

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Duisburg-Essen
Förderkennzeichen:	01VSF20011
Akronym:	PräVi
Projekttitel:	Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen
Autorinnen und Autoren:	Dr. Theresa Hüer, Lara Kleinschmidt, Juliane Malsch, Beatrice Nauendorf, Matthias Brittner, Paul Brandenburg, André Aeustergerling, PD Dr. Udo Schneider, Anja Wadeck, Dr. Stephanie Sehlen, Dr. Sebastian Liersch, Katharina Schwarze, Prof. Dr. Jürgen Wasem
Förderzeitraum:	01.04.2021 - 31.12.2024
Ansprechpartner:	Dr. Theresa Hüer Universität Duisburg-Essen Tel.: (+49) 0201 / 183-2592 theresa.hueer@medman.uni-due.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt PräVi wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20011 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Videosprechstunden (VS) können in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit April 2017 abgerechnet werden. Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile mit dem VS-Einsatz in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, finden VS nur zögerlich Einzug in die Versorgung. In dem Projekt „Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen“ (PräVi, Förderkennzeichen: 01VSF20011) soll daher eine Strategie für den präferenzgerechten VS-Einsatz erarbeitet werden. Das Projekt wurde noch vor der Covid-19-Pandemie geplant, startete im April 2021 und endete nach 45 Monaten im Dezember 2024.

Methodik: Ausgangspunkt des Mixed-Methods-Projektes bildete eine systematische Recherche zu Einsatzmöglichkeiten von VS sowie Hürden bei deren Implementierung. Anhand von GKV-Abrechnungsdaten (2017-2023) wurde der Ist-Stand der VS-Nutzung in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung erhoben. In Diskussionsrunden mit Leistungserbringenden und Versicherten wurden individuelle Erfahrungen mit der VS sowie die an diese gestellten Erwartungen diskutiert. Kern der PräVi-Studie bildete eine Befragung von Leistungserbringenden und Versicherten. Die Ergebnisse wurden in Workshops sowie in einem Abschluss-Symposium diskutiert und in Handlungsempfehlungen überführt.

Ergebnisse: Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie stieg die absolute Anzahl abgerechneter VS deutlich. Selbst zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens umfassten jedoch nur etwa 0,5% aller betrachteten Behandlungsfälle mindestens eine VS. Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens ging auch die VS-Nutzung zurück. VS wurden vorwiegend in städtischen Regionen und von jüngeren Personen genutzt. Psychotherapeut:innen sind Vorreiter im VS-Angebot, wobei die von Hausärzt:innen durchgeführten VS seit 2021 deutlich zugenommen haben; relativ gesehen sind diese jedoch nach wie vor sehr gering. Ein Viertel der Versicherten ohne VS-Erfahrung gab an, noch nie etwas von der Möglichkeit, VS nutzen zu können, gehört zu haben. Während ein Großteil der Versicherten (auch ältere Personen) den Wunsch nach VS äußerten, gaben Leistungserbringende an, dass ihre Patient:innen diese nicht wünschten. VS werden von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit und zusätzlichen Aufwänden assoziiert, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erschwert. Vor diesem Hintergrund wurden sechs Handlungsfelder identifiziert, die sich zwei Ebenen zuordnen lassen: So umfassen die Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf", "VS-Software", "Vergütung" sowie "Vermittlung von Kompetenzen" übergeordnete Rahmenbedingungen für den Einsatz. Handlungsfelder in der Praxis stellen die "Individuelle Infrastruktur" sowie die "Organisation und Durchführung" dar.

Diskussion: Die derzeitige Nutzung bleibt weit hinter ihrem Potenzial zurück. Die Gruppen, die von der VS besonders profitieren könnten (z. B. Personen aus ländlichen Regionen oder in der Mobilität eingeschränkte ältere Personen), nutzen diese gegenwärtig in deutlich geringerem Maße als Gruppen, die eher als gut versorgt gelten. Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung zeigte sich ein deutliches Potenzial zum Ausbau des VS-Angebotes. In den Befragungen wurde eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten nach VS und der Einschätzung der Leistungserbringenden deutlich, die derzeit die zentralen Gate-Keeper zur Versorgung durch VS zu sein scheinen.

Schlagnworte: Videosprechstunde, Hürden, Präferenzen, Einsatzmöglichkeiten, Versicherte, Ärzt:innen, psychologische Psychotherapeut:innen

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Tabellenverzeichnis	5
1	Projektziele	6
2	Projektdurchführung	7
2.1	Projektbeteiligte	7
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts	9
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	9
3	Methodik	11
4	Projektergebnisse	18
4.1	Studienpopulation bzw. eingeschlossene Literatur in den Erhebungssträngen	18
4.2	Projektergebnisse zu den Kernfragstellungen	24
4.2.1	Einsatz und Nutzergruppen der Videosprechstunde im Status Quo	24
4.2.2	Präferenzen für den Einsatz der Videosprechstunde	31
4.2.3	Nachteile, Risiken und hemmende Faktoren für den Einsatz der Videosprechstunde	38
4.2.4	Handlungsempfehlungen	44
5	Diskussion der Projektergebnisse	50
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	53
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	54
IV	Literaturverzeichnis	55
V	Anlagen	61

I Abkürzungsverzeichnis

AOK BV	AOK Bundesverband
AP	Arbeitspaket/-e
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung/-en
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
DCE	Discrete-Choice-Experiment/-e
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition/-en
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
ISPOR	International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research
K.u.J.	Kinder und Jugend-Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV (Sg.), KVen (Pl.)	Kassenärztliche Vereinigung/-en
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
OR	Odds Ratio, Chancenverhältnis
PICo-Schema	(P=Population, I=Phenomenon of Interest, Co=Context)-Schema
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland
SPSS-Methode	(S=Sammeln, P=Prüfen, S=Sortieren, S=Subsummieren)-Methode
vdek	Verband der Ersatzkassen
VS	Videosprechstunde (wird, abgesehen von der Zusammenfassung, nur in Kombinationen mit anderen Wörtern abgekürzt, z. B. VS-Nutzung, VS-Einsatz)

II **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Verdichtung der Fragestellungen gemäß Antrag zu Kernfragestellungen	7
Abbildung 2: Projektablauf.....	10
Abbildung 3: PRISMA-Flussdiagramm	21
Abbildung 4: Anzahl durchgeführter Videosprechstunden	25
Abbildung 5: Versicherte mit mindestens einer Videosprechstunde	26
Abbildung 6: Versicherte mit mindestens einer Videosprechstunde nach Altersgruppen (2020, 2023) vs. ambulante Inanspruchnehmende (Q4 2023).....	27
Abbildung 8: Verteilung der Behandlungsfälle mit mindestens einer Videosprechstunde nach Altersgruppen der Leistungserbringenden (2020-2023) vs. Verteilung aller Behandlungsfälle nach Altersgruppen (2023)	28
Abbildung 8: Anteil der VS-Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen der Fachgruppe ...	30
Abbildung 9: Grundsätzliche Bereitschaft zur VS-Nutzung nach Altersgruppen (Versicherte)	32
Abbildung 10: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden.....	44

III **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Projektbeteiligte	7
Tabelle 2: Krankenkassendaten	18
Tabelle 3: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen	19
Tabelle 4: Befragungsteilnehmende versus Grundgesamtheit (Versicherte).....	22
Tabelle 5: Befragungsteilnehmende versus Grundgesamtheit (Leistungserbringende)	23
Tabelle 6: Weitere Angaben zu den Befragungsteilnehmenden (Leistungserbringende).....	23
Tabelle 7: Einschätzung von Kinder- und Jugendmediziner:innen mit VS-Erfahrung zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen	35
Tabelle 8: Geplante Publikationen	55

1 Projektziele

Mit der Einführung der Videosprechstunde in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland sollte die Grundlage für eine ortsunabhängige ambulante medizinische Versorgung auch in strukturell benachteiligten Regionen geschaffen werden. Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile für Ärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen (im Folgenden auch Leistungserbringende genannt) sowie Patient:innen mit dem Einsatz von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, spielten diese von 2017 bis zur Covid-19-Pandemie jedoch kaum eine Rolle in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (BT-Drucksache 19/6020).

Die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – ist die Berücksichtigung von Präferenzen der Beteiligten. Aus diesem Grund befasst sich das PräVi-Projekt mit der Frage, wie der Einsatz der Videosprechstunde gestaltet werden kann, um Situationen ambulanter ärztlicher Versorgung zu verbessern und dabei die Präferenzen der Versicherten und Leistungserbringenden zu berücksichtigen. Ziel des PräVi-Projektes ist daher die Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz der Videosprechstunde in städtischen und ländlichen Regionen.

Die initial formulierten Fragestellungen wurden im Projektverlauf in Kernfragestellungen überführt (vgl. Abbildung 1), die im Folgenden zur Strukturierung der Ergebnisse verwendet werden:

- 1) Wie wird die Videosprechstunde aktuell in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in der GKV eingesetzt?
- 2a) Welche Präferenzen haben Versicherte/Patient:innen für den Videosprechstunden-Einsatz (VS-Einsatz)?
- 2b) Welche Präferenzen haben Leistungserbringende für den VS-Einsatz?
- 3a) Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit die Nutzung der Videosprechstunde auf Versichertenseite?
- 3b) Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit den Einsatz der Videosprechstunde auf Seite der Leistungserbringenden?
- 4) Welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen könnten den VS-Einsatz fördern? Wie sollten gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ausgestaltet sein?

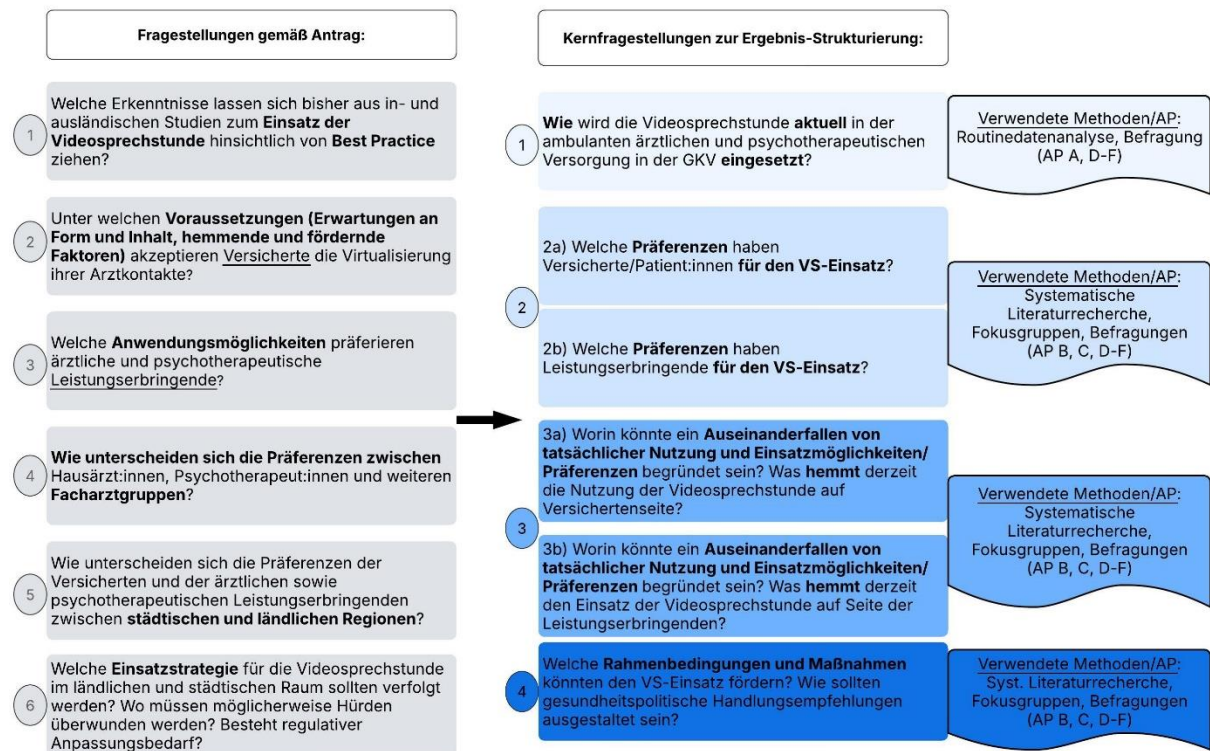


Abbildung 1: Verdichtung der Fragestellungen gemäß Antrag zu Kernfragestellungen

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Projektbeteiligte

Name	Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Prof. Dr. Jürgen Wasem	Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement	Tel. 0201 183 4072 Juergen.Wasem@medman.uni-due.de	Projektleitung/Konsortialführung
Dr. Theresa Hüer		Tel. 0201 183 2592 Theresa.Hueer@medman.uni-due.de	Methodische Verantwortlichkeit
Lara Kleinschmidt		Tel. 0201 183 3774 Lara.kleinschmidt@medman.uni-due.de	Wissenschaftliche Mitarbeit an Routinedatenanalyse (A), syst. Recherche (B), Fokusgruppen (C), Befragung (D/E/F), Stakeholder-Workshops (E),

			Handlungsempfehlungen (H)
Dr. Sebastian Liersch (bis 8/2023 Stephanie Sehlen, bis 9/2022 Carolin Polte)	AOK Nordost, Versorgungsmanagement	Tel. 0800 265 080 22210 Sebastian.Liersch@nordost.aok.de	Voranalyse und Bereitstellung von aggregierten Routedaten (A), Teilnahme an Fokusgruppe und Workshops (C/G), Abstimmung Fragebogen und Kontaktaufnahme der Versicherten (D, E)
Katharina Schwarze	AOK Nordwest, Versorgungsmanagement	Tel.: 0800 2655 507496 katharina.schwarze@nw.aok.de	
Pascal Pettke		Tel.: 0800 2655 504164 pascal.pettke@nw.aok.de	
PD Dr. Udo Schneider	Techniker Krankenkasse, Versorgungsmanagement	Tel. 040 69 09 3087 Dr.Udo.Schneider@tk.de	
Anja Wadeck		Tel.: 040 69 09 3824 anja.wadeck@tk.de	
Diane Weber	Kassenärztliche Vereinigung [KV] Westfalen-Lippe	Tel. 0231 94 32 3204 Diane.Weber@kvwl.de	Voranalyse und Bereitstellung von aggregierten Routedaten (A), Akquise von Mitgliedern für Fokusgruppen (C), Abstimmung Fragebogen und Kontaktaufnahme der Mitglieder (D, E), Teilnahme an Workshops (G)
Matthias Brittner		Tel. 0231 94 32 3508 Matthias.Brittner@kvwl.de	
Axel Rambow	KV Mecklenburg-Vorpommern	Tel. 0385 74 31 201 ARambow@kvmv.de	
André Aeustergerling		Tel. 0385 74 31 211 AAeustergerling@kvmv.de	
Günter Scherer	KV Berlin	Tel. 030 31003 486 Günter.Scherer@kvberlin.de	
Juliane Malsch (bis 5/2024 Beatrice Nauendorf)		Tel.: 030 31003 497 Juliane.Malsch@kvberlin.de	
Dr. Monika Schliffke		KV Schleswig-Holstein	
Paul Brandenburg	Tel. 04551 883 357 Paul.Brandenburg@kvsh.de		

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Eine angemessene ambulante Versorgung wird in Deutschland zunehmend durch eine geringe Arztdichte und lange Anfahrtswege, insbesondere in ländlichen Regionen, und auch in städtischen Regionen durch steigende Wartezeiten erschwert. Beides kann zu Versorgungsdefiziten führen. Ein Versorgungsmodell, welches in Anbetracht der beschriebenen Problemlagen Abhilfe schaffen kann, ist die Durchführung von Videosprechstunden. Der VS-Einsatz ist vielfältig möglich und könnte daher für unterschiedliche Patientengruppen Vorteile bieten. So könnten bspw. ältere Menschen und Menschen mit eingeschränkter Mobilität von einem leichteren Zugang zu medizinischen Leistungen profitieren. Auch in der psychotherapeutischen Versorgung können Videosprechstunden für therapeutische und/oder bestimmte diagnostische Sitzungen eingesetzt werden (Bundestags[BT]-Drucksachen 20/4982, 19/6020; World Health Organisation [WHO], 2022; Waschkau et al., 2022). Trotz potenzieller Chancen und Vorteile für Leistungserbringende und Patient:innen, spielten Videosprechstunden jedoch, insbesondere bis zur Covid-19-Pandemie, kaum eine Rolle in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Ziel des PräVi-Projektes war daher die Entwicklung von gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen zum optimalen Einsatz der Videosprechstunde in städtischen und ländlichen Regionen. Zur Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden wurde ein Mixed-Method-Ansatz genutzt. Betrachtet wurden sowohl der bisherige Einsatz der Videosprechstunde in Form einer Routinedatenanalyse als auch Hürden für den Einsatz sowie Präferenzen von Versicherten und Leistungserbringenden, die in Befragungen (u. a. mit einem Discrete-Choice-Experiment [DCE]) erhoben wurden.

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Für einen kontinuierlichen fachlichen Austausch sowie für die Projektkoordination und -organisation fanden während der gesamten Projektlaufzeit monatliche (digitale) Projekttreffen im Konsortium statt. Zusätzlich zu diesen regelmäßigen Projekttreffen gab es diverse anlassbezogene Videokonferenzen (u. a. zur Definition der Selektionskriterien für die Befragung).

Zur Sicherstellung des Datenschutzes im PräVi-Projekt wurde zunächst ein Datenschutzkonzept erstellt. Außerdem wurde am 15. September 2021 ein Ethikantrag bei der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen gestellt, welcher am 13. Oktober 2021 mit einem Unbedenklichkeitsschreiben vorläufig positiv beschieden wurde. Das endgültige positive Votum erfolgte nach Nachreichung aller Befragungsunterlagen am 27. September 2022 (21-10283-BO).

Vorbereitend für die Übermittlung von Routinedaten im Projekt wurden bilateral Datenweiterleitungsverträge zwischen der Konsortialführung (auswertende Stelle) und den Konsortialpartnern geschlossen.

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt und das Projekt organisatorisch in drei Phasen unterteilt. Abbildung 2 stellt die Phasen und Arbeitspakete (AP) des Projektes schematisch dar.

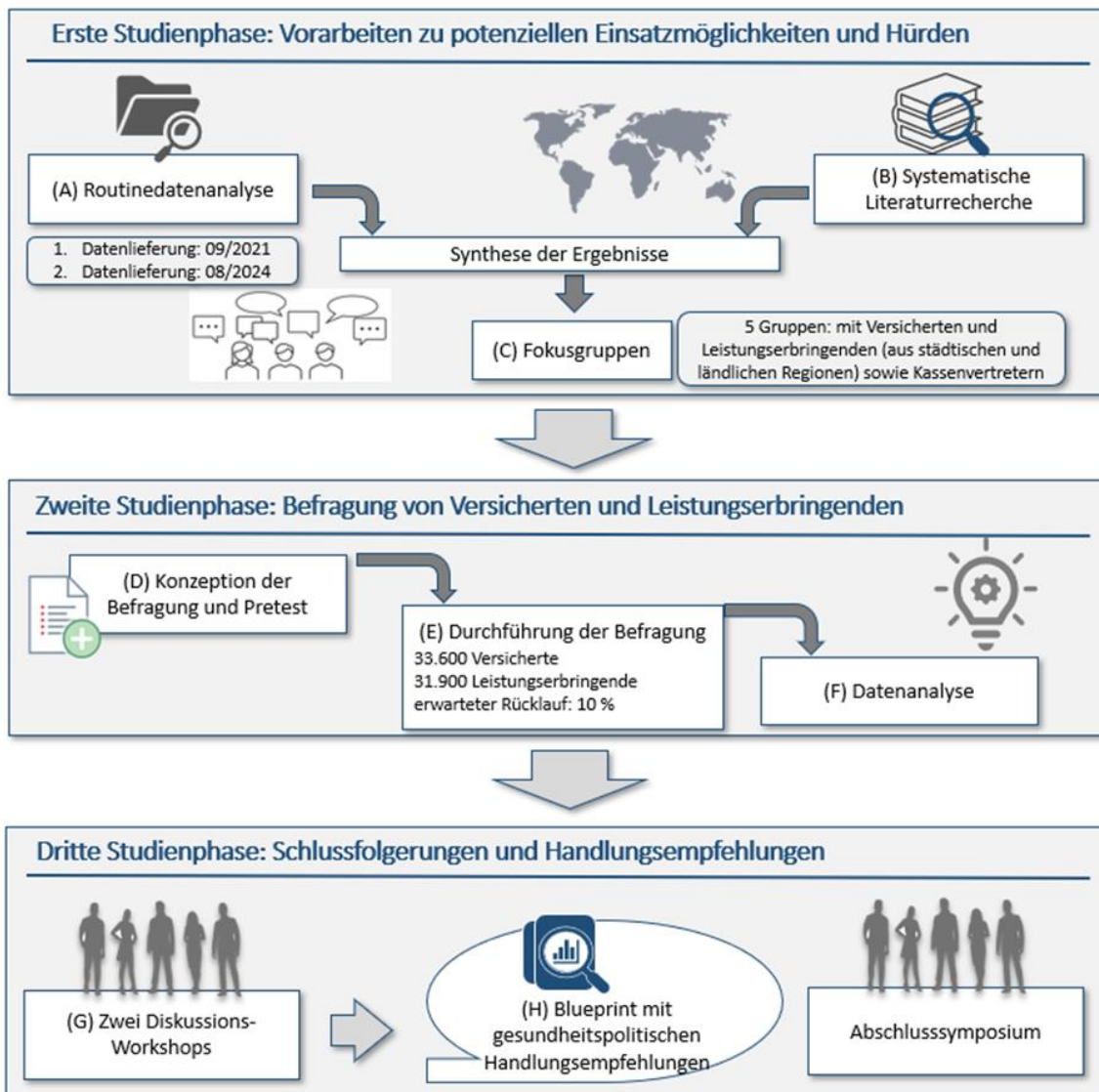


Abbildung 2: Projektablauf

Ausgangspunkt bildete eine systematische Recherche zu den Einsatzmöglichkeiten/Settings von Videosprechstunden sowie zu möglichen Hürden bei der Implementierung. Außerdem wurde anhand von Abrechnungsdaten der Jahre 2017 bis 2023 der beteiligten Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Ist-Stand der VS-Nutzung in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung erhoben. In Fokusgruppen mit Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Versicherten und Krankenkassenmitarbeiter:innen wurden die individuellen Erfahrungen mit der Videosprechstunde sowie die an diese gestellten Erwartungen diskutiert. Kern der Studie bildete eine Befragung von Leistungserbringenden und Versicherten zur Erhebung von Präferenzen für die Ausgestaltung der Videosprechstunde.

Im Vergleich zum beantragten Vorgehen ergaben sich im Projektverlauf kleinere Veränderungen. So wurde ein zweiter Workshop sowie am Ende des Projektes ein Abschluss-Symposium durchgeführt. Zudem wurden feste Meilensteine für wissenschaftliche Publikationen verankert. Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung der VS-Nutzung durch die Covid-19-Pandemie wurde zudem eine ergänzende Routinedatenanalyse (Datenzeitraum 2021 bis 2023) vorgenommen, um den vollständigen Pandemiezeitraum und auch die Entwicklungen nach der Pandemie abbilden zu können.

3 Methodik

Eine vollständige Beschreibung des Studiendesigns und der verwendeten Methoden ist dem von Kleinschmidt et al. (2024) veröffentlichten Studienprotokoll sowie den nach Arbeitspaketen gegliederten Anlagen zu entnehmen.

Arbeitspaket A (Routinedatenanalyse)

Daten

Anhand von Abrechnungsdaten der Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, AOK Nordost, AOK NordWest) und KVen (KV Westfalen-Lippe, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Berlin) wurde der Ist-Stand der VS-Nutzung in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung erhoben. Ausgewertet wurden Daten von Versicherten und Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen der vier betrachteten KV-Regionen. Diese KV-Regionen wurden ausgewählt, weil sie sowohl ländliche als auch städtische Kreise repräsentieren. Die Klassifikation als ländliche oder städtische Region erfolgte über die interaktive Webanwendung „INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“ vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR] 2021). In der initialen Analyse wurde zunächst der Datenzeitraum April 2017 (Start der Abrechenbarkeit von Videosprechstunden in der GKV) bis Ende 2020 berücksichtigt. Um den (insbesondere vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie) veränderten Status quo des VS-Einsatzes im Projektverlauf zu berücksichtigen, erfolgte zudem eine ergänzende (gekürzte) aggregierte Routinedatenauswertung, die die Jahre 2021 bis 2023 umfasste. Im Ergebniskapitel werden diese, im Projekt nacheinander erfolgten, Auswertungen gebündelt präsentiert. Analysiert wurden die aggregierten Daten von rund 6,1 Millionen Versicherten (Stand 2020). Neben den Daten zur VS-Nutzung wurden soziodemografische Informationen und ambulante Diagnosen einbezogen. Von den 6,1 Millionen Versicherten hatten im Durchschnitt über alle Quartale ca. 4,6 Millionen (ca. 74 %) mindestens einen ambulanten Behandlungsfall im Quartal („ambulante Inanspruchnehmende“). Diese Gruppe ist relevant, da nur diese vor der theoretischen Wahl standen, ob sie einen Leistungserbringenden persönlich oder via Videosprechstunde kontaktieren. Neben Versicherten wurden auf Basis der KV-Daten die Behandlungsfälle der insgesamt 35.587 (Q4 2024) in den vier KV-Regionen praktizierenden Leistungserbringenden in die Analyse einbezogen, die prinzipiell Videosprechstunden erbringen dürfen. Dies entspricht einem Anteil von ca. 19 % aller Vertragsärzt:innen und -psychotherapeut:innen (2023=187.441) (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2023). Je nachdem, ob Krankenkassen- oder KV-Daten für eine Analyse verwendet wurden, wurde demnach entweder die gesamte ambulante Versorgung in den vier KV-Regionen berücksichtigt oder nur die derjenigen GKV-Versicherten, die bei einer der drei Krankenkassen versichert waren und in den vier Regionen wohnten.

Empirische Vorgehensweise

Das Bundesdatenschutzgesetz verweist in § 71 auf den Grundsatz der Datensparsamkeit. Daher wurde in dieser Routinedatenanalyse ein zweischrittiges Vorgehen gewählt: Zunächst erfolgte eine Voranalyse der Einzeldaten durch die Krankenkassen und KVen, um in einem zweiten Schritt die aggregierten Daten durch die auswertende Stelle zusammenzuführen und auszuwerten. Damit wurde sichergestellt, dass die auswertende Stelle nur die Informationen erhielt, die zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendig waren.

Schritt 1: Voranalyse der personenbezogenen Daten bei den Krankenkassen und KVen

Das gemeinsam entwickelte Auswertungskonzept umfasste von allen Datenlieferanten auszufüllende Tabellen zur VS-Nutzung, differenziert nach Merkmalen der Versicherten und der Leistungserbringenden (vgl. Anlage 1). Diese Informationen wurden für VS-Nutzende und Nicht-Nutzende erhoben. Da die Vergütung von Videosprechstunden analog zu persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten grundsätzlich über die quartalsbezogenen Pauschalen abgebildet ist, war eine Erfassung durchgeführter Videosprechstunden nur indirekt möglich. Dafür wurde die Gebührenordnungsposition (GOP) 01450 genutzt, die als Zuschlag zu jeder einzelnen Videosprechstunde für den technischen Mehraufwand abgerechnet werden darf. Die Nutzung dieser GOP als Indikator setzte jedoch die Annahme voraus, dass Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen diese auch dann noch kodierten, wenn sie ihr Abrechnungskontingent pro Quartal (i. H. v. 1.899 Punkten) bereits ausgeschöpft hatten. Werden Patient:innen in einem Quartal ausschließlich via Video behandelt, wird die Quartalspauschale mit der Pseudo-GOP 88220 gekennzeichnet und um einen fachgruppenspezifischen Abschlag reduziert. So konnte ergänzend nachvollzogen werden, ob Videosprechstunden ausschließlich im Behandlungsfall oder nur ergänzend eingesetzt wurden (BT-Drucksache 20/4982). Es war zudem möglich, bestimmte Einzelleistungen, die via Videosprechstunde erbracht werden dürfen, zu betrachten, da diese GOP mit einem bundeseinheitlichen Kennzeichen für die Videosprechstunde versehen werden (KBV 2026). Auf dieser Grundlage wurden die Voranalysen der Individualdaten von den Krankenkassen und KVen durchgeführt und dem Lehrstuhl für Medizinmanagement übermittelt.

