Prozent der Responder angegeben, dass sie diese Form der Arzt-Patienten-Interaktion grundsätzlich ablehnen.

Abbildung 10: Nutzung von Videosprechstunden – Vergleich der Befragungen von 2017 und 2020



⁹ vgl. Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017“, http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2017.pdf

Abbildung 11: Seit wann nutzen Sie Videosprechstunden? (n=1.090 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

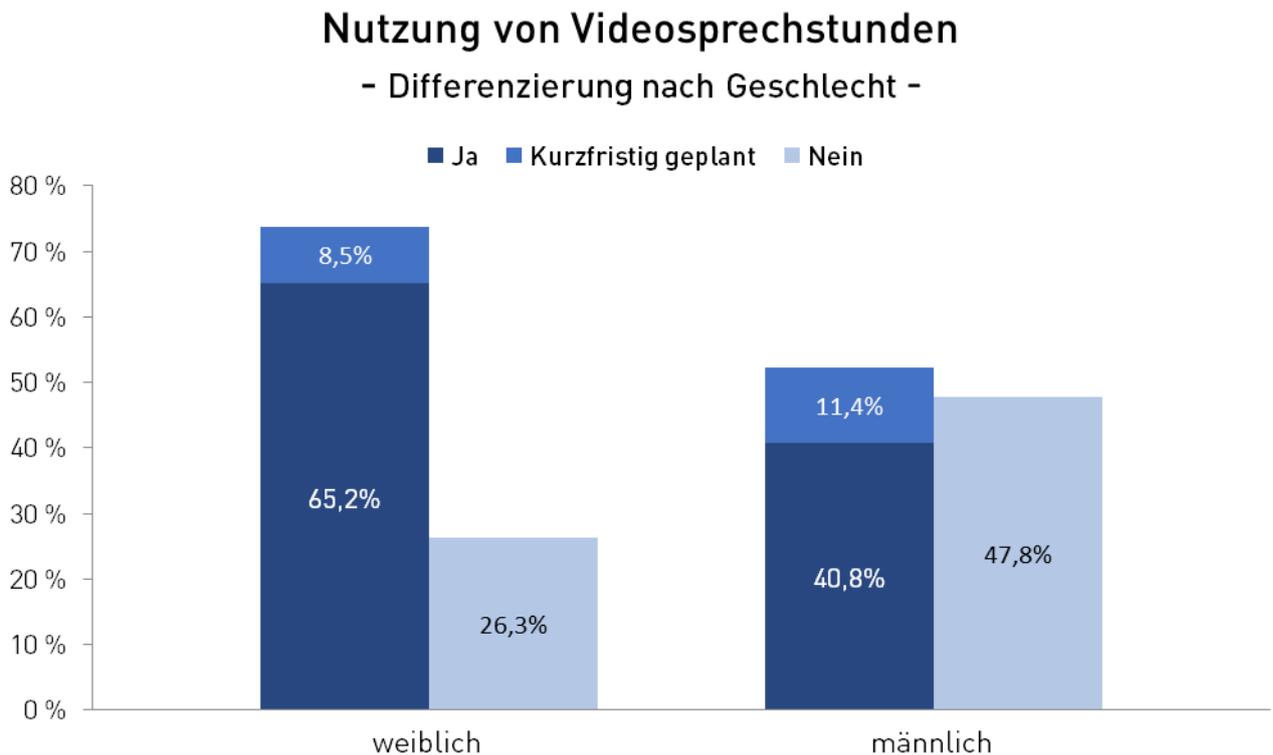


1.090 der Ärzte, die Videosprechstunden derzeit nutzen, gaben zudem im Rahmen der Befragung an, seit wann sie dies tun: 94,1 Prozent der Responder richteten diese Kommunikationsform erst im Laufe des Jahres 2020 ein. Nur 5,9 Prozent boten schon in den Jahren zuvor Videosprechstunden an.

4.1.1 Differenzierung nach Geschlecht

Für die Differenzierung nach Geschlecht wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt. Dabei wurden die Antworten von 2.128 Respondern berücksichtigt, davon 1.119 männlich und 1.009 weiblich.

Abbildung 12: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Geschlecht (n = 2.128)



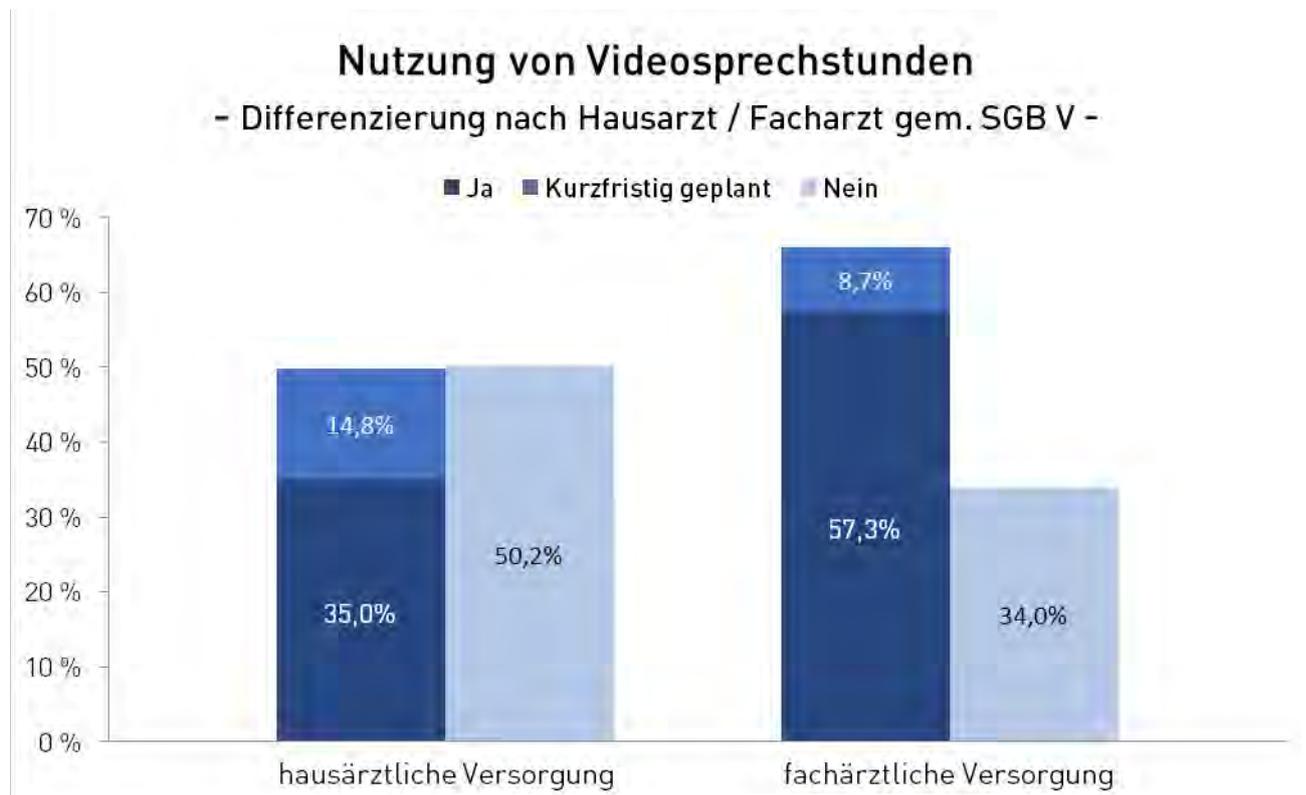
Obwohl sich in bisherigen Befragungen in der Regel männliche Ärzte den Möglichkeiten der Digitalisierung gegenüber aufgeschlossener zeigten als ihre weiblichen Kolleginnen, werden Videosprechstunden deutlich intensiver von Ärztinnen als von Ärzten genutzt: Fast drei Viertel der Ärztinnen bieten Videosprechstunden an oder planen dies kurzfristig, nur 26,3 Prozent machen davon keinen Gebrauch. Bei den männlichen Ärzten dagegen nutzt nur jeder zweite dieses Instrument.

Hier muss allerdings ein Bias in Betracht gezogen werden, denn gerade im psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich, der Videosprechstunden am stärksten nutzt, besteht ein sehr hoher Anteil an Frauen (70,3 Prozent sowohl in der Grundgesamtheit als auch bei den Respondern).

4.1.2 Differenzierung nach hausärztlicher / fachärztlicher Versorgung gemäß SGB V

Für diese Differenzierung wurde das aus der Strukturdatenbank mitgeführte Stratifizierungsmerkmal der Teilnahme an der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung gemäß SGB V genutzt. Dabei wurden die Antworten von 2.128 Respondern berücksichtigt, davon 472 Hausärzte und 1.656 Fachärzte.

Abbildung 13: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach hausärztlicher / fachärztlicher Versorgung gemäß SGB V (n = 2.128)

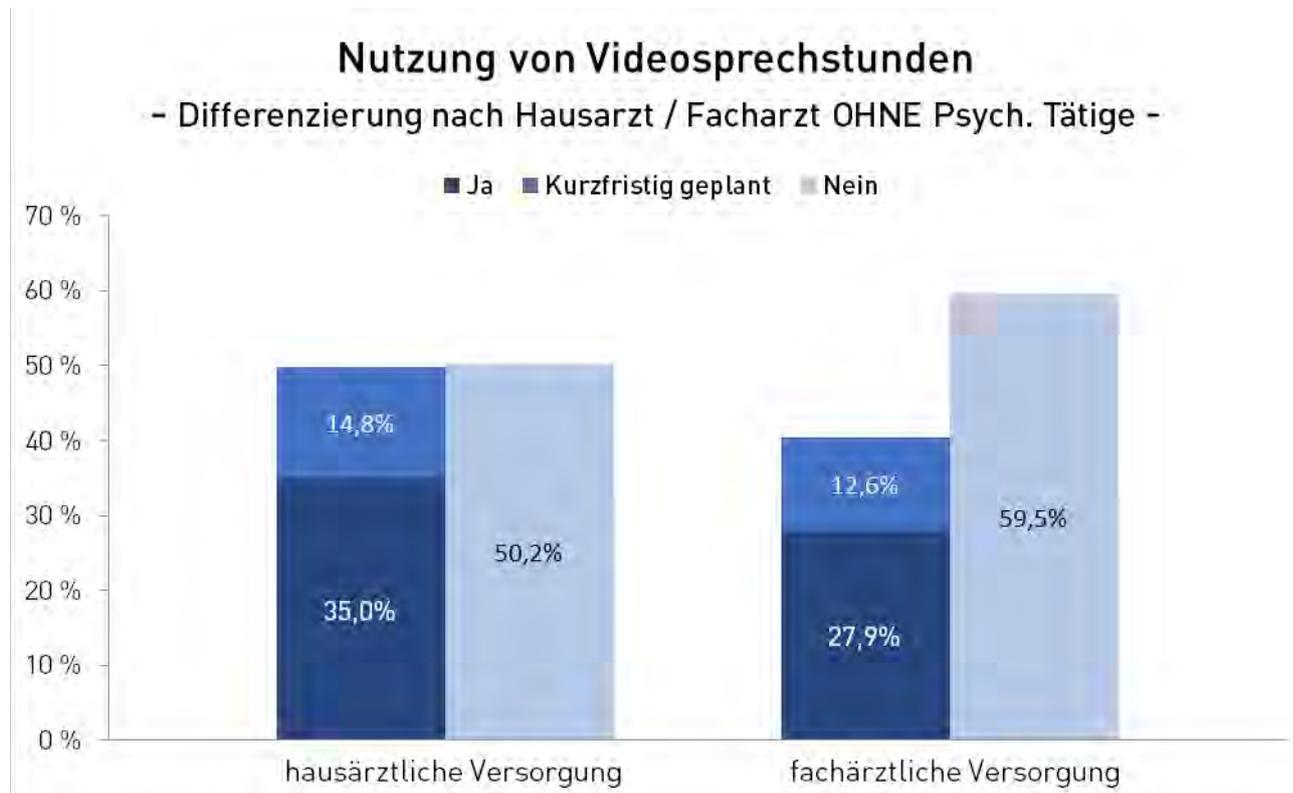


Ärzte in der fachärztlichen Versorgung nutzen die Möglichkeit der Videosprechstunde deutlich intensiver als Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung gemäß SGB V teilnehmen: Zwei Drittel der Fachärzte nutzen die Möglichkeit der Videosprechstunde bereits oder planen, diese kurzfristig einzurichten. Dagegen nutzt nur jeder zweite Hausarzt diesen Kommunikationsweg.

Diese unterschiedliche Verteilung erklärt sich durch das unterschiedliche Nutzungsverhalten der verschiedenen Fachgruppen (siehe Abschnitt 4.1.3): Die mit Abstand höchste Nutzungsrate zeigt sich bei den psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen, die nicht in der hausärztlichen Versorgung aktiv sind.

Rechnet man die Gruppe der psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen heraus, zeigt sich ein deutlich anderes Bild:

Abbildung 14: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach differenziert nach hausärztlicher / fachärztlicher Versorgung gemäß SGB V (n = 1.203 / nur Ärzte OHNE Psych. Tätige)



Außerhalb des psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereichs nutzen Ärzte in der hausärztlichen Versorgung gemäß SGB V Videosprechstunden intensiver als die Kollegen in der fachärztlichen Versorgung: Jeder zweite Hausarzt setzt Videosprechstunden ein, bei den Fachärzten sind es 40,5 Prozent. Die niedrigere Quote bei den Fachärzten erklärt sich bereits dadurch, dass in dieser Gruppe auch die operativ tätigen Fachärzte enthalten sind, bei denen es nur wenige Anwendungsgebiete für Videosprechstunden gibt (z.B. Nachbesprechungen, siehe hierzu auch Abschnitt 4.7).

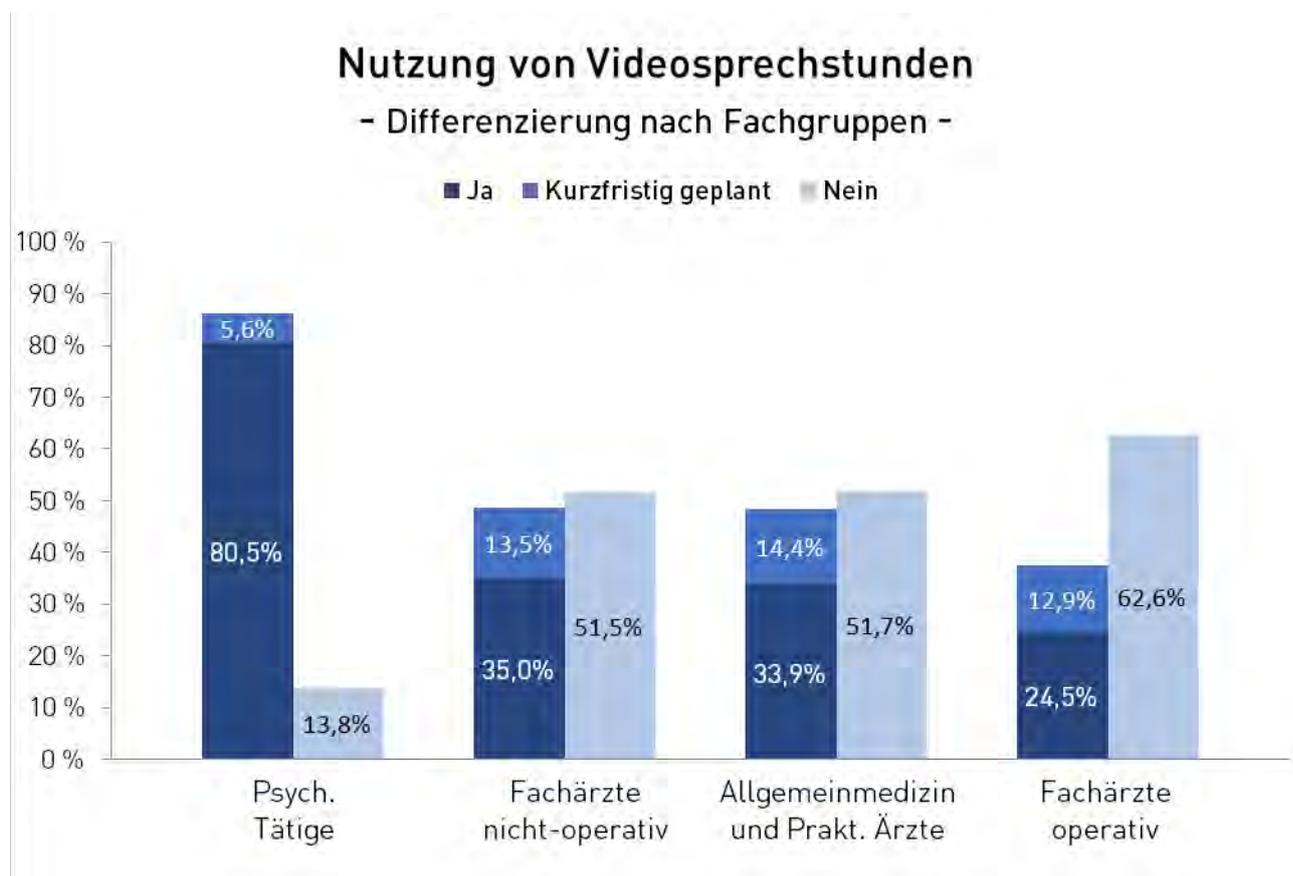
Um die unterschiedliche Nutzung in verschiedenen Fachgruppen besser abbilden zu können, wurde parallel zur Differenzierung nach Hausarzt / Facharzt gemäß SGB V eine Gruppierung der Ärzte anhand ihrer Fachgebiete vorgenommen. Die Haltung der hier dargestellten Gruppe der Hausärzte gemäß SGB V zu Videosprechstunden erwies sich dabei als nahezu identisch mit der Haltung der Gruppe der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte, so dass im Folgenden nur noch die Differenzierung nach Fachgruppen dargestellt wird.

4.1.3 Differenzierung nach Fachgruppen

Für die Differenzierung nach Fachgruppen wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Fachgebiete genutzt, um die Ärzte in vier Gruppen einzuteilen (siehe Abschnitt 0). Insgesamt wurden die Antworten von 2.109 Respondern berücksichtigt, die sich folgendermaßen auf die vier Gruppen verteilen:

Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte: 348 Ärzte
Fachärzte nicht-operativ: 408 Ärzte
Fachärzte operativ: 428 Ärzte
Psych. Tätige: 925 Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Abbildung 15: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Fachgruppen (n = 2.109)



Die mit Abstand stärkste Nutzergruppe sind die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen: Insgesamt 86,1 Prozent von ihnen arbeiten derzeit mit Videosprechstunden oder wollen dies zeitnah einrichten.