Schritt 2: Zusammenführung und Auswertung der aggregierten Daten

Die aggregierten Daten der einzelnen Datenlieferanten wurden vom Lehrstuhl für Medizinmanagement zunächst zusammengeführt, sodass alle weiteren Auswertungen auf den Daten aller Krankenkassen bzw. aller KVen erfolgten. Da keine Individualdaten zur Verfügung standen, erfolgte die Analyse der aggregierten Daten (in Form von Kreuztabellen) mit Microsoft Excel (Version 16.0). Die Analysen umfassten einen deskriptiven Vergleich von VS-Nutzenden und Nicht-Nutzenden, differenziert nach Subgruppen (Versicherte: Altersgruppe, Geschlecht, Beschäftigungsstatus, Regionstyp des Wohnortes; Leistungserbringende: Facharztgruppe, Altersgruppe, Geschlecht, Betriebsform und Anstellungstätigkeit, Regionstyp des Praxisstandortes). Um signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen zu ermitteln, wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$ festgelegt. Da die Analyse auf aggregierten Daten (in Form von Kreuztabellen, nominalskalierte Daten) basierte, wurden Chi²-Tests durchgeführt. Analysen auf der Grundlage von Individualdaten (z. B. Regressionsanalysen) konnten nicht durchgeführt werden. Einschränkend ist zu beachten, dass aufgrund des großen Stichprobenumfangs selbst geringe Abweichungen leicht statistisch signifikant wurden. Eine weitere Herausforderung bestand in der fehlenden Ausgewogenheit der Proportionen, da nur etwa 1 % der Stichprobe VS-Nutzende waren und die restlichen 99 % Nicht-Nutzende. Vor diesem Hintergrund wurde ergänzend zum Effektmaß Cramérs V noch das Chancenverhältnis (Odds Ratio, OR) zwischen Subgruppen ermittelt.

Arbeitspaket B (systematische Literaturrecherche)

Parallel zu AP A wurden die Arbeiten an einer systematischen Recherche zur nationalen und internationalen Studienlage zu den Einsatzmöglichkeiten von Videosprechstunden sowie möglichen Hürden bei der Implementierung aufgenommen. Es wurde eine Suchstrategie auf Basis des PICO-Schemas (P=Population (ambulante Versorgung), I=Phenomenon of Interest (Videosprechstunde), Co=Context/Zusammenhang/Inhalt (Einsatzmöglichkeiten, fördernde/hemmende Faktoren, Akzeptanz, Regionstyp) entwickelt und für die Datenbanken Embase und Pubmed operationalisiert (vgl. Anlage 2, 1.1 und 1.2). Die Datenbankrecherchen erfolgten im Juni 2021. Die Studienselektion erfolgte auf Basis konkreter Ein- und Ausschlusskriterien (vgl. Anlage 2, 1.3) und gliederte sich in die Schritte Titel-, Abstract- sowie Volltextscreening. Zur Gewährleistung eines objektiven Vorgehens wurde das Literaturscreening sowie die Extraktion von zwei Mitarbeitenden unabhängig voneinander durchgeführt. Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgte die Hinzunahme eines dritten Senior-Researchers. Da die Art der Studien sowie deren Ergebnisse sehr heterogen waren, erfolgte abschließend eine qualitative Informationssynthese, strukturiert nach den Forschungsfragen.

Arbeitspaket C (Fokusgruppen)

Zwischen Januar und Mai 2022 wurden fünf Online-Fokusgruppen mit je sieben bis zehn Teilnehmenden durchgeführt: Eine mit Krankenkassenvertreter:innen, je eine mit Versicherten aus städtischen und ländlichen Regionen, je eine mit Leistungserbringenden aus städtischen und ländlichen Regionen. Ziel dieser Fokusgruppen war es, die Ergebnisse der vorgelagerten Arbeitspakete vorbereitend für die folgenden Befragungen zu diskutieren und explorativ zu vertiefen. Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde auf eine ausgeglichene Altersgruppen- und Geschlechtsverteilung geachtet sowie Personen mit und ohne VS-Erfahrung eingeschlossen. Die Teilnahmemotivation wurde durch Aufwandsentschädigungen gefördert. Die Akquise der Leistungserbringenden erfolgte durch die beteiligten KVen und die interessierter Versicherter über den Kooperationspartner Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern e. V. sowie die Universität Duisburg-Essen. Die Teilnehmenden der Kostenträgerperspektive wurden von den Projektpartnern AOK Nordost, AOK NordWest und Techniker Krankenkasse gestellt. Grundlage der Fokusgruppen waren an die Stakeholdergruppe angepasste teilstrukturierte Gesprächsleitfäden (vgl. Anlage 3). Bei der Konstruktion der Leitfäden wurde nach der SPSS-Methode (S=Sammeln, P=Prüfen, S=Sortieren, S=Subsumieren) nach Helfferich (2005) vorgegangen. Die Fokusgruppen wurden von einem Moderatorenteam per Videokonferenz durchgeführt (Dauer: 60-90 Minuten), audio-visuell aufgezeichnet sowie wörtlich transkribiert und pseudonymisiert (Clausen et al., 2020). Die Analyse erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden Variante der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015) und Weiterentwicklungen durch Kuckartz (2018) (vgl. Anlage 3). Die Kodierung mittels MAXQDA (VERBI) wurde nach dem Vier-Augenprinzip qualitätsgesichert. Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgte die Hinzunahme eines dritten Senior-Researchers.

Arbeitspaket D (Konzeption der Befragungen)

In der zweiten Studienphase erfolgte die Konzeption der Befragungen für die Versicherten sowie der Leistungserbringenden auf Basis der inhaltlichen Vorarbeiten.

Jede Befragung begann mit einer Abfrage zur VS-Nutzung, zu geeigneten Versorgungsanlässen, zu möglichen Hürden sowie fördernden Faktoren für den VS-Einsatz. Folgend wurde das DCE aufgeführt. Abschließend wurden soziodemographische und zielgruppenspezifische

Daten abgefragt, um Subgruppenanalysen zu ermöglichen. Für die Versicherten wurden neben den demografischen Informationen gesundheitsbezogene Informationen (Gesundheitszustand, Vorliegen einer chronischen Erkrankung, Kontakte zu Leistungserbringenden in den letzten 12 Monaten) abgefragt. Für die Leistungserbringenden wurden ergänzend Einschätzungen zu geeigneten Indikationen, Angaben zur fachärztlichen Weiterbildung, zum Versorgungsbereich sowie zum Erwerbsstatus und zur Unternehmensform abgefragt. Für beide Gruppen wurde zudem der Stadt-/Gemeindetyp des Wohnortes bzw. Praxisstandortes abgefragt. Bei den meisten Items des Fragebogens handelte es sich um geschlossene Fragen, nur selten wurden ergänzend offene Fragen formuliert. Statements zu möglichen Hürden, fördernden Faktoren sowie zur Eignung ausgewählter Einsatzmöglichkeiten und Indikationen wurden auf Likert-Skalen abgefragt; jede Likert-Skala enthielt eine Option „Ich weiß nicht“. Das Design der Fragebögen wurde einem Pretest unterzogen. Die vollständigen Fragebögen für Versicherte und Leistungserbringende können Anlage 4 entnommen werden.

Bei der Konzeption des DCE wurde die ISPOR-Empfehlung (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research) zur Erstellung von DCE beachtet (Johnson et al., 2013). In der Versichertenbefragung wurden fünf Attribute (möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde, Wartezeit bis zur Videosprechstunde, Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“, Wahlmöglichkeit, maximale Gesprächsdauer der Videosprechstunde) mit jeweils drei hierarchisch angeordneten Levels zur Erstellung der Wahlalternativen verwendet. In der Leistungserbringendenbefragung wurden vier Attribute (Beziehung zum: zur Patient:in, Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt, Unterstützung bei Technikproblemen, angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde) mit jeweils 3 Levels verwendet (vgl. Anlage 6, Tabelle 1 und 2). In der Versichertenbefragung wurden 16 Wahlalternativen (aufgeteilt in zwei Blöcke mit je 8 Wahlalternativen) verwendet und in der Leistungserbringendenbefragung 9 (aufgeteilt in zwei Blöcke mit 5 bzw. 4 Wahlalternativen).

Weitergehende Informationen zur Konzeption des DCE können Anlage 6 (1.1.1 und 1.2.1) entnommen werden.

Arbeitspaket E (Durchführung der Befragungen)

Zielpopulation

Einschlusskriterien für die Befragung der Versicherten waren: (E1) Versicherung bei einer der drei teilnehmenden Krankenkassen, (E2) 18 Jahre oder älter und (E3) Wohnsitz in einer der vier ausgewählten KV-Regionen. Ausgeschlossen wurden: (A1) Versicherte unter gesetzlicher Betreuung, (A2) mit hoher Pflegebedürftigkeit („Pflegegrad 4“ und höher), Pflegeheimbewohnende, Patient:innen in Palliativversorgung sowie mit der Diagnose Demenz. (A3) Darüber hinaus wurden Personen ausgeschlossen, die die Verwendung ihrer Daten für Forschungszwecke abgelehnt hatten. Einschlusskriterium für die Leistungserbringenden war lediglich die grundsätzliche Berechtigung zur Erbringung von Videosprechstunden; ansonsten erfolgte eine Vollerhebung.

Stichprobenkalkulation

Die Berechnung der Stichprobengröße für die Befragungen orientierte sich an den Annahmen des DCE. Dafür wurde die Faustformel nach Orme (2010) ($n_{ta/c} \geq 500 \text{ min.}; \text{ präferiert } \geq 1.000$; $t = \text{Wahlalternativen}; a = \text{Anzahl der Alternativen in den Wahlalternativen}; c = \text{höchste Anzahl von Levels über alle Attribute}$) angewendet. Um zudem differenzierte Aussagen über wichtige

Subgruppen zu ermöglichen und vor dem Hintergrund einer 10%igen-Rücklaufquote, wurde eine (Brutto-)Stichprobe von 33.816 Versicherten kontaktiert. Bei der Befragung der Leistungserbringenden erfolgte eine Vollerhebung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringenden in den beteiligten KVen, die grundsätzlich Videosprechstunden erbringen dürfen (n=34.095) (für weitführende Informationen vgl. Anlage 6, 1.1.2 und 1.2.2).

Rekrutierung und Durchführung

Die Befragung wurde zwischen November 2022 und März 2023 durchgeführt und durch die beteiligten Krankenkassen an 33.816 zufällig ausgewählte Versicherte versandt. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde nach zwei Monaten eine Erinnerung verschickt. Für die Leistungserbringenden wurde die Befragung durch die KVen an all ihre Mitglieder (Ärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen) verschickt, die das Einschlusskriterium erfüllten (n=34.095). Es wurde kein Erinnerungsschreiben verschickt, da das Ziel einer Rücklaufquote von 10 % frühzeitig erreicht wurde.

Dem Anschreiben zur Kontaktaufnahme waren der Fragebogen inklusive vorfrankiertem Rücksendeumschlag, ein QR-Code zur Online-Teilnahme sowie Informationen zur Nutzung und zum Schutz der Befragungsdaten beigefügt. Mit dem Zurücksenden bzw. dem digitalen Absenden des Fragebogens willigten die Teilnehmenden ein, dass die anonymen Befragungsdaten im Projekt verwendet werden durften. Da mit dem Fragebogen keine eindeutig personenbezogenen Daten erhoben wurden, war keine gesonderte Einwilligungserklärung notwendig. Die Online-Durchführung erfolgte über die Plattform Question Pro. Die Motivation zur Teilnahme an der Befragung wurde durch die Verlosung zielgruppenspezifischer Geschenke gesteigert.

Arbeitspaket F (Datenanalyse mit Modellberechnungen und Subgruppenanalysen)

Es erfolgten deskriptive Analysen (absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwert, Median und Standardabweichung für Likert-Skalen), gefolgt von einer Prüfung, ob signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen bestehen sowie Korrelations- und Assoziationsanalysen. Die Auswertungen zu geeigneten VS-Einsatzmöglichkeiten (u. a. Versorgungsanlässe, Indikationen) wurden sowohl für die gesamte Stichprobe, als auch nur unter den Teilnehmenden mit VS-Erfahrung ausgewertet.

Um signifikante Unterschiede zwischen verschiedenen Subgruppen zu identifizieren, wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ verwendet ($p \leq 0,05$). Dabei wurden, in Abhängigkeit von dem jeweiligen Skalenniveau der Variablen, der Mann-Whitney-U-Test, der Kruskal-Wallis-Test oder der Pearson Chi-Quadrat-Test (χ^2 -Test) verwendet. Mit dem Kruskal-Wallis-Test wurde getestet, ob sich die zentralen Tendenzen mehrerer unabhängiger Stichproben signifikant voneinander unterscheiden. Zudem wurden Post-hoc-Tests zur Bestimmung, welche Gruppen sich unterscheiden, durchgeführt. Die abhängige Variable war ordinalskaliert. Der Mann-Whitney-U-Test wurde genutzt, um zu testen, ob sich die zentralen Tendenzen zweier unabhängiger Stichproben signifikant voneinander unterscheiden. Die abhängige Variable war ebenfalls ordinalskaliert. Der Chi²-Test wurde angewandt, um zu überprüfen, ob zwei kategoriale (nominale oder nicht-äquidistante ordinale) Variablen unabhängig voneinander sind. Um die Korrelation zwischen zwei ordinalskalierten Variablen zu bestimmen, wurde als Rangkorrelationsmaß Kendall's-tau-c von Stuart verwendet. Um den Zusammenhang von zwei nominalen Variablen oder einer nominal- und einer ordinalskalierten Variable zu untersuchen, wurde Cramérs V als Zusammenhangsmaß verwendet. Nach Cohen (1988) ist eine Effektstärke, welche

einen kleineren Wert als $|0,1|$ annimmt, unbedeutend. Signifikante Ergebnisse mit einer Effektstärke kleiner $|0,1|$ werden aus diesem Grund nicht berichtet. Effektstärken nach Cohen gelten ab $|0,1|$ als schwach, ab $|0,3|$ als mittel und ab $|0,5|$ als groß. Statistische Analysen wurden mit der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics Version 28 durchgeführt.

Die folgenden Variablen wurden zur Bildung von Subgruppen bei der Versichertenbefragung verwendet:

- Geschlecht: Weiblich, Männlich
- Altersgruppen: 18 bis 29 Jahre, 30 bis 59 Jahre, ≥ 60 Jahre
- Stadt-/Gemeindetyp des Wohnortes: Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt (in Anlehnung an Klassifizierung „Stadt- und Gemeindetyp“ durch das BBSR)
- VS-Erfahrung: Ja, Nein
- Beschäftigungsstatus: Vollzeitbeschäftigt, Teilzeitbeschäftigt, Nicht-berufstätig
- Chronische Erkrankung: Ja, Nein

Die folgenden Variablen wurden zur Bildung von Subgruppen bei der Befragung der Leistungserbringenden verwendet:

- Geschlecht: Weiblich, Männlich
- Altersgruppen: bis 40, 41 bis 50, 51 bis 60, > 60 Jahre
- Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes: Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt
- VS-Anbietende: Ja, Nein (Ja, falls mindestens einmal im Monat VS-Angebot.)
- Versorgungsbereich: Hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische Versorgung

Auswertung der Discrete-Choice-Experimente

Es wurden sowohl deskriptive Verfahren als auch logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die Zielvariable des DCE war die Entscheidung der Proband:innen für einen von zwei Stimuli. Je nach Modell wurden die Attribute bzw. deren Ausprägungen sowie Merkmale der Proband:innen als erklärende Variablen einbezogen. Zunächst wurde ein Full-Modell zur Prüfung der Linearitätsannahme berechnet. Die Prüfung der Linearitätsannahme ergab sowohl im Versicherten- als auch im Leistungserbringenden-Datensatz, dass diese zwar für einige, aber nicht für alle Attribute als erfüllt angesehen werden konnte. Daher wurde auf die Berechnung eines Linear-Difference-Modells verzichtet und die weiteren Berechnungen, auch der relativen Bedeutung der Attribute, auf Basis eines Bayesianischen gemischten Modells durchgeführt.

In Subgruppenanalysen des Versicherten-DCE wurden die folgenden Gruppen untersucht:

- Chronische Erkrankung: Ja, Nein
- VS-Erfahrung: Ja, Nein
- Geschlecht: Männlich, Weiblich
- Altersgruppe: 18-29, 30-59, ≥ 60 Jahre
- Beschäftigungsstatus: Vollzeitbeschäftigt, Teilzeitbeschäftigt, Nicht-berufstätig
- Stadt- /Gemeindetyp des Wohnortes: Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt

In Subgruppenanalysen des Leistungserbringenden-DCE wurden die folgenden Gruppen untersucht:

- Geschlecht: Männlich, Weiblich
- Altersgruppe: bis 40, 41 bis 50, 51 bis 60, > 60 Jahre
- VS-Anbietende: Ja, Nein
- Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes: Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt
- Versorgungsbereich: Hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische Versorgung

Weiterführende Details zur Auswertung der DCEs können Anlage 6 (1.1.3 und 1.2.3) entnommen werden.

Arbeitspaket G (Stakeholder-Workshops)

Um die Projektergebnisse optimal verwerten und daraus konsentierete Handlungsempfehlungen ableiten zu können, wurden zwei Diskussions-Workshops durchgeführt. In einem ersten Workshop, der im August 2023 stattfand, wurden zunächst alle von der Konsortialführung zusammengefassten Projektergebnisse präsentiert. Auf dieser Basis konnten im ersten Workshop offene Fragen geklärt und gemeinsam grundsätzliche Ansatzmöglichkeiten für Handlungsempfehlungen erarbeitet werden. Nach dem ersten Workshop konnten von der Konsortialführung mit Unterstützung der Konsortialpartner die Handlungsfelder ausgearbeitet werden, sodass diese dann in einem zweiten Workshop, der im April 2024 stattfand, vorgestellt und diskutiert werden konnten. Ziel des finalen Workshops war es, eine angemessene und an den Präferenzen der Versicherten einerseits sowie der Leistungserbringenden andererseits orientierte Einsatzstrategie für die Videosprechstunde im ländlichen und städtischen Raum zu entwickeln. Beide Workshops wurden in Präsenz durchgeführt; beim ersten Workshop wurde zudem eine hybride Teilnahme ermöglicht. An den Diskussions-Workshops nahmen die Konsortialpartner teil; zusätzlich waren beim ersten Workshop auch die Kooperationspartner vertreten – die Patientenbeauftragte für Berlin Karin Stötzner sowie die Selbsthilfe Mecklenburg-Vorpommern e. V. Die Materialien zu den Stakeholder-Workshops können Anlage 8 entnommen werden.

Arbeitspaket H (Abschluss-Symposium | Handlungsempfehlungen)

In Arbeitspaket H erfolgte die Umsetzung der Ergebnisse beider Workshops in einen Blueprint mit gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen. Die konsentierten Handlungsempfehlungen wurden schließlich im November 2024 einem Fachpublikum im Rahmen eines Online-Abschluss-Symposiums vorgestellt, um das Verwertungspotential des Forschungsprojektes optimal auszuschöpfen. Die Handlungsempfehlungen wurden im Abschluss-Symposium unter Verwendung der World-Café-Methodik strukturiert diskutiert (Brown und Isaacs 2005). Dazu wurden drei virtuelle Breakout-Räume genutzt, in denen unter Leitung eines „Gastgebers“ jeweils ein Handlungsfeld diskutiert wurde. Die Zuordnung der Teilnehmenden erfolgte automatisch. Nach einer 15-minütigen Diskussion wurden die Teilnehmenden gesammelt (bis auf den Gastgeber) dem nächsten virtuellen Raum zugewiesen; der Wechsel erfolgte insgesamt zweimal, sodass alle zu jedem Thema diskutierten. Die Diskussionsergebnisse wurden auf virtuellen Memory-Boards festgehalten. Auf dieser Basis erfolgten Anpassungen des Blueprints. Am Abschluss-Symposium nahmen neben den Konsortialpartnern die gematik, die KBV, die BÄK, die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V., die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, die SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V., das Institut für Medizinische Informatik der Charité sowie vier weitere Vertretungen von Leistungserbringenden auf Bundes- und Landesebene, ein

Krankenkassenverband auf Bundesebene sowie eine Vertretung einer stationären Einrichtung teil; für diese Institutionen liegt jedoch kein Einverständnis zur Nennung der Institutsbezeichnung vor (vgl. Anlage 7). Die Materialien zum Abschluss-Symposium können Anlage 9 entnommen werden.

4 Projektergebnisse

Nach Darstellung der je Erhebungsstrang betrachteten Studienpopulation bzw. der eingeschlossenen Literatur erfolgt eine Erörterung der Ergebnisse entlang der Kernfragestellungen.

4.1 Studienpopulation bzw. eingeschlossene Literatur in den Erhebungssträngen

Routinedaten (AP A)

Tabelle 2: Krankenkassendaten

Krankenkassen	Techniker Krankenkasse, AOK Nordost, AOK NordWest	
KV-Regionen	Berlin, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe	
Zeitraum	April 2017 bis Ende 2023	
Ausschlusskriterien	1. Auslandsversicherte	
	2. Versicherte in Mitarbeiterkrankenversicherung der jeweiligen Krankenkasse	
	3. Versicherte, die Datennutzung für Forschung untersagt haben	
Anzahl Versicherter (Q2 2017 - Q4 2020)	Minimum (Q4 2017):	5.915.199
	Maximum (Q2 2020):	6.318.851
	Durchschnitt:	6.131.573
Anzahl Versicherter mit mindestens einem ambulanten Behandlungsfall (Q2 2017 - Q4 2023)	Minimum (Q2 2020):	4.277.149
	Maximum (Q1 2022):	4.875.732
	Durchschnitt:	4.630.518
Geschlecht (Q4 2023) (n=4.836.985)	Weiblich (inkl. divers)	2.608.416
	Männlich	2.228.569
Altersgruppe (Q4 2023) (n=4.836.985)	≤ 20 Jahre	917.768
	21 - 30 Jahre	515.241
	31 - 40 Jahre	642.956
	41 - 50 Jahre	558.222
	51 - 60 Jahre	746.449
	61 - 70 Jahre	672.694
	71 - 80 Jahre	418.084
	≥ 81 Jahre	365.571
Beschäftigungsstatus	Erwerbstätige	2.257.697

(Q4 2020*) (n=4.583.074)	(Angestellte/Arbeiter, Selbständige)	
	Nichterwerbstätige (Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Emigranten, Geflüchtete, Studierende)	1.058.856
	Rentner/Pensionäre	1.216.237
Wohnort (Q4 2023) (n=4.836.985)	Städtische Region	2.618.611
	Region mit Verstärkungsansätzen	1.569.695
	Ländliche Region	648.574

*Daten nur bis Ende 2020 vorliegend.

Tabelle 3: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen

KV-Regionen	alle Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen der KVen Berlin, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe	
Zeitraum	April 2017 bis Ende 2023	
Ausschlusskriterium	Facharztgruppen, die keine Videosprechstunden erbringen dürfen (z. B. Laborärzt:innen)	
Anzahl Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen (Q2 2017 - Q4 2023)	Minimum (Q2 2017):	32.130
	Maximum (Q4 2023):	35.587
	Durchschnitt:	34.044
Anzahl Behandlungsfälle (Q2 2017 – Q4 2023)	Minimum (Q1 2021):	21.050.229
	Maximum (Q1 2022):	27.943.834
	Durchschnitt:	25.548.676
Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht der Leistungserbringenden (Q4 2023) (n=26.614.904)	Weiblich (inkl. divers)	11.297.736
	Männlich	15.317.168
Anzahl Behandlungsfälle nach Altersgruppe der Leistungserbringenden (Q4 2023) (n=26.614.945)	≤ 40 Jahre	2.218.117
	41 - 50 Jahre	6.821.089
	51 - 60 Jahre	9.928.748
	≥ 61 Jahre	7.646.991
Anzahl Behandlungsfälle nach Versorgungsbereich* (Q4 2023) (n=26.614.941)	Hausärztliche Versorgung	12.626.526
	Fachärztliche Versorgung	1.507.550
	Psychotherapeutische Versorgung	12.480.865
Anzahl Behandlungsfälle nach Art der Praxis	selbständig in Einzelarztpraxis	11.271.382
	angestellt in Einzelarztpraxis	1.184.985
	selbständig in Berufsausübungsgemeinschaft	4.075.098

(Betriebsform und Anstellungstätigkeit) (Q4 2020**) (n=25.363.370)	angestellt in Berufsausübungsgemeinschaft	851.349
	selbständig in Praxisgemeinschaft	4.382.082
	angestellt in Praxisgemeinschaft	351.102
	selbständig in Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)	204.232
	angestellt in MVZ	2.809.844
	ermächtigte Ärzt:innen	233.296
Anzahl Behandlungsfälle nach Regionstyp des Praxisstandortes (Q4 2023) (n=26.614.929)	Städtische Region	14.519.038
	Region mit Verstärkeransätzen	8.245.742
	Ländliche Region	3.850.149

*Für eine Darstellung der Behandlungsfälle nach aggregierten Fachgruppen vgl. Anlage 1 (2.1).

**Daten nur bis Ende 2020 vorliegend.

Eine Zuordnung der berücksichtigten Behandlungsfälle nach aggregierten Facharztgruppen ist Anlage 1 (Tabelle 5) zu entnehmen.

Systematische Literaturrecherche (AP B)

Mit der genutzten Suchstrategie konnten 1.455 Treffer in Pubmed (vgl. Anlage 2, Tabelle 1) und 1.714 Treffer in Embase (vgl. Anlage 2, Tabelle 2) erzielt werden. Bei 491 dieser Treffer handelte es sich um Duplikate. Entsprechend wurden 2.678 Studientitel und -abstracts gescreent, wobei 2.641 dieser Studien ausgeschlossen wurden. Von den verbleibenden 61 Studien wurden 35 Studien im Volltextscreening ausgeschlossen, womit 26 Studien als relevant eingestuft wurden. Einen Überblick über den Selektionsprozess gibt das Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-Flussdiagramm in Abbildung 10.

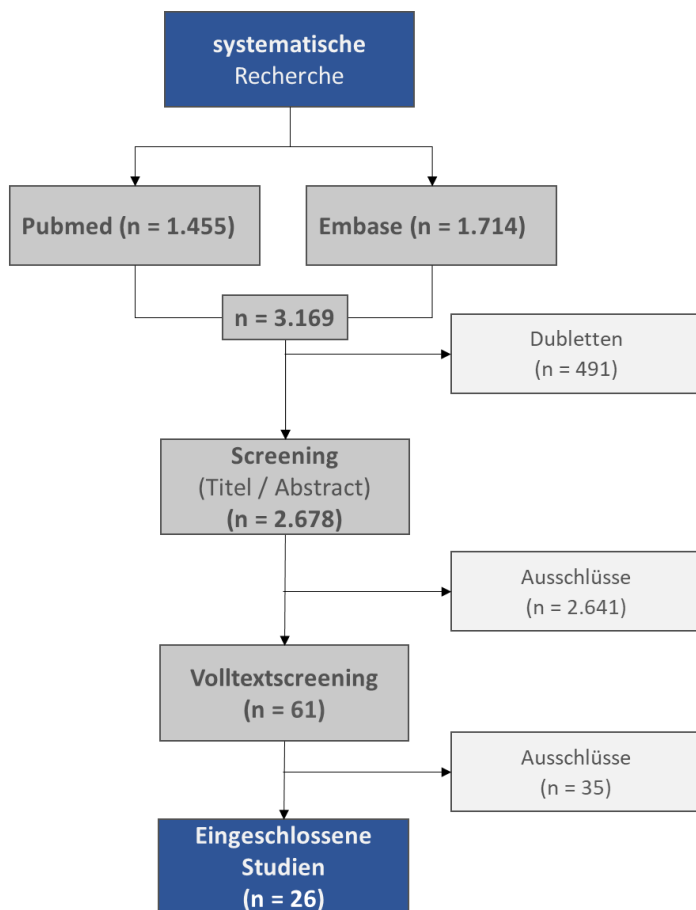


Abbildung 3: PRISMA-Flussdiagramm

Von den eingeschlossenen Studien hatten 13 Studien ein qualitatives Studiendesign (mehrheitlich Leitfadeninterviews), fünf Studien wiesen ein quantitatives Design auf (mehrheitlich standardisierte Befragungen); vier Studien waren Literaturarbeiten, drei Studien waren von Expert:innen entwickelte Leitfäden und eine Studie wies ein Mixed-Methods-Design auf. Die Studienherkunft war breit gestreut: USA (n=10), Deutschland (n=5), UK (n=5), Schweden (n=2), Israel (n=1), Australien (n=1), China (n=1), Dänemark (n=1). Weiterführende Details zu den eingeschlossenen Studien können Anlage 2 (Kapitel 2, Tabelle 3) entnommen werden.

Fokusgruppen (AP C)

Insgesamt wurden fünf Fokusgruppen mit Krankenkassenvertreter:innen sowie mit Leistungserbringenden und Patient:innen aus ländlichen und städtischen Regionen durchgeführt. In Summe nahmen 48 Personen an den Fokusgruppen teil.

Befragungen (AP D-F)

Tabelle 4: Befragungsteilnehmende versus Grundgesamtheit (Versicherte)

		Grundgesamtheit		Teilnehmende	
		absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit	absolute Häufigkeit	relative Häufigkeit
		4.940.741*	100 %	4.600**	100 %
Geschlecht n=4.239	Weiblich (inkl. divers)	2.500.814	50,6 %	2.370	55,9 %
	Männlich	2.439.927	49,4 %	1.869	44,1 %
Altersgruppe n=4.240	18 bis 29 Jahre	911.770	18,5 %	562	13,3 %
	30 bis 59 Jahre	2.629.478	53,2 %	2.205	52,0 %
	≥ 60 Jahre	1.320.362	26,7 %	1.473	34,7 %
Wohnort n=4.218	Berlin	1.289.577	26,1 %	1.173	27,8 %
	Westfalen-Lippe	2.368.888	47,9 %	1.661	39,4 %
	Mecklenburg-Vorpommern	432.195	8,7 %	700	16,6 %
	Schleswig-Holstein	850.081	17,2 %	684	16,2 %
Stadt- und Gemeindetyp des Wohnortes (aggregiert) n=4.186	Landgemeinde	<i>nicht verfügbar</i>		778	18,6 %
	Kleinstadt			761	18,2 %
	Mittelstadt			860	20,5 %
	Großstadt			1.787	42,7 %
Beschäftigungsstatus (aggregiert) n=4.180	Vollzeitbeschäftigt			1842	44,1 %
	Teilzeitbeschäftigt			847	20,3 %
	Nicht-berufstätig	1.491	35,7 %		

*Grundgesamtheit der Versicherten in Q4 2022, die bei den teilnehmenden Krankenkassen versichert waren und in den KV-Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe oder Schleswig-Holstein wohnten;

Quelle: von den beteiligten Krankenkassen übermittelt.