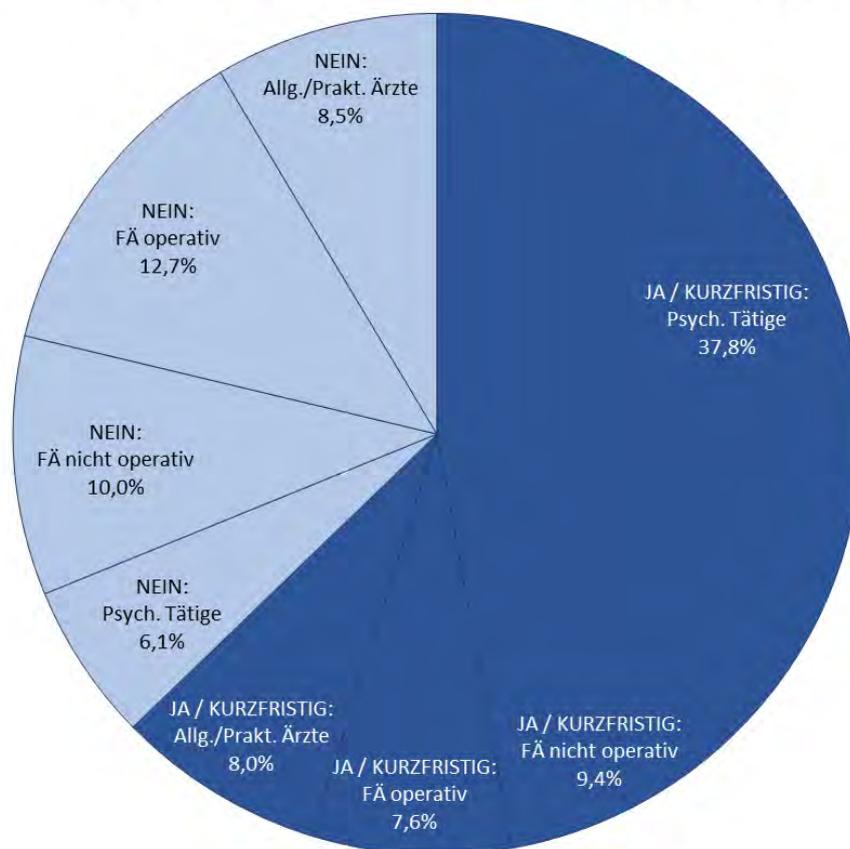
Auf Platz 2 und 3 liegen die nicht operativ tätigen Fachärzte und die Allgemeinmediziner / Praktischen Ärzte: Hier nutzt jeweils knapp die Hälfte der Ärzte die Möglichkeiten der Videosprechstunde oder plant, dies kurzfristig anzubieten.

Am geringsten ist die Nutzerquote bei den operativ tätigen Fachärzten: Hier nutzt lediglich ein Drittel Videosprechstunden oder plant dies kurzfristig. Fast zwei Drittel machen keinen Gebrauch von Videosprechstunden und haben dies auch nicht vor.

Betrachtet man die Anteile der Nutzer bzw. Nicht-Nutzer der jeweiligen Fachgruppe an der Gesamtzahl der Responder, so zeigt sich, dass deutlich mehr als die Hälfte der Responder (62,8 Prozent) aus diesen Gruppen Videosprechstunden nutzen oder dies in naher Zukunft planen.

Abbildung 16: Anteile der Nutzer bzw. Nicht-Nutzer der einzelnen Fachgruppen an der Gesamtzahl der Responder (n = 2.109)

Anteile der Nutzer / Nicht-Nutzer nach Fachgruppen



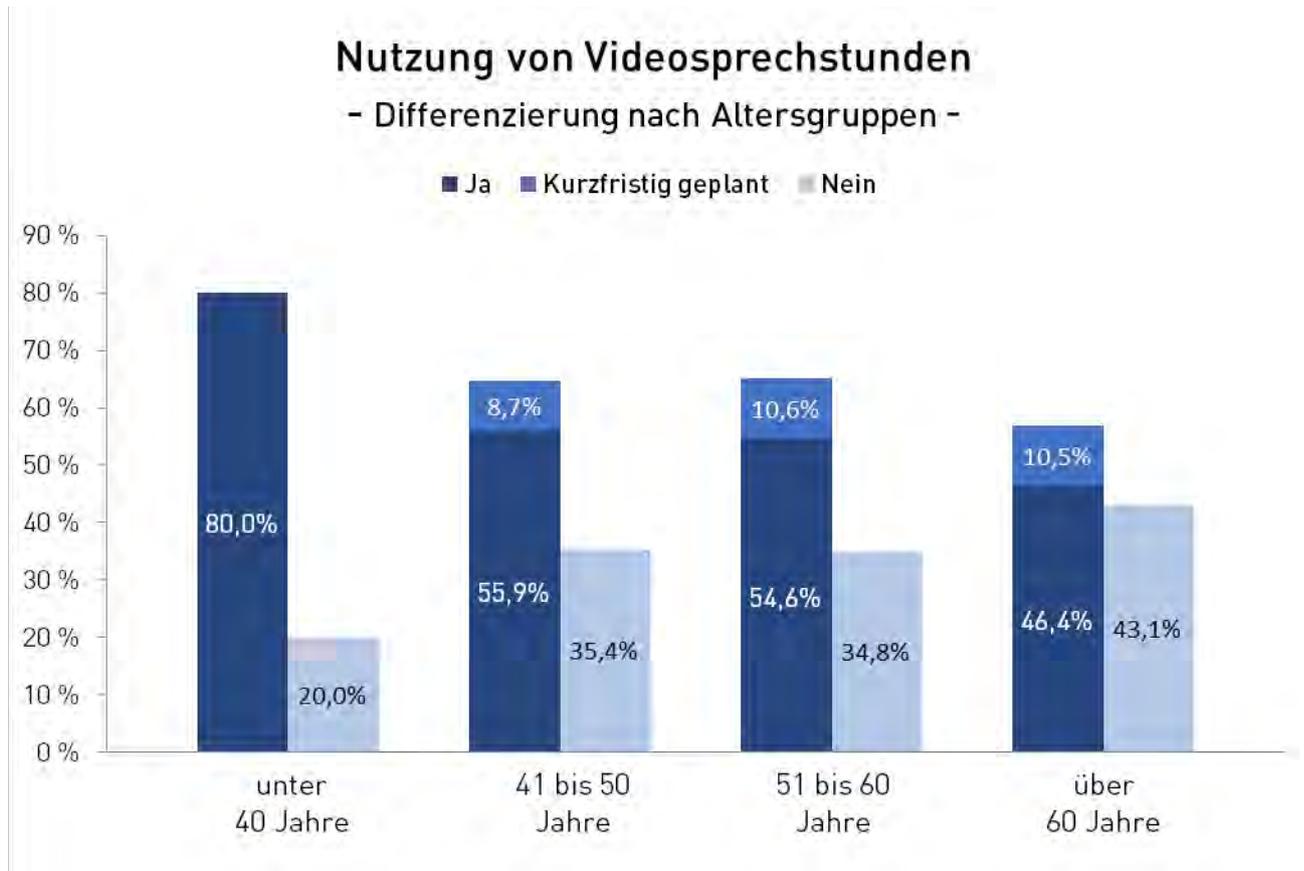
Die mit Abstand größte Gruppe stellen die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen, die Videosprechstunden bereits nutzen oder dies kurzfristig planen: Allein diese Gruppe macht mehr als ein Drittel aller Responder aus (37,8 Prozent).

Zweitstärkste Gruppe sind die Nicht-Nutzer bei den operativ tätigen Fachärzten mit 12,7 Prozent der Responder.

4.1.4 Einfluss des Alters

Für die Differenzierung nach Altersgruppen wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt. Insgesamt wurden die Antworten von 2.128 Respondern berücksichtigt, die diese Frage beantwortet hatten.

Abbildung 17: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Altersgruppen (n = 2.128)



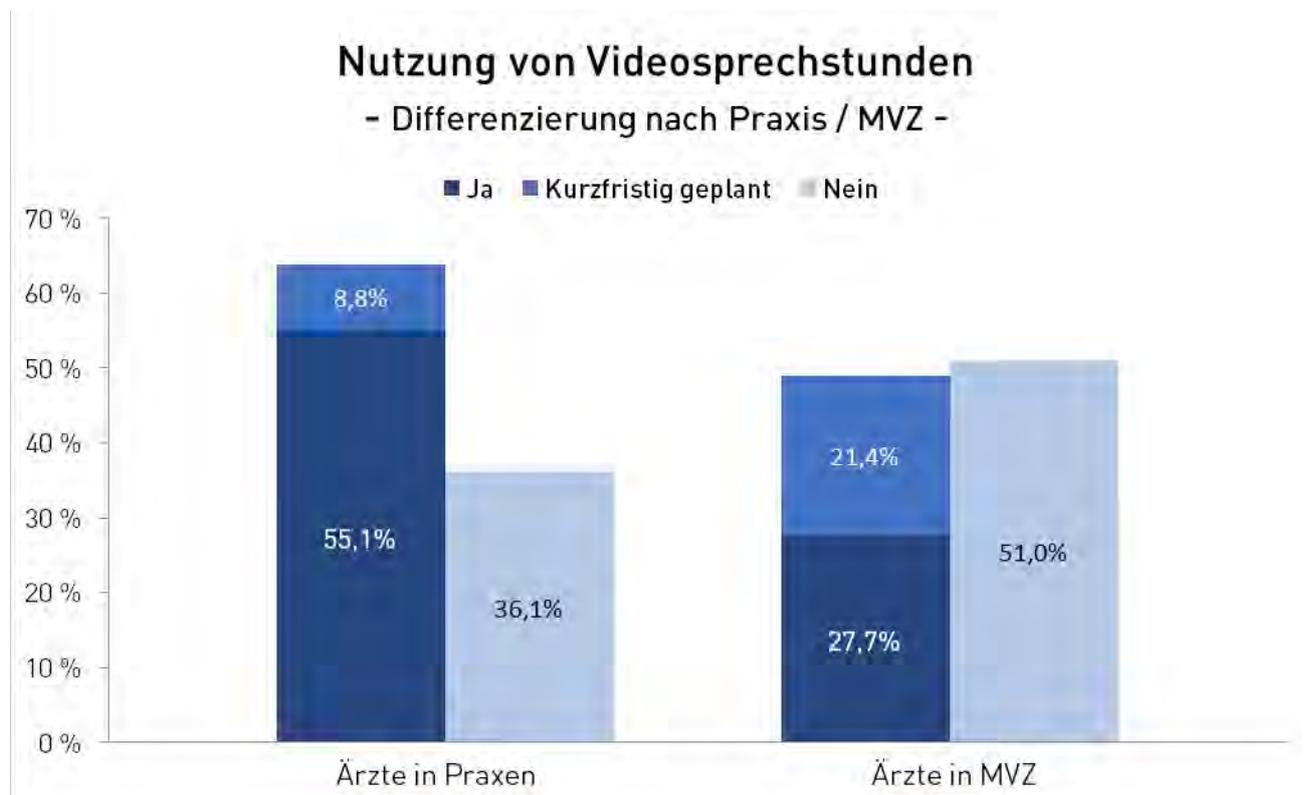
Die mit Abstand stärkste Nutzergruppe sind Ärzte unter 40 Jahren: 80 Prozent von ihnen nutzen Videosprechstunden. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Nutzer ab.

Die größte Entwicklung ist in nächster Zeit in den beiden Altersgruppen über 50 Jahren zu erwarten: Dort gaben 10,6 Prozent bzw. 10,5 Prozent an, Videosprechstunden kurzfristig einführen zu wollen.

4.1.5 Unterschiede zwischen MVZ und Praxis

Für die Differenzierung zwischen Ärzten in Praxen bzw. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt, um die Responder in die Gruppen „Ärzte in Praxen“ und „Ärzte in MVZ“ einzuteilen (siehe Abschnitt 0). Insgesamt wurden die Antworten von 2.126 Respondern berücksichtigt. Davon sind 1.920 in Praxen und 206 in MVZ tätig. Die Differenz zur Anzahl der Gesamtresponder erklärt sich dadurch, dass einige Ärzte diese Frage nicht beantwortet hatten.

Abbildung 18: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Tätigkeit in Praxis / MVZ (n = 2.126)



Ärzte in Praxen nutzen Videosprechstunden deutlich häufiger als Ärzte in MVZ: Während in Praxen mehr als die Hälfte der Responder diese Kommunikationsform bereits nutzt, ist es in MVZ lediglich jeder vierte. Allerdings planen 21,4 Prozent der in MVZ tätigen Ärzte eine kurzfristige Einführung.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass die größte Nutzergruppe (Psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch tätige Ärzte einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten) fast ausschließlich in (Einzel-)Praxen tätig ist: Lediglich 2,5 Prozent der Responder aus diesem Bereich üben ihre Tätigkeit in MVZ aus.

4.1.6 Einfluss des Praxisstandorts (Stadt / verstädtert / Land)

Als Basis für die Differenzierung nach Praxisstandort dienen wie in Abschnitt 3.1.2.5 beschrieben die BIK-7-Gemeindegroßenklassen, die in die drei Regionstypen Stadt / verstädtert / Land eingeteilt wurden. Insgesamt wurden die Antworten von 2.115 Respondern berücksichtigt, davon 1.044 aus städtischen, 572 aus verstädterten und 499 aus ländlichen Regionen. Für die übrigen lag keine BIK-7-Zuordnung vor.

Abbildung 19: Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Praxisstandort (n = 2.115)



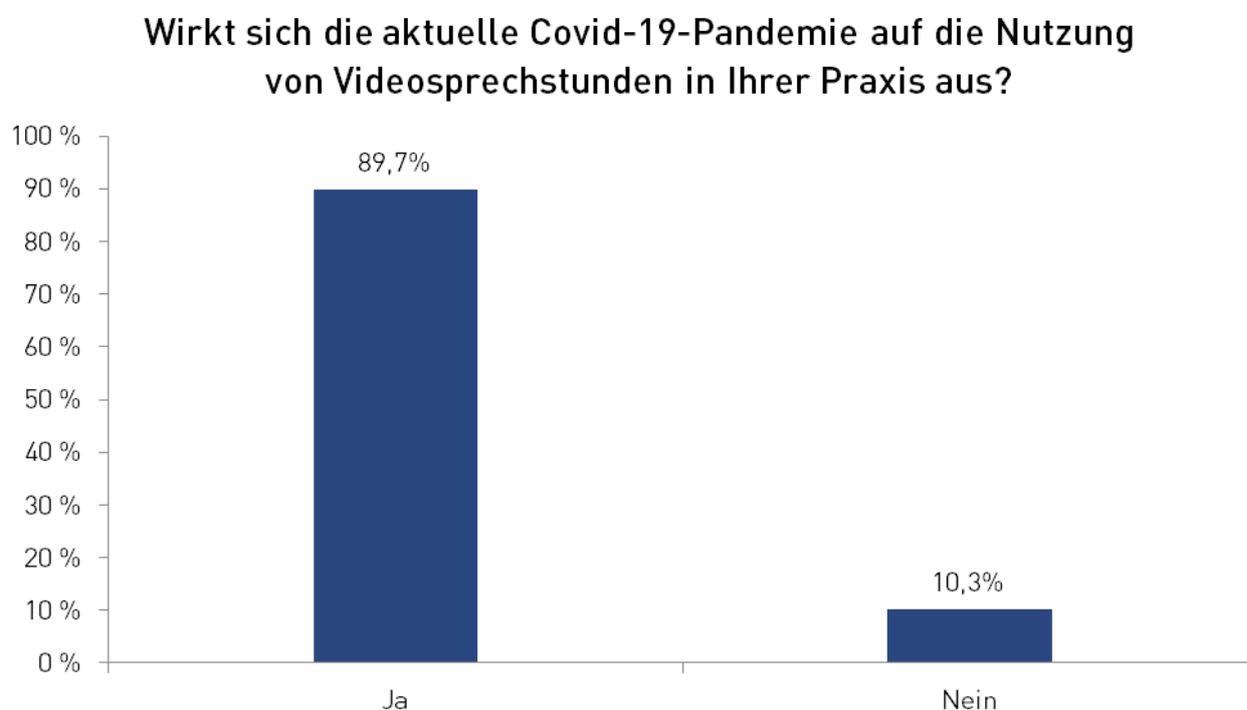
Der Anteil der Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen oder dies kurzfristig einführen wollen, ist in städtischen Regionen am höchsten (56,3 Prozent). Zusammen mit denjenigen Ärzten, die diese Kommunikationsform kurzfristig anbieten wollen (9,8 Prozent), machen sie fast zwei Drittel der Ärzte in diesen Gebieten aus.

Die aktuelle Nutzung in verstädterten und ländlichen Regionen ist nahezu gleich und liegt jeweils bei knapp 50 Prozent. In ländlichen Regionen zeigt sich allerdings ein geringfügig höheres Entwicklungspotenzial: 11,6 Prozent der Ärzte wollen diese Option dort kurzfristig einführen (verstädtert: 9,1 Prozent, Stadt: 9,8 Prozent).

4.2 Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden

Um näher zu untersuchen, ob und inwiefern sich die aktuelle Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden auswirkt, wurden denjenigen Ärzten, die angaben, Videosprechstunden bereits zu nutzen (n= 1.114), weitere Fragen zu diesem Themenkomplex gestellt. Die Frage wurde von 1.089 dieser Responder beantwortet.

Abbildung 20: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden (n = 1.089 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

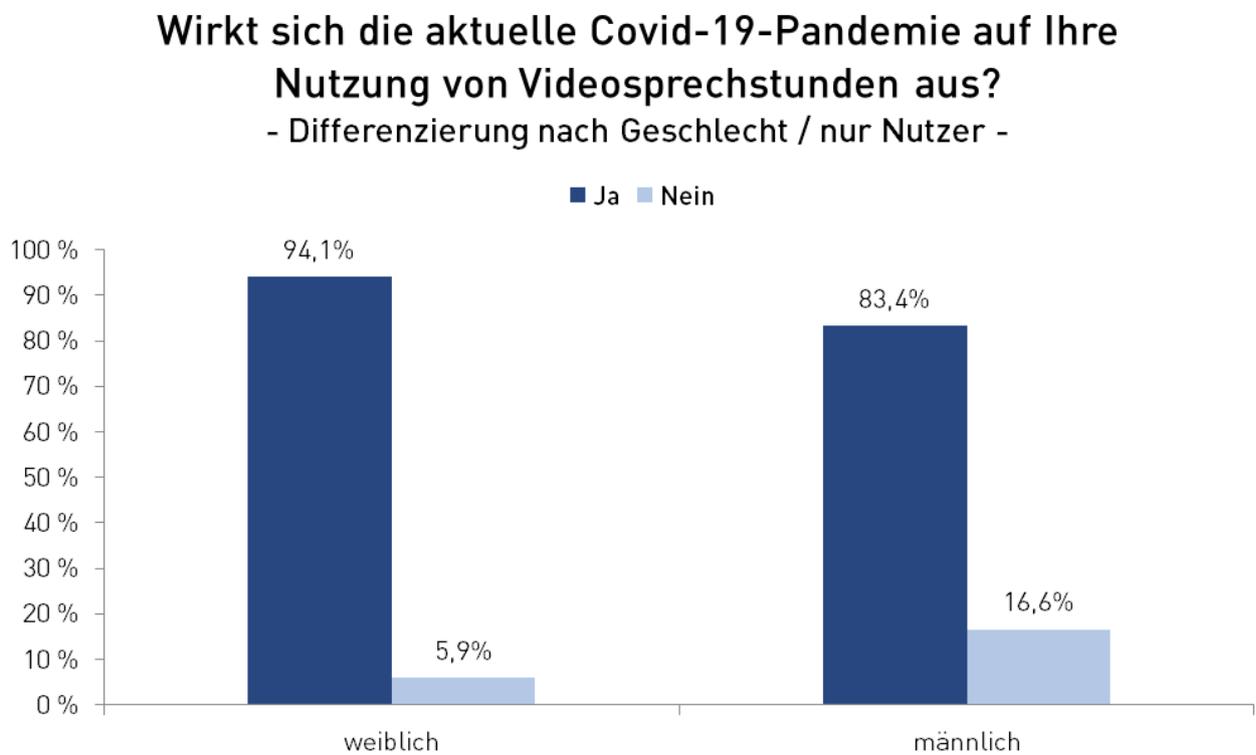


Auf die grundsätzliche Frage, ob sich die aktuelle Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden auswirkt, gibt es eine deutliche Antwort: Bei fast 90 Prozent der Responder, die Videosprechstunden anbieten, ist dies der Fall. Lediglich jeder zehnte Arzt gibt an, dass sich die Pandemie nicht auf die Nutzung von Videosprechstunden in seiner Praxis auswirkt.