**4.600 Personen Befragungsteilnehmende; „n“ der Subgruppenanalysen variiert aufgrund fehlender Werte.

Ein Abgleich der Teilnehmenden versus der Angeschriebenen sowie weitere Details zur Studienpopulation der Versichertenbefragung (insbesondere gesundheitsbezogene Angaben) können Anlage 5 (2.1) entnommen werden. Von den 4.600 Versicherten, die an der Befragung teilgenommen haben, liegen verwertbare DCE-Antworten für 3.902 Personen vor (vgl. Anlage 6, 2.1).

Tabelle 5: Befragungsteilnehmende versus Grundgesamtheit (Leistungserbringende)

		Grundgesamtheit*		Teilnehmende		
		abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	Anteil an Grundgesamtheit
		34.095	100 %	5.930**	100 %	17,4 %
Geschlecht n=5.545	Weiblich (inkl. divers)	17.452	51,2 %	3.167	57,1 %	18,1 %
	Männlich	16.643	48,8 %	2.378	42,9 %	14,3 %
Altersgruppe n=5.538	bis 40 Jahre	3.538	10,4 %	749	13,5 %	21,2 %
	41 bis 50 Jahre	8.317	24,4 %	1.478	26,7 %	17,8 %
	51 bis 60 Jahre	11.979	35,1 %	1.952	35,2 %	16,3 %
	> 60 Jahre	10.261	30,1 %	1.359	24,5 %	13,2 %
Niederlassung in KV-Region n=5.539	KV Berlin	9.769	28,7 %	1.391	25,1 %	14,2 %
	KV Westfalen-Lippe	15.000	44,0 %	2.608	47,1 %	17,4 %
	KV Mecklenburg-Vorpommern	3.248	9,5 %	614	11,1 %	18,9 %
	KV Schleswig-Holstein	6.078	17,8 %	926	16,7 %	15,2 %

* Alle Mitglieder der beteiligten KVen in Q4 2023, die den Fachgruppen zugeordnet sind, die prinzipiell Videosprechstunden erbringen dürfen; Quelle: Abfrage bei den beteiligten KVen.

**5.930 Befragungsteilnehmende; „n“ der Subgruppenanalysen variiert aufgrund fehlender Werte.

Von den 5.930 Leistungserbringenden, die an der Befragung teilgenommen haben, liegen verwertbare DCE-Antworten für 5.184 Personen vor (vgl. Anlage 6, 2.2).

Tabelle 6: Weitere Angaben zu den Befragungsteilnehmenden (Leistungserbringende)

Merkmalsname	Ausprägung	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes n=5.525	Landgemeinde	372	6,7 %
	Kleinstadt	965	17,5 %
	Mittelstadt	1.411	25,5 %
	Großstadt	2.777	50,3 %
Versorgungsbereich n=5.531	Hausärztliche Versorgung	1.591	28,8 %
	Fachärztliche Versorgung	1.747	31,6 %
	Psychotherapeutische Versorgung	2.193	39,6 %
Erwerbsstatus* n=5.542	selbständig	4.421	79,8 %
	angestellt	1.161	20,9 %
	in einer Einzelpraxis	2.864	50,1 %

Unternehmensform* n=5.542	in einer Berufsausübungsgemeinschaft	1.526	26,7 %
	in einer Praxisgemeinschaft	807	14,1 %
	in einem MVZ	521	9,1 %

*Mehrfachnennungen möglich.

Für detaillierte Informationen zur (aggregierten) Fachgruppe der Teilnehmenden sowie für weitere Details zur Studienpopulation der Befragung der Leistungserbringenden vgl. Anlage 5 (2.2).

4.2 Projektergebnisse zu den Kernfragstellungen

Die im Folgenden dargestellten Projektergebnisse gliedern sich entlang der in Kapitel 1 vorgestellten Kernfragestellungen, die jeweils mit unterschiedlichen Arbeitspaketen/Methoden beantwortet wurden (vgl. auch Abbildung 1). Weiterführende detaillierte Ergebnisse können für die Routinedatenanalyse der Anlage 1 sowie Hüer et al. (2025), für die Fokusgruppendifkussionen der Anlage 3 und für die Befragung den Anlagen 5 und 6 sowie Kleinschmidt et al. (2025) und Kleinschmidt et al. (2026) entnommen werden.

4.2.1 Einsatz und Nutzergruppen der Videosprechstunde im Status Quo

1) *Wie wird die Videosprechstunde aktuell in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in der GKV eingesetzt?*

Einsatz der Videosprechstunde im Zeitverlauf (2. Quartal 2017 bis 2023)

In den Jahren 2017 bis 2019 spielte die Videosprechstunde nahezu keine Rolle in der ambulanten vertragsärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung. Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie stieg die Inanspruchnahme um ein Vielfaches an: Im ersten Quartal 2020 zeigte sich in allen betrachteten Regionen ein starker Anstieg. Vom ersten auf das zweite Quartal kam es dann etwa zu einer Versechsfachung der **Videokontakte**. Das zweite Quartal 2020 deckte den größten Zeitraum des ersten Lockdowns während der Covid-19-Pandemie ab. In den Sommermonaten ging die VS-Nutzung zurück und stieg dann im vierten Quartal wieder stark an. Diese parallele Entwicklung zum Covid-19-Infektionsgeschehen setzte sich auch 2022 weitgehend fort. Trotz erneuter Covid-19-Infektionswellen im Jahr 2022 kam es im Vergleich zum Vorjahr jedoch zu einem Rückgang der Videosprechstunden um etwa 25 % und von 2022 auf 2023 zu einem weiteren Rückgang um knapp 20 %. Vergleicht man bspw. das erste Quartal 2021 mit dem ersten Quartal 2023, zeigt sich eine Halbierung der Videosprechstunden. Hingegen wurden im vierten Quartal 2023 vergleichbar viele Videosprechstunden wie im vierten Quartal 2021 abgerechnet (vgl. Abbildung 4). Für Detailergebnisse zur Anzahl durchgeführter Videosprechstunden vor 2019 sowie zur Verteilung der Videokontakte nach Subgruppen der Leistungserbringenden vgl. Anlage 1 (2.2.2).

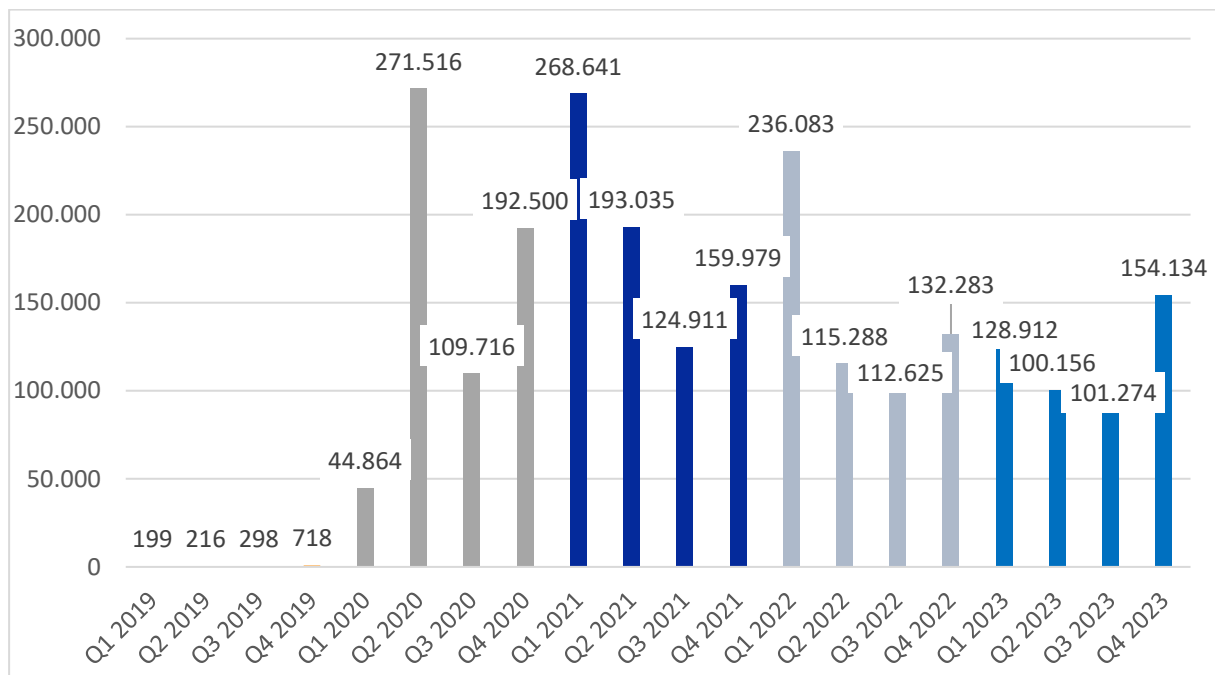


Abbildung 4: Anzahl durchgeführter Videosparchstunden

2019-2023, KV-Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, KV-Daten

Betrachtet man die Ebene der **Behandlungsfälle** und die Frage, in wie vielen **mindestens eine Videosparchstunde** durchgeführt wurde, bestätigt sich die für die einzelnen Videokontakte gezeigte grundsätzliche Entwicklung, die weitgehend das Covid 19-Infektionsgeschehen widerspiegelte; die Intensitäten der Zu- und Abnahmen unterscheiden sich jedoch zum Teil. Der auch für die einzelnen Videokontakte festgestellte Anstieg im vierten Quartal 2023 fiel auf Ebene der Behandlungsfälle mit mindestens einer Videosparchstunde beispielsweise deutlich extremer aus. Relevanter als die Betrachtung einzelner Videokontakte oder Behandlungsfälle ist jedoch die **Relation zum Leistungsgeschehen** insgesamt, da bei der initial kaum vorhandenen VS-Nutzung Anstiege schnell überschätzt werden können: Setzt man bspw. die Behandlungsfälle mit mindestens einer Videosparchstunde ins Verhältnis zu den insgesamt durchgeführten Behandlungsfällen, wurden selbst zu Hochzeiten der VS-Nutzung (Q2 2020) nur in 0,5 % aller Behandlungsfälle Videosparchstunden eingesetzt (vgl. Anlage 1, 2.2.3).

Auch eine Betrachtung auf Ebene der **Versicherten** zeigt ein ähnliches Bild. Setzt man die Versicherten, die im jeweiligen Quartal mindestens eine Videosparchstunde in Anspruch genommen haben, ins Verhältnis zu allen ambulanten Inanspruchnehmenden, ist der Anteil der VS-Nutzenden extrem gering. Im zweiten Quartal 2020 lag dieser bei nur 1 % (vgl. Abbildung 5 sowie Anlage 1, 2.3.1).

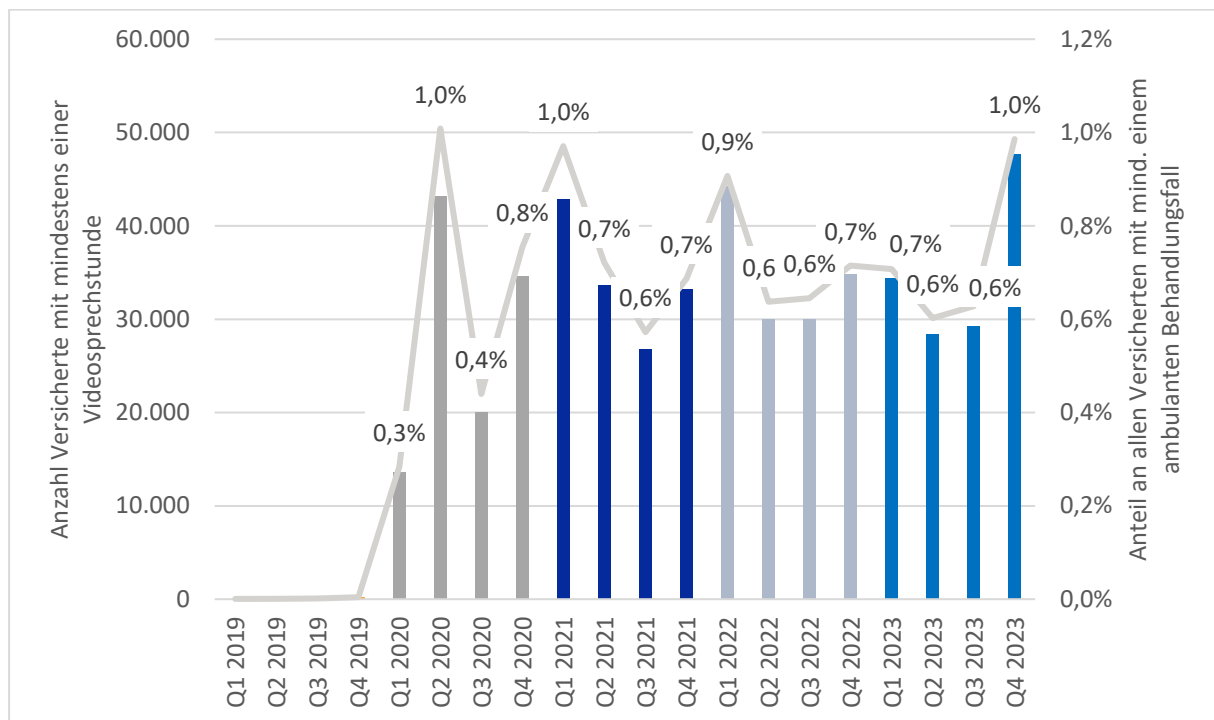


Abbildung 5: Versicherte mit mindestens einer Videosprechstunde

absolut und relativ, 2019-2023, KV-Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Kassendaten

Betrachtet man die Anzahl der Videosprechstunden je VS-Nutzendem, stellt man fest, dass bspw. im zweiten Quartal 2020 50 % der VS-Nutzenden (Median) maximal eine Videosprechstunde in Anspruch genommen haben. Der Mittelwert lag mit 2,5 deutlich höher, was darauf zurückzuführen ist, dass einige VS-Nutzende sehr viele Videosprechstunden in Anspruch genommen haben, wohingegen die Mehrheit eher wenige in Anspruch genommen hat; der Maximalwert lag bei 38 Videosprechstunden (vgl. Anlage 1, 2.3.2).

Zur ergänzenden Darstellung der VS-Nutzung bzw. des Angebotes über die Selbstauskünfte in den Befragungen vgl. Anlage 5.

Charakteristika der nutzenden Patient:innen

Im Folgenden werden die Charakteristika der VS-nutzenden Patient:innen mit denen der jeweiligen Grundgesamtheit verglichen. Weitere Detailergebnisse zur Routinedatenanalyse können Anlage 1 (2.3.1) und zur Befragung Anlage 5 (3.1.1.2) entnommen werden.

Altersgruppe

Verglichen mit der Altersverteilung der ambulanten Inanspruchnehmenden, die in Abbildung 6 im rechten Balken am Beispiel des vierten Quartals 2023 dargestellt sind, fällt sowohl für 2020 als auch für 2023 auf, dass Videosprechstunden überproportional häufig von Versicherten im jungen bis mittleren Alter (20-40 Jahre) genutzt wurden. Während 2020 die 31- bis 40-Jährigen noch die größte Gruppe unter den VS-Nutzenden darstellten, waren es 2023 die 21- bis 30-Jährigen.

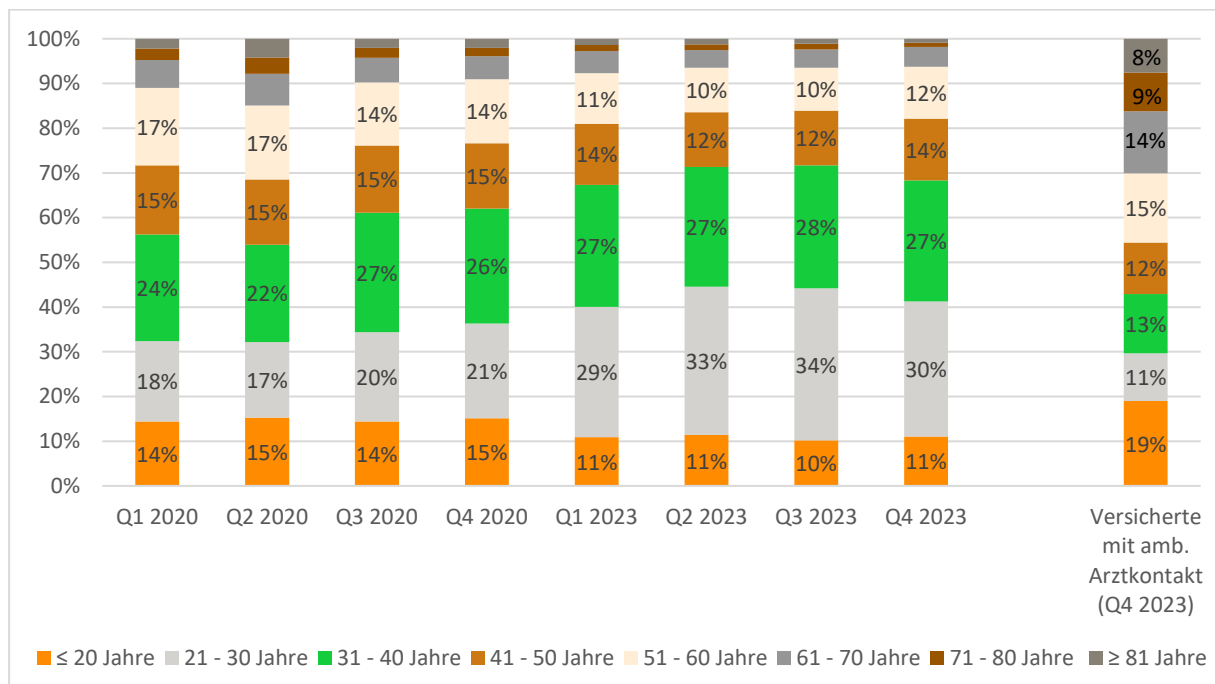


Abbildung 6: Versicherte mit mindestens einer Videosprechstunde nach Altersgruppen (2020, 2023) vs. ambulante Inanspruchnehmende (Q4 2023)

Chi²-Tests zur Untersuchung einer Abhängigkeit der VS-Nutzung von Altersgruppen zeigten in allen analysierten Quartalen einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit p-Werten <0,001. Eine ergänzende Betrachtung des Chancenverhältnisses (Odds Ratio) der Altersgruppen mit den meisten versus wenigsten VS-Nutzenden (bezogen auf den Anteil der Versicherten mit mindestens einer Videosprechstunde an allen Versicherten der jeweiligen Gruppe) zeigte mittlere bis starke Effekte auf (OR zwischen 3,3 (Q1 2020) und 11,49 (Q3 2023)) (vgl. Anlage 1, Tabelle 20). Auch in der Befragung bestätigte sich dieses Bild weitgehend (Chi²=51,67, p<0,001; Cramérs V=0,11) (vgl. Anlage 6, Tabelle 34).

Geschlecht

Während 2020 noch mehr Frauen als Männer Videosprechstunden nutzten (66 % vs. 34 %; Referenz Q4 2023: 46 % vs. 54 %), hat sich das Verhältnis 2023 an die Verteilung in der Grundgesamtheit angeglichen (42 % vs. 58 %; Referenz Q4 2023: 46 % vs. 54 %). Chi²-Tests zur Untersuchung einer Abhängigkeit der VS-Nutzung vom Geschlecht zeigten zwar in allen Quartalen einen statistisch signifikanten Zusammenhang auf (p<0,001); allerdings zeigte die Betrachtung der Effektmaße (sowohl Cramérs V (0,01-0,02) als auch Odds Ratios (1,19-1,63)) keine oder nur sehr kleine Effekte (vgl. Anlage 1, Tabelle 20). In der Befragung war dies auf Basis der Selbstauskünfte zur VS-Nutzung vergleichbar (vgl. Anlage 6, Tabelle 34).

Beschäftigungsstatus

Verglichen mit der Verteilung des Beschäftigungsstatus in der Grundgesamtheit, nutzten Erwerbstätige Videosprechstunden überproportional häufiger (68 % vs. 50 % in Q4 2020) als Rentner (11 % vs. 17 % in Q4 2020) (Q4 2020: Cramérs V=0,04; OR=3,47). An dieser Stelle ist jedoch zu betonen, dass die Begründung dafür vermutlich in der Altersstruktur zu finden ist. Abweichungen bei den Nichterwerbstätigen zum Anteil in der Grundgesamtheit waren kaum vorhanden (vgl. Anlage 1, Tabelle 20).

Regionstyp des Wohnortes

Sowohl 2020 als auch 2023 handelte es sich bei VS-Nutzenden im Vergleich zur Grundgesamtheit häufiger um Versicherte mit einem städtischen Wohnort (70 % vs. 54 % in Q4 2023). Versicherte aus Regionen mit Verstärkeransätzen (21 % vs. 32 %) und aus ländlichen Regionen (8 % vs. 13 %) waren deutlich seltener unter den VS-Nutzenden vertreten. Chi²-Tests zur Untersuchung einer Abhängigkeit vom Regionstyp des Wohnortes zeigten in allen Quartalen einen statistisch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$). Eine ergänzende Betrachtung der Odds Ratios des Regionstyps mit den meisten versus wenigsten VS-Nutzenden zeigte kleine bis mittlere Effekte (OR zwischen 2,07 (Q1 2020) und 2,8 (Q3 2021)) (vgl. Anlage 1, Tabelle 20). In der Befragung bestätigte sich dieses Bild ($\text{Chi}^2=55,22$, $p < 0,001$; Cramérs $V=0,12$) (vgl. Anlage 6, Tabelle 34).

Charakteristika der anbietenden Ärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen

Im Folgenden werden die Charakteristika der VS-anbietenden Leistungserbringenden dargestellt und mit der Grundgesamtheit verglichen. Weitere Detailergebnisse zur Routinedatenanalyse können Anlage 1 (2.2.3) und zur Befragung Anlage 5 (3.2.1) entnommen werden.

Altersgruppe

Behandlungsfälle mit Videosprechstunden wurden häufiger von jüngeren (≤ 50 Jahre) Leistungserbringenden durchgeführt. Wie bereits für die Versicherten beschrieben, nahm die VS-Nutzung der jüngeren Leistungserbringenden über den Zeitverlauf zu. Während der Covid-19-Pandemie wurden 12 % der Behandlungsfälle mit Videosprechstunde von Leistungserbringenden unter 40 Jahren durchgeführt, 2023 waren es schon 16 % (Referenz 2023: 8 %). In dem Verhältnis sank der Anteil der VS-Behandlungsfälle, die von älteren Leistungserbringenden über 60 Jahren erbracht wurden von 22 % auf 18 % (Referenz 2023: 29 %). Bei den mittleren Altersgruppen gab es nahezu keine Abweichungen von der Verteilung in der Grundgesamtheit sowie keine Veränderungen über die Zeit (vgl. Abbildung 7).

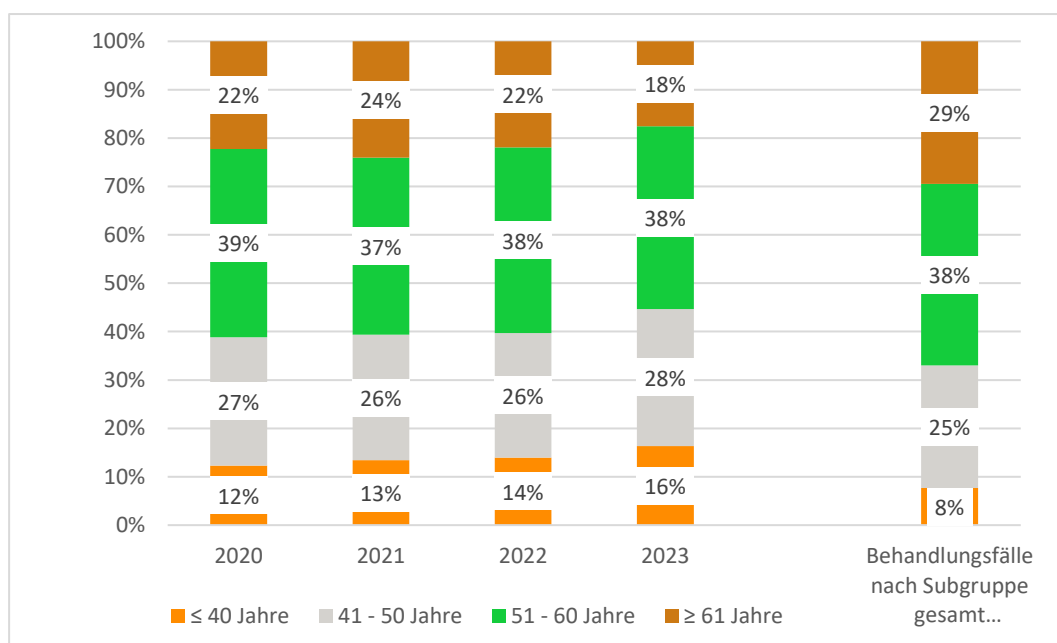


Abbildung 7: Verteilung der Behandlungsfälle mit mindestens einer Videosprechstunde nach Altersgruppen der Leistungserbringenden (2020-2023) vs. Verteilung aller Behandlungsfälle nach Altersgruppen (2023)

Chi²-Tests zeigten in allen analysierten Jahren einen statistisch signifikanten Zusammenhang auf ($p < 0,001$). Eine ergänzende Betrachtung der Odds Ratios der Altersgruppen mit den meisten versus wenigsten VS-Nutzenden (bezogen auf den Anteil der VS-Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen der jeweiligen Gruppe) zeigte kleine bis mittlere Effekte (OR zwischen 2,35 (2021) und 3,61 (2023)) (vgl. Anlage 1, Tabelle 10). Die Ergebnisse der Befragung bestätigten diesen Zusammenhang ($\text{Chi}^2=59,31$, $p < 0,001$, Cramérs $V=0,10$) (vgl. Anlage 5, Tabelle 98).

Geschlecht

VS-Behandlungsfälle wurden im Vergleich zu den Anteilen in der Grundgesamtheit nur geringfügig häufiger von Frauen durchgeführt, wobei über die Jahre eine Angleichung an die Verteilung der Grundgesamtheit erfolgte. Die durchgeführten Chi²-Tests zur Untersuchung einer Abhängigkeit des VS-Angebotes vom Geschlecht der Leistungserbringenden zeigten zwar in allen analysierten Jahren einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit p-Werten $< 0,001$ auf; allerdings zeigte die Betrachtung der Effektmaße (sowohl Cramérs V als auch Odds Ratios (1,07-1,32)) keine oder nur sehr kleine Effekte (vgl. Anlage 1, Tabelle 10). In der Befragung wurde auf Basis der Selbstauskünfte jedoch abweichend eine sowohl signifikante als auch relevante Abhängigkeit ermittelt ($\text{Chi}^2=233,22$, $p < 0,001$, Cramérs $V=0,21$): Frauen gaben in der Befragung häufiger an, Videosprechstunden anzubieten, als männliche Kollegen (47 % vs. 27 %) (vgl. Anlage 5, Tabellen 98 und 99).

Regionstyp des Praxisstandortes

Bei der Betrachtung der Verteilung der VS-Behandlungsfälle auf die Regionstypen des Praxisstandortes fällt wie bei der Betrachtung auf Versichertenebene auf, dass VS-Behandlungsfälle häufiger von Leistungserbringenden aus städtischen Regionen (65 % vs. 54 % in 2023) als aus Regionen mit Verstärkeransätzen (25 % vs. 31 %) oder ländlichen Regionen (10 % vs. 15 %) durchgeführt wurden. Chi²-Tests zeigten in allen analysierten Jahren einen statistisch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$). Eine ergänzende Betrachtung der Odds Ratios der Regionstypen mit den meisten versus wenigsten VS-Nutzenden zeigte für alle Jahre einen kleinen Effekt (1,81-2,51) (vgl. Anlage 1, Tabelle 10). Auch in der Befragung wurde deutlich, dass regionale Unterschiede im VS-Angebot bestehen und in Landgemeinden weniger Videosprechstunden angeboten werden als in Großstädten (Stadt- und Gemeindetyp: $\text{Chi}^2=131,92$, $p < 0,001$, Cramérs $V=0,16$) (vgl. Anlage 5, Tabelle 98).