4.2.1 Differenzierung nach Geschlecht

Für die Differenzierung nach Geschlecht der Responder wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt. Dabei wurden die Antworten von 1.089 Respondern berücksichtigt, die angegeben haben, Videosprechstunden zu nutzen, davon 445 männlich und 644 weiblich.

Abbildung 21: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Geschlecht (n = 1.089 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

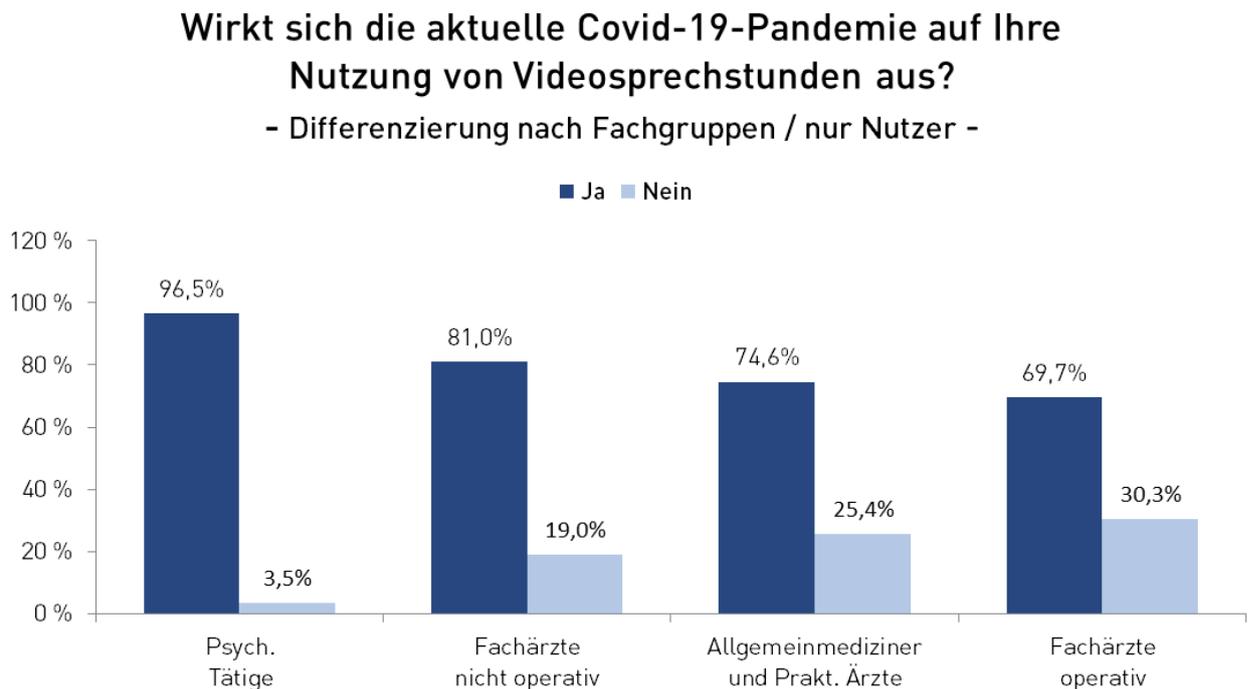


Sowohl Ärztinnen als auch Ärzte, die Videosprechstunden anbieten, sehen mit großer Mehrheit einen Einfluss der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden. (Ärztinnen: 94,1 Prozent, Ärzte: 83,4 Prozent). Nur 16,6 Prozent der Ärzte und sogar nur 5,9 Prozent der Ärztinnen bemerkten keinen solchen Einfluss.

4.2.2 Einfluss der Fachgruppe

Für die Differenzierung nach Fachgruppen wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt und in Gruppen eingeteilt (siehe Abschnitt 0). Insgesamt wurden die Antworten von 1.087 Respondern berücksichtigt, die zu den vier definierten Fachgruppen (siehe 0) zählen und angegeben haben, Videosprechstunden zu nutzen.

Abbildung 22: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Fachgruppen (n = 1.087 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)



Die größten Auswirkungen sind bei den Fachärzten im psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich einschließlich der Psychologischen Psychotherapeuten zu spüren: 96,5 Prozent der Responder in dieser Gruppe berichten, dass sich die aktuelle Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden in ihren Praxen auswirkt.

An zweiter Stelle liegen die nicht operativ tätigen Fachärzte mit 81,0 Prozent, gefolgt von den Allgemeinmedizinerinnen und Praktischen Ärzten (74,6 Prozent).

Auf Rang vier liegen die operativ tätigen Fachärzte, bei denen immerhin zwei Drittel spürbare Auswirkungen attestieren. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass diese Frage ausschließlich an Ärzte gerichtet war, die Videosprechstunden tatsächlich nutzen, also auch entsprechende Verwendung dafür haben.

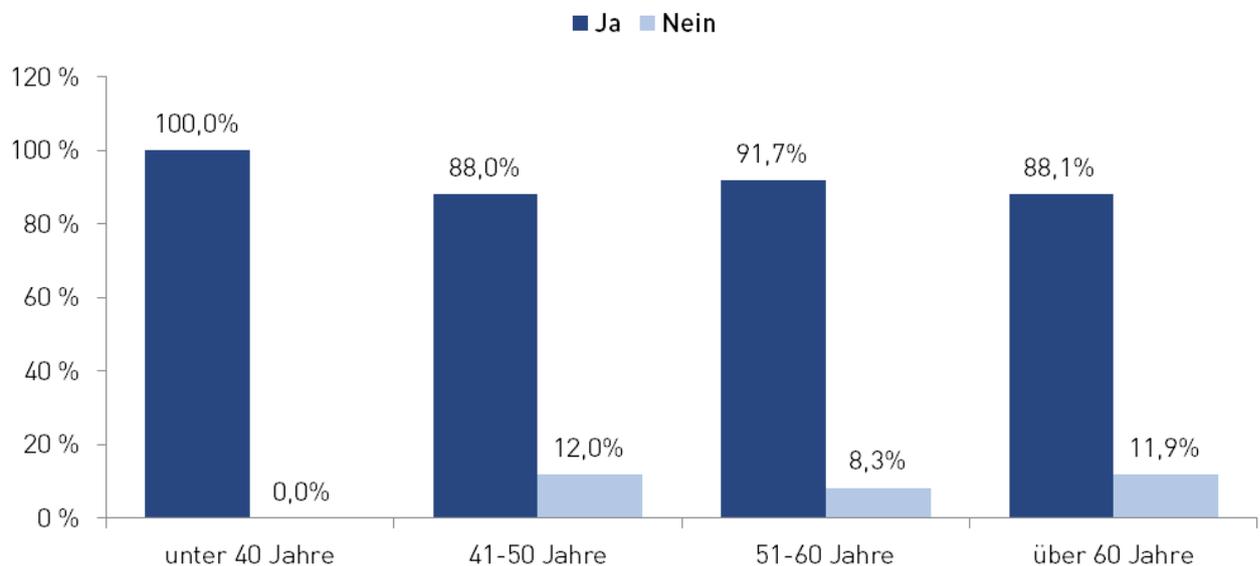
4.2.3 Einfluss des Lebensalters der Ärzte

Für die Differenzierung nach Altersgruppen wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt. Insgesamt wurden die Antworten von 1.089 Respondern berücksichtigt, die angegeben haben, Videosprechstunden zu nutzen.

Abbildung 23: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Altersgruppen (n = 1.089 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

Wirkt sich die aktuelle Covid-19-Pandemie auf Ihre Nutzung von Videosprechstunden aus?

- Differenzierung nach Altersgruppen / nur Nutzer -

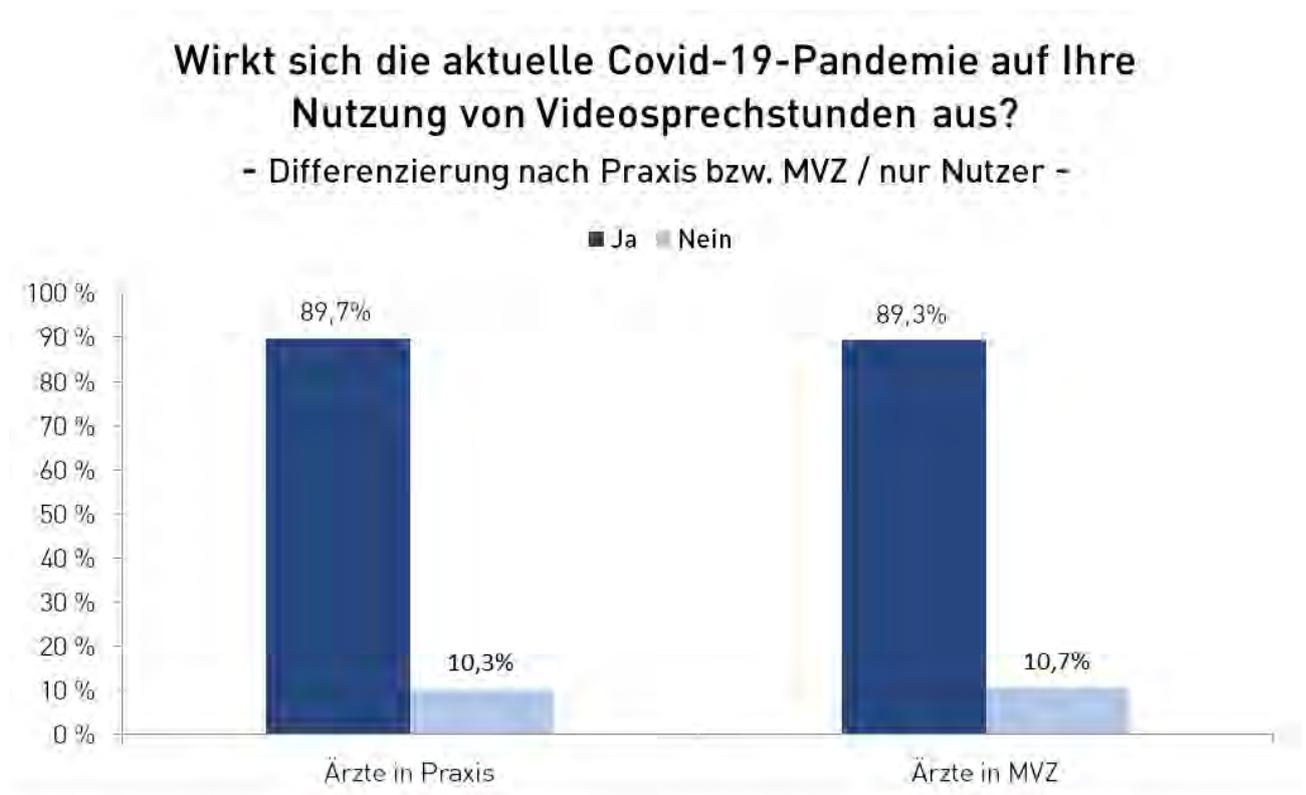


Bei den Ärzten unter 40 Jahren spüren 100,0 Prozent der Responder die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden in ihren Praxen. Die übrigen Altersgruppen liegen mit 88,0 bis 91,7 Prozent nahezu gleichauf.

4.2.4 Unterschiede zwischen MVZ und Praxis

Für die Differenzierung zwischen Ärzten in Praxen bzw. in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wurden die aus der Strukturdatenbank mitgeführten Stratifizierungen genutzt, um die Responder in die Gruppen „Ärzte in Praxen“ und „Ärzte in MVZ“ einzuteilen (siehe Abschnitt 0). Insgesamt wurden die Antworten von 1.089 Respondern berücksichtigt, davon sind 1.033 in Praxen und 56 in MVZ tätig.

Abbildung 24: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Praxis / MVZ (n = 1.089 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

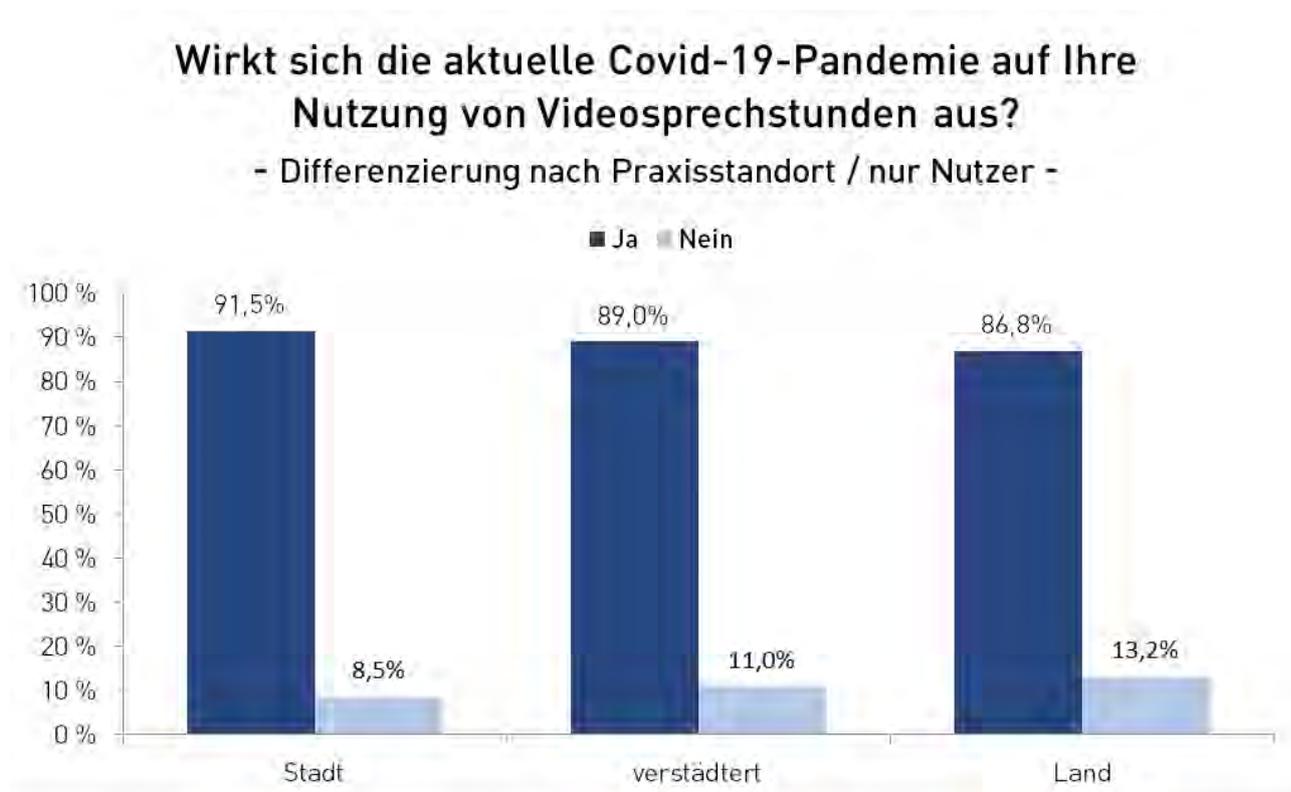


Wie in Abschnitt 4.1.5 beschrieben nutzen deutlich mehr Ärzte in Praxen Videosprechstunden als in MVZ. Der Anteil derjenigen Ärzte, die Videosprechstunden nutzen und Auswirkungen der Pandemie auf die Nutzung spüren, ist jedoch in beiden Gruppen nahezu identisch (Praxis: 89,7 Prozent / MVZ: 89,3 Prozent).

4.2.5 Einfluss des Praxisstandorts (Stadt / verstädtert / Land)

Als Basis für die Differenzierung nach Praxisstandort dienen die Gemeindegrößenklassen nach BIK7, die in die drei Regionstypen Stadt / verstädtert / Land eingeteilt wurden (siehe Abschnitt 0). Insgesamt wurden die Antworten von 1.084 Respondern berücksichtigt, davon 576 aus städtischen, 273 aus verstädterten und 235 aus ländlichen Regionen. Für die übrigen lag keine BIK-7-Zuordnung vor.

Abbildung 25: Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden differenziert nach Praxisstandort (n = 1.084 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)



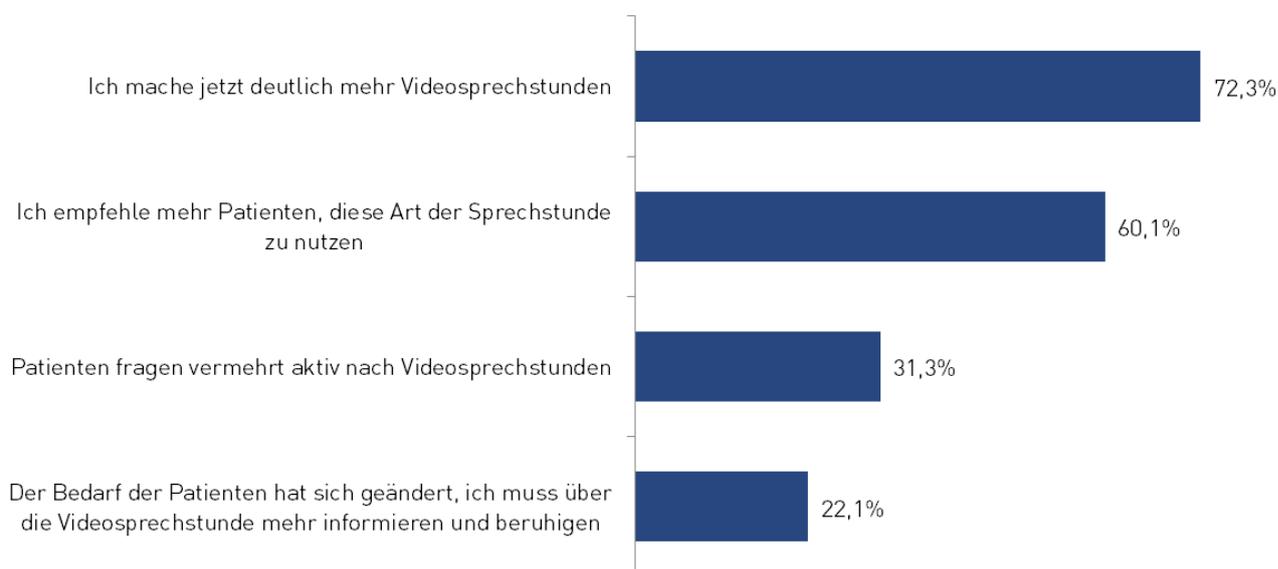
Die Differenzierung nach Praxisstandort zeigt keine großen Unterschiede: In Städten sind die Auswirkungen der Pandemie nur minimal stärker (91,5 Prozent) zu spüren als in verstädterten Regionen (89,0 Prozent), in ländlichen nur minimal schwächer (86,8 Prozent).

4.3 Art der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden

Diejenigen Ärzte, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden in ihrer Praxis sehen, wurden daraufhin nach der Art der Auswirkungen befragt.

Abbildung 26: Art der Auswirkung der aktuellen Covid-19-Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden (n = 967, Mehrfachantworten möglich)

Wie wirkt sich die Nutzung von Videosprechstunden auf Ihre ärztliche Tätigkeit aus?



72,2 Prozent berichten, dass sie jetzt deutlich mehr Videosprechstunden machen als vor der Pandemie. Dies ist nachvollziehbar angesichts der Bestrebungen, das Infektionsrisiko in den Praxen möglichst gering zu halten.

60,1 Prozent empfehlen Patienten von sich aus, diese Art der Sprechstunde zu nutzen.

Fast ein Drittel der Ärzte berichtet, dass ihre Patienten vermehrt aktiv nach Videosprechstunden fragen. Dies ist ein beachtlicher Wert, wenn man berücksichtigt, dass Videosprechstunden vor der Pandemie noch kaum angeboten wurden und daher vielen Patienten noch nicht als mögliche Form der Arzt-Patienten-Interaktion bekannt sein dürften.