Facharztgruppe

Während 2020, also in der akuten Covid-19-Krisensituation, noch die psychologischen Psychotherapeut:innen die meisten VS-Behandlungsfälle durchführten, sank die absolute Anzahl dieser Fachgruppe deutlich in den Jahren 2022 und 2023 und die von Hausärzt:innen durchgeführten VS-Behandlungsfälle stiegen in diesen Jahren deutlich an. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (K. u. J.) erbrachten auch eine relevante Anzahl an VS-Behandlungsfällen, wobei bei diesen, analog zu den psychologischen Psychotherapeut:innen, die Anzahl über die Jahre sank. Berücksichtigt man jedoch die extrem unterschiedliche Anzahl an Behandlungsfällen, die insgesamt auf die Fachgruppen entfallen, stellt sich ein anderes Bild dar. Zwar steigt der Anteil an VS-Behandlungsfällen der Hausärzt:innen an all ihren Behandlungsfällen von 2020 auf 2023, dennoch ist ihr Anteil mit 0,4 % (2023) nach wie vor verschwindend gering. In Relation zu allen Behandlungsfällen einer Fachgruppe sind die psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen mit Abstand führend bei den durchgeführten

Videosprechstunden. Aber auch hier zeigt sich in den Jahren 2022 und 2023 ein Abfall der Kurven (vgl. Abbildung 7).

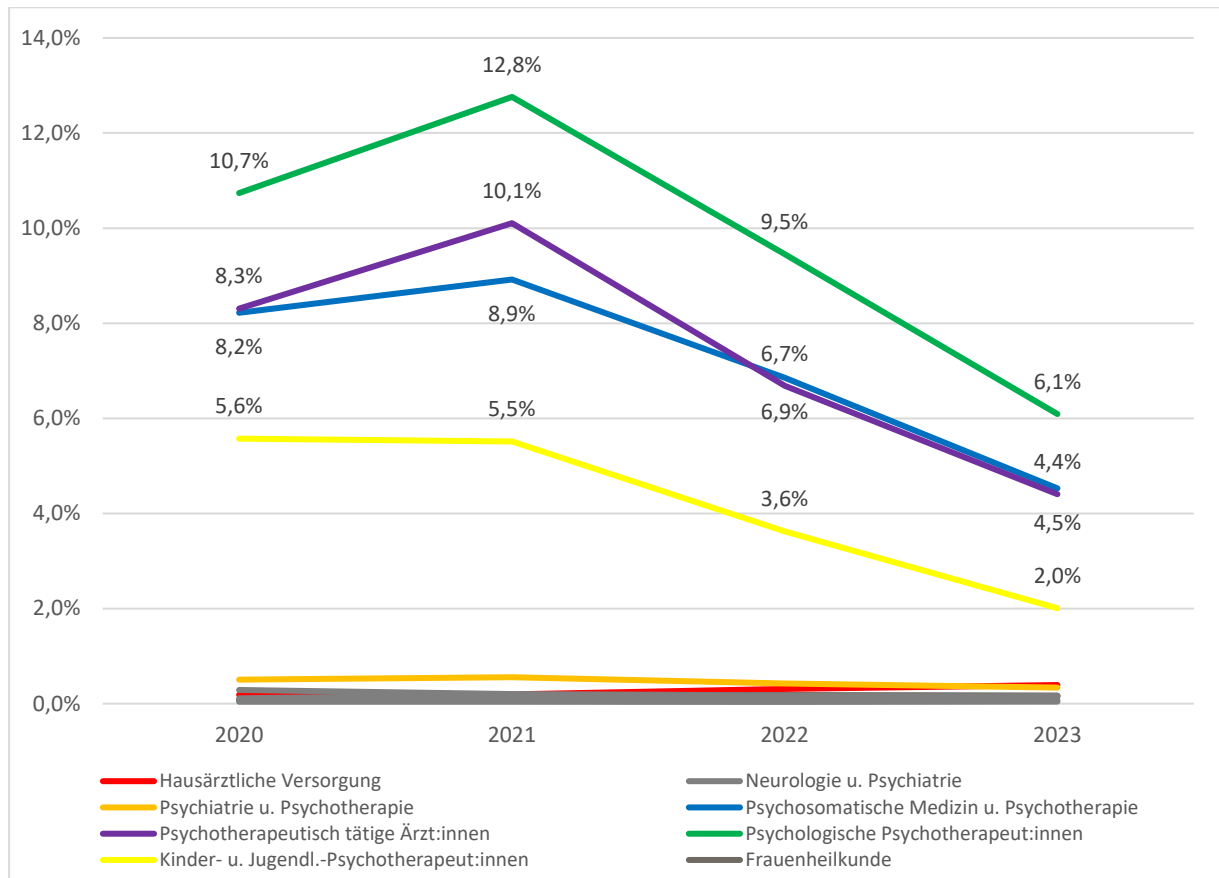


Abbildung 8: Anteil der VS-Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen der Fachgruppe

*2020-2023, KV-Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe

Chi²-Tests zeigten in allen Jahren einen statistisch signifikanten Zusammenhang ($p < 0,001$). Die großen Unterschiede nach Fachgruppen wurden auch durch starke Effekte (Odds Ratios) bestätigt (z. B. 2021 psychologische Psychotherapeut:innen vs. Chirurg:innen 350,47). In der Befragung der Leistungserbringenden zeigte sich ebenfalls ein starker signifikanter Zusammenhang mit dem Versorgungsbereich (hausärztlich, psychotherapeutisch, fachärztlich; $\text{Chi}^2 = 1840,29$, $p < 0,001$, Cramérs $V = 0,58$) (vgl. Anlage 1, Tabelle 10). Auch im Rahmen der Versichertenbefragung wurde erhoben, bei welchen Facharztgruppen die Videosprechstunde bisher in Anspruch genommen wurde; die Ergebnisse bestätigten die genannten Punkte weitgehend (vgl. Anlage 5, Tabelle 98).

Einsatzgebiete und Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

Indikationen

Eine Analyse der ICD-Codes, die in den Behandlungsfällen mit ausschließlich Videosprechstunden kodiert wurden, zeigte für das Jahr 2020, dass sechs der zehn führenden ICD-Codes dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen zuzuordnen waren. Führend war der ICD-Code F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen), gefolgt von F32 (Depressive Episode). Auf Platz drei lag J06 (Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege). Neben weiteren Erkrankungen auf dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen gehörten zu den TOP 10-Diagnosen

außerdem Rückenschmerzen (M54), Essentielle (primäre) Hypertonie (I10) sowie Krankheiten mit unklarer Ätiologie (U07); dieser Code wurde insbesondere bei durchgeführten Covid-19-Tests kodiert. Insofern spiegeln die in Behandlungsfällen mit ausschließlich Videosprechstunden kodierten ICD-Codes einerseits die vorwiegende VS-Nutzung durch psychotherapeutische Fachgruppen wider und andererseits das Krankheitsgeschehen in der Covid-19-Pandemie. Für eine Darstellung nach Fachgruppen vgl. Anlage 1 (Tabelle 13).

Versorgungsanlässe/Leistungen

Eine Analyse der Leistungen, die als Videokontakt erbracht wurden, bestätigte den psychotherapeutischen Schwerpunkt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur ausgewählte Leistungen als Videokontakt abgerechnet werden können, da ein großer Anteil des Leistungsgeschehens pauschaliert vergütet wird, sodass hier nicht explizit zu erkennen ist, welche Leistungen in einer Videosprechstunde durchgeführt wurden. Den mit Abstand größten Anteil der 2020 per Video erbrachten Leistungsbereiche nahm die antragspflichtige Einzelpsychotherapie ein (55 %), gefolgt von Gesprächsleistungen (30 %) und weiteren psychotherapeutischen Leistungen (15 %). Innerhalb der Gruppe der antragspflichtigen Einzelpsychotherapie gehörten 54 % der Leistungen zur Verhaltenstherapie, 30 % zur tiefenpsychologisch fundierten Therapie und 16 % zur analytischen Psychotherapie. Betrachtet man die mit 30 % zweitgrößte Gruppe der Gesprächsleistungen genauer, zeigt sich, dass auch hier 80 % psychiatrische/psychotherapeutische/neurologische Gespräche waren und nur 19 % der Gespräche den Haus- oder Kinderärzt:innen zuzuordnen waren. Eine detaillierte Auflistung aller GOP, die 2020 als Videokontakt abgerechnet wurden, u. a. nach Fachgruppen, kann Anlage 1 (2.2.5, Tabellen 15 und 16) entnommen werden.

Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

Videosprechstunden wurden im Jahr 2020 in 88 % der betrachteten Behandlungsfälle mit Videosprechstunden als Ergänzung zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt eingesetzt (vgl. Anlage 1, Tabelle 11). Die Entwicklung in den Jahren 2021 bis 2023 kann nur auf Basis der Behandlungsfälle in den KV-Regionen Berlin und Westfalen-Lippe berichtet werden. Hier zeigte sich, dass die ausschließliche VS-Nutzung in einem Behandlungsfall über die Jahre deutlich zunahm (2021: 20 %, 2022: 28 %, 2023: 40 %). 2023 erfolgte also bereits in 40 % aller VS-Behandlungsfälle kein ergänzender Arzt-Patienten-Kontakt (vgl. Anlage 1, Tabelle 12).

4.2.2 Präferenzen für den Einsatz der Videosprechstunde

4.2.2.1 Versicherte/Patient:innen

2a) Welche Präferenzen haben Versicherte/Patient:innen für den VS-Einsatz?

Detailergebnisse zur Befragung, insbesondere zu Subgruppenanalysen, können Anlage 5 (3.1) und 6 (3.1) entnommen werden.

Personengruppen, die von Videosprechstunden profitieren könnten, und/oder bereit sind, diese zu nutzen

Als eher geeignet bzw. profitierend von der Videosprechstunde wurden in der **Literaturrecherche** Familien bzw. Eltern (Powell et al., 2017), Kinder und Jugendliche (Chudner et al., 2019; Cowan et al., 2019; Ray et al., 2017), Personen aus ländlichen Regionen (Powell et al., 2017) sowie ältere Personen (Thiyagarajan et al., 2020; Mittmann et al., 2020; Kung et al.,

2016) und solche, die in Pflegeeinrichtungen leben (Kung et al, 2016), identifiziert. Dabei wurden jedoch zum Teil unterschiedliche Perspektiven eingenommen. So wurden einerseits aus der Perspektive der Versicherten solche Personengruppen beschrieben, die besonders vom VS-Angebot profitieren könnten und zum anderen solche, die eher an der Nutzung interessiert sein könnten. Diese Perspektiven sind jedoch nicht deckungsgleich, was insbesondere bei der Gruppe der älteren Personen in einem geteilten Meinungsbild in der Literatur deutlich wurde (Ghaneirad et al., 2021; Donaghy et al., 2019; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016) (vgl. Anlage 2). Ergänzend wurden in den **Fokusgruppen** mit Versicherten pflegende Angehörige und Menschen mit seltenen Erkrankungen als von der Videosprechstunde profitierend angeführt (vgl. Anlage 3).

Hinsichtlich der Nutzungsbereitschaft zeigten die **Befragungsergebnisse**, dass 75 % der befragten Versicherten sich grundsätzlich vorstellen könnten, die Videosprechstunde zu nutzen. Es zeigte sich ein deutlicher Altersgradient zu Gunsten jüngerer Altersgruppen ($\chi^2=303,40$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,27$) (vgl. Abbildung 9) (vgl. Anlage 5, Tabellen 40 und 41).

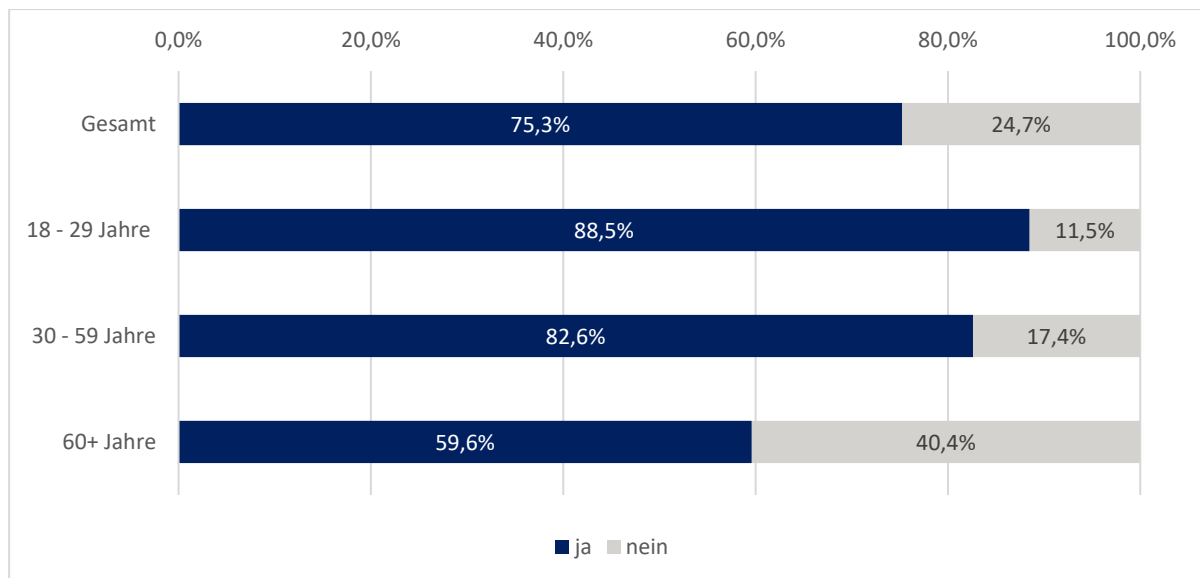


Abbildung 9: Grundsätzliche Bereitschaft zur VS-Nutzung nach Altersgruppen (Versicherte)

Geeignete Indikationen bzw. Facharztgruppen

Aus Versicherten- bzw. Patientenperspektive wurden in der **Literaturrecherche** chronische Erkrankungen wie Parkinson (Mammen et al., 2018; Donaghy et al., 2019), psychische Erkrankungen (Donaghy et al., 2019; Christensen et al., 2020) und akute Erkrankungen wie Hautausschläge, Magen-Darm-Infekte sowie Kopfschmerzen (Mittmann et al., 2020) als geeignet für Videosprechstunden herausgestellt. Als weniger geeignet wurden Erkrankungen aus den Bereichen Onkologie, Orthopädie, Urologie und Kardiologie genannt (Mittmann et al., 2020) (vgl. Anlage 2). Ergänzend wurden in den **Fokusgruppen** mit Versicherten Angsterkrankungen, das Fatigue-Syndrom, Multiple Sklerose und chronische Darmerkrankungen als geeignet angeführt. Als explizit ungeeignet wurden Schizophrenien und wahnhaftige Störungen genannt (vgl. Anlage 3).

In der **Versichertenbefragung** wurde nicht explizit nach geeigneten Indikationen gefragt, sondern danach, bei welchen Ärzt:innen die Versicherten Videosprechstunden in Anspruch nehmen würden (vgl. Anlage 5, Tabelle 42). Am häufigsten wurden Hausärzt:innen genannt (89 %

der Fälle), gefolgt von Psychotherapeut:innen (38 %), Chirurg:innen (für prä- und postoperative Beratungen) (35 %) und Dermatolog:innen (32 %). Bei der Nachfrage nach Videosprechstunden mit Hausärzt:innen gab es eine signifikante und relevante Abhängigkeit von der Altersgruppe ($\text{Chi}^2=94,39$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,15$, Jüngere wünschten sich dies häufiger) und dem Beschäftigungsstatus ($\text{Chi}^2=133,77$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,18$, häufiger Voll- und Teilzeitbeschäftigte) (vgl. Anlage 5, Tabelle 43). Personen mit VS-Erfahrung äußerten eine Nachfrage nach Videosprechstunden in der psychotherapeutischen Versorgung signifikant häufiger (58 %) als Personen, die noch nie Videosprechstunden genutzt haben (33 %) ($\text{Chi}^2=77,08$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,13$) (vgl. Anlage 5, Tabelle 48). Auch hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang mit den Altersgruppen ($\text{Chi}^2=273,41$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,25$; Jüngere wünschten sich dies häufiger) (vgl. Anlage 5, Tabellen 46 und 47).

Geeignete Versorgungsanlässe

In der **Literaturrecherche** wurden orientierende erste Kontaktaufnahmen (Ray et al., 2017; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016), Verlaufskontrollen (Donaghy et al., 2019; Ray et al., 2017; Kung et al., 2016), Verordnung und/oder Prüfung von Medikamenten oder Heilmitteln (Donaghy et al., 2019; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016), Ausstellen von Überweisungen (Mittmann et al., 2020), Beratungs-/Aufklärungstermine (Mittmann et al., 2020) sowie die Besprechung von Untersuchungsergebnissen (Donaghy et al., 2019) als geeignet eingestuft. Beim Veranlassen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) zeigte sich ein unklares Bild (Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016); auch hier hing die Einschätzung maßgeblich davon ab, ob es die reinen Präferenzen der Versicherten waren oder die Einschätzung von Versicherten zu geeigneten Versorgungsanlässen. Als nicht geeignet wurde die Übermittlung schlechter Nachrichten genannt (Donaghy et al., 2019; Powell et al., 2017; Müller et al., 2020) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** mit Versicherten wurde die Veranlassung von AU-Bescheinigungen hingegen durchweg positiv eingeschätzt; außerdem Verordnungen, Beratungstermine, Besprechung von Untersuchungsergebnissen, Verlaufskontrollen sowie Therapieeinleitungen. Unklar war das Bild in Bezug auf die Diagnostik. Erstkontakte zu Leistungserbringenden wurden als ungeeignet eingeschätzt (vgl. Anlage 3).

Die **befragten** Versicherten mit VS-Erfahrung empfanden das Ausstellen von Rezepten, Verordnungen oder Überweisungen (88 %), AU-Bescheinigungen (84 %), die Besprechung von Untersuchungsergebnissen (86 %) sowie die Einleitung bzw. Planung einer Therapie (69 %) als (sehr) gut geeignete Versorgungsanlässe im Rahmen einer Videosprechstunde. Unter den psychotherapeutischen Versorgungsanlässen wurden psychotherapeutische Einzelgespräche von 54 % als (sehr) gut geeignet angesehen, und Gruppensitzungen, wie sie z. B. im psychotherapeutischen Setting stattfinden können, wurden von 52 % als (sehr) gut geeignet betrachtet. Als eher ungeeignet wurden Kontrolltermine (36 %) sowie die Diagnosestellung (30 %) angesehen. Personen, die in den letzten 12 Monaten Psychotherapie in Anspruch genommen haben, schätzten psychotherapeutische Einzelgespräche als geeigneter für die Erbringung via Video ein, als Personen, die keine Psychotherapie in Anspruch genommen haben ($\text{Chi}^2=16,94$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,27$). Die Bewertung aller Versicherten, ungeachtet ihrer VS-Erfahrung, findet sich in Anlage 5 (3.1.4).

Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

In den **eingeschlossenen Studien** wurde der ausschließliche VS-Einsatz aus Perspektive von Versicherten skeptisch gesehen und eine ergänzende Nutzung zu persönlichen Arzt-Patienten-

Kontakten als sinnvoll erachtet (Ray et al., 2017; Powell et al., 2017; Müller et al., 2020) (vgl. Anlage 2). Diese Einschätzung deckt sich mit den Ergebnissen aus den mit Versicherten durchgeführten **Fokusgruppen**. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass Videosprechstunden die Notwendigkeit der Barrierefreiheit in Praxen nicht aushebeln dürften (vgl. Anlage 3).

Ausgestaltung der Videosprechstunde (Ergebnisse des DCE)

Das Bayesianische gemischte Modell erreichte eine Trefferrate von 76,1 % (vgl. Anlage 6, 3.1.2.1). Im DCE erwies sich die Wartezeit bis zur Videosprechstunde als wichtigstes Attribut für die befragten Versicherten (mittlere Wichtigkeit = 41,8 %). Ebenfalls von Bedeutung war, dass die Gesprächsdauer zeitlich unbegrenzt ist (23,8 %) (vgl. Anlage 6, Tabelle 6). Bei Betrachtung der Präferenzen nach Stadt-/Gemeindetyp zeigten sich keine relevanten Unterschiede (vgl. Anlage 6, 3.1.2.2-3.1.2.5).

Die Analyse möglicher Interaktionseffekte ergab, dass insbesondere die VS-Erfahrung einen relevanten Einfluss auf die Wahlentscheidung der Befragten hatte: Personen mit VS-Erfahrung hatten eine höhere Präferenz, zeitnah einen Termin zu erhalten und ihnen war zudem die freie Arztwahl wichtiger (vgl. Anlage 6, Tabelle 8). Weitergehende Informationen zu den Präferenzen zur Ausgestaltung der Videosprechstunde der Versicherten können Anlage 6 (3.1) entnommen werden.

4.2.2.2 Leistungserbringende

2b) Welche Präferenzen haben Leistungserbringende für den VS-Einsatz?

Detailergebnisse zur Befragung, insbesondere zu Subgruppenanalysen können Anlage 5 (3.2) und 6 (3.2) entnommen werden.

Bereitschaft von Leistungserbringenden zum Angebot der Videosprechstunde

80 % der **befragten** Leistungserbringenden gaben an, sich grundsätzlich vorstellen zu können, Videosprechstunden anzubieten (vgl. Anlage 5, Tabelle 109). Einfluss auf die Angebotsbereitschaft hatten der Versorgungsbereich ($\text{Chi}^2=313,47$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,24$; 92 % im psychotherapeutischen vs. 73 % im hausärztlichen und 71 % im fachärztlichen Bereich), die Altersgruppe ($\text{Chi}^2=175,30$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,18$; Bereitschaft sinkt mit zunehmendem Alter) sowie das Geschlecht der Leistungserbringenden ($\text{Chi}^2=99,85$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,14$; Frauen häufiger als Männer) (vgl. Anlage 5, Tabellen 110-114).

Personengruppen, die von Videosprechstunden profitieren könnten

In der **systematischen Literaturrecherche** wurden ebenfalls Studien identifiziert, die aus Perspektive von Leistungserbringenden, Aussagen zur Eignung bestimmter Personengruppen für Videosprechstunden getroffen haben bzw. dazu, welche Gruppen besonders von Videosprechstunden profitieren könnten. Danach wurden Videosprechstunden als besonders geeignet für Personen aus ländlichen Regionen (Gros et al., 2013; Cowan et al., 2020), ältere Personen (Cowan et al., 2020), Personen, die in Pflegeeinrichtungen leben (Newbould et al., 2021; Kung et al., 2016), Personen mit körperlichen Einschränkungen (Cowan et al., 2020), Kinder und Jugendliche (Kocsis et al., 2017; Cowan, 2019) sowie Familien bzw. Eltern (Björndell & Premberg, 2021) eingestuft. Bei älteren Personen gab es jedoch auch Studien, die dies gegenteilig einschätzten (Cowan et al., 2019; Müller et al., 2020; Randhawa et al., 2019; Gomez et al., 2021). Als eher ungeeignet für Videosprechstunden wurden Personen mit einer

Vorgeschichte von Gewalttätigkeit oder selbstverletzendem Verhalten (Gros et al., 2013), mit Hör- oder Sehbehinderungen (Cowan et al., 2019), mit kognitiven Beeinträchtigungen (Cowan et al., 2019) sowie unbekannte Patient:innen (Björndell & Premberg, 2021) eingestuft (vgl. Anlage 2). Ergänzend wurden in den **Fokusgruppen** pflegende Angehörige genannt (vgl. Anlage 3).

In der **Befragung** der Leistungserbringenden wurde gefragt, ob sie es für sinnvoll halten, Videosprechstunden mit Kindern (bis 13 Jahren) und/oder Jugendlichen (ab 14 Jahren) durchzuführen. Insgesamt stufen Leistungserbringende mit VS-Erfahrung Videosprechstunden mit Kindern und/oder Jugendlichen eher als sinnvoll ein als Leistungserbringende ohne VS-Erfahrung ($\chi^2=717,80$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,36$). 58 % der Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung hielten Videosprechstunden erst bei Jugendlichen für geeignet. Nur 26 % hielten diese sowohl für Kinder als auch für Jugendliche für geeignet und rund 16 % hielten Videosprechstunden weder für Kinder noch für Jugendliche für geeignet. Auswertungen nach kinder- und jugendmedizinisch tätigen Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung nach ihrem Versorgungsbereich zeichneten ein deutlich positiveres Bild (vgl. Tabelle 7 und Anlage 7, 2.1.2).

Tabelle 7: Einschätzung von Kinder- und Jugendmediziner:innen mit VS-Erfahrung zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen

Kinder- und Jugendmediziner:innen (hausärztlich):	Kinder- und Jugendmediziner:innen (fachärztlich):	Psychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche
<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 4 %	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 0 %	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 2 %
nur mit Jugendlichen: 22 %	nur mit Jugendlichen: 20 %	nur mit Jugendlichen: 45 %
mit Jugendlichen und Kindern: 74 %	mit Jugendlichen und Kindern: 80 %	mit Jugendlichen und Kindern: 53 %

Geeignete Indikationen

Die in der **Literaturrecherche** eingeschlossenen Studien aus Perspektive von Leistungserbringenden führten mehrheitlich psychische Erkrankungen wie bspw. Angststörungen (Kocsis et al., 2017; Jiwa & Meng, 2013; Gros et al., 2013; Cowan et al., 2020; Björndell & Premberg, 2021), Depressionen (Christensen et al., 2020; Randhawa et al., 2019; Jiwa & Meng, 2013; Gros et al., 2013) und Suchterkrankungen (Shore et al., 2018; Gros et al., 2013) als geeignet an. Auch chronische somatische Erkrankungen wie Diabetes wurden genannt (Gomez et al., 2021; Frielitz et al., 2020; Donaghy et al., 2019). Zudem äußerte sich eine Studie positiv zu Hautausschlägen (Björndell & Premberg, 2021). Als nicht geeignet wurden folgende Diagnosen angeführt: Psychosen (Kocsis et al., 2017; Cowan et al., 2019), Persönlichkeitsstörungen (Kocsis et al., 2017), Essstörungen (Gros et al., 2013), Posttraumatische Belastungsstörungen (Gros et al., 2013), Alkoholabhängigkeit (Jiwa & Meng, 2013), schwere psychische Erkrankungen / nicht stabile Patient:innen (Björndell & Premberg, 2021) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** wurden ergänzend Zwangsstörungen, akute Migräneanfälle, Magen-Darm-Infekte, grippale Infekte sowie dermatologische Erkrankungen als grundsätzlich geeignet eingestuft (vgl. Anlage 3).

Die Leistungserbringenden wurden in der **Befragung** gefragt, ob sie sich bei ausgewählten Indikationen vorstellen können, dass Teile der ärztlichen Versorgung auch in Form von Videosprechstunden erbracht werden können. Die Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung gaben an, dass insbesondere im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen ein Potenzial für den VS-Einsatz besteht. In diesem Bereich wurden am häufigsten nichtorganische Schlafstörungen (Zustimmung von 65 % der Antwortenden), affektive Störungen (56 %), Angststörungen (55 %), sexuelle Funktionsstörungen (51 %) oder Zwangsstörungen (48 %) genannt. Fälle von Schizophrenie sowie schizotype und wahnhaftige Störungen durch psychotrope Substanzen wurden eher als ungeeignet angesehen. Unter den chronischen somatischen Erkrankungen wurden die Behandlung von chronischen Schmerzen (62 %), Stoffwechselstörungen (46 %), Allergien (41 %) sowie dermatologische Erkrankungen (37 %) als am geeignetsten eingestuft. Akute Erkrankungen wurden eher als ungeeignet angesehen, mit Ausnahme von akuten Kopfschmerzen oder Dermatosen, die teilweise als geeignet angesehen wurden (vgl. Anlage 7, 2.1 und Appendix 4). Weitergehende Auswertungen für Leistungserbringende mit VS-Erfahrung zu geeigneten Indikationen differenziert nach dem Versorgungsbereich können Anlage 7 (2.1) entnommen werden. Die Bewertung aller Leistungserbringenden, ungeachtet ihrer VS-Erfahrung, finden sich in Anlage 5 (3.2.5).

Geeignete Versorgungsanlässe

In der **Literaturrecherche** wurden Verlaufskontrollen (Donaghy et al., 2019; Chudner et al., 2019; Jiwa & Meng, 2013), Besprechung von Untersuchungsergebnissen (Donaghy et al., 2019; Gomez et al., 2021), Überprüfung der Medikation (Donaghy et al., 2019; Gomez et al., 2021) sowie Beratungs- und Aufklärungsgespräche (Gomez et al., 2021) als geeignet eingestuft. Als eher ungeeignet wurden die Diagnostik (Chudner et al., 2019; Jiwa & Meng, 2013), Erstkontakte (Donaghy et al., 2019; Frielitz et al., 2020) sowie die Übermittlung schlechter Nachrichten (Donaghy et al., 2019) bewertet (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** wurden ergänzend Supervisionen, die Veranlassung von Rezepten/Verordnungen sowie AU-Bescheinigungen als geeignet angeführt. Geteilt waren die Meinungen bei Gruppentherapien in der Psychotherapie (vgl. Anlage 3).