22,1 Prozent gaben an, dass sich der Bedarf der Patienten geändert habe und sie im Rahmen der Videosprechstunden mehr informieren und beruhigen müssten als zuvor.

4.4 Anteil von Videosprechstunden an den Patientenkontakten

In der Befragung wurden die Ärzte, die Videosprechstunden nutzen, gebeten, den prozentualen Anteil dieser an ihren Patientenkontakten zu schätzen – und zwar den tatsächlichen Anteil jeweils vor und während der Covid-19-Pandemie sowie den aus ihrer Sicht zu erwartenden Anteil nach dem Ende der Pandemie. Zusätzlich wurden sie gebeten, den aus ihrer Sicht maximal möglichen Anteil von Videosprechstunden in ihrer Praxis anzugeben.

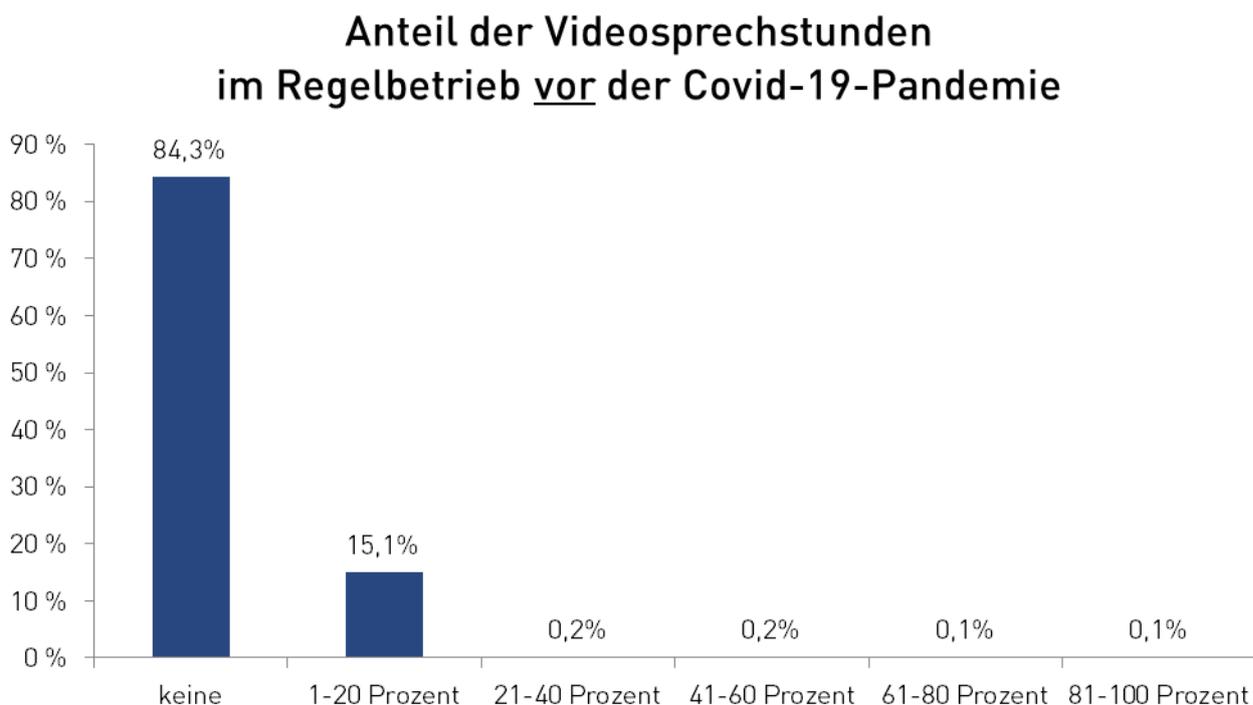
Die Prozentzahlen konnten im Rahmen der Befragung frei eingegeben werden. Die genannten Prozentzahlen wurden anschließend in Anlehnung an die Likert-Skala aggregiert.

4.4.1 Anteil von Videosprechstunden VOR der Covid-19-Pandemie

Im Regelbetrieb vor der Covid-19-Pandemie verzeichneten lediglich 15,7 Prozent der Ärzte überhaupt einen Anteil an Videosprechstunden – das Gros davon zwischen einem und 20 Prozent der Patientenkontakte (15,1 Prozent der Responder). Nur sehr wenige Ärzte gaben höhere Anteile an.

84,3 Prozent gaben demgegenüber an, dass es vor der Covid-19-Pandemie keine Videosprechstunden im Regelbetrieb gab.

Abbildung 27: Anteil von Videosprechstunden im Regelbetrieb vor der Covid-19-Pandemie (n = 995 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)



4.4.2 Anteil von Videosprechstunden WÄHREND der Covid-19-Pandemie

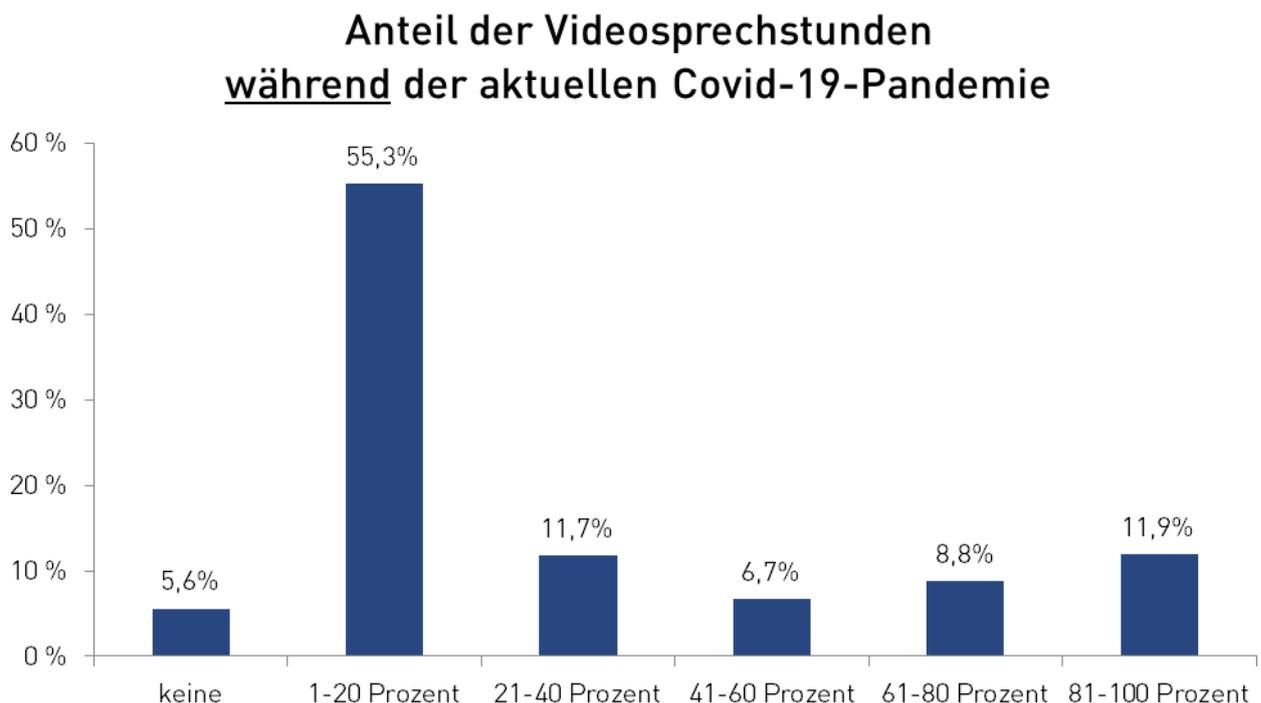
In der Zeit der aktuellen Covid-19-Pandemie hat sich der Anteil von Videosprechstunden an den Patientenkontakten schlagartig und erheblich verändert:

Der Anteil der Ärzte, bei denen der Anteil null beträgt, ist von 84,3 Prozent auf 5,6 Prozent gesunken. Hierbei handelt es sich um Ärzte, bei denen Videosprechstunden zwar nach eigenen Angaben angeboten, aber offenbar nicht von Patienten genutzt werden.

55,3 Prozent der Ärzte geben einen Anteil von 1-20 Prozent an. Das sind 40 Prozentpunkte mehr als vor der Covid-19-Pandemie.

Erheblich gestiegen ist auch die Zahl der Ärzte, die von höheren Anteilen berichten: 11,7 Prozent der Ärzte nennen nun einen Anteil von 21-40 Prozent (+11,5 Prozent). 6,7 Prozent der Ärzte geben einen derzeitigen Anteil von 41-60 Prozent an (+6,5 Prozent). 8,8 Prozent der Ärzte sehen den Anteil in ihrer Praxis derzeit bei 61-80 Prozent (+8,1 Prozent), und mehr als jeder Zehnte (11,9 Prozent der Ärzte) gibt den Anteil der Videosprechstunden in der Praxis mit 81 bis 100 Prozent an (+11,8 Prozent).

Abbildung 28: Anteil von Videosprechstunden während der aktuellen Covid-19-Pandemie (n = 1.022 / nur Ärzte, die Videosprechstunden bereits nutzen)

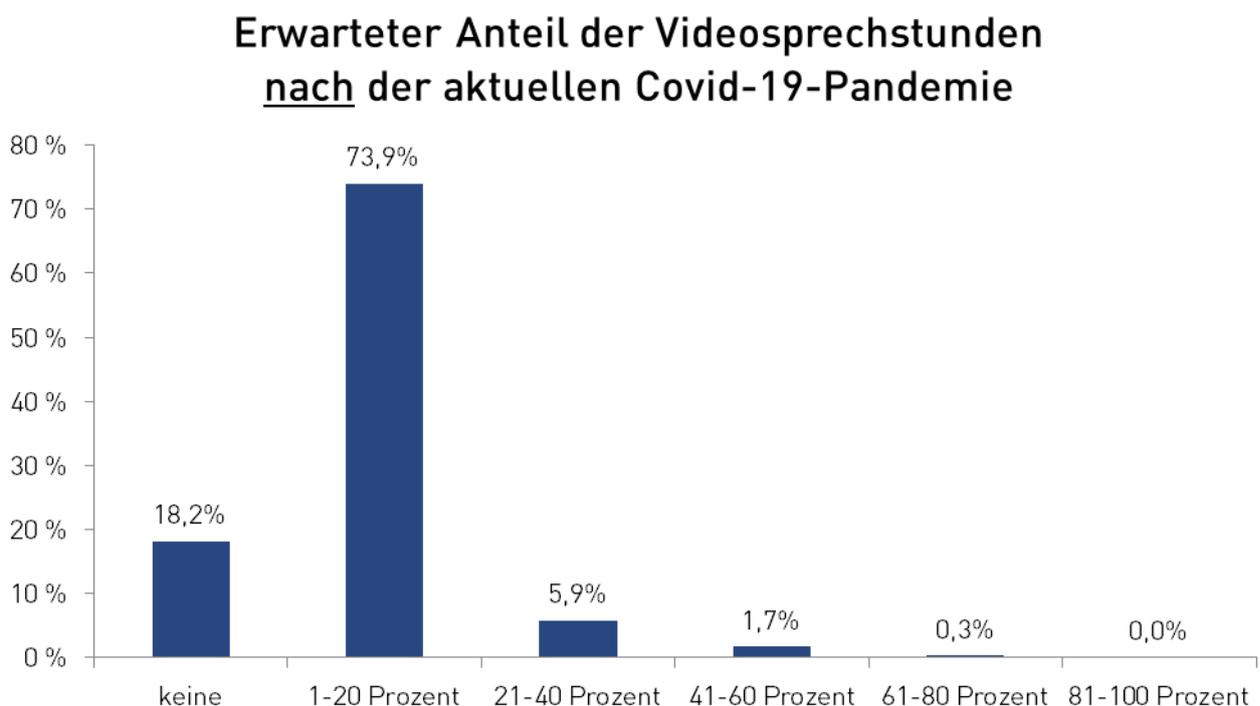


4.4.3 Erwarteter Anteil von Videosprechstunden NACH der Covid-19-Pandemie

Nach dem Ende der Covid-19-Pandemie erwarten die Ärzte zwar einen deutlichen Rückgang des Anteils der Videosprechstunden an ihren Patientenkontakten – allerdings auf ein Niveau, das deutlich über dem vor der Pandemie liegt.

Vor der Pandemie lag der Anteil der Ärzte, die keinerlei Videosprechstunden verzeichneten, bei 84,3 Prozent. Einen kompletten Rückgang auf null erwarten aber lediglich 18,2 Prozent. Anders formuliert: Vor der Pandemie nutzte nur einer von fünf Ärzten Videosprechstunden – nach der Pandemie werden es voraussichtlich vier von fünf Ärzten sein.

Abbildung 29: Erwarteter Anteil von Videosprechstunden nach der Covid-19-Pandemie (n = 990)



Den größten Zuwachs gibt es im Bereich 1-20 Prozent: Für die Zeit vor der Pandemie gaben nur 15,1 Prozent der Ärzte Nutzungsquoten in dieser Größenordnung an – nach dem Ende der Pandemie erwarten dies nun 73,9 Prozent. Dies ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass nach der Pandemie vermutlich wieder die derzeit ausgesetzte Regel gelten wird, dass Ärzte maximal 20 Prozent ihrer Patientenkontakte als ausschließliche Videosprechstunden zu Lasten der GKV abrechnen dürfen.

Auch im Bereich 21-40 Prozent zeigt sich ein deutlicher Zuwachs: 0,2 Prozent der Ärzte gaben die Nutzungsquote vor der Pandemie in diesem Bereich an, nach dem Ende der Pandemie erwarten dies 5,9 Prozent der Ärzte.

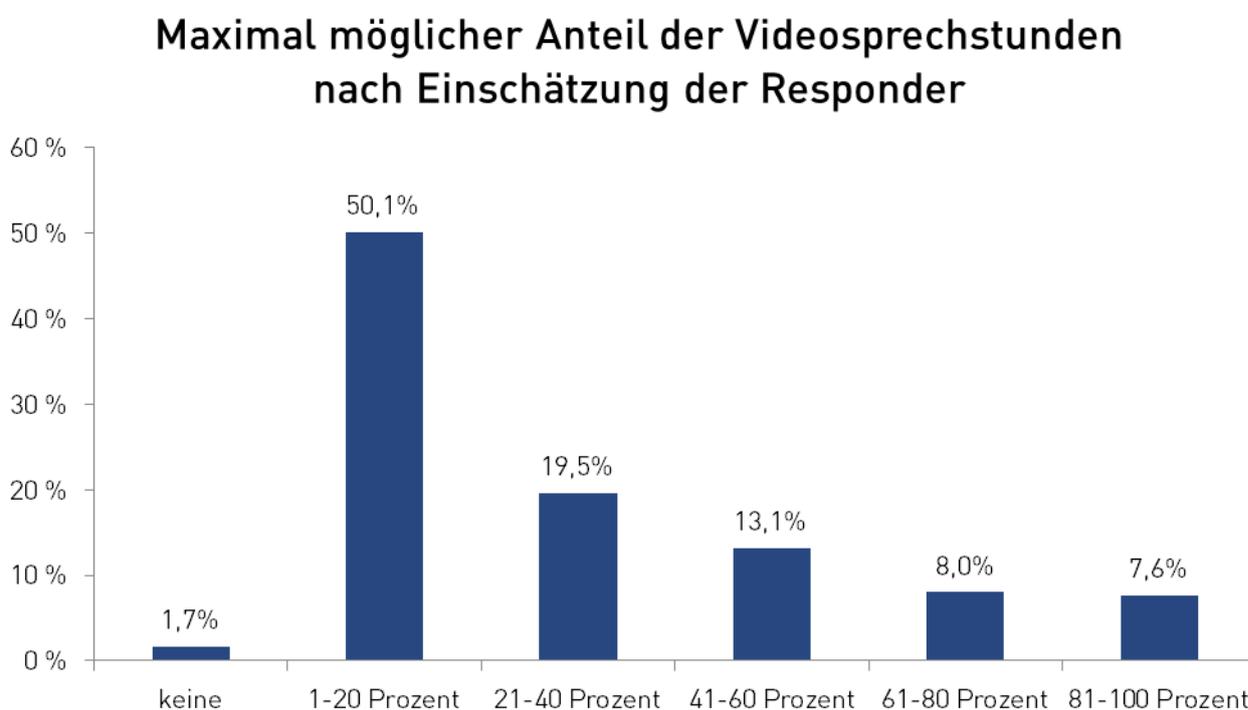
Nur kleine Zuwächse verzeichneten die Bereiche 41-60 Prozent (+1,6 Prozent) und 61-80 Prozent (+0,2 Prozent). Einen dauerhaften Anteil der Videosprechstunden zwischen 81 und 100 Prozent erwartet keiner der befragten Ärzte.

4.4.4 Maximal möglicher Anteil von Videosprechstunden aus Sicht der Ärzte

Gefragt nach dem aus ihrer Sicht maximal möglichen Anteil von Videosprechstunden an den Gesamt-Patientenkontakten gaben 50,1 Prozent der Ärzte einen maximal denkbaren Anteil zwischen einem und 20 Prozent an.

Höhere Bereiche wurden mit abnehmender Häufigkeit genannt: 19,5 Prozent der Ärzte sehen einen Anteil von 21-40 Prozent als realisierbar an. 13,1 Prozent der Ärzte schätzen die maximal mögliche Quote bei 41-60 Prozent ein. 8,0 Prozent der Ärzte halten einen Anteil von 61-80 Prozent für machbar, 7,6 Prozent der Ärzte sogar einen Anteil von 81-100 Prozent.

Abbildung 30: Einschätzung des maximal möglichen Anteils (n = 962)



Dies sind signifikante Anteile: Solche Ergebnisse sind ein Hinweis für verstärkte gesundheitspolitische und berufspolitische Auseinandersetzung mit dem Thema (siehe dazu Abschnitt 5 „Fazit und Ausblick“).

4.4.5 Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in einzelnen Ärztgruppen

Bei der Untersuchung der Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in einzelnen Ärztgruppen ist folgendes zu bemerken:

Differenzierung nach Geschlecht (vgl. Seite 57):

Auffällig ist, dass Frauen vor der Pandemie deutlich weniger Videosprechstunden anboten als Männer, sich dies aber während der Pandemie umkehrte und Frauen vor allem intensiver Videosprechstunden (d.h. bei einem höheren Anteil von Patienten) durchführen und auch zu einem kleineren Prozent gar keine Videosprechstunden anbieten (4,0 Prozent zu 7,8 Prozent). Dies ist zumindest zum Teil darauf zurückzuführen, dass gerade im psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich, der Videosprechstunden am stärksten nutzt, ein sehr hoher Anteil an Frauen vorliegt (70,3 Prozent sowohl in der Grundgesamtheit als auch bei den Respondern).

Differenzierung nach Fachgruppen (vgl. Seiten 58-61)

Während sich im Vergleich von Allgemeinmedizinerinnen / Praktischen Ärzten (vgl. Seite 58), nicht-operativen Fachärztinnen (vgl. Seite 59) und operativen Fachärztinnen (vgl. Seite 60) nur vergleichsweise geringe Unterschiede zeigen, sticht die Nutzung der Videokonsultationen durch die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen (vgl. Seite 61) deutlich hervor: Ausgehend von einer sehr geringen Nutzung vor der Pandemie ist die aktuelle Nutzung regelrecht explodiert – die Nutzung nach der Pandemie wird als allerdings wiederum eher moderat eingestuft. Gründe dafür ergeben sich aus den Freitext-Kommentaren, in denen viele Responder aus dieser Gruppe Videosprechstunden als Notbehelf sehen und sie nur bei recht begrenzten Indikationen als primäres Kommunikationsinstrument einsetzen (siehe dazu Abschnitt 4.7).

Ein direkter Vergleich der psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen mit den aggregierten drei anderen Fachgruppen findet sich im folgenden Abschnitt 4.4.6.

Differenzierung Tätigkeit in Praxis / MVZ (vgl. Seite 62)

Im Vergleich von Praxis zu MVZ zeigt sich, dass die Praxen vermehrt und intensiver Videosprechstunden in der Krise nutzen und auch einen höheren maximal möglichen Anteil von Videosprechstunden annehmen. Hier liegt erneut ein Bias durch die hohe Aktivität der psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen vor, die fast ausschließlich in Praxen arbeiten.

Differenzierung nach Altersgruppen (vgl. Seiten 63-65)

Die Differenzierung nach Altersgruppen zeigt nur geringe Unterschiede. Diese geringen Differenzen sind allerdings an sich beachtenswert, da sie darauf hinweisen, dass Alter mittlerweile nur noch einen geringen Einfluss auf die Durchdringung mit Internet-basierter Technologie hat.

4.4.6 Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden: Direkter Vergleich Psych. Tätige vs. andere Fachgruppen (aggregiert)

Die Einschätzungen der Ärzteguppen zum Anteil der Videosprechstunde an Arzt-Patienten-Kontakten vor, während und nach der Pandemie sowie die Einschätzung zum maximal möglichen Anteil sind im Anhang individuell dargestellt. Um einen direkten Vergleich der Einschätzungen zum Anteil von Videosprechstunden zu ermöglichen, wurde zusätzlich eine vereinfachte Darstellung gewählt.

Die beiden Abbildungen auf der folgenden Seite vergleichen die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen mit den verbleibenden Ärzteguppen (operative und nicht-operative Fachärzte sowie Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte). Letztere werden hier in einer einzigen Grafik aggregiert dargestellt, da die Einschätzungen nur geringfügig voneinander abweichen, wie sich beispielsweise auch bei der Auswirkung der Pandemie auf die Nutzung von Videosprechstunden zeigte (siehe Abschnitt 4.2.2).

Die Darstellungen stellen für die beiden Arztgruppen die Anteile von Videosprechstunden an den Arzt-Patientenkontakten auf Basis der Einschätzung der Befragten dar, und zwar jeweils vor, während und nach der Pandemie. Zusätzlich wurden die Ärzte um eine Einschätzung gebeten, welcher Anteil aus ihrer Sicht maximal möglich wäre.

Die Anteile von Videosprechstunden sind in diesem Fall in vier Kategorien vereinfacht dargestellt (kein Anteil / kleiner Anteil (1-20%) / hoher Anteil (21-60%) / sehr hoher Anteil (61-100%). Auch wenn diese Vereinfachung zu weiteren Ungenauigkeiten führt, bleibt zu berücksichtigen, dass es sich bei den Werten um Schätzungen der befragten Ärzte handelt, sodass ausschließlich grobe Trends abgelesen werden können.

Abbildung 31: Anteil von Videosprechstunden an den Patientenkontakten: Psych. Tätige (n=681)

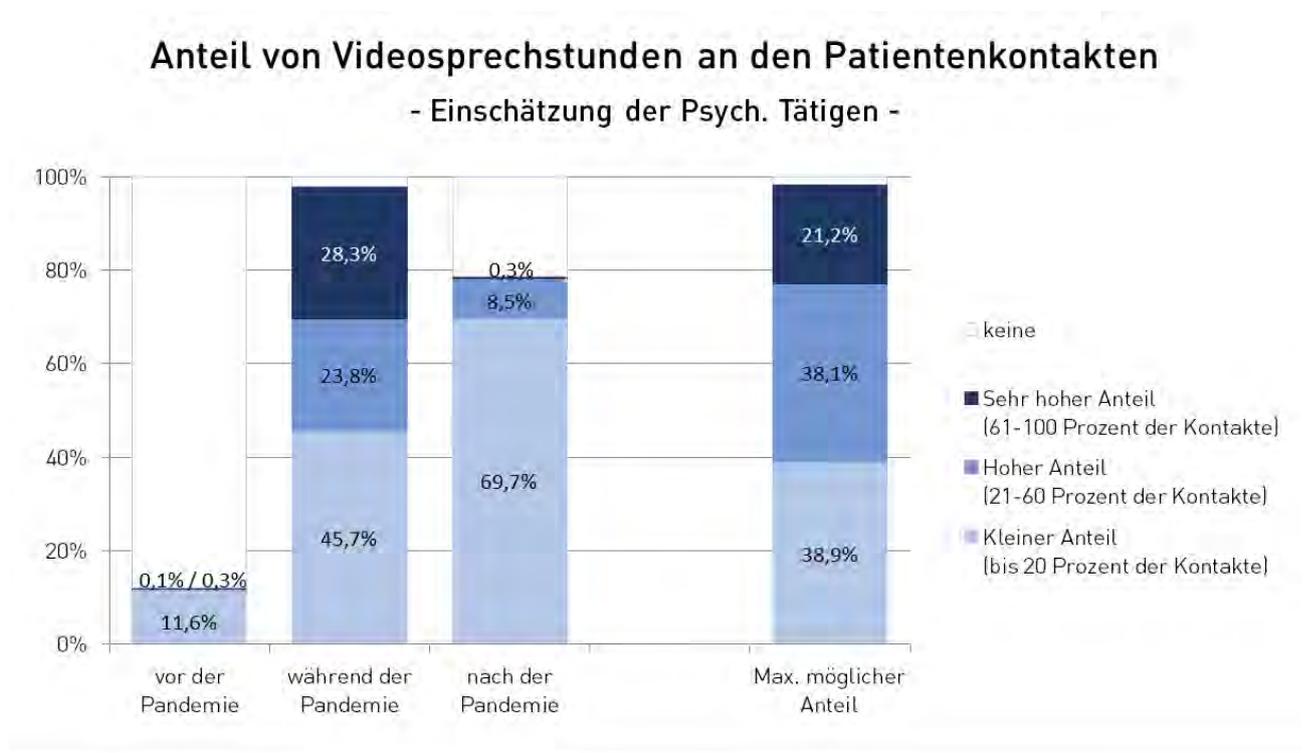
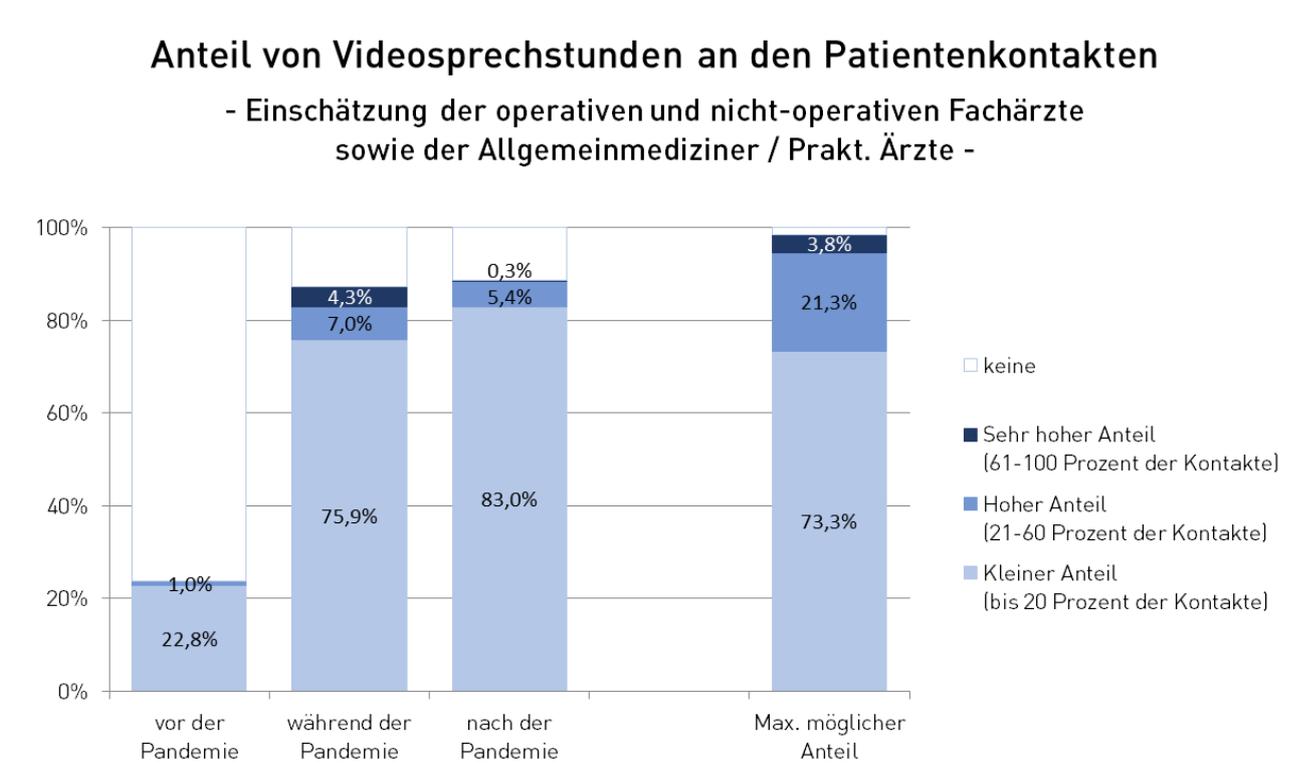


Abbildung 32: Anteil von Videosprechstunden an den Patientenkontakten: operative und nicht-operative Fachärzte sowie Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte aggregiert (n=312)



In beiden Arztgruppen zeigt sich, dass die Pandemie nachhaltige Effekte auf die Nutzung von Videosprechstunden haben wird. Über alle Fachgruppen hinweg ist der Anteil der Ärzte, die eine weitere Nutzung von Videosprechstunden erwarten, nach der Pandemie im Vergleich zu vorher stark gestiegen:

83,0 Prozent der Fachärzte und Allgemeinmediziner schätzen, dass sie Videosprechstunden für einen kleinen Anteil (bis zu 20 Prozent) ihrer Patientenkontakte auch nach der Pandemie nutzen werden. Vor der Pandemie waren dies nur 22,8 Prozent. 5,7 Prozent dieser Gruppe erwarten sogar einen hohen bis sehr hohen Anteil.

Bei den psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten schätzen 69,7 Prozent, dass sie Videosprechstunden für einen kleinen Anteil (bis zu 20 Prozent) ihrer Patientenkontakte nutzen werden. Vor der Pandemie waren es nur 11,6 Prozent. Der Anteil dieser Gruppe, der einen hohen bis sehr hohen Anteil erwartet, liegt sogar bei fast neun Prozent.

Beide Gruppen – die sprechende Medizin im Besonderen – sehen zudem ein größeres Potenzial für die Videosprechstunde: Ein Viertel der Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte sowie Fachärzte geben an, dass sie einen hohen bis sehr hohen Anteil von Videosprechstunden an ihren Patientenkontakten für möglich halten. Bei den psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten halten dies sogar fast 60 Prozent für möglich.

4.5 Genutzte Systeme

Die Ärzte nutzen in der Pandemie verstärkt Videosprechstunden. Im Rahmen dieser Befragung wurde auch nach dem hierfür genutzten System gefragt (siehe Abbildung auf der folgenden Seite). Neben einer Reihe von vorgegebenen Antworten gab es auch die Möglichkeit, per Freitexteingabe ein anderes genutztes System zu benennen.

Grundsätzlich gilt, dass der Arzt oder Psychotherapeut einen zertifizierten Videodienstanbieter auswählt und Praxis und Patient benötigen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung. Eine zusätzliche lokal installierte Software ist nicht erforderlich. Die technischen Anforderungen (Sicherheit, Datenschutz) für die Praxis und den Videodienst sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt. Aktuell (April 2020) sind 27 Videodienstanbieter zertifiziert.

Zu beachten ist auch, dass diverse Anbieter aufgrund der Pandemie eine kostenlose Nutzung befristet bis zum Sommer 2020 ermöglichen.

Spitzenreiter mit deutlichem Abstand zu den weiteren Rängen ist **Red Medical**: 43,5 Prozent der Ärzte gaben an, dieses System für ihre Videosprechstunden zu nutzen. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Red Medical seine Videosprechstunden-Software dauerhaft kostenfrei anbietet.

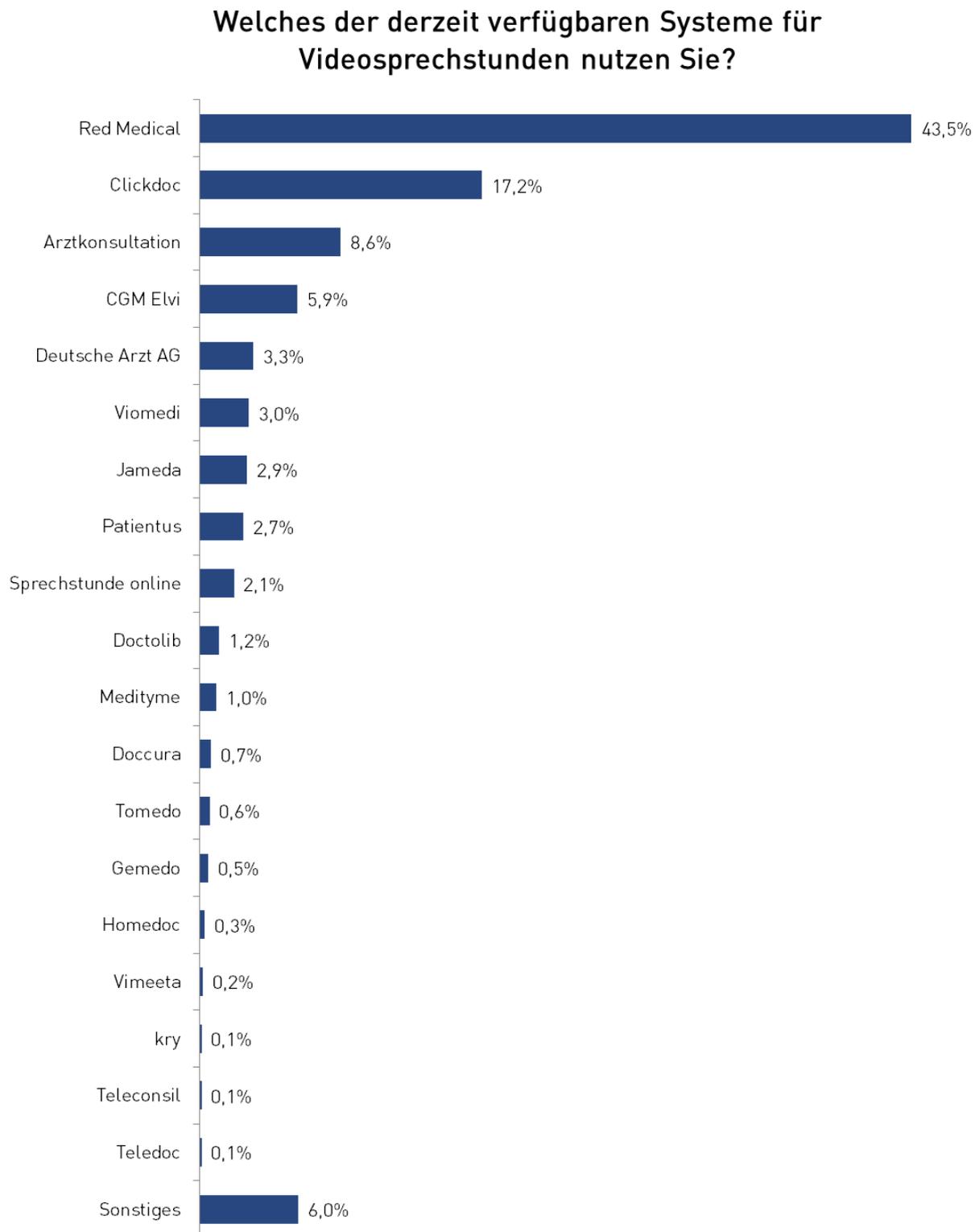
Auf Platz 2 liegt **Clickdoc (CGM)**, das von 17,2 Prozent der Ärzte genutzt wird.

Auf Rang 3 und 4 liegen **Arztkonsultation** mit 8,6 Prozent sowie **CGM Elvi** mit 5,9 Prozent.

Alle weiteren genannten Systeme werden von weniger als 4 Prozent der Ärzte genutzt.

Diese Momentaufnahme kann jedoch nicht die starke Dynamik im Markt abbilden: So ist beispielsweise Doctolib, der größte Anbieter von Videosprechstunden in Frankreich, erst seit Anfang April in Deutschland als Videoanbieter für Ärzte in Deutschland verfügbar.

Abbildung 33: Genutzte Systeme für Videosprechstunden (n = 1.010)



4.6 Gründe für die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden

Diejenigen Ärzte, die in der Befragung angegeben hatten, keine Videosprechstunden zu nutzen (siehe Kapitel 4.1), wurden nach ihren Gründen befragt. Bei der Beantwortung waren Mehrfachantworten zulässig.

Abbildung 34: Gründe für die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden (n = 788, Mehrfachantworten möglich)



Der häufigste genannte Grund ist die Überzeugung, dass Videosprechstunden keine gute Form der Arzt-Patient-Interaktion darstellen (43,5 Prozent der Nicht-Nutzer).

Auf Platz 2 rangiert das Argument, der organisatorische und rechtliche Aufwand sei zu hoch. Knapp ein Viertel (24,0 Prozent) der Nicht-Nutzer gab dies als Grund an.

21,3 Prozent der Nicht-Nutzer bieten keine Videosprechstunden an, weil sie sich noch nicht mit der Technik auseinandergesetzt haben.

Unter den weiteren Argumenten für die Nicht-Nutzung sticht heraus, dass lediglich 11,0 Prozent der Nicht-Nutzer Bedenken hinsichtlich der Vertraulichkeit und des Datenschutzes anführten. Gerechnet auf alle Ärzte, die die Frage nach der Nutzung von Videosprechstunden beantwortet hatten, entspricht dies einem Anteil von lediglich 4,1 Prozent. Ende 2017 war der Datenschutz noch die zweithäufigste Sorge der Ärzte angesichts der zunehmenden Digitalisierung des Arztberufs (53,3 Prozent)¹⁰.

¹⁰ vgl. Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017“, http://www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2017.pdf

4.7 Eine engagierte Diskussion: Analyse der Freitexte

Wie eingangs erwähnt hat knapp die Hälfte der Responder (44 Prozent) die Möglichkeit zu einem Freitext-Kommentar genutzt. Dies liegt erheblich über den bisherigen Rückmeldungen in der Studienreihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“ der Stiftung Gesundheit und reflektiert offenkundig die Intensität, mit der sich die Ärzteschaft mit dem Thema Videosprechstunde auseinandersetzt.

Von den 980 Freitext-Antworten war der weit überwiegende Teil differenziert, nachdenklich und berichtete von konkreten Erfahrungen in der Nutzung. Nachfolgend erfolgt eine Auswahl von Kommentaren zu den am häufigsten angesprochenen Themen (ausschließlich die Rechtschreibung wurde dabei korrigiert).