Nach Ansicht der **befragten** Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung sind die Besprechung von Untersuchungsergebnissen (Zustimmung von 75 % der Antwortenden), die Ausstellung von Rezepten (66 %), die Ausstellung von AU-Bescheinigungen (65 %) und die Therapieplanung (65 %) geeignete Anlässe; auch Folgetermine (57 %) und die Anamneseerhebung (56 %) wurden von mehr als der Hälfte als geeignet angesehen. 66 % gaben an, dass psychiatrische oder psychotherapeutische Einzelgespräche geeignet sind, während 57 % angaben, dass Gruppensitzungen (in der Psychotherapie) ungeeignet sind. Die (weitergehende) Diagnostik scheint der am wenigsten geeignete Versorgungsanlass zu sein (25 %). Hinsichtlich des Versorgungsbereichs der Teilnehmenden mit VS-Erfahrung wurden signifikante Assoziationen für die Anamneseerhebung ($\text{Chi}^2=21,27$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,23$), die weitere diagnostische Abklärung ($\text{Chi}^2=85,33$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,15$), die Ausstellung von AU-Bescheinigungen ($\text{Chi}^2=36,05$, $p<,001$, Cramérs $V=0,14$), die Besprechung von Testergebnissen ($\text{Chi}^2=164,15$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,21$), Nachkontrollen ($\text{Chi}^2=71,74$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,17$) sowie psychiatrische oder psychotherapeutische Einzelgespräche ($\text{Chi}^2=127,50$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,18$) identifiziert. Darüber hinaus wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Anamneseerhebung ($p<0,001$, Kendall's Tau-c=-0,10) und der Therapieplanung ($p<0,001$, Kendall's Tau-c=-0,10) nach Altersgruppen festgestellt (vgl. Kleinschmidt et al., 2026,

Tabelle 4 und Appendix 6). Die Bewertung aller Leistungserbringenden, ungeachtet ihrer VS-Erfahrung, findet sich in Anlage 5 (3.2.6).

Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

In den **Studien** aus Perspektive der Leistungserbringenden wurde die Videosprechstunde zumeist als sinnvolle Ergänzung der Versorgung gesehen, insbesondere um den Zugang für bestimmte Patientengruppen zu verbessern (Ray et al., 2017; Powell et al., 2017; Müller et al., 2020; Koch & Guhres, 2020; Frielitz et al., 2020) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** zeigten sich die Leistungserbringenden einer ausschließlichen VS-Nutzung zumeist kritisch gegenüber. Die ergänzende Nutzung wurde hingegen überwiegend als sinnvoll bewertet. Einige der Teilnehmenden waren der Videosprechstunde gegenüber sehr skeptisch eingestellt und sahen in ihr nur eine Notlösung für Situationen, in denen ein persönlicher Kontakt nicht umsetzbar sei (second best option) (vgl. Anlage 3).

In der **Befragung** konnten sich 63 % der Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient:innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich mit Videosprechstunden zu behandeln. Bei den Leistungserbringenden, die noch nie oder selten Videosprechstunden angeboten haben, konnten sich dies nur 38 % vorstellen (vgl. Anlage 5, Tabelle 124). Betrachtet man die Einschätzung der Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung nach (aggregierten) Fachgruppen, sind Dermatolog:innen (86 %), hausärztlich tätige Ärzt:innen (74 %) und Gynäkolog:innen (69 %) der ausschließlichen Nutzung gegenüber am positivsten eingestellt (vgl. Anlage 7, Abbildung 4).

Ausgestaltung der Videosprechstunde (Ergebnisse des DCE)

Für den Gesamtdatensatz des Bayesianischen gemischten Modells zeigte die Modelldiagnose, dass das Modell nicht als stabil einzuschätzen war. Ein möglicher Grund ist die Heterogenität der Wichtigkeit von Attributen und deren Leveln in Subgruppen (vgl. Anlage 6, 3.2.2.1). In den Subgruppenanalysen zeigte sich in der Modelldiagnostik ein wesentlich verbessertes Bild für die Modellanpassung, sodass im Folgenden lediglich Subgruppenergebnisse berichtet werden. In der Subgruppenanalyse nach dem Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes zeigten sich gegenläufige Effekte. Die Wichtigkeit des Attributes "Beziehung zum/zur Patient:in" (ein/eine aus persönlichen Kontakten bekannte/r Patient:in vs. ein/eine unbekannte/r Patient:in) nahm von der Großstadt in Richtung Landgemeinde deutlich an Wichtigkeit zu (Großstadt: 25,4 % vs. Landgemeinde 28,2 %), wohingegen die "Vergütung im Vergleich zur Vergütung im persönlichen Kontakt" in der Großstadt das dominierende Attribut darstellte und in Richtung Landgemeinde an Wichtigkeit verlor (Großstadt: 33,1 % vs. Landgemeinde: 28,3 %) (vgl. Anlage 7, 3.2.2.2-3.2.2.5). Leistungserbringende der psychotherapeutischen Versorgung legten im Vergleich zu den anderen Arztgruppen den größten Wert auf die höhere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt (38,1 % vs. 30,1 % bei Fachärzt:innen und 23,3 % bei Hausärzt:innen); Leistungserbringenden der hausärztlichen Versorgung war die Arzt-Patienten-Beziehung (29,5 %) und ein frei wählbarer Zeitraum für das VS-Angebot (30,9 %) am wichtigsten (vgl. Anlage 7, 3.2.2.6-3.2.2.8). Weitergehende Informationen zu den Präferenzen der Leistungserbringenden zur Ausgestaltung der Videosprechstunde können Anlage 6 (3.2) entnommen werden.

4.2.3 Nachteile, Risiken und hemmende Faktoren für den Einsatz der Videosprechstunde

4.2.3.1 Versicherte/Patient:innen

3a) Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit den VS-Einsatz auf Versichertenseite?

Detailergebnisse zur Befragung, insbesondere zu Subgruppenanalysen, können Anlage 5 (3.1.2) entnommen werden.

Fehlendes Angebot

In den **eingeschlossenen Studien** aus Perspektive der Versicherten wurden Leistungserbringende als primäre Gatekeeper für den Einsatz der Videosprechstunde dargestellt (Cowan et al., 2019; Chudner et al., 2019; Müller et al., 2020; Mittmann et al., 2020; Koch & Guhres, 2020; Johns et al., 2020; Frielitz et al., 2020) (vgl. Anlage 2). Auch in den **Fokusgruppen** mit Versicherten wurde berichtet, dass bislang keine Videosprechstunden angeboten wurden (vgl. Anlage 3).

Im Rahmen der **Versichertenbefragung** gaben 25 % an, noch nicht von der Videosprechstunde gehört zu haben (vgl. Anlage 5, Tabelle 30). Dies bezieht sich auf alle befragten Versicherten, da keine soziodemografischen Unterschiede in den Analysen festgestellt werden konnten. 88 % der Versicherten, die noch keine Erfahrung in der VS-Nutzung hatten, gaben an, dass ihnen keine Videosprechstunden angeboten wurden (s.o., Tabelle 52).

Reduzierte Untersuchungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten

Die **eingeschlossenen Studien** aus Perspektive der Versicherten thematisierten reduzierte Untersuchungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten, die die Qualität der Behandlung negativ beeinflussen könnten (Müller et al., 2020; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016) (vgl. Anlage 2). Sorgen wegen reduzierter diagnostischer Möglichkeiten wurden auch in den **Fokusgruppen** geäußert (vgl. Anlage 3).

Fehlende Infrastruktur und technische Probleme

Weitere Nachteile bzw. Risiken aus der Versichertenperspektive, die aus der **Literatur** hervorgehen, thematisierten Unterbrechungen durch technische Gründe (z. B. langsames Internet, störungsanfällige Hard-/Software, schlechte Audio- oder Bildqualität). Eher selten gab es Berichte zur fehlenden technischen Ausstattung als Hürde für die VS-Nutzung (Thiyagarajan et al., 2020; Mammen et al., 2018; Ghaneirad et al., 2021; Donaghy et al., 2019; Christensen et al., 2020; Powell et al., 2017; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** wurde darauf hingewiesen, dass eine unzureichende technische Infrastruktur für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen eine Hürde darstellen könnte (vgl. Anlage 3).

Nur 13 % der **befragten** Versicherten gaben eine fehlende technische Ausstattung als Hürde an (vgl. Anlage 5, Tabelle 52). Allerdings schien diese Hürde bei bestimmten Versichertengruppen größer zu sein, insbesondere bei chronisch erkrankten Personen (19 %, $\text{Chi}^2=117,43$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,18$) (s.o., Tabelle 64), Nicht-Berufstätigen (26 %, $\text{Chi}^2=369,66$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,22$) (s.o., Tabelle 62) und Personen über 60 Jahren (27 %, $p<0,001$, Kendall's-Tau- $c=0,21$) (s.o., Tabelle 55). Nur 14 % der Befragten empfanden zudem eine schlechte Internetverbindung als hinderlichen Faktor für die VS-Nutzung (s.o., Tabelle 52); auch hier zeigten die gleichen Gruppen signifikante Abhängigkeiten und waren relevant häufiger betroffen

(Altersgruppen: Kendall's-Tau-c=0,12, $p<0,001$ (s.o., Tabelle 55); Beschäftigungssituation: $\text{Chi}^2=184,695$, $p<0,001$ (s.o., Tabelle 62), Cramérs $V=0,16$; Chronische Erkrankung: $\text{Chi}^2=47,161$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,11$ $p<0,001$ (s.o., Tabelle 64); Stadt- und Gemeindetyp: $\text{Tau-c}=-0,10$, $p<0,001$) (s.o., Tabelle 60).

Fehlende Erfahrung in der Umsetzung von Videosprechstunden

Unzureichende Kompetenzen für die technische Umsetzung von Videosprechstunden wurden in den eingeschlossenen **Studien** zum Teil in Bezug auf ältere Personen thematisiert (Cowan et al., 2019; Christensen et al., 2020; Powell et al., 2017; Müller et al., 2020; Kung et al., 2016) (vgl. Anlage 2). Die zum Teil fehlende Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte wurde in den **Fokusgruppen** mit Versicherten eher als untergeordnete Hürde dargestellt (vgl. Anlage 3).

Dies bestätigte sich in den **Befragungen**: Nur 17 % der Versicherten gaben ihre Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte als hindernden Faktor an (vgl. Anlage 5, Tabelle 52). Hier wurden jedoch für bestimmte vulnerable Gruppen Unterschiede festgestellt (Personen mit chronischer Erkrankung (24 %, $\text{Chi}^2=151,09$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,20$, s.o., Tabelle 64), Nicht-Berufstätige (33 %, $\text{Chi}^2=486,27$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,25$, s.o., Tabelle 62) sowie Personen über 60 Jahren (34 %, Kendall's $\text{Tau-c}=0,28$, $p<0,001$, s.o., Tabelle 55). Aus den Befragungsergebnissen ging zudem hervor, dass Sprachbarrieren eine Hürde für Versicherte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, darstellen könnten. Etwa 34 % der befragten Versicherten, deren Muttersprache nicht Deutsch war, gaben an, dass es ihnen schwerfällt, in der deutschen Sprache per Videosprechstunde mit einem Arzt zu kommunizieren (s.o., Tabelle 52).

Organisationsaufwand/Belastung

In der **Literatur** wurden vereinzelt Aussagen in Bezug auf Unklarheiten bei der Terminierung von Videosprechstunden thematisiert (Ray et al., 2017). Außerdem gab es Äußerungen aus der Versichertenperspektive, die eine erhöhte Belastung für Leistungserbringende sahen und Bedenken, dass der einfache Zugang zur Videosprechstunde zu unnötigen Terminen führen könnte (Müller et al., 2020) (vgl. Anlage 2). Dies wurde in den Fokusgruppen nicht thematisiert.

Die Ergebnisse der **Versichertenbefragung** zeigten, dass nur 17 % Videosprechstunden als zu anstrengend empfanden (vgl. Anlage 5, Tabelle 52). Dies traf häufiger auf chronisch kranke Personen (21 %, $\text{Chi}^2=30,21$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,10$, s.o., Tabelle 64), Personen über 60 Jahre (26 %, Kendall's $\text{Tau-c}=0,14$, $p<0,001$, s.o., Tabelle 55) und Nicht-Berufstätige (44 %, $\text{Chi}^2=27,28$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,17$, s.o., Tabelle 62) zu.

Unterschiede in der Qualität der ärztlichen Versorgung

Die eingeschlossenen **Studien** umfassten Aussagen von Patient:innen, die Sorgen vor einer schlechteren Behandlungsqualität anführten (Ghaneirad et al., 2021; Cowan et al., 2019; Müller et al., 2020; Mittmann et al., 2020; Gomez et al., 2021). Zudem wurden negative Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung genannt, die zu einer schlechteren Qualität der Behandlung führen könnten (z. B. durch fehlendes Vertrauen) (Mammen et al., 2018; Donaghy et al., 2019; Christensen et al., 2020; Ray et al., 2017; Müller et al., 2020; Mittmann et al., 2020; Kung et al., 2016) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** waren diese Sorgen weniger stark ausgeprägt (vgl. Anlage 3).

44 % der **befragten** Versicherten gaben an, dass sie Sorgen vor einer schlechteren Qualität der ärztlichen Versorgung in Videosprechstunden hätten (vgl. Anlage 5, Tabelle 52).

Datenschutz/Privatsphäre

In der **Literatur** wurden Bedenken in Bezug auf die Sicherheit der eigenen medizinischen Daten aus der Versichertenperspektive identifiziert (Cowan et al., 2019; Ray et al., 2017; Müller et al., 2020; Kung et al., 2016). Außerdem wurde die Hausforderung, Videosprechstunden in einem geschützten Raum durchzuführen, angeführt (Thiyagarajan et al., 2020; Donaghy et al., 2019; Christensen et al., 2020; Powell et al., 2017) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** zeigte sich ein geteiltes Bild in Bezug auf diese Hürde: Während einige Teilnehmende einen Missbrauch bzw. eine Gefährdung sensibler Daten, insbesondere bei Drittanbietern, befürchteten; empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. So gäbe es bei einem analogen Besuch in der Arztpraxis vergleichbare Risiken bei der Vertraulichkeit persönlicher Daten. Es wurde schließlich diskutiert, ob der Datenschutz eher ein vorgeschobenes Argument von Personen sein könnte, die die Digitalisierung hemmen wollten (vgl. Anlage 3).

Unter den Versicherten äußerten in der **Befragung** nur 25 % der Teilnehmenden Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes bei der VS-Nutzung (vgl. Anlage 5, Tabelle 52); Personen über 60 Jahren gaben dies häufiger an (32 %, Kendall's Tau-c=0,13, p<0,001, s.o., Tabelle 55).

4.2.3.2 Leistungserbringende

3b) Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit den VS-Einsatz auf Seite der Leistungserbringenden?

Detailergebnisse zur Befragung können Anlage 5 (3.2.7) entnommen werden.

Fehlende Nachfrage

In den **Fokusgruppen** mit Leistungserbringenden wurde zum Teil von Patient:innen berichtet, die keine Videosprechstunden wünschten (vgl. Anlage 3).

In den **Befragungen** zeigte sich eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten, eine Videosprechstunde zu nutzen, und der Einschätzung der Leistungserbringenden. Während 75 % der befragten Versicherten angaben, dass sie gerne eine Videosprechstunde nutzen würden (vgl. Anlage 5, Tabelle 39), gaben 63 % der Leistungserbringenden an, dass ihre Patient:innen dies nicht wünschten (s.o., Tabelle 147).

Reduzierte Untersuchungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten

In den eingeschlossenen **Studien** aus Perspektive von Leistungserbringenden wurden nicht umsetzbare körperliche Untersuchungen als zentrale Herausforderung beschrieben (Thiyagarajan et al., 2020; Shore et al., 2018; Mammen et al., 2018; Randhawa et al., 2019; Koch & Guhres, 2020; Jiwa & und Meng, 2013; Gomez et al., 2021; Gold et al., 2021; Frielitz et al., 2020) (vgl. Anlage 2). Neben eingeschränkt möglichen körperlichen Untersuchungen, wurde in den **Fokusgruppen** auch die nonverbale Kommunikation als erschwert interpretierbar eingestuft; dazu gehöre bspw. die Wahrnehmung von Stimmungen und Gefühlen und die Anteilnahme (vgl. Anlage 3).

Fehlende Infrastruktur und technische Probleme

Als einen hemmenden Faktor für die Verbreitung von Videosprechstunden wurden in den **Studien** aus Perspektive der Leistungserbringenden Unterbrechungen durch technische Gründe (z. B. langsames Internet, störungsanfällige Hardware, schlechte Audio- oder Bildqualität) angeführt; dies wurde insbesondere im Zusammenhang mit längeren psychotherapeutischen Sitzungen genannt. Von Leistungserbringenden wurde zudem das Problem der fehlenden technischen Ausstattung von Patient:innen angeführt, was insbesondere auf vulnerable Gruppen (ältere oder sozioökonomisch benachteiligte Personen) zutrefte (Thiyagarajan et al., 2020; Mammen et al., 2018; Donaghy et al., 2019; Cowan et al., 2019; Christensen et al., 2020; Randhawa et al., 2019; Gros et al., 2013; Gomez et al., 2021; Gold et al., 2021; Frielitz et al., 2020, Cowan et al., 2020) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** mit Leistungserbringenden wurden diese Aspekte deutlich stärker als Hürde wahrgenommen als durch die Versicherten. Dabei ging es sowohl um eine unzureichende technische Infrastruktur, als auch um unzureichende Leistungskapazitäten der Hardware sowie fehlerhafte Videosprechstunden-Software-Systeme (vgl. Anlage 3).

37 % der **befragten** Leistungserbringenden sahen eine fehlende technische Ausstattung als hindernden Faktor an (vgl. Anlage 5, Tabelle 147). Besonders betroffen waren Leistungserbringende aus dem hausärztlichen (44 %) und fachärztlichen (39 %) Versorgungsbereich; demgegenüber sahen nur 17 % der Psychotherapeut:innen hier ein Problem ($\text{Chi}^2=149,98$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,16$, s.o., Tabelle 155). In den Befragungen wurde zudem festgestellt, dass nur 15 % der Leistungserbringenden eine schlechte eigene Internetverbindung als hindernden Faktor einstufen. Allerdings gaben 38 % der Leistungserbringenden an, dass die Internetverbindung ihrer Patient:innen eine Hürde für den VS-Einsatz darstelle (s.o., Tabelle 147). Insbesondere Leistungserbringende, die ihre Praxis in ländlichen Regionen betreiben (Landgemeinde: 56 % vs. Großstadt: 32 %, Kendall's-Tau-c=-0,11, $p<0,001$, s.o. Tabelle 153) sowie Leistungserbringende, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind (46 %), sahen die Internetanbindung ihrer Patient:innen häufiger als Problem an ($\text{Chi}^2=60,08$, $p<0,001$, Cramér's $V=0,11$, Tabelle 155).

Fehlende Erfahrung in der Umsetzung von Videosprechstunden

In den **Studien** wurden zum Teil unzureichende Kompetenzen bzw. eine fehlende Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden bei Leistungserbringenden thematisiert. Außerdem gab es Befürchtungen von Leistungserbringenden, dass insbesondere ältere Patient:innen so große Probleme mit der technischen Umsetzung haben könnten, dass Videosprechstunden nicht oder nur mit erheblicher Unterstützung möglich seien; insbesondere vulnerable Gruppen könnten diese Probleme haben und damit von der Versorgung via Videosprechstunde ausgeschlossen sein (Mammen et al., 2018; Donaghy et al., 2019; Cowan et al., 2019; Christensen et al., 2020; Randhawa et al., 2019; Gros et al., 2013; Gomez et al., 2021; Gold et al., 2021; Frielitz et al., 2020; Björndell & Premberg, 2021) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** berichteten Leistungserbringende primär von Patient:innen, die Probleme mit der Bedienung der Videosprechstunde hätten, was zu erheblichen Störungen im Praxisalltag führe (vgl. Anlage 3).

44 % der **befragten Leistungserbringenden** betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich (vgl. Anlage 5, Tabelle 147). Dies wurde häufiger von weiblichen Leistungserbringenden (50 %) berichtet ($\text{Chi}^2=55,94$, $p<0,001$,

Cramérs $V=0,13$, s.o., Tabelle 151). Auch Leistungserbringende aus der hausärztlichen Versorgung bestätigten in fast der Hälfte der Fälle diese Hürde ($\text{Chi}^2=67,68$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,10$, s.o., Tabelle 155).

Organisationsaufwand/Belastung

In der **Literatur** gab es aus der Perspektive von Leistungserbringenden Berichte zu einer höheren Arbeitsbelastung durch ein mit Videosprechstunden verbundenes verändertes Anforderungsprofil der Tätigkeit (Anstrengung durch Bildschirmarbeit, Unannehmlichkeiten durch veränderte Routinen, zeitlicher Aufwand, um Technologie zu erlernen, Aufwände durch veränderte Terminierung) (Cowan et al., 2019; Chudner et al., 2019; Randhawa et al., 2019; Gros et al., 2013; Gomez et al., 2021; Gold et al., 2021; Frielitz et al., 2020; Björndell & Premberg; 2021). Außerdem wurde eine unpassende Erwartungshaltung der Patient:innen an Handlungsoptionen in der Videosprechstunde thematisiert sowie eine geringere Hemmschwelle durch Videosprechstunden, die unnötige Inanspruchnahmen bestehender Kapazitäten förderten. In dem Zusammenhang wurde die Herausforderung angeführt, für Videosprechstunden geeignete Patient:innen vorab zu identifizieren (Ray et al., 2017; Koch et al., 2020; Björndell & Premberg; 2021) (vgl. Anlage 2). Auch in den **Fokusgruppen** führten Leistungserbringende Anstrengungen durch Bildschirmarbeit sowie Stress durch eine erhöhte Taktung von Kontakten sowie durch neue und unbekannte Aufgaben als hemmende Faktoren an. Eine befürchtete geringere Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Leistungen wurde in den Fokusgruppen ebenfalls diskutiert. Leistungserbringende erwähnten zudem kritisch, dass sie die Vorteile der Videosprechstunde gegenüber Telefonaten oft nicht sähen und Telefonate weniger aufwändig seien. Ergänzend wurde auf Quotierungsregelungen hingewiesen, die ein genaues Monitoring bislang erbrachter VS-Leistungen erforderten (vgl. Anlage 3).

In der **Befragung** wurden organisatorische und rechtliche Aufwände als größte Hürde identifiziert (75 % Zustimmung) (vgl. Anlage 5, Tabelle 147). Dies galt häufiger für den hausärztlichen Bereich (80 %, $\text{Chi}^2=79,60$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,12$, s.o., Tabelle 155). Des Weiteren gaben 71 % an, dass ihnen die notwendige Zeit fehle, um neben dem regulären Praxisalltag Videosprechstunden anzubieten (s.o., Tabelle 147). Das Zeitproblem sahen insbesondere Leistungserbringende aus der hausärztlichen (81 %) und fachärztlichen Versorgung (76 %) ($\text{Chi}^2=475,18$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,27$, s.o., Tabelle 155). Als weitere Herausforderung wurde die Befürchtung vor unnötigen Inanspruchnahmen deutlich (55 %) (s.o., Tabelle 147).

Vergütung/Abrechnung

In einigen **Studien** wurde auch eine fehlende oder nicht auskömmliche Vergütung als Hürde angeführt (Cowan et al., 2019; Koch und Guhres, 2020; Jiwa & Meng, 2013; Gros et al., 2013) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** mit Leistungserbringenden zeigte sich ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe: Einige Teilnehmende stufte diese nicht als Grund für den geringen VS-Einsatz ein. Andere hielten den Abschlag bei ausschließlichem Einsatz der Videosprechstunde im Behandlungsfall für nicht angemessen, da Videosprechstunden zu dem Zeitpunkt noch zwingend in der Arztpraxis erbracht werden mussten und damit Mietkosten etc. analog anfielen. Auch Quotierungsregelungen (bezogen auf Behandlungsfälle mit ausschließlich VS-Einsatz sowie bezogen auf Leistungen) wurden von einigen Teilnehmenden als Hürde für den VS-Einsatz eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund wurde aber auch die Gefahr angeführt, dass sich insbesondere kommerzielle Anbieter bei gleicher Vergütung und ohne Quotierungsregelungen auf Videosprechstunden spezialisieren könnten,

was zu einem nicht bedarfsgerechten VS-Einsatz führen würde. Videosprechstunden dürften nicht mit dem Ziel, Kosten für GKV-Leistungen zu reduzieren, eingesetzt werden; es dürfe nicht der Eindruck einer "Billig-Therapie" entstehen (vgl. Anlage 3).

Die Ergebnisse der **Befragung** bestätigten dieses durchmischte Bild weitgehend: 63 % der Leistungserbringenden stufen die Vergütung der Videosprechstunde als Hürde für den VS-Einsatz ein (vgl. Anlage 5, Tabelle 147). Etwas stärker ausgeprägt war die Unzufriedenheit bei Männern (67 %, $\text{Chi}^2=40,72$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,14$, s.o., Tabelle 151) sowie Leistungserbringenden aus der fachärztlichen (75 %) und der hausärztlichen Versorgung (67 %); deutlich seltener wurde dies von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden kritisiert (33 %) ($\text{Chi}^2=288,19$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,26$, s.o., Tabelle 155). 66 % der Leistungserbringenden empfanden zudem Abrechnungsbegrenzungen durch Quotierungsregelungen als hinderlich (s.o., Tabelle 147). Differenziert nach dem Versorgungsbereich stimmten diesem Punkt Fachärzt:innen deutlich häufiger zu als psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende (hausärztliche: 67 %, fachärztliche: 75 %, psychotherapeutische Versorgung: 46 %, $\text{Chi}^2=146,81$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,19$, s.o., Tabelle 155).

Unterschiede in der Qualität der ärztlichen Versorgung

In der **Literatur** wurde aus Perspektive von Leistungserbringenden auf eine schlechtere Behandlungsqualität hingewiesen (Mammen et al., 2018; Cowan et al., 2019; Randhawa et al., 2019; Koch & Guhres, 2020; Gomez et al., 2021; Gold et al., 2021; Björndell & Premberg, 2021). In diesem Zusammenhang wurden zudem negative Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung angeführt, die zu einer schlechteren Qualität der Behandlung führen könnten, da die therapeutische Allianz insbesondere für den psychotherapeutischen Bereich von hoher Relevanz sei (Cowan et al., 2019; Randhawa et al., 2019; Koch & Guhres, 2020; Gomez et al., 2021; Frielitz et al., 2020; Cowan et al., 2020; Björndell & Premberg, 2021). Leistungserbringende befürchteten zudem, dass die Mitwirkung mancher Patient:innen am Bildschirm reduziert sein könnte (Kocsis et al., 2017; Björndell & Premberg, 2021). Zudem senke eine unzureichend empfundene Evidenz für den Nutzen von Videosprechstunden die Akzeptanz bei Leistungserbringenden (Cowan et al., 2019; Christensen et al., 2020; Gros et al., 2013; Björndell & Premberg, 2021) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** berichteten Leistungserbringende bei der Anwendung für ungeeignete Anlässe von negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität; z. B. könnten Videosprechstunden bei psychischen Erkrankungen auch zur Verstärkung krankhafter Verhaltensweisen führen (vgl. Anlage 3).

Die **befragten Leistungserbringenden** bestätigten zu 61 % die Befürchtung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung leiden könnte. 45 % der Leistungserbringenden gaben zudem die Befürchtung als zutreffend an, dass die Beziehung zu ihren Patient:innen durch die VS-Nutzung leiden könnte (vgl. Anlage 5, Tabelle 147).

Datenschutz/Privatsphäre

In der **Literatur** wurde die hohe Relevanz des Datenschutzes vor dem Hintergrund der sensiblen Daten hervorgehoben (Ghaneirad et al., 2021; Cowan et al., 2019; Randhawa et al., 2019; Gros et al., 2013). Vereinzelt wurden zudem Bedenken aufgrund von Zuhörern außerhalb des Sichtfeldes sowie Einblicke in das Umfeld des Arztes/der Ärztin angeführt (Randhawa et al., 2019; Koch & Muhres, 2020; Cowan et al., 2020) (vgl. Anlage 2). In den **Fokusgruppen** stellte sich die Situation anders dar: Hier hatten die Leistungserbringenden überwiegend Vertrauen

in die zertifizierten VS-Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf (vgl. Anlage 3).

Aus den Ergebnissen der **Befragungen** geht hervor, dass 40 % der befragten Leistungserbringenden Bedenken beim Datenschutz hatten (vgl. Anlage 5, Tabelle 147). Diese Bedenken waren bei Frauen etwas ausgeprägter (43 %) als bei ihren männlichen Kollegen ($\chi^2=38,57$, $p<0,001$, Cramérs $V=0,11$, s.o., Tabelle 151).

4.2.4 Handlungsempfehlungen

4) Welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen könnten den Einsatz der Videosprechstunde fördern? Wie sollten gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ausgestaltet sein?

Abbildung 10 zeigt die in der PräVi-Studie identifizierten Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden. Im Folgenden werden die zentralen Inhalte des Blueprints zusammengefasst, dessen vollständige Inhalte Anlage 7 entnommen werden können.