Die Frage der angemessenen Vergütung wurde häufig angesprochen. Obwohl die Mehrzahl dieser Kommentare die Höhe der Vergütung als unzureichend ansah oder möglicherweise über deren Höhe nicht vollständig im Bilde war, kam es insgesamt zu einer zumeist balancierten Einschätzung:

„Als angestellte Ärztin eines MVZ kann ich derzeit meinen Arbeitgeber nicht überzeugen finanziell eine Videosprechstunde zu implementieren.“

„[...] sobald es bei mir technisch möglich ist und auch vergütet wird, kann ich mir zumindest vorstellen, einen Teil meiner Sprechstunden per Video zu machen.“

„Bessere Bezahlung erforderlich.“

„Der Aufwand ist zeitlich und geldlich nicht lohnend.“

Nachvollziehbar wiesen die operativen Fächer auf die in ihrem Bereich eher begrenzte Nutzbarkeit von Videosprechstunden hin. Jedoch wurde auch hier deutlich, dass diese ein sinnvolles zusätzliches Instrument in der Patientenbetreuung (z.B. in der Nachsorge) sein können:

„Eher geringer Mehrwert der Videosprechstunden für eine plastische Abteilung. Nutzung etwa 2-5%.“

„Hemmschwelle bei den älteren Leuten ist noch hoch, selbst wenn sie Internet nutzen. Beim Urologen nicht so gut umsetzbar, ich bin aber trotzdem ein Verfechter diese Methode.“

„Drei meiner Partner nutzen die Videosprechstunde bereits. Insbesondere zur postoperativen Nachsorge und der Befundbesprechung z.B extern angefertigter MRTs ist die Videosprechstunde in deren Setting hilfreich. (Wir sind eine orthopädische Großpraxis mit 10 Partnern und etlichen angestellten Ärzten).“

Verschiedentlich wurden unzureichende Internet-Anbindungen kritisiert, vor allem im ländlichen Raum:

„Ältere Klientel ist unterdigitalisiert. Hier im ländlichen Raum Cuxhaven gibt es Internet-Versorgungslecks.“

„Die Internet Verbindungen sind oft nicht ausreichend. Der Ton ist schlecht, verzögert. Das schränkt die Arbeit sehr ein.“

„Mecklenburg-Vorpommern hat kein brauchbares Internet, keine Netzabdeckung, meist nur E, keine vernünftige Geschwindigkeit, teuer zu Volumentakung.“

Vielfach waren Ärzte sehr positiv überrascht und konnten häufig spezifische Indikationen für die Videosprechstunden identifizieren:

„Besser, als ich dachte!“

„Besonders ängstliche Patienten profitieren von der Videosprechstunde und ältere Menschen.“

„Danke, dass eine solche Kommunikation möglich gemacht wurde. Es ist für viele alte Menschen ein Trost, den Hausarzt zu sehen.“

„Die Videosprechstunde ist eine gute Ergänzung zum persönlichen Kontakt.“

„Die Videosprechstunde ist gerade für Risikopatienten sehr hilfreich.“

„Geht besser als gedacht! Da wir viele überregionale Paargespräche haben, ist das aus der aktuellen Erfahrung heraus eine doch sehr nützliche Alternative.“

In mehreren Kommentaren äußerten die Responder Dankbarkeit für die rasche Bereitstellung / Abrechnungsmöglichkeit der Videosprechstunde:

„Die Patienten und ich sind dankbar und erleichtert, dass die Nutzung von Videosprechstunden relativ bürokratiearm möglich wurde.“

*„Es ist gut, dass es das gibt. Bei mir wollen die Patient*innen lieber anwesend sein - aber in Zukunft bei versch. Situationen können wir auf Video ausweichen (jemand hat das Bein gebrochen, kann nicht kommen oder ähnliches) - da ist es geschickt und gut.“*

„Ich bin über die Effektivität der Videochats überrascht. Auch die Patienten geben sehr positive Rückmeldung. Gerade auch ältere oder körperlich Erkrankte erleben eine deutliche Erleichterung. Ich habe vorher auch Hausbesuche gemacht, sehe aber in der Videosprechstunde eine neue Alternative.“

„Zurzeit bin ich sehr dankbar über diese Möglichkeit, mit Patienten in Kontakt zu bleiben.“

„Meine Patienten sind sehr dankbar für dieses Angebot während der Covid-19-Pandemie. Fast alle erleben die psychotherapeutischen Sprechstunden viel positiver als sie erwartet haben. Als Therapeutin bin ich überrascht wieviel möglich ist in diesem Setting. Auch die therapeutische Beziehung lässt sich deutlich besser gestalten, als ich je erwartet habe.“

Allerdings gab es auch deutliche Hinweise auf die Grenzen der Videosprechstunde sowie grundlegende Reflektion zu dieser Form der Arzt-Patienten-Interaktion:

„Das geschützte ärztliche-therapeutische Umfeld, wie die körperliche Untersuchung sind nicht digitalisierbar.“

„Der Mensch ist krank und nicht irgendein Videobild.“

„Eigentlich sollen wir Menschen behandeln, das heißt auch anfassen mit den Händen, nicht nur über Monitor schlaue lauwarme Wortspiele veranstalten!!!!!!! Einen Pat. muss man fühlen, riechen, sehen von allen Seiten, wie er geht, wie er sitzt, wie er drauf ist.... Von mir aus können die Parlamentarier das tun, aber Arzt sein heißt am Patienten sein!!!!“

In der Kinder-und Jugendmedizin waren die Ansichten gemischt:

„Für jüngere Patienten ein Weg, für ältere gar nicht.“

„Für Kinder nicht brauchbar.“

Im psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich wurde die Videosprechstunden ebenfalls kontrovers diskutiert:

„Die Möglichkeit von Videosprechstunden für Psychotherapie ist sehr entlastend für viele KlientInnen.“

„Es ist erstaunlich, wie viel wirksames psychotherapeutisches Handeln auch bei diesem Setting möglich ist. Teilweise ist vermutlich der Wechsel des Settings schon ein Facilitator für den Therapieprozess. Die Pat. sind präsenter, nehmen mehr mit (schreiben zum Teil mit, was sie in den Livegesprächen nicht tun). Die beste Voraussetzung ist natürlich ein vorheriger Einstieg mit Vor-Ort-Gesprächen. Aber für bestimmte Problematiken müsste das auch nicht unbedingt nötig sein.“

„Die Nutzung von Video Sprechstunden kann nur in Ausnahmefällen eine psychotherapeutische Behandlung ersetzen.“

„Komplex Traumatisierte werden durch Video getriggert. Viele Pat. war es wichtig, direkt in die Praxis noch kommen zu dürfen (mit entsprechend Abstand...) Video-Supervisionen habe ich sehr viele derzeit durch Corona, da ich nicht in die Schweiz und nach Österreich zu meinen Supervisionsgruppen einreisen darf.“

Und die Abgrenzung Telefon / Video wurde ebenfalls thematisiert:

„Das meiste lässt sich telefonisch schneller erledigen. Viele Patienten haben nicht die technischen Möglichkeiten oder das know how (Ältere, Demente usw).“

Und schließlich gab es auch für die Zukunft gemischte Ansichten:

„Die Videonutzung möge nach dem Spuk enden.“

„Beschleuniger für Zukunftsprogramm.“

„Es gibt Sphären der Gesellschaft, die nicht digital zu ersetzen sind. Punkt.“

„Videosprechstunde ist Unsinn, ersetzt niemals den direkten Arzt/Patientenkontakt und wird sich nicht durchsetzen.“

„Die personalisierte Gesundheitsberatung (ein gesundes langes Leben) wird besonders bei berufstätigen gesundheitsbewussten Menschen zunehmen, die primäre personalisierte Prävention wird eine große Zukunft haben.“

„Wehret den Anfängen.“

„Ein wichtiger Entwicklungsschritt für Arzt/Therapeut und Patient.“

5 Fazit und Ausblick

Die Arzt-Patienten-Interaktion ist besonders: Im besten Fall verbinden sich physische Nähe, Vertrauen und Vertraulichkeit mit einer hohen Fachkompetenz. Dafür gab es in der Geschichte der Medizin lange Zeit nur die Möglichkeit der direkten Kommunikation. Der gelegentliche Brief oder die Nutzung von Dritten (z.B. Angehörigen) blieb die Ausnahme, die telefonische Beratung ist über den Status einer ergänzenden Betreuung zumindest in Deutschland bisher nicht hinausgekommen.

Das Internet hat wie in vielen Bereichen unseres Lebens auch hier fundamentale Parameter geändert. Während es initial im medizinischen Bereich nur zur Übermittlung von Bildern zur Befundung diente (z.B. in der Dermatologie, Pathologie oder Radiologie), besteht seit etwa 15 Jahren die technische Möglichkeit einer direkten virtuellen Verbindung zwischen Arzt und Patient. Da die Medizin jedoch eher konservativ und verständlicherweise vorsichtig beim Einsatz neuer Technologien ist, wurde es erst im April 2017 überhaupt möglich, ein Arzt-Patient-Gespräch via Videokonsultation in der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen. 2019 verständigten sich die Selbstverwaltungspartner dann auf eine deutliche Ausweitung der Indikationen zur Videokonsultation, eine bessere Vergütung und spezielle Förderprogramme.

Die vorliegende Studie untersucht erstmalig systematisch die Auswirkungen der in Folge der Covid-19-Pandemie notwendigen Infektionsschutzmaßnahmen auf die ärztliche Praxis mittels Videosprechstunde. Die sehr gute Antwortquote von 8,6 Prozent (im Vergleich zu durchschnittlich 2-4 Prozent nicht-incentivierter Antwortrate in den bisherigen Studien der Reihe „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit“) zeigt, wie stark das Thema die Ärzteschaft beschäftigt. Ein weiterer Faktor für die hohe Antwortrate könnte darin bestehen, dass die aktuelle Situation dazu führt, dass Patienten teilweise weniger häufig ihre Ärzte aufsuchen und sich dadurch stellenweise eine andere Arbeitsbelastung ergibt.

Auch die 980 Freitext-Kommentare der Responder – auch hier ein deutlich höherer Prozentsatz als üblich – zeigen, dass das Thema Videosprechstunden die Ärzte intensiv beschäftigt. Neben kritischen Anmerkungen zur Abrechenbarkeit und Vergütungsstruktur gab es viel positives Feedback („funktioniert besser als erwartet“), konstruktive Beiträge und auch Hinweise, wo die Videosprechstunde verstärkt genutzt werden könnte (wie beispielsweise in der Suizid-Prävention, der postoperativen Nachsorge und der Befundbesprechung) oder wo sie (noch) an Grenzen stößt, wie beispielsweise bei psychotherapeutischen Gruppensitzungen oder in Situationen, wo eine Filmaufnahme ein traumatisches Erlebnis „triggern“ könne.

Akzeptanz und Anwendung der Videosprechstunde waren sowohl bei Ärzten wie auch Patienten bislang sehr begrenzt: Noch 2017 sprach sich mehr als die Hälfte der Responder in einer Befragung explizit gegen Videosprechstunden aus. Und bis Anfang 2020 nutzten nur vereinzelt Ärzte diese Kommunikationsform: Weniger als sechs Prozent der Ärzte, die heute Videosprechstunden anbieten, taten dies auch schon in den vergangenen Jahren.

Die Covid-19-Pandemie hat dies radikal geändert und eine Initialzündung für die Nutzung von Videosprechstunden bewirkt. So stieg nach Angaben der KBV die Anzahl der Arztpraxen,

die Videosprechstunden anbieten, von 1.700 im Februar 2020 auf ca. 25.000 im April¹¹. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass über die Hälfte der Befragten jetzt Videosprechstunden nutzt und weitere gut zehn Prozent dies in Kürze vorhaben.

Dabei ist der Einsatz von Videosprechstunden weniger ein Aspekt der Technik als vielmehr der Kommunikation. Die Einführung mag vielerorts mit initialen Schwierigkeiten verbunden gewesen sein. Die Differenzen in der Nutzung von Videosprechstunden erklären sich jedoch eher durch unterschiedliche Gewichtung der Kommunikation in den verschiedenen Ärztegruppen als durch technische Aspekte. Dies zeigt sich vor allem an der starken Nutzung durch die psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen, deren Arbeitsalltag maßgeblich von der Kommunikation mit ihren Patienten lebt: Mehr als 80 Prozent von ihnen arbeiten mit Videosprechstunden, bei den anderen Arztgruppen liegt der Wert im Bereich von einem knappen Viertel bis zu einem guten Drittel. Im Vergleich zur Grundgesamtheit haben zudem überdurchschnittlich viele der psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen an der Studie teilgenommen, was auf ein besonders großes Interesse dieser Gruppe an der Thematik hinweist.

Der Anteil der Responder, die Videosprechstunden ablehnen, ist deutlich zurückgegangen. Im Vergleich mit der Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017“ haben die (zwangsweise) erlebten praktischen Erfahrungen durch Covid-19 hier sicherlich einen wesentlichen Beitrag zur Akzeptanz geleistet.

Auch die Diskussion über digitale Kommunikation als Ergänzung zur klassischen Arzt-Patienten-Interaktion ist inhaltstragend und differenzierter geworden, wie die Freitext-Anmerkungen der Responder zeigen: Wurden in der Vergangenheit manche der Diskussionen über jegliche „Telemedizin“ noch überaus vehement bis wütend geführt und mitunter totalitär anmutende Thesen formuliert, die klangen, als ginge es um die Frage, ob Ärzte künftig z.B. ausschließlich oder gar nicht digital tätig werden dürften, so hat sich dies deutlich gewandelt. Diese Entwicklung ist wertvoll, denn sie ermöglicht eine sachliche und zielführende Diskussion über den Grad und die Modi der Nutzung neuer Optionen neben dem Bestehenden.

Bei allen negativen Auswirkungen des Corona-Virus auf unsere Gesellschaft lässt sich hier also auch ein positiver Aspekt der Pandemie finden: die de facto erfolgte Etablierung der Videosprechstunden in der Arztpraxis. Es hat sich generell gezeigt, dass Menschen in der Krise nicht vereinzeln wollen, sondern verstärkt technische Hilfsmittel nutzen, die die zwischenmenschliche Interaktion unterstützen. Zahlreiche Ärzte haben Videosprechstunden zwar aus der Not heraus eingeführt, erkennen mittlerweile aber das Potenzial dieses Instruments. Dies lässt sich auch aus zahlreichen Freitext-Kommentaren ablesen, die die Überlegenheit gegenüber dem einfachen Telefongespräch betonen.

Bemerkenswert ist zudem, dass offenbar vermehrt die Patienten als Treiber der Entwicklung auftreten: Bei fast einem Drittel der Ärzte, die jetzt Videosprechstunden anbieten, wurde diese neue Form der Interaktion von Seiten der Patienten aktiv nachgefragt. Möglicherweise ist dies Ausdruck der zunehmend aktiveren Rolle der Patienten im Kontext der Digitalisierung der Medizin.

¹¹ MDR Aktuell: Telemedizin – Die Sprechstunde der Zukunft? 30.04.2020.

<https://www.mdr.de/nachrichten/ratgeber/gesundheit/anstieg-nutzung-telemedizin-chancen-und-huerden-100.html>

Wie auch in anderen Bereichen, die hierzulande bislang wenig von virtueller Kommunikation durchdrungen waren (z.B. Unterricht in Schulen), hat die Covid-19-Pandemie also auch zu einem erheblichen Entwicklungsschub bei neuen Arbeitsformen in der ärztlichen Versorgung geführt. Dazu beigetragen hat sicherlich auch die Tatsache, dass seitens der Selbstverwaltung in den letzten Jahren, zuletzt im Oktober 2019, alle wesentlichen strukturellen Voraussetzungen geschaffen wurden, damit die Ärzte das Verfahren schnell einführen konnten. Zudem erfolgte für die erwartete Zeit notwendiger persönlicher Kontaktbeschränkungen die Aufhebung der Begrenzungen bei der Abrechenbarkeit

Im Sinne eines Ausblicks zeigt sich, dass die Videosprechstunde durch alle Altersstufen und Fachgebiete nicht nur als Kommunikationsform in der Krisensituation gesehen sondern sich auch nachhaltig etablieren und den Mix der Arzt-Patienten-Kommunikation ergänzen wird: Während bislang nur rund 15 Prozent der Ärzte zwischen einem und 20 Prozent ihrer Patientenkontakte per Videosprechstunde abgewickelt hatten, erwarten rund 73 Prozent einen solchen Anteil nach der Pandemie. Teilweise werden sogar höhere Quoten erwartet, auch wenn die Responder in ihrer Erwartungshaltung durchaus moderat bleiben: Selbst in der sprechenden Medizin (Psychotherapie und Psychiatrie) erwartet nur ein Fünftel der Responder, dass 60 Prozent und mehr der Patientenversorgung in Form der Videosprechstunde stattfinden könnte. Und niemand erwartet eine nahezu vollständige Substitution.

Vermutlich wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung künftig zu einer hybriden, multioptionalen Form hin entwickeln, die sowohl eine unkomplizierte und schnelle Interaktion über verschiedene Kanäle bietet als auch eine sehr vertrauliche Form der Interaktion vor Ort in der Praxis bei bestimmten Diagnosen und/oder Situationen.

6 Handlungsempfehlungen

Unterstützung bei der Einrichtung

Befragt man Nicht-Nutzer, warum sie keine Video-Sprechstunden anbieten, rangiert direkt nach dem Spitzen-Argument der unzureichenden Form der Arzt-Patient-Interaktion der Grund, der organisatorische und rechtliche Aufwand sei zu hoch: Knapp ein Viertel der Nicht-Nutzer gab dies als Grund an. Jeder fünfte Nicht-Nutzer bietet zudem keine Video-Sprechstunden an, weil er sich noch nicht mit der Technik auseinandergesetzt hat.

Hier wäre wünschenswert, dass Hersteller und/oder die Selbstverwaltung auf diejenigen Ärzte gezielt eingehen, die technische Probleme bzw. organisatorischen Hürden bei der Einführung sehen. Denkbar wären beispielsweise Schulungs- und Weiterbildungsprogramme, Einrichtungshilfe in der Praxis sowie direkter Support bei den ersten Sitzungen.

Anpassen der Begrenzung

Nach der Pandemie wird vermutlich wieder die Regel in Kraft treten, dass Ärzte maximal 20 Prozent ihrer Patientenkontakte per Videosprechstunde zu Lasten der GKV abrechnen dürfen. Hier wäre es ein wichtiges Signal seitens der Selbstverwaltung, diese Begrenzung entweder aufzuheben oder sie zumindest deutlich zu erhöhen, um den in der jeweiligen Praxis sinnvoll möglichen Anteil von Videosprechstunden auch im Normalbetrieb nicht unnötig stark zu limitieren. Hilfsweise sollte zumindest über eine deutlich längere Phase ohne Begrenzung nachgedacht werden. So könnte das Verfahren breiter erprobt und in Folge innerhalb der Selbstverwaltung dann sehr viel qualifizierter über die Festlegung etwaiger Grenzen diskutiert werden.

Dabei sollte Beachtung finden, dass die gültigen Normen der Ärzteschaft einen erheblichen Entscheidungs- und Verantwortungsrahmen im Kern der Berufsausübung gewähren. Man könnte der Ärzteschaft also auch zutrauen, über das für die jeweilige Behandlungssituation geeignete Kommunikationsmittel selbst zu entscheiden.

Leistungsgerechte Vergütung

Gefragt nach dem aus ihrer Sicht maximal möglichen Anteil von Videosprechstunden an den Gesamt-Patientenkontakten gaben 50,1 Prozent der Ärzte einen maximal denkbaren Anteil zwischen einem und 20 Prozent an. 19,5 Prozent gaben einen Anteil von 21-40 Prozent als Quote an, 13,1 Prozent einen Anteil von 41-60 Prozent, 8,0 Prozent halten 61-80 Prozent für machbar und immerhin 7,6 Prozent der Ärzte glauben sogar einen Anteil von 81-100 Prozent mit dieser Kommunikationsform abdecken zu können.

Vergleicht man diese Zahlen mit den erwarteten Zahlen nach der Pandemie, so zeigen sich erhebliche Differenzen: 73,9 Prozent der Responder erwarten einen Anteil von 0-20 Prozent und 5,9 Prozent einen Anteil von 21-40 Prozent. Höhere Quoten werden insgesamt nur von 2 Prozent erwartet. Hier stellt sich die Frage nach dem Grund für die Differenz zwischen Erwartung und dem, was aus Sicht der Ärzte möglich wäre. Dies kann allerdings nur durch vertiefte qualitative Interviews und eine genaue Analyse der politischen Ökonomie der ambulanten Versorgung und ihrer Vergütung aufgearbeitet werden.

Die Kommentare im Freitextfeld deuten jedoch an, dass die aktuelle Vergütung vielfach als unzureichend angesehen wird und dass viele Ärzte den Eindruck haben, ihr Aufwand für eine Videosprechstunde sei damit nicht ausreichend abgebildet. Möglicherweise besteht aber teilweise noch Unklarheit über die erzielbare Vergütung und daher entsprechender Informationsbedarf. Ob eventuell eine Anpassung der Vergütung erfolgen muss, ließe sich qualifizierter vor dem Hintergrund von mehr Erfahrungen mit dem Verfahren entscheiden.

7 Anhang

Auf den folgenden Seiten finden Sie die detaillierten Grafiken zur Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden an den Patientenkontakten in verschiedenen Gruppen der Responder. Die Kernaussagen sind in Abschnitt 4.4.5 dargestellt.

Abbildung 35: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei männlichen und weiblichen Ärzten (n = 962 bis 1.022)

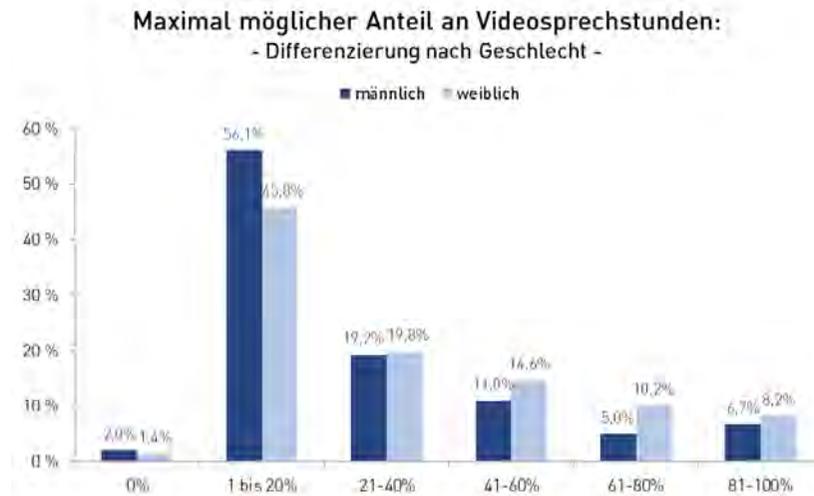
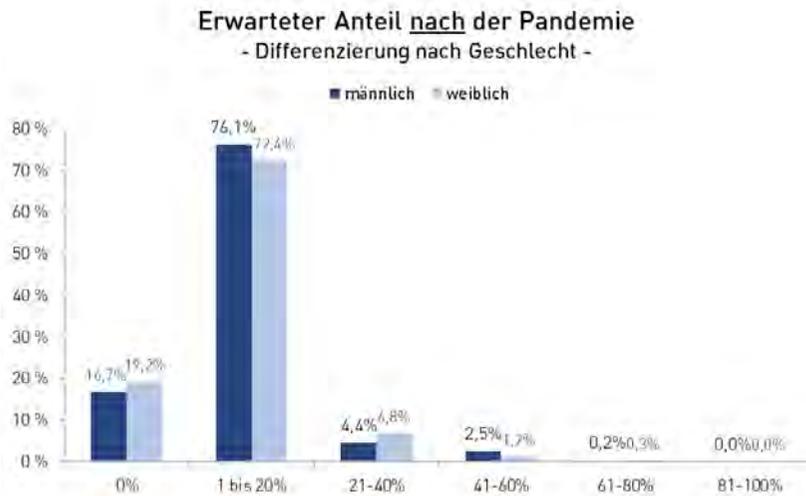
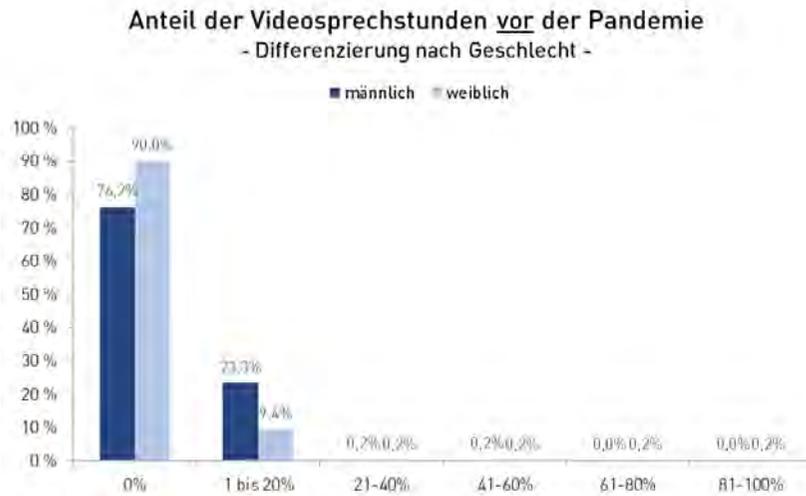


Abbildung 36: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei Allgemeinmedizinern / Praktischen Ärzten (n = 102 bis 107)

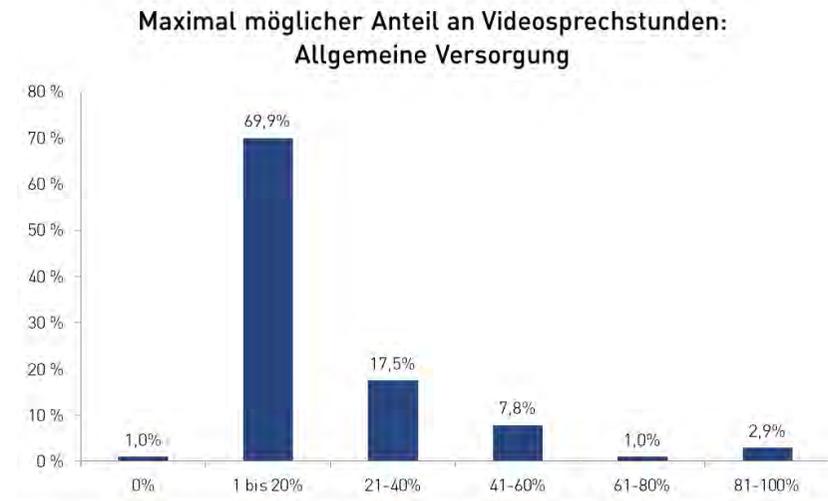
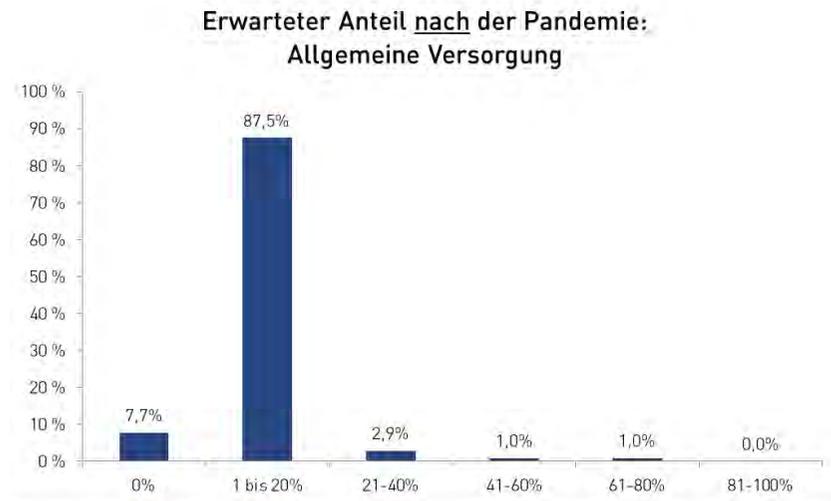


Abbildung 37: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei nicht operativ tätigen Fachärzten (n = 118 bis 126)

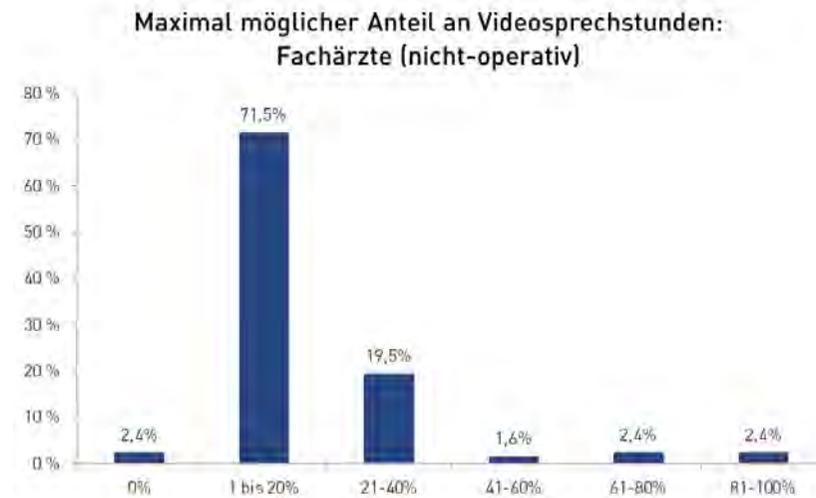
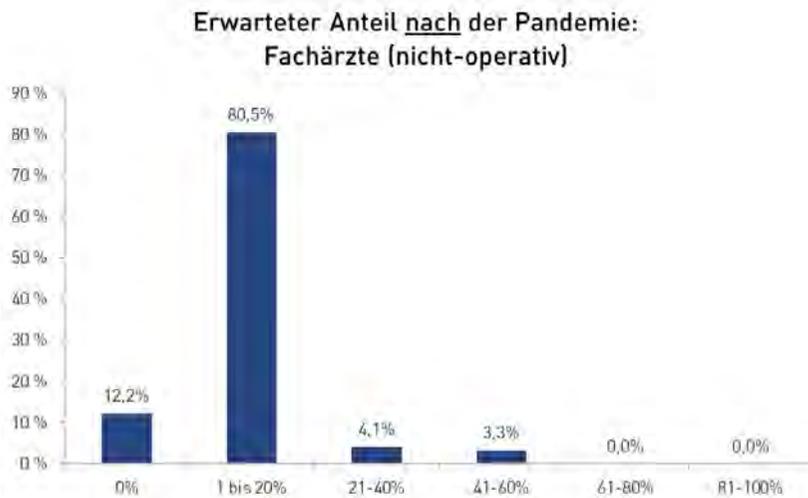
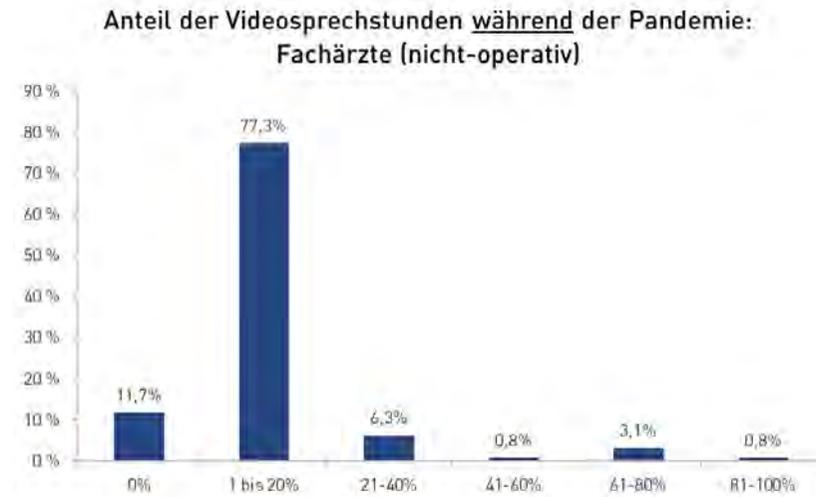
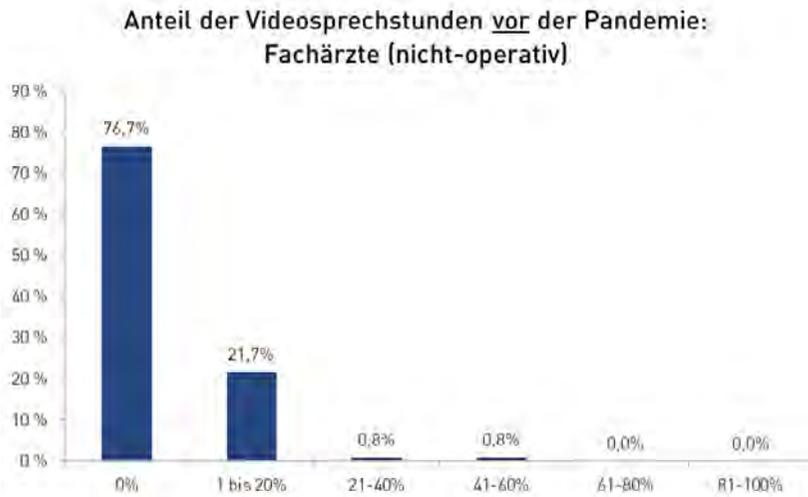


Abbildung 38: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei operativ tätigen Fachärzten (n = 89 bis 93)

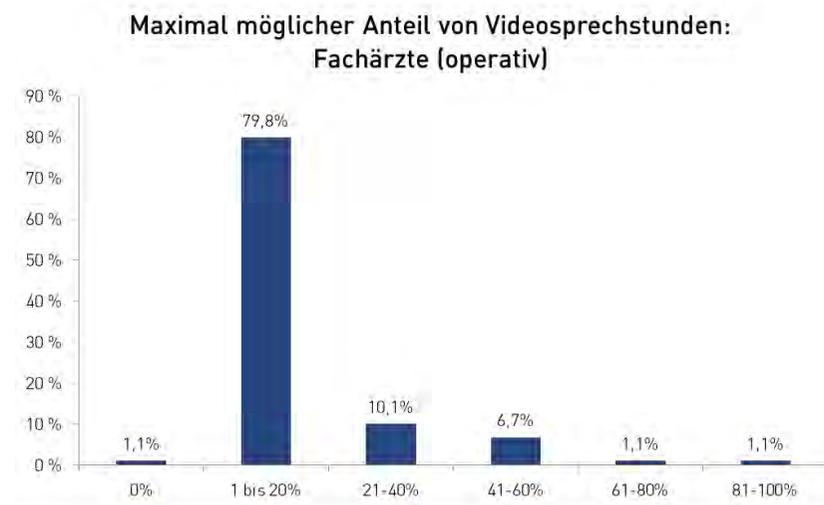
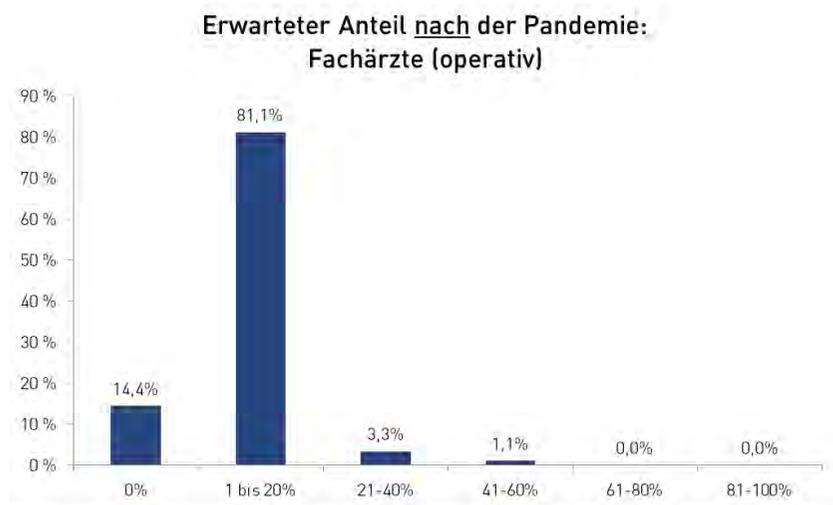


Abbildung 39: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei psychologisch-psychotherapeutisch-psychiatrisch Tätigen einschließlich Psychologischen Psychotherapeuten (n = 645 bis 692)

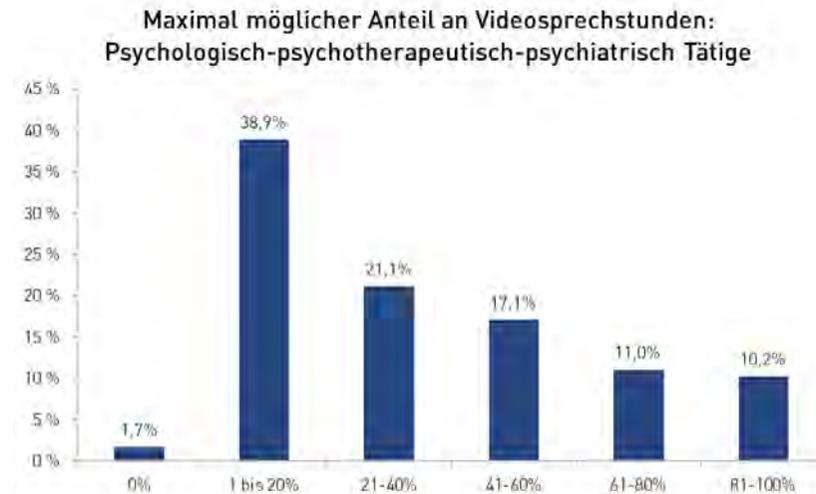
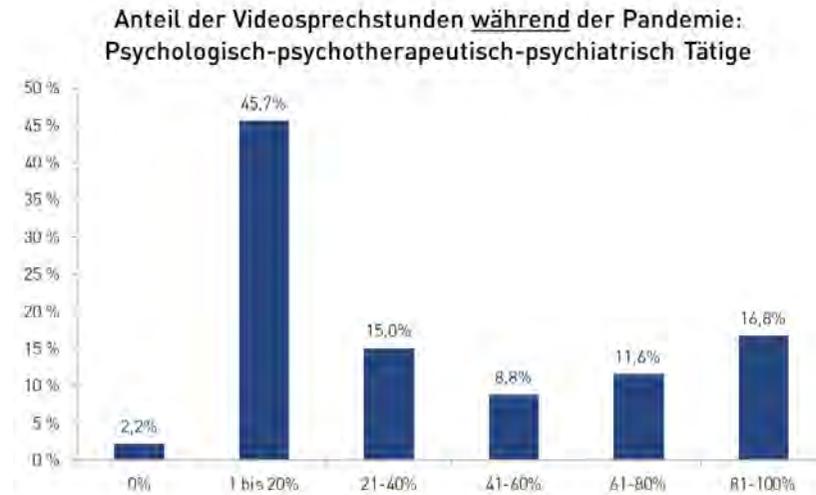
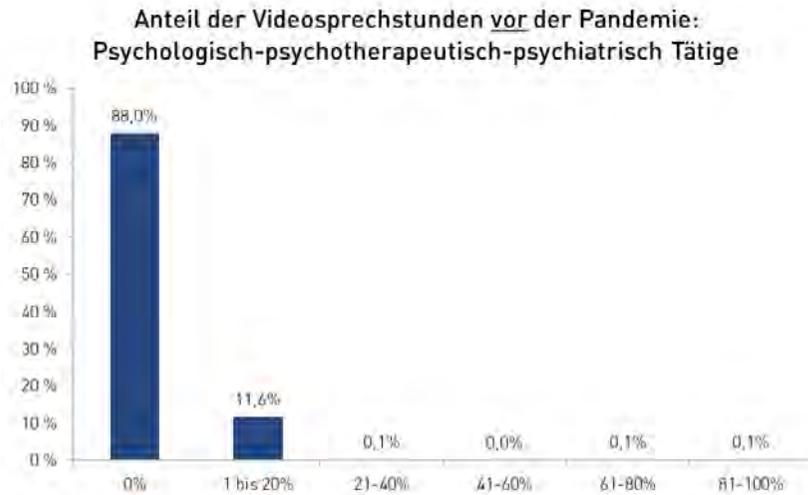
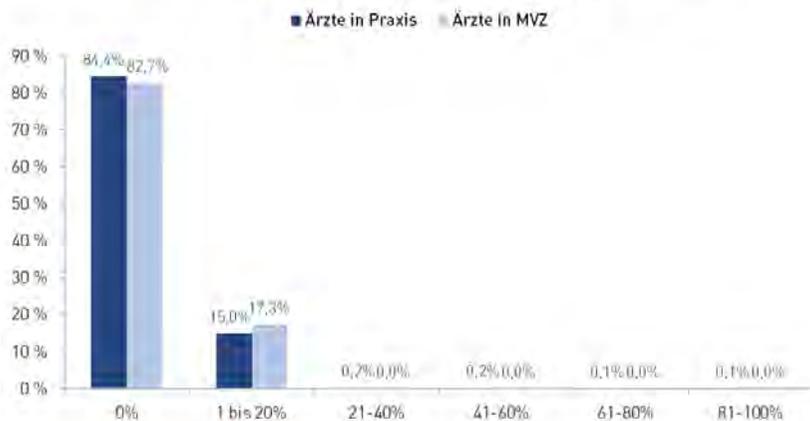
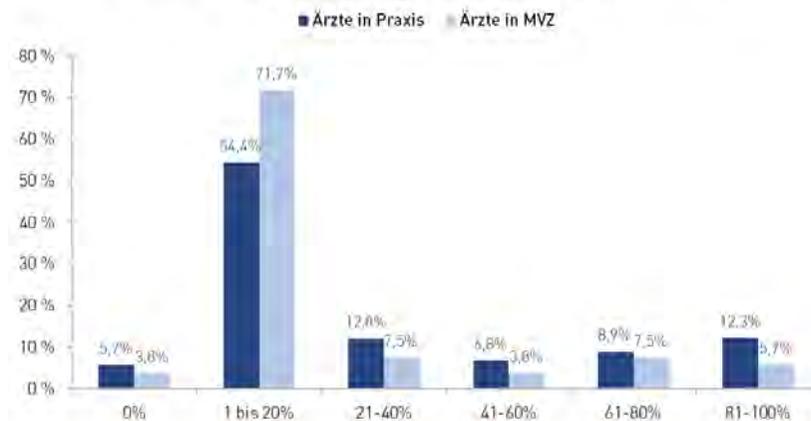