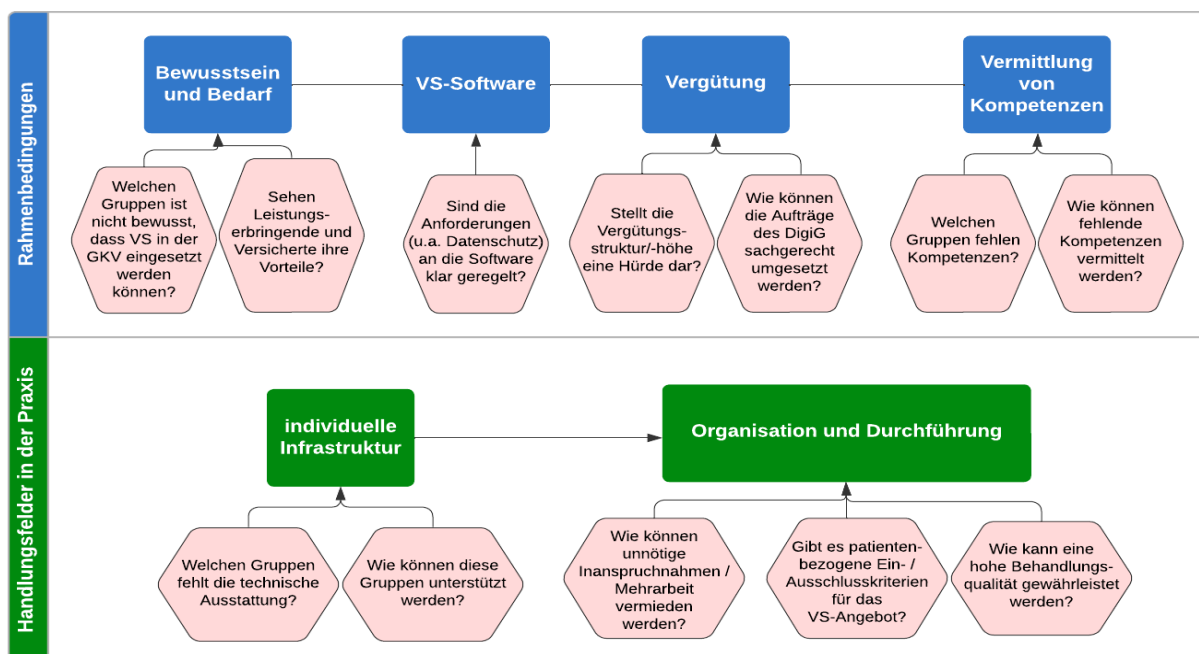


Abbildung 10: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden

Die identifizierten Handlungsfelder lassen sich grob zwei Ebenen zuordnen. So umfasst die oberste Ebene übergeordnete Rahmenbedingungen für den VS-Einsatz, dessen Adressaten zentrale Interessenvertretungen auf Bundes- und Landesebene sowie politische Akteure sind. Die zweite Ebene umfasst Handlungsfelder in der Praxis, die sich an die Individualakteure, also an Ärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen sowie Patient:innen, richten.

4.2.4.1 Bewusstsein und Bedarf

Die in den vorangegangenen Abschnitten beschriebene Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten, Videosprechstunden zu nutzen und der verbreiteten Auffassung von Leistungserbringenden, ihre Versicherten wünschten keine Videosprechstunden, steht im Fokus des ersten Handlungsfeldes. Außerdem war einem relevanten Anteil der Versicherten gar nicht

bewusst, dass Videosprechstunden als Alternative zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Anspruch genommen werden können.

Vor diesem Hintergrund ist es zum einen relevant, bei Versicherten das Bewusstsein für die Möglichkeit der VS-Nutzung zu schaffen. Das fehlende Wissen zur Existenz der Videosprechstunde ist jedoch kein isoliertes Problem einzelner Versichertengruppen (z. B. älterer Menschen), sodass für Aufklärungskampagnen eine breite Vorgehensweise über soziale Medien und postalische Informationen zu empfehlen ist. Insbesondere Krankenkassen sind an dieser Stelle verstärkt in die Pflicht zu nehmen, da diese die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten vorzusehen haben (§ 20k SGB V). Dabei könnten zum einen die Vorteile der VS-Nutzung für Versicherte betont werden, um den Bedarf bei diesen zu wecken, sodass sie ihre Leistungserbringenden verstärkt nach dem VS-Angebot fragen (Pull-Strategie). Außerdem könnte es hilfreich sein, auf grundsätzlich geeignete Einsatzmöglichkeiten für die Videosprechstunde (Versorgungsanlässe, Indikationen) hinzuweisen, um keine falsche Erwartungshaltung bei diesen zu wecken und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren. Wenn Versicherte bereits im Vorfeld befähigt werden, besser abschätzen zu können, ob ihre Anliegen für eine Videosprechstunde geeignet sind, könnte eine gewisse Selbstselektion erfolgen.

Da Leistungserbringende die zentralen Gate-Keeper zum VS-Einsatz zu sein scheinen, ist es zudem wichtig, diesen ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufzuzeigen. Nur wenn diese persönlich Vorteile in der VS-Nutzung sehen, wird sich diese Behandlungsform langfristig durchsetzen können. Insbesondere auf die neu geschaffene Möglichkeit der Arbeit aus dem Home-Office, das flexiblere Füllen von Lücken im Terminkalender bei kurzfristig abgesagten Terminen sowie die Bedeutung im Wettbewerb um die Gewinnung bzw. Haltung von Praxispersonal sollte hingewiesen werden.

Die Entscheidung über die Durchführung einer Videosprechstunde mit dem/der individuellen Patient:in liegt in der Verantwortung des/der einzelnen Leistungserbringenden. Insbesondere unerfahrenere Leistungserbringende könnten davon profitieren, zu erfahren, wofür Kolleg:innen (der gleichen Fachgruppe) mit VS-Erfahrung diese einsetzen. Daher sollte zu geeigneten Einsatzmöglichkeiten (Versorgungsanlässe, Indikationen, Einbindung in die Patientenbehandlung, Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen) aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Leistungserbringenden-Befragung könnten Anhaltspunkte dafür liefern (vgl. Abschnitt 4.2.2.2 und Anlage 7). Ziel dabei ist es nicht, einen abschließenden Katalog vorzustellen, sondern ein "Meinungsbild" von Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung zu vermitteln, welches die Entscheidungsfindung unterstützen soll.

4.2.4.2 Videosprechstunden-Software

Herausforderungen in Bezug auf die Videosprechstunden-Software-Systeme waren zum einen Berichte von fehlerhaften oder störanfälligen Systemen und zum anderen der mit diesen einhergehende Datenschutz. Im Vergleich zu den anderen abgefragten Hürden waren Bedenken beim Datenschutz jedoch sowohl für Leistungserbringende als auch für Versicherte weniger relevant. Während bspw. einige Versicherte einen Missbrauch bzw. eine Gefährdung sensibler Daten befürchteten, empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. Die Leistungserbringenden äußerten mehrheitlich Vertrauen in die zertifizierten Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. In den Fokusgruppen sowohl mit Leistungserbringenden als auch mit Versicherten kam in diesem Zusammenhang die Diskussion auf, ob der

Datenschutz eher eine empfundene als eine tatsächliche Hürde sein könnte, ggf. auch aus Angst vor technischen Innovationen.

Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert detaillierte Anforderungen an Videodienstanbieter. Diese Anforderungen umfassen sowohl Aspekte der Informationstechniksicherheit gemäß § 2 als auch des Datenschutzes gemäß § 2a der Anlage, welche in Verbindung mit § 5 die konkreten Kriterien für die Auswahl und den Einsatz von Videodiensten festlegen. Betrachtet man die umfassenden Anforderungen genauer, scheint der Fokus notwendiger Maßnahmen insbesondere auf einer transparenten Einhaltung sowie Aufklärung über die bestehenden Regelungen zu liegen als in einer Erweiterung dieser (vgl. u. a. Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf" und "Vermittlung von Kompetenzen").

4.2.4.3 Vergütung

In den Fokusgruppen mit Leistungserbringenden zeigte sich ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe: Einige Teilnehmende stufen diese nicht als Grund für den geringen VS-Einsatz ein. Andere hielten den Abschlag bei der im Behandlungsfall ausschließlichen Durchführung von Videosprechstunden für nicht angemessen. Auch die behandlungsfall- und leistungsbezogenen Quotierungsregelungen wurden von einigen Teilnehmenden als Hürde für den VS-Einsatz eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund wurde aber auch die Gefahr geäußert, dass sich insbesondere kommerzielle Anbieter bei gleicher Vergütung und ohne Quotierungsregelungen auf Videosprechstunden spezialisieren könnten, was zu einer Einschätzung der Teilnehmenden nicht bedarfsgerechten VS-Einsatz führen würde. Die Ergebnisse der Befragung bestätigten dieses durchmischte Bild weitgehend: Etwa zwei Drittel der Leistungserbringenden stufen die Vergütungsstruktur und -höhe der Videosprechstunde sowie die Abrechnungsbegrenzungen durch Quotierungsregelungen als hinderlich ein. Differenziert nach dem Versorgungsbereich stimmten diesen Punkten häufiger Fachärzt:innen als psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende zu.

Das im Rahmen der Befragung durchgeführte DCE zeigte, dass die "Vergütung der Videosprechstunde im Vergleich zur Vergütung im persönlichen Kontakt" bei Leistungserbringenden mit Praxisstandort in einer Großstadt das dominierende Merkmal war; die bessere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt verlor in Richtung Landgemeinde an Wichtigkeit. Dieses Ergebnis sollte keinesfalls als Indiz für eine nach Praxisstandort unterschiedlich festzulegende Vergütungshöhe interpretiert werden, sondern eher als Indikator dafür, dass Vergütungsanreize bei Leistungserbringenden in Abhängigkeit vom Praxisstandort unterschiedlich wirken könnten. Unterschiede zeigten sich auch nach dem Versorgungsbereich: Leistungserbringende der psychotherapeutischen Versorgung legten im Vergleich zu den anderen Versorgungsbereichen den größten Wert auf die höhere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt, gefolgt von den Fachärzt:innen und den Hausärzt:innen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob eine reine Anhebung der Vergütung für Videosprechstunden ein angemessenes Instrument darstellen könnte, um die Zielgruppen zu erreichen, die Videosprechstunden bislang nur zögerlich einsetzen (Leistungserbringende mit ländlichem Praxisstandort und Hausärzt:innen). Hier könnte durch eine höhere Vergütung eher ein Mitnahmeeffekt der Subgruppen ausgelöst werden, die der Videosprechstunde gegenüber überwiegend positiv eingestellt sind.

Vor dem Hintergrund des umfassenden gesetzlichen Auftrags durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz), den in der PräVi-Studie

erhobenen hemmenden und fördernden Faktoren im Kontext der Vergütungssystematik und den verfügbaren Stellungnahmen relevanter Akteure der Selbstverwaltung (AOK BV, 2023a,b; BÄK, 2023a,b; BPTK, a,b; KBV, 2023a,b; vdek, 2023a,b) wurden im Projekt Anpassungsansätze diskutiert, die in die Bereiche "Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden", "Umfang/Quotierungsregelungen", "Qualitätszuschläge" sowie ggf. notwendige "Anpassungen an der Bedarfsplanung" unterteilt wurden: Ein zentraler Diskussionspunkt bei den Voraussetzungen zur Erbringung der Videosprechstunde war die optimale Einbindung in die Präsenz-Behandlung: Während die grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung von Videosprechstunden mit einem/einer individuellen Patient:in in der Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen liegen sollte, wurde in bestimmten Konstellationen, z. B. in der Probatorik in der Psychotherapie, die Notwendigkeit eines initialen persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes gesehen. Eine ersatzlose Streichung der behandlungsfallbezogenen Quoten wurde überwiegend abgelehnt, um die Etablierung ortsungebundener Digitalpraxen zu vermeiden und Präsenz- und videogestützte Therapie aus einer Hand sicherzustellen. Daher wurde diskutiert, wie eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung solcher Quoten erfolgen könnte. Diskutiert wurde(n): fachgruppenspezifische Quoten sowie eine Differenzierung nach dem Status "bekannte/r"/"unbekannte/r" Patient:in. Außerdem könnten Patient:innen mit einem Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in den Quoten berücksichtigt werden, um deren Zugang zur Versorgung via Videosprechstunde zu fördern. Bei Beibehaltung (angepasster) behandlungsfallbezogener Quoten wurde zudem die Notwendigkeit der Anpassung der Abschlagsregelung bei ausschließlich VS-Behandlungsfällen diskutiert: Abhängig von der Höhe der Abschläge und der Indikation könnten diese zu einer (ggf. nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen, um Abschläge zu vermeiden. Qualitätszuschläge wurden u. a. für Leistungserbringende diskutiert, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen; hier wurde die Förderung einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung betont, während zusätzliche Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden. Auch die Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde könnte mit Zuschlägen einhergehen; dafür sprach die Verbesserung des Zugangs zur medizinischen Versorgung. Negativ angemerkt wurde jedoch, dass trotzdem eine strukturierte Anschlussversorgung in Präsenz nicht gewährleistet sei und ein Prüfaufwand mit dem Sachverhalt "schlecht versorgte Region" einhergehen würde. Vor dem Hintergrund der ortsunabhängigen Erbringbarkeit von Videosprechstunden wurde diskutiert, ob Anpassungen an den Vorgaben der Bedarfsplanung notwendig sein könnten. Allerdings wurde einschränkend betont, dass bei Fällen, bei denen videogestützte und Präsenztherapie aus einer Hand erfolgen sollten, regionale Kapazitätsunterschiede nicht ausgeglichen würden.

Mit einem Beschluss in der 778. Sitzung des Bewertungsausschusses Ärzte wurden die gesetzlichen Aufträge durch das Digital-Gesetz umgesetzt. Gemeinsamkeiten und Abweichungen von den im Projekt erarbeiteten Ansätzen werden in Kapitel 6 dargestellt.

4.2.4.4 Vermittlung von Kompetenzen

Knapp die Hälfte der Leistungserbringenden betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Im Gegensatz dazu sahen nur knapp ein Fünftel der Versicherten eine fehlende Erfahrung als hindernden Faktor an; bestimmte vulnerable Gruppen (insb. ältere Personen, Nicht-Berufstätige) waren jedoch stärker betroffen.

Vor diesem Hintergrund wünschten sich etwa zwei Drittel der Leistungserbringenden Schulungsangebote für sich und ihr Praxisteam sowie für ihre Patient:innen; diese Forderung war stärker in der fach- und hausärztlichen Versorgung ausgeprägt. Auch ein Großteil der Versicherten wünschte sich Informationsangebote zur Videosprechstunde (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüren) sowie Informationen durch ihren Arzt/ihre Ärztin.

Die KBV hat auf ihrer Internetseite Informationen für Leistungserbringende (KBV 2025b) und Patient:innen veröffentlicht. Bei den Patienteninformationen wird zwischen Videosprechstunden mit Psychotherapeut:innen (KBV 2024b) und Ärzt:innen anderer Fachgruppen (KBV 2024a) differenziert. Auch die BÄK hat eine "Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis" im Ärzteblatt veröffentlicht (BÄK 2022). Bei den existierenden Informationsangeboten ist jedoch unklar, wie deren Bekanntheitsgrad unter Patient:innen und Leistungserbringenden ist, sodass an dieser Stelle wieder auf das Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf" verwiesen werden kann.

In der ärztlichen Ausbildung gibt es bislang keine standardisierten Module zur Telemedizin. Jedoch gibt es diverse Initiativen, Digitalkompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu schulen und im Curriculum zu etablieren. Dazu gehört insbesondere der 2021 veröffentlichte Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0), der im Sinne eines Kerncurriculums bislang noch Empfehlungscharakter für die Fakultäten hat, jedoch in der zukünftigen Approbationsordnung verankert und damit zukünftig verbindlich werden soll (BT-Drucksache 20/10321). Die BÄK hat im Jahr 2023 ein Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde veröffentlicht. Die Umsetzung durch die Ärztekammern scheint jedoch ausbaufähig. Auf Nachfrage bei einigen Ärztekammern ergaben sich Anhaltspunkte darauf, dass der Wunsch der Leistungserbringenden für ein solches Angebot nicht bestünde. Vor dem Hintergrund der Projektergebnisse scheint der Wunsch zwar zu bestehen, dieser könnte jedoch nicht ausreichend an die Ärztekammern herangetragen worden sein. Darüber hinaus gibt es Seminare von privaten Schulungsunternehmen (u. a. EMMERICH Mediencoaching o. J.) sowie in der Regel auch von den Herstellern der Videodienste (u. a. RED Medical Systems GmbH (o. J. a,b)).

Die bestehenden Angebote zur Vermittlung von Digitalkompetenzen fokussieren primär die technische Umsetzung einer Videosprechstunde sowie ggf. auch die Arzt-Patienten-Interaktion in einer Videosprechstunde; nicht berücksichtigt scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag, die eine zentrale Herausforderung zu sein scheint. Diese Thematik wird im Handlungsfeld "Organisation und Durchführung" beleuchtet.

Neben Schulungsangeboten für Leistungserbringende bedarf es außerdem an Schulungsangeboten für medizinisches Praxispersonal, das für digitale Prozesse befähigt werden muss. Ein Beispiel dafür ist die Fortbildung zum/zur "Digi-Manager:in" für nicht-ärztliches Praxispersonal in der KV Westfalen-Lippe (KV Westfalen-Lippe 2025). Neben den genannten Informationsangeboten für Patient:innen könnten Praxen zudem Erklärvideos auf ihrer Praxishomepage verlinken (u. a. samedi GmbH 2021). Bei der Nutzung zentral zur Verfügung gestellter Informationen sollte jede Praxis sorgfältig prüfen, ob Anpassungen in Bezug auf die individuelle Praxisstruktur sowie die Abläufe notwendig sind.

4.2.4.5 Individuelle Infrastruktur

Im Projekt zeigte sich, dass eine fehlende technische Ausstattung eher bei den Leistungserbringenden als bei den Versicherten eine Hürde darstellt. Dies könnte darauf zurückzuführen

sein, dass einigen Leistungserbringenden das notwendige Wissen über die oft niedrighschwellige Ausstattung für den VS-Einsatz gemäß § 4 Anlage 31b BMV-Ä fehlt. Zur Finanzierung der notwendigen Software zur Durchführung von Videosprechstunden ist im EBM eine eigene GOP (01450) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für Leistungserbringende an dieser Stelle Maßnahmen notwendig sind.

Auf Versichertenseite wurde deutlich, dass die Mehrheit der Personen zwar keine Probleme bei der technischen Infrastruktur hatte, jedoch ausgewählte, insbesondere vulnerable, Patientengruppen durchaus näher betrachtet werden sollten. Patient:innen, denen eher die geeignete Technik fehlt und solche, die vermehrt ambulante Inanspruchnehmende sind, stimmen weitestgehend überein: chronisch kranke und ältere Personen. Speziell für diese Gruppen könnten unterstützende Maßnahmen bedacht werden.

Durch das Digital-Gesetz wurde zudem ein Anspruch von Versicherten auf die sogenannte "Assistierte Telemedizin in Apotheken" gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, „die Inanspruchnahme der telemedizinischen Versorgungsangebote zu heben, die Chancengleichheit im Bereich der Versorgung zu stärken und die Potenziale der Telemedizin etwa bei der Entlastung von Arztpraxen oder bei der Gewährleistung eines guten Zugangs zur Versorgung auch in strukturschwachen ländlichen Gegenden zu stärken“ (BMG, 2023). Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband verhandeln weiterhin über die konkrete Ausgestaltung und Vergütung dieser Leistungen. Eine ursprünglich bis zum 31. März 2025 gesetzlich vorgesehene Einigung wurde noch nicht erzielt (Stand Juni 2025).

Außerdem könnten Patient:innen durch (gesondert qualifiziertes) nicht-ärztliches Praxispersonal bei der (erstmaligen) Durchführung von Videosprechstunden unterstützt werden, was im Rahmen von delegierten Hausbesuchen erfolgen könnte. Dafür ist jedoch u. a. zu prüfen, ob solche Leistungen im EBM angemessen abgebildet sind (bspw. über die GOP 03062 oder das EBM-Kapitel 38).

4.2.4.6 Organisation und Durchführung

In der PräVi-Studie zeigte sich, dass die Videosprechstunde von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit, zusätzlichen Aufwänden und Belastungen assoziiert wird, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erheblich erschwert. Vor diesem Hintergrund werden zwei Handlungsbereiche deutlich: Zum einen geht es um die Vermeidung von durch Videosprechstunden ausgelöste Mehrarbeit in Praxen sowie die Vermeidung unnötiger Inanspruchnahmen durch eine ggf. gesunkene Hemmschwelle bei dieser Versorgungsform.

Um eine angemessene Versorgungsqualität in Videosprechstunden zu gewährleisten und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren, könnten Leistungserbringende für ihre Praxis Ein- und Ausschlusskriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden definieren. Diese könnten auch dem Praxispersonal bei der Vergabe von VS-Terminen helfen oder die strukturierte Online-Terminvergabe unterstützen. Ein denkbarer Ansatzpunkt für eine digitale, standardisierte Ersteinschätzung über den Versorgungsbedarf und die Versorgungsebene (z. B. Telemedizin) leistet die "Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland" (SmED), die derzeit u. a. von den Mitarbeitenden der Telefonzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes genutzt sowie online für Patient:innen selbst als "Patienten-Navi" zur Selbstselektion angeboten wird (KBV 2025a). Dieses Online-Angebot könnte bspw. verpflichtend der Online-Terminvergabe vorgeschaltet werden. Für die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien

könnten außerdem die in der PräVi-Studie erhobenen Befragungsergebnisse genutzt werden (vgl. Kapitel 4.2.2.2 und Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf").

Um Mehrarbeit in Praxen zu vermeiden, sollten klare Abläufe und Verantwortlichkeiten in der individuellen Praxis entwickelt werden. Operationalisiert werden könnte dies in strukturierten Ablaufdiagrammen, sogenannten SOPs (Standard Operation Procedure), die bspw. gemeinsam im Team einer Praxis oder übergreifend bspw. für Praxisnetze entwickelt werden könnten. Als Informationsgrundlage dafür könnten bspw. die Handreichungen der KBV (2025b) sowie der BÄK (2022) dienen; außerdem sind die Anforderungen in Anlage 31b des BMV-Ä zu berücksichtigen.

5 Diskussion der Projektergebnisse

Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie, die zum Zeitpunkt der Antragserstellung noch nicht absehbar war, fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte in Teilbereichen eine Fortsetzung der medizinischen Versorgung. Leistungserbringende und Versicherte, die Videosprechstunden nutzten, waren verglichen mit der Grundgesamtheit jünger, was sich über den Zeitverlauf insbesondere nach der Pandemie noch deutlicher zeigte. Diese zunehmende Verjüngung der VS-Nutzenden könnte mit den veränderten Rahmenbedingungen verbunden sein: 2020 war die Angst vor Infektionen während der Covid-19-Pandemie der zentrale Treiber für die VS-Nutzung. 2023 fiel diese externe Krisensituation weg und die VS-Nutzung wurde damit zu einer eher individuellen Entscheidung, sodass hier wahrscheinlich vorwiegend persönliche Interessen eine Rolle spielten. VS-Nutzende bzw. Anbietende lebten bzw. hatten ihren Praxisstandort zudem überproportional häufig in städtischen Regionen. Dies könnte u. a. darin begründet sein, dass die Bevölkerung in ländlichen Regionen im Durchschnitt älter ist, was – wie in den Projektergebnissen deutlich wurde – mit einer geringeren (angenommenen) Nutzungsbereitschaft einherging. Zudem nutzen Personen aus städtischen Regionen tendenziell häufiger die Psychotherapie, die der vorherrschende Anwendungsfall für Videosprechstunden ist (Gensorowsky et al., 2021). Anders als erhofft, verbessert der Einsatz der Videosprechstunde aktuell demnach nicht den Zugang zur Versorgung für Personen in ländlichen Regionen und Ältere, ggf. in der Mobilität Eingeschränkte. In Bezug auf die Fachgruppen, die Videosprechstunden anbieten, kann das bereits verbreitete Wissen, dass Psychotherapeut:innen hier Vorreiter sind, bestätigt werden, wobei die von Hausärzt:innen durchgeführten Videosprechstunden seit 2021 deutlich zugenommen haben; dennoch ist der Anteil der Behandlungsfälle mit Videosprechstunden an allen Behandlungsfällen der Hausärzt:innen nach wie vor verschwindend gering (0,4 % 2023; zum Vergleich 6,1 % bei den psychologischen Psychotherapeut:innen). An dieser Stelle offenbart sich ein deutliches Potenzial zum Ausbau des VS-Angebotes u. a. in der hausärztlichen Versorgung. Ein viel diskutiertes Thema ist zudem der Grad der Einbindung von Videosprechstunden in die Patientenbehandlung: Hier zeigten die Ergebnisse der Routinedatenanalyse Anhaltspunkte für einen Trend zum ausschließen Einsatz von Videosprechstunden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Fokusgruppendifkussionen wiesen jedoch einheitlich für Versicherte und Leistungserbringende darauf hin, dass eher eine ergänzende Nutzung gewünscht und als sinnvoll erachtet wird.

Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie wurde oft von einem regelrechten Boom der Videosprechstunde berichtet. Die Analyse der tatsächlichen Entwicklung über GKV-

Routinedaten zeigte, dass Videosprechstunden in der Pandemie zwar einerseits um ein Vielfaches angestiegen sind, dass dies jedoch andererseits mehr mit der initial kaum vorhandenen Nutzung als mit einem flächendeckenden Einsatz der Videosprechstunde zusammenhängt. Selbst im zweiten Quartal 2020, also zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens, umfassten nur etwa 0,5 % aller in der Routinedatenanalyse betrachteten Behandlungsfälle mindestens eine Videosprechstunde. Betrachtet man zudem die Entwicklung der relativen Inanspruchnahme, dann spiegelte diese weitestgehend die Entwicklung des Covid-19 Infektionsgeschehens wider: Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens zeigte sich auch ein deutlicher Rückgang der VS-Nutzung, verblieb jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie. Vor diesem Hintergrund, verlor das PräVi-Projekt auch mit dem dynamischen Geschehen in der Covid-19-Pandemie nicht an Relevanz, sondern es zeigte sich, dass eine flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft nur gelingen kann, wenn Versicherte und insbesondere Ärzt:innen sowie psychologische Psychotherapeut:innen diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptieren, sie vielmehr als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt ansehen und individuelle Vorteile erkennen. Die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – ist daher die Berücksichtigung der Präferenzen der Beteiligten.

In den Befragungen wurde eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten, Videosprechstunden zu nutzen, und der Einschätzung der Leistungserbringenden deutlich, von denen ein Großteil angab, dass ihre Patient:innen gar keine Videosprechstunden wünschen. Das fehlende VS-Angebot war in der Versichertenbefragung mit Abstand die größte Hürde. Dies könnte darauf hinweisen, dass die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden vermutlich häufig keine bewusste und freiwillige Entscheidung der Versicherten ist. Insbesondere Leistungserbringende, die als Gate-Keeper zum VS-Einsatz angesehen werden könnten, sollten daher im Fokus von Handlungsempfehlungen stehen. Vor diesem Hintergrund scheint es von besonderer Relevanz, Maßnahmen zu identifizieren, mit denen insbesondere Leistungserbringenden ihre persönlichen Vorteile bzw. ihr Nutzen durch den VS-Einsatz aufgezeigt werden können und diese basierend auf den Projektergebnissen über Einsatzmöglichkeiten der Videosprechstunde aufzuklären, um unerfahrenen Leistungserbringenden eine Orientierungshilfe für die Entscheidungsfindung an die Hand zu geben. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass je nach medizinischem Fachgebiet die Einstellungen zu geeigneten Einsatzmöglichkeiten zum Teil deutlich variieren. Die Ergebnisse des Projektes geben Hinweise darauf, in welchen Bereichen bisher ungenutztes Potenzial besteht oder auch in welchen Fachrichtungen der VS-Einsatz aufgrund fachrichtungsspezifischer Gegebenheiten als nicht geeignet erscheint. Letztlich bleibt die Entscheidungsverantwortung für oder gegen den VS-Einsatz bei den Leistungserbringenden.

Eng mit dem Thema "Bewusstsein und Bedarf" ist das Handlungsfeld "Vermittlung von Kompetenzen" verbunden: Die bestehenden Angebote zur Vermittlung von Digitalkompetenzen fokussieren primär auf die technische Umsetzung einer Videosprechstunde sowie ggf. auch auf die Arzt-Patienten-Interaktion in einer Videosprechstunde; nicht berücksichtigt scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag, die eine zentrale Herausforderung darstellt.

Diese Thematik wurde im Handlungsfeld "Organisation und Durchführung" näher beleuchtet. Die nur schleppende digitale Transformation von Praxen stellt eine zentrale Hürde für den VS-

Einsatz dar, da jede einzelne Praxis die Vorteile erkennen, den digitalen Wandel durchlaufen und individuelle Lösungen finden muss. Hier könnte ein mit Best-Practice-Beispielen ausgearbeiteter Handlungsleitfaden, der nicht nur isoliert den VS-Einsatz betrachtet, sondern diesen in den Kontext mit Themen wie Terminbuchung, PVS-Systeme und TI-Anbindung stellt, eine weitere Hilfestellung bieten.

Ein in der PräVi-Studie umfangreich beleuchtetes Thema waren Anreize durch die Vergütungsstruktur und -höhe von Videosprechstunden. Im Projekt wurden Anpassungsansätze zu den Unterthemen "Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden", "Umfang/Quotierungsregelungen", "Qualitätszuschläge" sowie ggf. notwendige "Anpassungen an der Bedarfsplanung" erarbeitet. Im Themenfeld der Quoten wurde bspw. eine ersatzlose Streichung der behandlungsfallbezogenen Quoten überwiegend abgelehnt, um die Etablierung ortsungebundener Digitalpraxen zu vermeiden und Präsenz- und videogestützte Therapie aus einer Hand sicherzustellen. Für eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung solcher Quoten wurden fachgruppenspezifische Quoten sowie eine Differenzierung nach dem Status "bekannte/r"/"unbekannte/r" Patient:in diskutiert. Zudem könnten Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in den Quoten berücksichtigt werden, um deren Zugang zur Versorgung via Videosprechstunde zu fördern. Dieser Vorschlag war jedoch nicht unumstritten, da dadurch bspw. eine einseitige Versorgung dieser Patientengruppe via Videosprechstunden und damit ggf. einhergehende Versorgungsunterschiede verstärkt werden könnten. Dies sollte jedoch auch vor dem möglichen Potenzial des Zugangs zur (ansonsten ggf. gar nicht stattfindenden) Versorgung gesehen werden. Bei Beibehaltung (angepasster) behandlungsfallbezogener Quoten wurde zudem die Notwendigkeit der Anpassung der Abschlagsregelung bei ausschließlich VS-Behandlungsfällen diskutiert, da diese abhängig von der Höhe und der Indikation zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen könnte. Qualitätszuschläge könnten für Leistungserbringende erwogen werden, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen, wobei in diesem Zusammenhang Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden. Zuschläge könnten außerdem für die Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde geprüft werden, wobei auch hier Herausforderungen zu beachten sind.

Schließlich sollen einige Limitationen der PräVi-Studie angeführt werden, die ggf. Verzerrungspotenzial bergen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse in Teilen einschränken.

Die Covid-19-Pandemie, die zum Zeitpunkt der Projektplanung noch nicht absehbar war, hatte einen unmittelbaren Einfluss auf das Nutzungsverhalten der Videosprechstunde und damit insbesondere auf die Ergebnisse der Routinedatenanalyse. Auch die Auskünfte in den Befragungen wurden vor dem Hintergrund der unmittelbar davor endenden Covid-19-Pandemie getätigt, sodass auch hier Auswirkungen auf das Antwortverhalten zu vermuten sind. Die schnelle Implementierung von Videosprechstunden und damit verbundene Anlaufschwierigkeiten könnten bspw. zu der Wahrnehmung geführt haben, dass diese nur eine Second-Best-Lösung darstellen kann. Zudem könnte, wie eingangs bereits erwähnt, die Relevanz des Projektes in Frage gestellt werden, wobei das rückläufige Nutzungsverhalten in Zeiten mit niedrigeren Infektionszahlen bzw. nach der Covid-19-Pandemie diese Vermutung klar widerlegt.

Eine weitere Limitation der Befragung der Leistungserbringenden ist, dass der Anteil der Antwortenden aus dem Bereich der Psychotherapie deutlich höher war als in der befragten Grundgesamtheit. Ein Selektionsbias kann hier nicht ausgeschlossen werden und wird

vermutlich darin begründet sein, dass Leistungserbringende aus dem psychotherapeutischen Bereich die Videosprechstunde bislang deutlich häufiger eingesetzt haben und ihr Antwortverhalten aufgrund ihres Interesses an der Videosprechstunde sich unterscheiden könnte. An dieser Stelle kann jedoch auf diverse Subgruppenanalysen nach dem Versorgungsbereich hingewiesen werden, sodass die Präferenzen von Hausärzt:innen und Fachärzt:innen aus der Befragung ebenfalls hervorgehen. Außerdem wurden Menschen mit hohem Pflegebedarf, Bewohner von Pflegeheimen, Menschen in der Palliativversorgung und Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht befragt, sodass die Ergebnisse auf diese Gruppen nicht übertragen werden können.

In Bezug auf die Routinedatenanalyse ist limitierend anzumerken, dass aus Gründen der Datensparsamkeit nur aggregierte Daten zur Verfügung gestellt wurden, was die Bandbreite der Analysemöglichkeiten erheblich einschränkte. Zudem ist zu beachten, dass aufgrund des großen Stichprobenumfangs selbst geringe Abweichungen statistisch signifikant werden können. Ein weiteres Problem bei der Studie war die fehlende Ausgewogenheit der Proportionen, da nur etwa 1 % der Stichprobe eine Videokonsultation in Anspruch genommen haben, während die restlichen 99 % dies nicht taten. Dieses Ungleichgewicht kann die Analyse insbesondere in Bezug auf die Ermittlung von Effektmaßen erschweren, was dazu führt, dass neben Cramérs V Odds Ratios berechnet wurden.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die PräVi-Studie ist unmittelbar auf die praktische Verwertung zur Erschließung der Potenziale der Videosprechstunde angelegt. Auf Basis der empirischen Ergebnisse (Fokusgruppen, Befragungen, Routinedaten) wurden zielgerichtete Handlungsempfehlungen für Gesetzgeber und Selbstverwaltung sowie die Individualakteure in der Praxis entwickelt und in einem Blueprint verschriftlicht (vgl. Anlage 7). Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen wurden in einem Abschluss-Symposium mit zahlreichen relevanten Akteuren (u. a. gematik, KBV, BÄK, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V., Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) diskutiert, sodass bereits ein erster Schritt zur Distribution der Ergebnisse erfolgte. Neben dem zu veröffentlichenden Blueprint, wurden bzw. werden die Projektergebnisse der Öffentlichkeit durch im Meilensteinplan fest verankerte wissenschaftliche Publikationen zugänglich gemacht.

Betrachtet man die Gesetzesinitiativen durch das Digital-Gesetz (2024) stellt man fest, dass einige der im Projekt erarbeiteten Maßnahmenansätze bereits mit dem Beschluss in der 778. Sitzung des Bewertungsausschusses Ärzte umgesetzt wurden. Vergleicht man die im Projekt erarbeiteten Anpassungsansätze in Bezug auf die Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden sowie Regelungen zur Vergütungsstruktur- und -höhe mit den von den Selbstverwaltungspartnern tatsächlich umgesetzten Anpassungen des EBM sowie BMV-Ä, werden große Überschneidungen deutlich, gleichzeitig bleibt jedoch Raum für ergänzende Regelungen: In Bezug auf die behandlungsfallbezogenen Quotierungsregelungen deckt sich das Vorgehen (Differenzierung zwischen bekannten und unbekanntem Patient:innen) mit einem im Projekt diskutierten Ansatz. Ergänzend wurden im Projekt weitere Ansätze für eine differenzierte Vorgehensweise bei der Konzeption von behandlungsfallbezogenen Quoten angeführt: Dazu gehörten fachgruppenspezifische Quoten sowie die Nicht-Berücksichtigung von Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen bei der Zählung für die Quoten.

Die im Projekt adressierte Gefahr, dass Abschlüge zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen könnten, wurde durch die neuen Zuschläge bei der ausschließlichen Behandlung von bekannten Patient:innen via Videosprechstunde adressiert. Das Thema der Qualitätszuschläge hätte zudem breiter verfolgt werden können. So hätte auch die Nutzung von qualitätsgesicherten Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden ein Ankerpunkt dafür bilden können (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung"). Allerdings wurden auch hier die Schattenseiten einer solchen Regelung hervorgehoben (Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen). Da das Erfordernis der räumlichen Nähe von Leistungserbringenden und Patient:innen in den neuen Regelungen stark in den Fokus gerückt wurde (§ 7 Anlage 31c zum BMV-Ä), scheinen zum jetzigen Zeitpunkt Anpassungen an der Bedarfsplanung vernachlässigbar, da insbesondere die Notwendigkeit der strukturierten Anschlussversorgung eine gänzlich ortsunabhängige Versorgung überwiegend ausschließt.

Bei der Übertragbarkeit der Ergebnisse ist zu beachten, dass bestimmte Gruppen im PräVi-Projekt ausgeklammert wurden: Menschen mit hohem Pflegebedarf, Bewohner von Pflegeheimen, Menschen in der Palliativversorgung und Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Auf diese sind die Ergebnisse daher nur bedingt übertragbar. Da es in der Literatur jedoch Hinweise darauf gibt, dass sich Telemedizin in diesen Kontexten als vorteilhaft erweisen könnte (Brodoehl et al., 2023; Sira et al., 2024), scheinen ergänzende Forschungsaktivitäten für diese Zielgruppen sinnvoll.

7 Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Publikationen

- Kleinschmidt L, Walenzik A, Wasem J, Höfer K, Nauendorf B, Brittner M, Brandenburg P, Aeustergerling A, Schneider U, Wadeck A, Sehlen S, Liersch S, Schwarze K, Schwenke C, Hüer T. Preference-Based Implementation of Video Consultations in Urban and Rural Regions in Outpatient Care in Germany: Protocol for a Mixed Methods Study. JMIR Res Protoc 2024;13:e50932. doi: 10.2196/50932
- Hüer T, Walenzik A, Kleinschmidt L, Höfer K, Nauendorf B, Malsch J, Brittner M, Brandenburg P, Aeustergerling A, Schneider U, Wadeck A, Liersch S, Sehlen S, Schwarze K, Wasem J. Use of Video Consultation Between 2017 and 2020 in Outpatient Medical Care in Germany and Characteristics of Their User Groups: Analysis of Claims Data. JMIR Form Res 2025;9:e60170. doi: 10.2196/60170
- Kleinschmidt L, Wasem J, Schneider U, Wadeck A, Sehlen S, Liersch S, Schwarze K, Pankoke FL, Hüer T. Inhibiting and Promoting Factors for the Use of Video Consultations Among Individuals Covered by Statutory Health Insurance in German Outpatient Care: Cross-Sectional Study. J Med Internet Res 2025;27:e66027. doi: 10.2196/66027
- Kleinschmidt L, Wasem J, Blase N, Nauendorf B, Malsch J, Brittner M, Brandenburg P, Aeustergerling A, Hüer T. Attitudes Toward Video Consultations From the Perspective of Physicians and Psychotherapists in German Outpatient Care After the COVID-19 Pandemic: Survey Study. J Med Internet Res. 2026 Jan 6;28:e73757. doi: 10.2196/73757. PMID: 41494170; PMCID: PMC12774393.

Mit den in Tabelle 8 geplanten Publikationen sollen die in den Anlagen abgebildeten, gesperrten Inhalte wissenschaftlich publiziert werden.

Tabelle 8: Geplante Publikationen

Autoren	Arbeitstitel	Geplante Zeitschrift
Kleinschmidt, Lara; Wasem, Jürgen; Blase, Nikola; Nauendorf, Beatrice; Malsch, Juliane; Brittner, Matthias; Brandenburg, Paul; Aeustergerling, André; Hüer, Theresa	Hindernde und fördernde Faktoren für den Einsatz von Videosprechstunden – eine Befragung von Ärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen	Journal of Medical Internet Research
Kleinschmidt, Lara; Schwenke, Carsten; Schwenke, Susanne; Speckemeier, Christian; Wasem, Jürgen; Schneider, Udo; Wadeck, Anja; Sehlen, Stephanie; Liersch, Sebastian; Schwarze, Katharina; Hüer, Theresa	Versicherten-Präferenzen für die Ausgestaltung von Videosprechstunden – ein Discrete-Choice-Experiment	Journal of Medical Internet Research
Kleinschmidt, Lara; Schwenke, Carsten; Schwenke, Susanne; Speckemeier, Christian; Wasem, Jürgen; Nauendorf, Beatrice; Malsch, Juliane; Brittner, Matthias; Brandenburg, Paul; Aeustergerling, André; Hüer, Theresa	Präferenzen von Leistungsbringenden für die Ausgestaltung von Videosprechstunden – ein Discrete-Choice-Experiment	noch ausstehend
Hüer, Theresa; Kleinschmidt, Lara; Blase, Nikola; Schneider, Udo; Wadeck, Anja; Sehlen, Stephanie; Liersch, Sebastian; Schwarze, Katharina; Nauendorf, Beatrice; Malsch, Juliane; Brittner, Matthias; Brandenburg, Paul; Aeustergerling, André; Wasem, Jürgen	Nutzung der Videosprechstunde in der vertragsärztlichen Versorgung während und nach der Covid-19-Pandemie – Analyse der Abrechnungsdaten von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen	Deutsches Ärzteblatt

IV Literaturverzeichnis

AOK Bundesverband. (2023a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 15.11.2023. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)*. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Gesundheitspolitik/Gesetze/231102_Stellungnahme_AOK-BV_DigiG.pdf

AOK Bundesverband. (2023b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändeanhörung des BMG am 01.08.2023. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG)*.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_aok.pdf

Björndell, C., & Premberg, Å. (2021). Physicians' experiences of video consultation with patients at a public virtual primary care clinic: A qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(1), 67–76. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1882082>

Brodoehl, S., Wagner, F., Klingner, C., Finke, K., & Srowig, A. (2023). Telemedizinische Betreuung von Demenzerkrankten in der COVID-19 Pandemie. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 91, 444–454. <https://doi.org/10.1055/a-2073-3947>

Brown, J. & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. San Francisco, Berrett-Koehler.

Bundesärztekammer. (2022). *Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Handlungsfelder_in_Arztpraxen_zur_Klimaneutralitaet.pdf

Bundesärztekammer. (2023a). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) (BT-Drs. 20/9048)*. https://www.bundestag.de/resource/blob/976840/3bc331567a109193ec455a5840772251/20_14_0163-11-Bundesaerztekammer_DigitalG-data.pdf

Bundesärztekammer. (2023b). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bundesaerztekammer.pdf

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2021). *Webanwendung „INKAR – Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung“*. <https://www.inkar.de/WizardStart>

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DigiG_RefE.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023a). *Stellungnahme. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Referentenentwurf des BMG*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bptk.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023b). *Stellungnahme. Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG). Gesetzentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 435/23)*. https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Digital_Gesetz_25cc4800c1.pdf

Christensen, L. F., Møller, A. M., Hansen, J. P., Nielsen, C. T., & Gildberg, F. A. (2019). Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 258-271. <https://doi.org/10.1111/jpm.12574>

Chudner, I., Drach-Zahavy, A., & Karkabi, K. (2019). Choosing Video Instead of In-Clinic Consultations in Primary Care in Israel: Discrete Choice Experiment Among Key Stakeholders—Patients, Primary Care Physicians, and Policy Makers. *Value in Health*, 22(10), 1187-1196. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.05.001>

Claussen, J., Jankowski, D., & Dawid, F. (2020). *Aufnehmen, Abtippen, Analysieren – Wegweiser zur Durchführung von Interview und Transkription*. BoD, Hannover.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cowan, A., Johnson, R., & Close, H. (2020). Telepsychiatry in Psychotherapy Practice. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(4-6), 23-26.

Cowan, K., McKean, A., Gentry, M., & Hilty, D. (2019). Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(12), 2510-2523. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.018>

Deutscher Bundestag. (2018). *Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung* (BT-Drucksache 19/0620). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/060/1906020.pdf>

Deutscher Bundestag. (2022). *Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab* (BT-Drucksache 20/4982). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/049/2004982.pdf>

Deutscher Bundestag. (2024). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU. Stand der Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung* (BT-Drucksache 20/10321). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/103/2010321.pdf>

Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J., & McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: A qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), e586-e594. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704141>

Frielitz, F.-S., Dördelmann, J., Lemke, S., Lange, K., Hiort, O., Katalinic, A., & von Sengbusch, S. (2021). Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 129(11), 831-836. <https://doi.org/10.1055/a-1149-8814>

Gensorowsky, D., Surmann, B., Schmidt, J., & Greiner, W. (2022). Level of use and user groups of online video consultations in outpatient medical care: Analysis of claims data. *Gesundheitswesen*, 84(2), 110–116. <https://doi.org/10.1055/a-1312-6439>

Ghaneirad, E., Groba, S., Bleich, S., & Szycik, G. R. (2021). Nutzung der ambulanten Psychotherapie über die Videosprechstunde: Ein Drittel der Patienten wird nicht erreicht. *Psychotherapeut*, 66(3), 240-246. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00497-3>

Gold, K. J., Laurie, A. R., Kinney, D. R., Harmes, K. M., & Serlin, D. C. (2021). Video Visits: Family Physician Experiences With Uptake During the COVID-19 Pandemic. *Family Medicine*, 53(3), 207-210. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.613099>

Gomez, T., Anaya, Y. B., Shih, K. J., & Tarn, D. M. (2021). A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 34(Suppl), 61-70. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.S1.200517>

Gros, D. F., Morland, L. A., Greene, C. J., Acierno, R., Strachan, M., Egede, L. E., Tuerk, P. W., Myrick, H., & Frueh, B. C. (2013). Delivery of Evidence-Based Psychotherapy via Video Telehealth. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 506-521. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9363-4>

Helfferich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS, Wiesbaden.

Hüer, T., Walendzik, A., Kleinschmidt, L., Höfer, K., Nauendorf, B., Malsch, J., Brittner, M., Brandenburg, P., Aeustergerling, A., Schneider, U., Wadeck, A., Liersch, S., Schwarze, K., & Wasem, J. (2025). Use of video consultation between 2017 and 2020 in outpatient medical care in Germany and characteristics of their user groups: Analysis of claims data. *JMIR Formative Research*, 9, e60170. <https://doi.org/10.2196/60170>

Jiwa, M., & Meng, X. (2013). Video Consultation Use by Australian General Practitioners: Video Vignette Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), e117. <https://doi.org/10.2196/jmir.2638>

Johns, G., Tan, J., Burhouse, A., Ogonovsky, M., Rees, C., & Ahuja, A. (2020). A visual step-by-step guide for clinicians to use video consultations in mental health services: NHS examples of real-time practice in times of normal and pandemic healthcare delivery. *BJPsych Bulletin*, 44(5), 277-284. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.71>

Johnson, F. R., Lancsar, E., Marshall, D., Kilambi, V., Mühlbacher, A., Regier, D. A., Bresnahan, B. W., Kanninen, B., & Bridges, J. F. P. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: Report of the ISPOR Conjoint Analysis Experimental Design Good Research Practices Task Force. *Value in Health*, 16(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2012.08.2223>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister - Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2023*. <https://www.kbv.de/documents/in-fothek/zahlen-und-fakten/Bundesarztregister/2023%20Statistische%20Informationen%20BAR.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023a). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 8. September 2023 (BR-DRCKS 435/23)*.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023b). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Juli 2023*.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_kbv.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024a). *Online in die Arztpraxis. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024b). *Online-Psychotherapie. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-psychotherapie-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025a). *Patienten-Navi*. <https://www.116117.de/de/patienten-navi.php>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025b). *Videosprechstunde. Hinweise zur Durchführung und Abrechnung in der Praxis*. <https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-videosprechstunde.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2026). *Videosprechstunde. Diese Leistungen können Praxen abrechnen*. <https://www.kbv.de/documents/praxis/digitalisierung/videosprechstunde/videosprechstunde-verguetungsuebersicht.pdf>

Kleinschmidt, L., Walendzik, A., Wasem, J., Höfer, K., Nauendorf, B., Brittner, M., Brandenburg, P., Aeustergerling, A., Schneider, U., Wadeck, A., Sehlen, S., Liersch, S., Schwarze, K., & Hüer, T. (2024). Preference-based implementation of video consultations in urban and rural regions in outpatient care in Germany: Protocol for a mixed methods study. *JMIR Research Protocols*, 13, e50932. <https://doi.org/10.2196/50932>

Koch, S., & Guhrés, M. (2021). Physicians' Experiences of Patient-Initiated Online Consultations in Primary Care Using Direct-To-Consumer Technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 643-647. <https://doi.org/10.3233/SHTI200239>

Kocsis, B., & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples. *Telemedicine and e-Health*, 24(5), 329-334. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0088>

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz, Weinheim.

Kung, K., Wong, H.-f., & Chen, J. (2016). An exploratory qualitative study of patients' views on medical e-consultation in a public primary care setting. *Hong Kong Practitioner*, 38(4), 120-127.

KV Westfalen-Lippe. (2025). *Digi-ManagerIn. Ausgezeichnete Fortbildung für nicht-ärztliches Praxispersonal*. <https://www.kvwl.de/themen-a-z/digi-managerin>

Mammen, J., Elson, M., Java, J., Beck, C., Beran, D., Biglan, K., Boyd, C., Schmidt, P., Simone, R., Willis, A., & Dorsey, R. (2018). Original Research Patient and Physician Perceptions of Virtual Visits for Parkinson's Disease: A Qualitative Study. *Telemedicine and e-Health*, 24(4), 255-267. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0119>

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim.

Medizinischer Fakultätentag. (2021). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2.0*. <https://nkkm.de/zend/menu/index>

Mittmann, C., Becker, K., & Hoffmann, F. (2020). Die Videosprechstunde im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung – Umsetzungs-, Verbreitungs- und

Entwicklungsmöglichkeiten aus Patientensicht. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 25(6), 291-296. <https://doi.org/10.1055/a-1200-8461>

Müller, M., Knop, M., Niehaves, B., & Adarkwah, C. C. (2020). Investigating the Acceptance of Video Consultation by Patients in Rural Primary Care: Empirical Comparison of Preusers and Actual Users. *JMIR Medical Informatics*, 8(10), e20813. <https://doi.org/10.2196/20813>

Newbould, L., Ariss, S., Mountain, G., & Hawley, M. S. (2021). Exploring factors that affect the uptake and sustainability of videoconferencing for healthcare provision for older adults in care homes: a realist evaluation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01372-y>

Orme, B. K. (2010). Sample size issues for conjoint analysis. Getting started with conjoint analysis: Strategies for product design and pricing research (2. Aufl.), 57-66. *Research Publishers*.

Phillips, E. A., Himmler, S. F., & Schreyögg, J. (2021). Preferences for e-Mental Health Interventions in Germany: A Discrete Choice Experiment. *Value in Health*, 24(3), 421-430. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.09.018>

Powell, R. E., Henstenburg, J. M., Cooper, G., Hollander, J. E., & Rising, K. L. (2017). Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits. *Annals of Family Medicine*, 15(3), 225-229. <https://doi.org/10.1370/afm.2095>

Randhawa, R., Chandan, J. S., Thomas, T., & Singh, S. (2019). An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: A qualitative pilot study. *Primary Health Care Research & Development*, 20(e5), 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000361>

Ray, K. N., Ashcraft, L. E., Mehrotra, A., Miller, E., & Kahn, J. S. (2017). Family Perspectives on Telemedicine for Pediatric Subspecialty Care. *Telemedicine and e-Health*, 23(10), 852-862. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0236>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.a). *Kurzanleitung Praxis*. <https://hilfe.redmedical.de/display/RH/Kurzanleitung+Praxis>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.b). *Kurzanleitung für Patienten*. <https://hilfe.redmedical.de/pages/viewpage.action?pageId=1049263>

samedi GmbH. (2021). *So funktioniert die samedi Videosprechstunde - Tutorial für Patienten*. <https://www.youtube.com/watch?v=E7CB15YTvBU>

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., Krupinski, E., Myers, K., Shore, P., Kaftarian, E., & Hilty, D. (2018). Policy Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018. *Telemedicine and e-Health*, 24(11), 827-832. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>

Sira, N., Groß, D., & Wilhelmy, S. (2024). Ethical acceptability of telemedicine: Nursing home resident's perspective on telemedical consultations. *Digital Health*, 10. <https://doi.org/10.1177/20552076241288368>

Thiyagarajan, A., Grant, C., Griffiths, F., & Atherton, H. (2020). Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: A systematic scoping review. *BJGP Open*, 4(1), bjgpopen20X101020. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101020>

Verband der Ersatzkassen. (2023a). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Gesetzentwurf zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz –/DigiG) vom 02.08.2023*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_vdek.pdf

Verband der Ersatzkassen. (2023b). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 25.10.2023*. https://www.vdek.com/politik/stellungnahmen/wahlperiode_20/digital-gesetz-digig-referentenentwurf/_jcr_content/par/download/file.res/231025_DigiG_Stellungnahme_vdek.pdf

Waschkau, A., Traulsen, P., & Steinhäuser, J. (2022). Evaluation of synchronous and asynchronous telemedical applications in primary care in rural regions of Northern Germany—Results and lessons learned from a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph192214860>

World Health Organization. (2022). *Consolidated telemedicine implementation guide*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364221/9789240059184-eng.pdf?sequence=1>

V Anlagen

- Anlage 1: Details zur Routinedatenanalyse (gesperrt bis 30.06.2026)
- Anlage 2: Details zur Systematischen Literaturrecherche
- Anlage 3: Details zu den Fokusgruppen
- Anlage 4: Fragebögen
- Anlage 5: Details zur Befragung
- Anlage 6: Details zur Befragung (gesperrt bis 30.06.2026)
- Anlage 7: Blueprint
- Anlage 8: Materialien Stakeholder-Workshop
- Anlage 9: Materialien Abschluss-Workshop

Anlage 2: Details zur Systematischen Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

I	Tabellenverzeichnis	2
1.	Details zur Methodik.....	3
1.1	Dokumentation Suchstrategie Pubmed	3
1.2	Dokumentation Suchstrategie Embase	10
1.3	Ein- und Ausschlusskriterien	15
2.	Detaillergebnisse	17

I Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dokumentation Suchstrategie Pubmed	3
Tabelle 2: Dokumentation Suchstrategie Embase.....	10
Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien	17

1. Details zur Methodik

1.1 Dokumentation Suchstrategie Pubmed

Tabelle 1: Dokumentation Suchstrategie Pubmed

Database	Pubmed	
Platform	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov	
Date of search	15.06.2021	
Filter	("2011/01/01"[PDat] : "2021/06/15"[PDat]) NOT (Clinical Conference[ptyp] OR Congress[ptyp] OR Letter[ptyp]) AND (English[lang] OR German[lang]) AND (full text[sb])	
Inhaltliche Ausschlüsse	NOT ('nursing'[MAJR] OR 'nursing'[TIAB]) NOT ('inpatients'[MAJR] OR 'inpatient'[TIAB] OR 'inpatients'[TIAB] OR 'hospital patient'[TIAB] OR 'hospital patients'[TIAB]) NOT ('hospitals'[MAJR] OR 'hospital'[TIAB] OR 'hospitals'[TIAB]) NOT ('hospitalization'[MAJR] OR 'hospitalization'[TIAB] OR 'inpatient care'[TIAB])	
#	Search Term	Hits
1a	'Ambulatory Care'[MAJR] OR 'Ambulatory Care'[TIAB]	35,336
1a.1	'Ambulatory Care'[MAJR]	28,135
1a.2	'Ambulatory Care'[TIAB]	10,333
1b	'ambulatory medical care'[TIAB]	2,180
1c	'family doctor'[TIAB]	2,998
1d	'family doctors'[TIAB]	2,121
1e	'General Practice'[MAJR] OR 'general practice'[TIAB]	73,467
1e.1	'General Practice'[MAJR]	49,966
1e.2	'general practice'[TIAB]	39,727
1f	'general practitioner'[TIAB]	21,448
1g	'general practitioners'[MAJR] OR 'general practitioners'[TIAB]	39,053
1g.1	'general practitioners'[MAJR]	6,757
1g.2	'general practitioners'[TIAB]	35,543
1h	'medical specialist'[TIAB]	1,090
1i	'medical specialists'[TIAB]	2,582
1j	'mental health care'[TIAB]	12,724
1k	'mental health service'[TIAB]	5,533
1l	'mental health services'[MAJR] OR 'mental health services'[TIAB]	74,171
1l.1	'mental health services'[MAJR]	63,751
1l.2	'mental health services'[TIAB]	19,209
1m	'mental health specialist'[TIAB]	248
1n	'mental health specialists'[TIAB]	515
1o	'outpatient care'[TIAB]	5,919
1p	'physicians, Family'[MAJR]	11,241
1q	'Physicians, Primary Care'[MAJR]	2,821

1r	'primary health care' [TIAB] OR 'primary health care'[MAJR]	121,858
1r.1	'primary health care' [TIAB]	29,540
1r.2	'primary health care'[MAJR]	102,486
1s	'primary medical care'[TIAB]	932
1t	'psychologist'[TIAB]	5,816
1u	'psychologists'[TIAB]	11,463
1v	'psychology'[MAJR] OR 'psychology'[TIAB]	83,656
1v.1	'psychology'[MAJR]	39,918
1v.2	'psychology'[TIAB]	58,855
1w	'Psychotherapist'[TIAB]	1,351
1x	'Psychotherapists'[MAJR] OR 'Psychotherapists'[TIAB]	2,051
1x.1	'Psychotherapists'[MAJR]	41
1x.2	'Psychotherapists'[TIAB]	2,033
1y	'Psychotherapy'[MAJR] OR 'psychotherapy'[TIAB]	159,012
1y.1	'Psychotherapy'[MAJR]	145,381
1y.2	'psychotherapy'[TIAB]	40,171
1z	'secondary health care'[TIAB]	469
1aa	(1a + 1b + 1c + 1d + 1e + 1f + 1g + 1h + 1i + 1j + 1k + 1l + 1m + 1n + 1o +1p + 1q + 1r + 1s + 1t + 1u + 1v + 1w + 1x + 1y +1z)	680,054
2a	'e visit'[TIAB]	53
2b	'e visits'[TIAB]	88
2c	'electronic consultation'[TIAB]	183
2d	'electronic consultations'[TIAB]	97
2e	'online consultation'[TIAB]	144
2f	'online consultations'[TIAB]	79
2g	'real time video'[TIAB]	515
2h	'real time videoconferencing'[TIAB]	51
2i	'remote consultation' [TIAB] OR 'Remote Consultation'[MAJR]	4,327
2i.1	'remote consultation' [TIAB]	475
2i.2	'Remote Consultation'[MAJR]	3,986
2j	'remote consultations' [TIAB]	184
2k	'teleconsultation' [TIAB]	1,194
2l	'teleconsultations' [TIAB]	567
2m	'telemedicine'[MAJR] OR 'telemedicine'[TIAB]	36,962
2m.1	'telemedicine'[MAJR]	29,655
2m.2	'telemedicine'[TIAB]	17,363
2n	'video consultation'[TIAB]	263
2o	'video consultations'[TIAB]	302
2p	'virtual consultation'[TIAB]	91
2q	'virtual consultations'[TIAB]	109
2r	(2a + 2b + 2c + 2d + 2e + 2f + 2g +2h +2i + 2j + 2k + 2l + 2m + 2n + 2o + 2p + 2q)	45,209