Abbildung 40: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden bei Praxen / MVZ (n = 962 – 1.022)

Anteil der Videosprechstunden vor der Pandemie
- Differenzierung nach Praxis / MVZ -



Anteil der Videosprechstunden während der Pandemie
- Differenzierung nach Praxis / MVZ -



Erwarteter Anteil nach der Pandemie
- Differenzierung nach Praxis / MVZ -



Maximal möglicher Anteil an Videosprechstunden
- Differenzierung nach Praxis / MVZ -

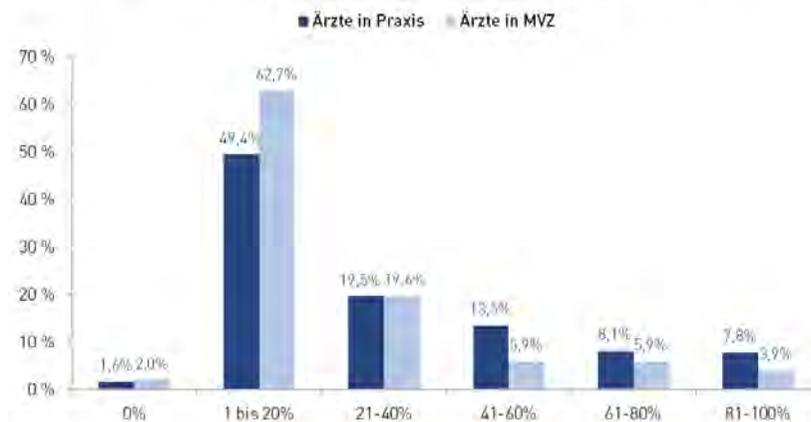


Abbildung 41: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in der Altersgruppe bis 50 Jahre (n = 263 bis 278)

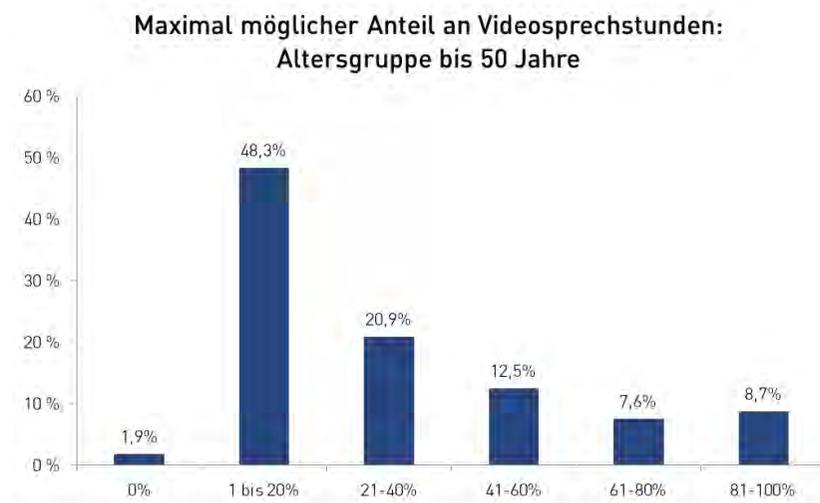
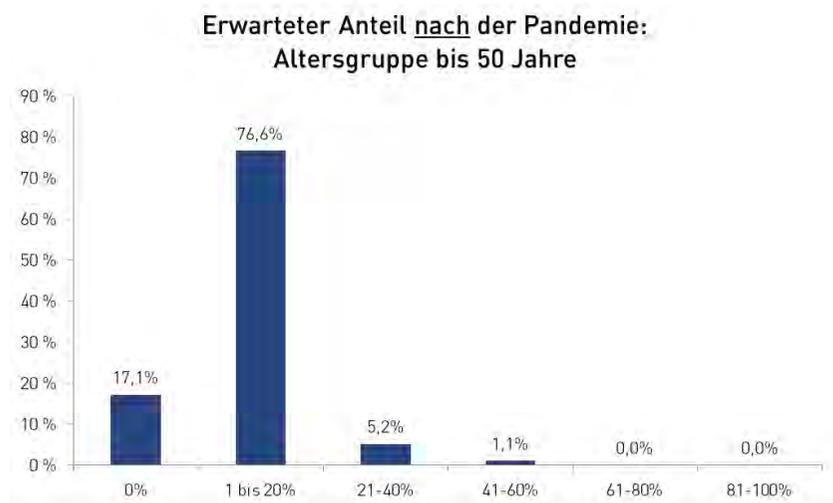
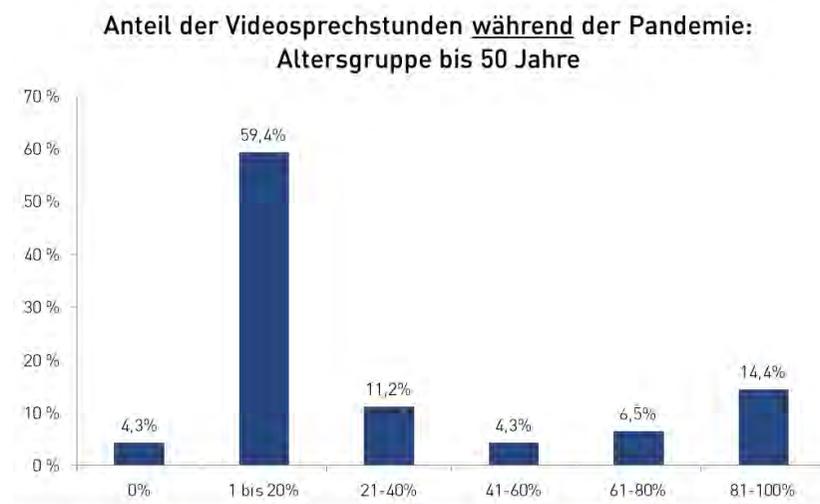
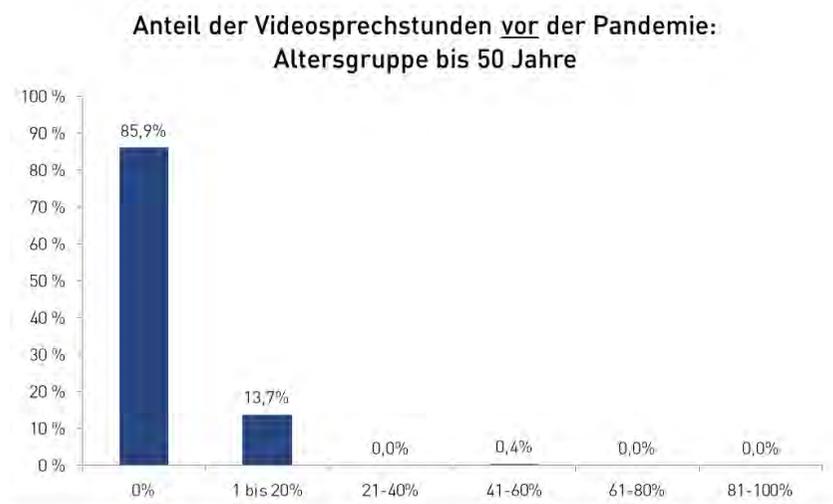


Abbildung 42: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in der Altersgruppe 51-60 Jahre (n = 423 bis 451)

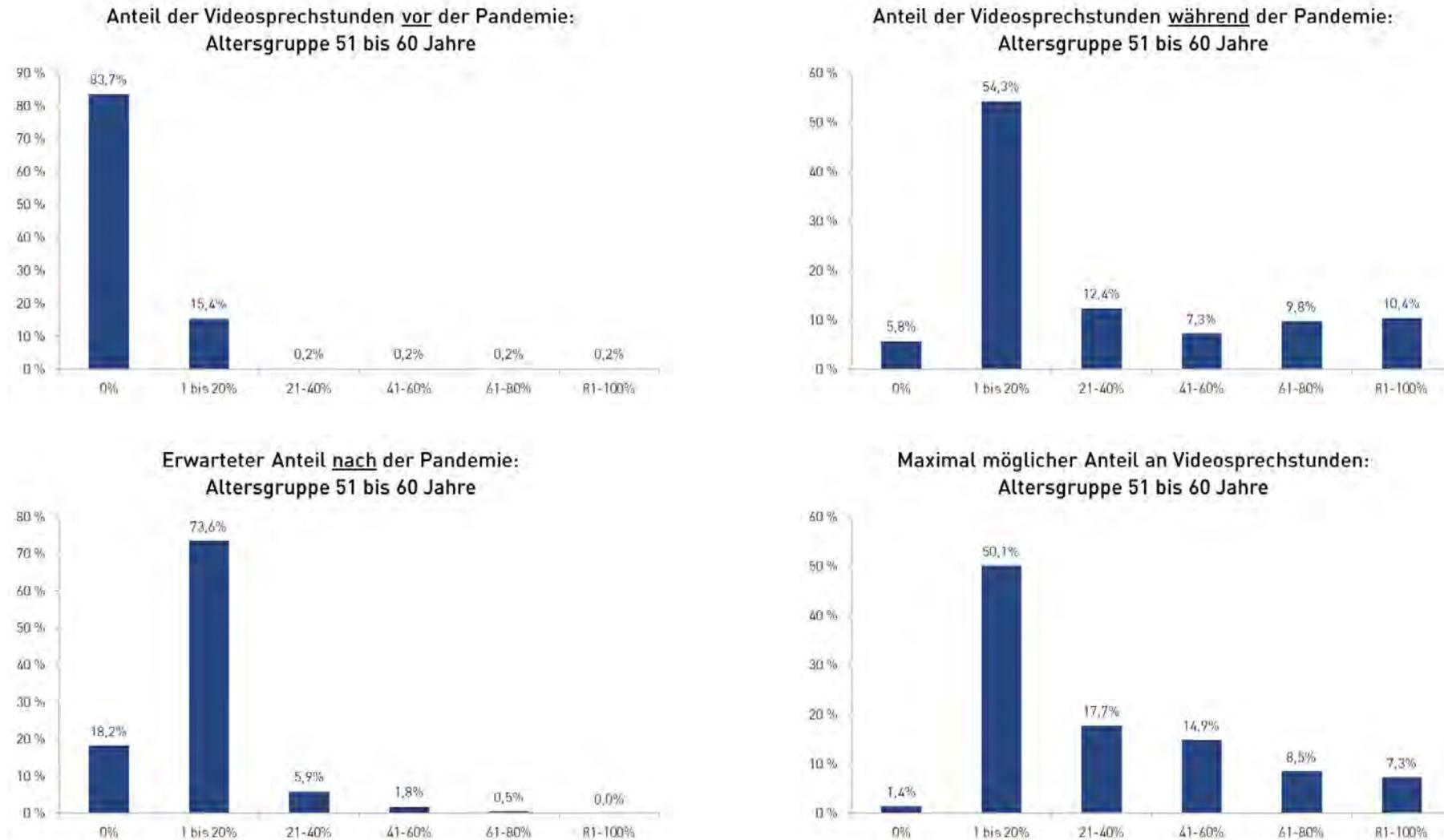
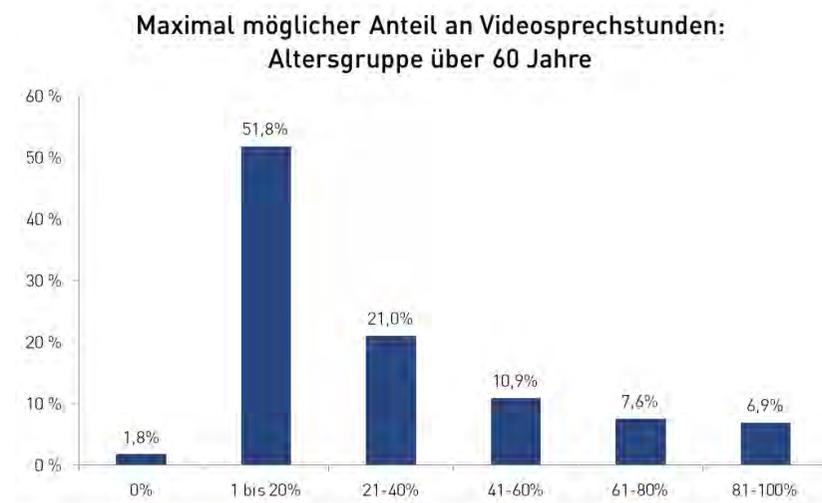
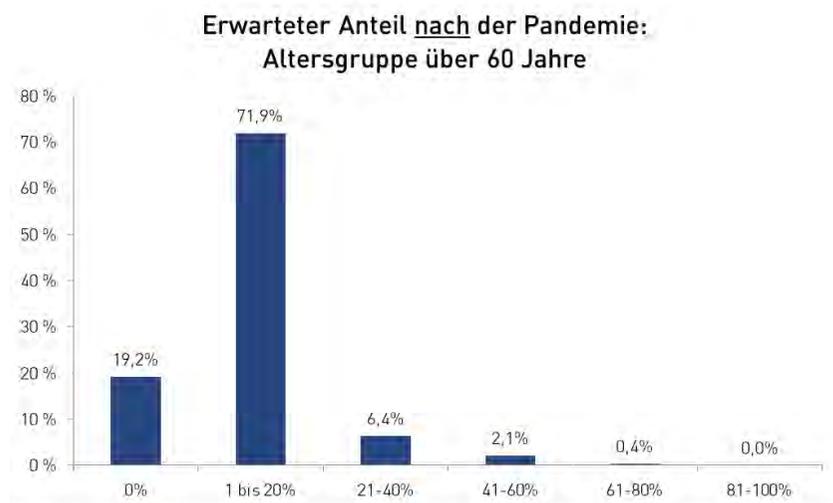
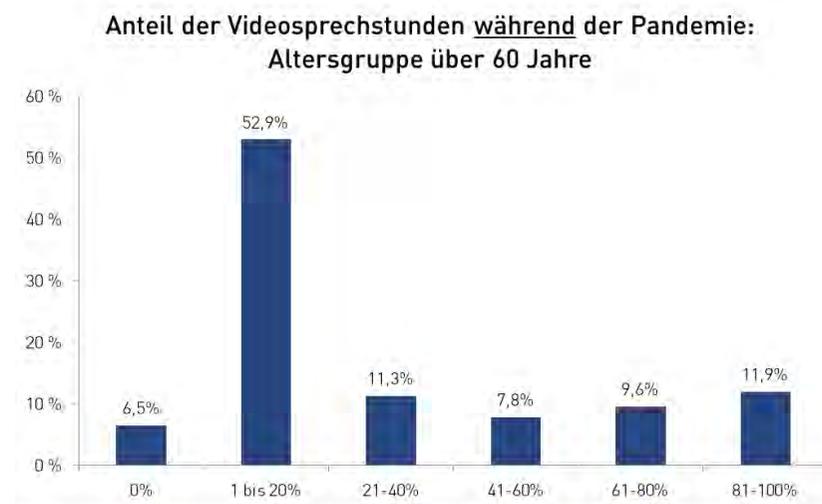
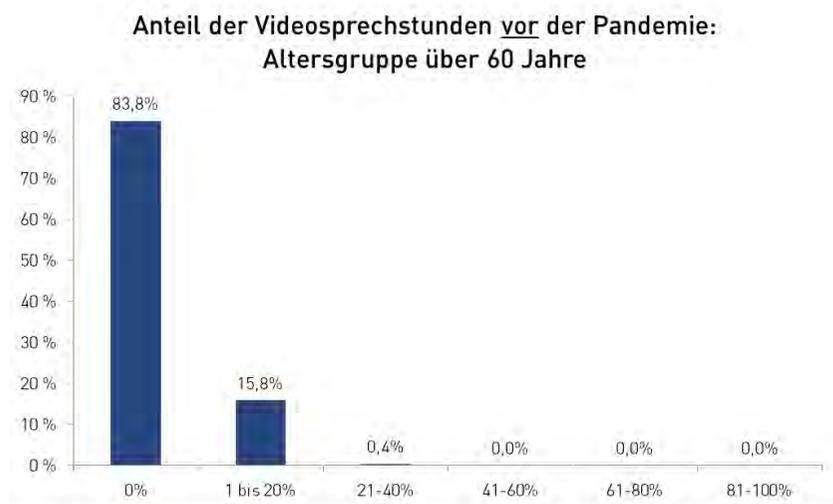


Abbildung 43: Entwicklung des Anteils von Videosprechstunden in der Altersgruppe über 60 Jahre (n = 276 bis 293)





hih - health innovation hub
des Bundesministeriums für Gesundheit

Torstraße 223, 10115 Berlin

Tel. 030 / 847 11 340

info@hih-2025.de, www.hih-2025.de



Stiftung Gesundheit

Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg

Tel: 040 / 80 90 87 - 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555

info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de

Operativer Partner:

ggma

GGMA Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse mbH

info@ggma.de, www.ggma.de