3a	'application'[TIAB]	865,262
3b	'applications'[TIAB]	528,310
3c	'setting'[TIAB]	615,780
3d	'settings'[TIAB]	247,112
3e	'implement'[TIAB]	78,697
3f	'implementation'[TIAB]	278,364
3g	'implementing'[TIAB]	78,407
3h	'field'[TIAB]	807,507
3i	'fields'[TIAB]	190,073
3j	'area'[TIAB]	981,003
3k	'areas'[TIAB]	721,409
3l	'opportunity'[TIAB]	135,345
3m	'opportunities'[TIAB]	149,278
3n	'option'[TIAB]	188,076
3o	'options'[TIAB]	206,799
3p	'utilization'[TIAB]	206,097
3q	'utilizations'[TIAB]	748
3r	(3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j + 3k + 3l + 3m + 3n + 3o + 3p + 3q)	6,156,456
4a	'access'[TIAB]	351,082
4b	'accessibility'[TIAB]	48,070
4c	'advantage'[TIAB]	184,626
4d	'advantages'[TIAB]	239,639
4e	'anonymity' [TIAB]	2,441
4f	'availability'[TIAB]	231,719
4g	'benefit'[TIAB]	414,908
4h	'benefits'[TIAB]	343,664
4i	'cost control' [MAJR] OR 'cost control' [TIAB]	6,700
4i.1	'cost control' [MAJR]	5,364
4i.2	'cost control' [TIAB]	1,585
4j	'cost reduction'[TIAB]	3,402
4k	'cost reductions'[TIAB]	898
4l	'health services accessibility'[MAJR]	63,586
4m	'infection risk' [TIAB]	5,919
4n	'job satisfaction'[MAJR]	12,201
4o	'patient satisfaction'[MAJR]	36,689
4p	'Personal satisfaction'[MAJR]	9,842
4q	'Physical Distancing' [MAJR] OR 'Physical Distancing' [TIAB]	1,484
4q.1	'Physical Distancing' [MAJR]	1,585
4q.2	'Physical Distancing' [TIAB]	986
4r	'satisfaction'[TIAB]	149,923
4s	'social distancing'[TIAB]	4,954
4t	'Time Factors'[MAJR] OR 'Time Factors'[TIAB]	5,073
4t.1	'Time Factors'[MAJR]	2,978

4t.2	'Time Factors'[TIAB]	2,763
4u	'Time Factor' [TIAB]	1,232
4v	'time saving'[TIAB]	4,485
4w	'time savings'[TIAB]	1,260
4x	'waiting time'[TIAB]	7,398
4y	'waiting times'[TIAB]	4,975
4z	(4a + 4b + 4c + 4d + 4e + 4f + 4g + 4h + 4i + 4j + 4k + 4l + 4m + 4n + 4o +4p + 4q + 4r + 4s + 4t + 4u + 4v + 4w + 4x + 4y)	2,136,170
5a	'Barrier'[TIAB]	194,525
5b	'Barriers'[TIAB]	152,476
5c	'challenge'[TIAB]	379,626
5d	'challenges'[TIAB]	326,432
5e	'computer security'[MAJR]	4,889
5f	'concern'[TIAB]	190,458
5g	'concerns'[TIAB]	181,921
5h	'disparities'[TIAB]	56,063
5i	'disparity'[TIAB]	28,086
5j	'doubt'[TIAB]	19,924
5k	'doubts'[TIAB]	8,156
5l	'Healthcare Disparities'[MAJR]	12,516
5m	'hurdle'[TIAB]	5,590
5n	'hurdles'[TIAB]	8,051
5o	'infrastructure'[TIAB]	39,998
5p	'lack of information'[TIAB]	8,805
5q	'legal aspect'[TIAB]	147
5r	'legal aspects'[TIAB]	5,344
5s	'legislation & jurisprudence'[MAJR]	57,956
5t	'Physician-Patient Relations'[MAJR] OR 'Physician-Patient Relations'[TIAB]	36,907
5t.1	'Physician-Patient Relations'[MAJR]	36,506
5t.2	'Physician-Patient Relations'[TIAB]	1,576
5u	'privacy'[MAJR] OR 'privacy'[TIAB]	23,448
5u.1	'privacy'[MAJR]	7,983
5u.2	'privacy'[TIAB]	17,833
5v	'problem'[TIAB]	538,386
5w	'problems'[TIAB]	587,017
5x	'remuneration'[MAJR] OR 'remuneration'[TIAB]	2,643
5x.1	'remuneration'[MAJR]	206
5x.2	'remuneration'[TIAB]	2,560
5y	'security'[TIAB]	53,959
5z	'skepticism'[TIAB]	2,723
5aa	(5a + 5b + 5c + 5d + 5e + 5f + 5g + 5h + 5i + 5j + 5k + 5l + 5m +5n + 5o + 5p + 5q + 5r + 5s + 5t + 5u +5v + 5w + 5x + 5y +5z)	2,926,046

6a	'acceptance'[TIAB]	75,504
6b	'attitude'[TIAB]	58,648
6c	'attitudes'[TIAB]	125,322
6d	'experience'[TIAB]	712,566
6e	'experiences'[TIAB]	220,784
6f	'motivation'[MAJR] OR 'motivation'[TIAB]	136,824
6f.1	'motivation'[MAJR]	79,660
6f.2	'motivation'[TIAB]	70,388
6g	'motivations'[TIAB]	10,964
6h	'Patient Acceptance of Health Care'[MAJR]	86,917
6i	'perception'[TIAB] OR 'perception' [MAJR]	394,597
6i.1	'perception' [MAJR]	260,965
6i.2	'perception'[TIAB]	188,514
6j	'perceptions' [TIAB]	114,806
6k	'preference'[TIAB]	112,493
6l	'preferences'[TIAB]	70,309
6m	(6a + 6b + 6c + 6d + 6e + 6f + 6g + 6h + 6i + 6j + 6k + 6l)	2,019,734
7a	'sparsely inhabited'[TIAB]	19
7b	'suburban'[TIAB]	9,512
7c	'underpopulated'[TIAB]	56
7d	'population density'[MAJR] OR 'population density'[TIAB]	13,987
7d.1	'population density'[MAJR]	3,258
7d.2	'population density'[TIAB]	11,542
7e	'Rural Health Services'[MAJR]	9,852
7f	'Rural Health'[MAJR]	11,406
7g	'Rural Population' [MAJR]	21,247
7h	'rural'[TIAB]	151,825
7i	'urban health services'[MAJR]	2,031
7j	'Urban Health'[MAJR]	6,373
7k	'Urban Population'[MAJR]	17,444
7l	'urban'[TIAB]	163,925
7m	(7a + 7b + 7c + 7d + 7e + 7f + 7g + 7h + 7i + 7j + 7k + 7l)	407,677
8a	1aa AND 2r AND 3r AND (4z OR 5aa OR 6m OR 7m)	1,455

Prinzip: MeSH Terms[MAJR] + freie Textwortsuche (mit Eingrenzung[TIAB])

MAJR = Suche nach allen Treffern, denen Mesh Term als Hauptbegriff/Hauptthema zugeordnet wurde. MeSH-Terms wurden zusätzlich in die freie Textwortsuche aufgenommen, um eine systematische Recherche zu ermöglichen.

('Ambulatory Care'[MAJR] OR 'Ambulatory Care'[TIAB] OR 'ambulatory medical care'[TIAB] OR 'family doctor'[TIAB] OR 'family doctors'[TIAB] OR 'General Practice'[MAJR] OR 'general practice'[TIAB] OR 'general practitioner'[TIAB] OR 'general practitioners'[MAJR] OR 'general practitioners'[TIAB] OR 'medical specialist'[TIAB] OR 'medical specialists'[TIAB] OR 'mental health care'[TIAB] OR 'mental

health service'[TIAB] OR 'mental health services'[MAJR] OR 'mental health services'[TIAB] OR 'mental health specialist'[TIAB] OR 'mental health specialists'[TIAB] OR 'outpatient care'[TIAB] OR 'physicians, Family'[MAJR] OR 'Physicians, Primary Care'[MAJR] OR 'primary health care' [TIAB] OR 'primary health care'[MAJR] OR 'primary medical care'[TIAB] OR 'psychologist'[TIAB] OR 'psychologists'[TIAB] OR 'psychology'[MAJR] OR 'psychology'[TIAB] OR 'Psychotherapist'[TIAB] OR 'Psychotherapists'[MAJR] OR 'Psychotherapists'[TIAB] OR 'Psychotherapy'[MAJR] OR 'psychotherapy'[TIAB] OR 'secondary health care'[TIAB])

AND

('e visit'[TIAB] OR 'e visits'[TIAB] OR 'electronic consultation'[TIAB] OR 'electronic consultations'[TIAB] OR 'online consultation'[TIAB] OR 'online consultations'[TIAB] OR 'real time video'[TIAB] OR 'real time videoconferencing'[TIAB] OR 'remote consultation' [TIAB] OR 'Remote Consultation'[MAJR] OR 'remote consultations' [TIAB] OR 'teleconsultation' [TIAB] OR 'teleconsultations'[TIAB] OR 'telemedicine'[MAJR] OR 'telemedicine'[TIAB] OR 'video consultation'[TIAB] OR 'video consultations'[TIAB] OR 'virtual consultation'[TIAB] OR 'virtual consultations'[TIAB])

AND

('application'[TIAB] OR 'applications'[TIAB] OR 'setting'[TIAB] OR 'settings'[TIAB] OR 'implement'[TIAB] OR 'implementation'[TIAB] OR 'implementing'[TIAB] OR 'field'[TIAB] OR 'fields'[TIAB] OR 'area'[TIAB] OR 'areas'[TIAB] OR 'opportunity'[TIAB] OR 'opportunities'[TIAB] OR 'option'[TIAB] OR 'options'[TIAB] OR 'utilization'[TIAB] OR 'utilizations'[TIAB])

OR

'access'[TIAB] OR 'accessibility'[TIAB] OR 'advantage'[TIAB] OR 'advantages'[TIAB] OR 'anonymity'[TIAB] OR 'availability'[TIAB] OR 'benefit'[TIAB] OR 'benefits'[TIAB] OR 'cost control' [MAJR] OR 'cost control' [TIAB] OR 'cost reduction'[TIAB] OR 'cost reductions'[TIAB] OR 'health services accessibility'[MAJR] OR 'infection risk' [TIAB] OR 'job satisfaction'[MAJR] OR 'patient satisfaction'[MAJR] OR 'Personal satisfaction'[MAJR] OR 'Physical Distancing' [MAJR] OR 'Physical Distancing' [TIAB] OR 'satisfaction'[TIAB] OR 'social distancing'[TIAB] OR 'Time Factors'[MAJR] OR 'Time Factor' [TIAB] OR 'Time Factors'[TIAB] OR 'time saving'[TIAB] OR 'time savings'[TIAB] OR 'waiting time'[TIAB] OR 'waiting times'[TIAB]

OR

'Barrier'[TIAB] OR 'Barriers'[TIAB] OR 'challenge'[TIAB] OR 'challenges'[TIAB] OR 'computer security'[MAJR] OR 'concern'[TIAB] OR 'concerns'[TIAB] OR 'disparities'[TIAB] OR 'disparity'[TIAB] OR 'doubt'[TIAB] OR 'doubts'[TIAB] OR 'Healthcare Disparities'[MAJR] OR 'hurdle'[TIAB] OR 'hurdles'[TIAB] OR 'infrastructure'[TIAB] OR 'lack of information'[TIAB] OR 'legal aspect'[TIAB] OR 'legal aspects'[TIAB] OR 'legislation & jurisprudence'[MAJR] OR 'Physician-Patient Relations'[MAJR] OR 'Physician-Patient Relations'[TIAB] OR 'privacy'[MAJR] OR 'privacy'[TIAB] OR 'problem'[TIAB] OR 'problems'[TIAB] OR 'remuneration'[MAJR] OR 'remuneration'[TIAB] OR 'security'[TIAB] OR 'skepticism'[TIAB]

OR

'acceptance'[TIAB] OR 'attitude'[TIAB] OR 'attitudes'[TIAB] OR 'experience'[TIAB] OR 'experiences'[TIAB] OR 'motivation'[MAJR] OR 'motivation'[TIAB] OR 'motivations'[TIAB] OR 'Patient Acceptance of Health Care'[MAJR] OR 'perception'[TIAB] OR 'perception' [MAJR] OR 'perceptions'[TIAB] OR 'preference'[TIAB] OR 'preferences'[TIAB]

OR

'sparsely inhabited'[TIAB] OR 'suburban'[TIAB] OR 'underpopulated'[TIAB] OR 'population density'[MAJR] OR 'population density'[TIAB] OR 'Rural Health Services'[MAJR] OR 'Rural Health'[MAJR] OR 'Rural Population' [MAJR] OR 'rural'[TIAB] OR 'urban health services'[MAJR] OR 'Urban Health'[MAJR] OR 'Urban Population'[MAJR] OR 'urban'[TIAB])

1.2 Dokumentation Suchstrategie Embase

Tabelle 2: Dokumentation Suchstrategie Embase

Database	Embase	
Platform	Embase.com	
Date of search	15.06.2021	
Filter	AND [2011-2021]/py AND ([english]/lim OR [german]/lim) NOT [conference paper]/lim NOT [conference review]/lim NOT [conference abstract]/lim NOT [letter]/lim NOT [note]/lim	
Inhaltliche Ausschlüsse	NOT ('nursing'/exp/mj OR 'nursing':ab,ti,kw) NOT ('hospital patient'/exp/mj OR 'hospital patient*':ab,ti,kw OR 'inpatient*':ab,ti,kw) NOT ('hospital'/exp/mj OR 'hospital*':ab,ti,kw) NOT ('inpatient care'/exp/mj OR 'inpatient care':ti,ab,kw OR 'hospitalization':ti,ab,kw)	
#	Search Term	Hits
1a	'primary health care'/exp/mj OR 'primary health care':ab,ti,kw	85,022
1a.1	'primary health care'/exp/mj	64,539
1a.2	'primary health care':ab,ti,kw	32,777
1b	'primary medical care':ab,ti,kw	1,191
1c	'outpatient care'/exp/mj OR 'outpatient care':ab,ti,kw	14,397
1c.1	'outpatient care'/exp/mj	6,495
1c.2	'outpatient care':ab,ti,kw	9,134
1d	'ambulatory medical care':ab,ti,kw	3,102
1e	'general practitioner'/exp/mj OR 'general pract*':ab,ti,kw	126,701
1e.1	'general practitioner'/exp/mj	25,448
1e.2	'general pract*':ab,ti,kw	113,319
1f	'family doctor*':ab,ti,kw	7,145
1g	'mental health care'/exp/mj OR 'mental health care':ab,ti,kw	82,182
1g.1	'mental health care'/exp/mj	73,369
1g.2	'mental health care':ab,ti,kw	15,741
1h	'medical specialist'/exp/mj OR 'medical specialist*':ab,ti,kw	13,348
1h.1	'medical specialist'/exp/mj	8,781
1h.2	'medical specialist*':ab,ti,kw	5,139
1i	'mental health specialist*':ti,kw,ab	957
1j	'psychotherapist'/exp/mj OR 'psychotherap*':ab,ti,kw	70,001
1j.1	'psychotherapist'/exp/mj	1,135
1j.2	'psychotherap*':ab,ti,kw	69,612
1k	'psychologist'/exp/mj OR 'psycholog*':ab,ti,kw	421,857
1k.1	'psychologist'/exp/mj	1,059
1k.2	'psycholog*':ab,ti,kw	421,919
1l	'psychotherapy'/exp/mj	142,293
1m	'psychology'/exp/mj	204,453

1n	'secondary health care'/exp/mj OR 'secondary health care':ab,ti,kw	1,976
1n.1	'secondary health care'/exp/mj	1,359
1n.2	'secondary health care':ab,ti,kw	664
1o	(1a + 1b + 1c + 1d + 1e + 1f + 1g + 1h + 1i + 1j + 1k + 1l + 1m + 1n)	1,174,625
2a	'telemedicine'/exp/mj OR 'telemedicine':ab,ti,kw	36,344
2a.1	'telemedicine'/exp/mj	25,728
2a.2	'telemedicine':ab,ti,kw	22,619
2b	'teleconsult*':ab,ti,kw	1,964
2c	'electronic consult*':ab,ti,kw	433
2d	'e visit*':ab,ti,kw	231
2e	'online consult*':ab,ti,kw	376
2f	'real time video*':ab,ti,kw	841
2g	'remote consult*':ab,ti,kw	862
2h	'video consult*':ab,ti,kw	711
2i	'virtual consult*':ab,ti,kw	320
2i	(2a + 2b + 2c + 2d + 2e + 2f + 2g + 2h + 2i)	42,082
3a	'application*':ab,ti,kw	1,536,716
3b	'setting*':ab,ti,kw	1,111,334
3c	'implement*':ti,ab,kw	728,782
3d	'field*':ab,ti,kw	1,046,457
3e	'area*':ab,ti,kw	2,041,773
3f	'opportunit*':ab,ti,kw	359,803
3g	'option*':ab,ti,kw	578,011
3h	'utilization*':ab,ti,kw	283,635
3f	(3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h)	7,686,511
4a	'satisfaction'/exp/mj OR 'satisfaction':ab,ti,kw	227,728
4a.1	'satisfaction'/exp/mj	56,604
4a.2	'satisfaction':ab,ti,kw	211,369
4b	'advantage*':ab,ti,kw	568,644
4c	'benefit*':ab,ti,kw	1,046,291
4d	'waiting time*':ab,ti,kw	17,010
4e	'time saving*':ab,ti,kw	7,775
4f	'cost reduction*':ab,ti,kw	6,405
4g	'social distancing'/exp/mj OR 'social distancing':ab,ti,kw	4,721
4g.1	'social distancing'/exp/mj	643
4g.2	'social distancing':ab,ti,kw	4,635
4h	'infection risk'/exp/mj OR 'infection risk*':ab,ti,kw	17,987
4h.1	'infection risk'/exp/mj	10,046
4h.2	'infection risk*':ab,ti,kw	9,242
4i	'anonymity':ab,ti,kw	3,362
4j	'availability':ab,ti,kw	287,776

4k	'health care access'/exp/mj OR 'access':ab,ti,kw	489,326
4k.1	'health care access'/exp/mj	11,279
4k.2	'access':ab,ti,kw	487,040
4l	'accessibility':ab,ti,kw	59,141
4m	(4a + 4b + 4c + 4d + 4e + 4f + 4g + 4h + 4i + 4j + 4k + 4l + 4m)	2,736,166
5a	'barrier*':ab,ti,kw	412,346
5b	'challeng*':ab,ti,kw	1,172,207
5c	'hurdl*':ab,ti,kw	17,398
5d	'problem*':ab,ti,kw	1,420,608
5e	'concern*':ab,ti,kw	879,904
5f	'doubt*':ab,ti,kw	52,148
5g	'danger, risk, safety and related phenomena'/exp/mj	559,239
5h	'security':ab,ti,kw	66,864
5i	'skepticism':ab,ti,kw	3,170
5j	'disparities'/exp/mj OR 'disparities':ab,ti,kw	74,040
5j.1	'disparities'/exp/mj	0
5j.2	'disparities':ab,ti,kw	74,040
5k	'lack of information':ab,ti,kw	12,154
5l	'doctor patient relationship'/exp/mj OR 'doctor patient relationship':ab,ti,kw	42,235
5l.1	'doctor patient relationship'/exp/mj	38,990
5l.2	'doctor patient relationship':ab,ti,kw	5,016
5m	'infrastructure':ab,ti,kw	48,758
5n	'legal aspect'/exp/mj OR 'legal aspect*':ab,ti,kw	371,037
5n.1	'legal aspect'/exp/mj	368,271
5n.2	'legal aspect*':ab,ti,kw	5,024
5o	'privacy':ab,ti,kw	21,165
5p	'remuneration'/exp/mj OR 'remuneration*':ab,ti,kw	3,626
5p.1	'remuneration'/exp/mj	365
5p.2	'remuneration*':ab,ti,kw	3,545
5q	(5a + 5b + 5c + 5d + 5e + 5f + 5g + 5h + 5i + 5j + 5k + 5l + 5m + 5n + 5o + 5p)	5,159,017
6a	'acceptance':ab,ti,kw	100,946
6b	'attitude'/exp/mj OR 'attitude*':ab,ti,kw	447,820
6b.1	'attitude'/exp/mj	300,086
6b.2	'attitude*':ab,ti,kw	209,368
6c	'motivation'/exp/mj OR 'motivation*':ab,ti,kw	145,317
6c.1	'motivation'/exp/mj	45,066
6c.2	'motivation*':ab,ti,kw	117,819
6d	'perception'/exp/mj OR 'perception*':ab,ti,kw	443,897
6d.1	'perception'/exp/mj	149,095
6d.2	'perception*':ab,ti,kw	350,930
6e	'experience'/exp/mj OR 'experience*':ab,ti,kw	1,653,546
6e.1	'experience'/exp/mj	3,107

6e.2	'experience*':ab,ti,kw	1,653,878
6f	'preference*':ab,ti,kw	204,272
6g	(6a + 6b + 6c + 6d + 6e + 6f)	2,995,798
7a	'urban area'/exp/mj	11,378
7b	'rural area'/exp/mj	6,090
7c	'suburban area'/exp/mj	284
7d	'urban population'/exp/mj	11,815
7e	'rural population'/exp/mj	13,540
7f	'suburban population'/exp/mj	122
7g	'urban':ab,ti,kw	212,411
7h	'rural':ab,ti,kw	183,643
7i	'suburban':ab,ti,kw	12,158
7j	'population density'/exp/mj OR 'population density':ti,ab,kw	16,835
7j.1	'population density'/exp/mj	5,975
7j.2	'population density':ti,ab,kw	11,796
7k	'underpopulat*':ab,ti,kw	65
7l	'sparsely inhabit*':ti,ab,kw	20
7m	(7a + 7b + 7c + 7d + 7e + 7f + 7g + 7h + 7i + 7j + 7k + 7l)	468,361
8a	1o AND 2i AND 3f AND (4m OR 5q OR 6g OR 7m)	1,714

Prinzip: EMTREE/exp/mj + freie Textwortsuche (mit Eingrenzung „:ti,ab,kw“)

Exp = exploded, d.h. Äste werden mitgesucht; mj = major focus; EMTREE-Begriffe wurden zusätzlich in die freie Textwortsuche aufgenommen, um eine systematische Recherche zu ermöglichen.

('primary health care'/exp/mj OR 'primary health care':ab,ti,kw OR 'primary medical care':ab,ti,kw OR 'outpatient care'/exp/mj OR 'outpatient care':ab,ti,kw OR 'ambulatory medical care':ab,ti,kw OR 'general practitioner'/exp/mj OR 'general pract*':ab,ti,kw OR 'family doctor*':ab,ti,kw OR 'mental health care'/exp/mj OR 'mental health care':ab,ti,kw OR 'medical specialist'/exp/mj OR 'medical specialist*':ab,ti,kw OR 'mental health specialist*':ti,kw,ab OR 'psychotherapist'/exp/mj OR 'psychotherap*':ab,ti,kw OR 'psychologist'/exp/mj OR 'psycholog*':ab,ti,kw OR 'psychotherapy'/exp/mj OR 'psychology'/exp/mj OR 'secondary health care'/exp/mj OR 'secondary health care':ab,ti,kw)

AND ('telemedicine'/exp/mj OR 'telemedicine':ab,ti,kw OR 'teleconsult*':ab,ti,kw OR 'electronic consult*':ab,ti,kw OR 'e visit*':ab,ti,kw OR 'online consult*':ab,ti,kw OR 'real time video*':ab,ti,kw OR 'remote consult*':ab,ti,kw OR 'video consult*':ab,ti,kw OR 'virtual consult*':ab,ti,kw)

AND ('application*':ab,ti,kw OR 'setting*':ab,ti,kw OR 'implement*':ti,ab,kw OR 'field*':ab,ti,kw OR 'area*':ab,ti,kw OR 'opportunit*':ab,ti,kw OR 'option*':ab,ti,kw OR 'utilization*':ab,ti,kw

OR 'satisfaction'/exp/mj OR 'satisfaction':ab,ti,kw OR 'advantage*':ab,ti,kw OR 'benefit*':ab,ti,kw OR 'waiting time*':ab,ti,kw OR 'time saving*':ab,ti,kw OR 'cost reduction*':ab,ti,kw OR 'social distancing'/exp/mj OR 'social distancing':ab,ti,kw OR 'infection risk'/exp/mj OR 'infection risk*':ab,ti,kw OR 'anonymity':ab,ti,kw OR 'availability':ab,ti,kw OR 'health care access'/exp/mj OR 'access':ab,ti,kw OR 'accessibility':ab,ti,kw

OR 'barrier*':ab,ti,kw OR 'challeng*':ab,ti,kw OR 'hurdle*':ab,ti,kw OR 'problem*':ab,ti,kw OR 'concern*':ab,ti,kw OR 'doubt*':ab,ti,kw OR 'danger, risk, safety and related phenomena'/exp/mj OR

'security':ab,ti,kw OR 'skepticism':ab,ti,kw OR 'disparities'/exp/mj OR 'disparities':ab,ti,kw OR 'disparity'/exp/mj OR 'disparity':ti,ab,kw OR 'lack of information':ab,ti,kw OR 'doctor patient relationship'/exp/mj OR 'doctor patient relationship':ab,ti,kw OR 'infrastructure':ab,ti,kw OR 'legal aspect'/exp/mj OR 'legal aspect*':ab,ti,kw OR 'privacy':ab,ti,kw OR 'remuneration'/exp/mj OR 'remuneration*':ab,ti,kw

OR 'acceptance':ab,ti,kw OR 'attitude'/exp/mj OR 'attitude*':ab,ti,kw OR 'motivation'/exp/mj OR 'motivation*':ab,ti,kw OR 'perception'/exp/mj OR 'perception*':ab,ti,kw OR 'experience'/exp/mj OR 'experience*':ab,ti,kw OR 'preference*':ab,ti,kw

OR 'urban area'/exp/mj OR 'rural area'/exp/mj OR 'suburban area'/exp/mj OR 'urban population'/exp/mj OR 'rural population'/exp/mj OR 'suburban population'/exp/mj OR 'urban':ab,ti,kw OR 'rural':ab,ti,kw OR 'suburban':ab,ti,kw OR 'population density'/exp/mj OR 'population density':ti,ab,kw OR 'underpopulat*':ab,ti,kw OR 'sparsely inhabit*':ti,ab,kw)

AND [2011-2021]/py AND ([english]/lim OR [german]/lim) NOT [conference paper]/lim NOT [conference review]/lim NOT [conference abstract]/lim NOT [letter]/lim NOT [note]/lim

NOT ('nursing'/exp/mj OR 'nursing':ab,ti,kw) NOT ('hospital patient'/exp/mj OR 'hospital patient*':ab,ti,kw OR 'inpatient*':ab,ti,kw) NOT ('hospital'/exp/mj OR 'hospital*':ab,ti,kw) NOT ('inpatient care'/exp/mj OR 'inpatient care':ti,ab,kw OR 'hospitalization':ti,ab,kw)

1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien

- **E1:** Einsatz der Videosprechstunde im Sinne einer videobasierten Online-Sprechstunde in Echtzeit zwischen Patient:innen und Leistungserbringenden
- **E2:** Einsatz in der ambulanten Versorgung
- **E3:** Publikation ohne konkreten Bezug zu einem Sektor (stationär ausgeschlossen, A11)
- **E4:** Publikation mit regionalem Bezug (z.B. Einsatz in ländlichen/städtischen Regionen)
- **E5:** Publikation zu Einsatzmöglichkeiten/Settings/Modellprojekten
- **E6:** Publikation zu fördernden Faktoren/Präferenzen von Leistungserbringenden und/oder Patient:innen
- **E7:** Publikation zu hemmenden Faktoren von Leistungserbringenden und/oder Patient:innen
- **E8:** Publikation übergreifend zu Präferenzen, Akzeptanz, Zufriedenheit, Erfahrungen, Einstellungen, Chancen, Risiken, Hürden oder Hemmnissen im Zusammenhang mit der Videosprechstunde

Ausschlusskriterien

- **A1:** Kein Abstract erhältlich
- **A2:** Kein Volltext erhältlich
- **A3:** Sprache der Publikation ist nicht Englisch oder Deutsch
- **A4:** Publikation ist ein Konferenz-Paper/-Review/-Abstract, Letter, Note, Studienprotokoll
- **A5:** Veröffentlichung vor dem Jahr 2011 (älter als 10 Jahre)
- **A6:** Kommunikation über andere Technologien, die nicht videobasiert oder nicht in Echtzeit stattfinden (z.B. Telefonate ohne Video oder asynchrone Kommunikation); Fokus liegt nicht auf Videosprechstunden.
- **A7:** Es findet keine Interaktion zwischen Leistungserbringenden und Patient:innen statt (z.B. Einsatz von Videotechnologien zur Fernüberwachung von Patient:innen, Chatbots, Apps)
- **A8:** Publikation thematisiert keinen Bereich aus dem relevanten Kontext (Einsatzmöglichkeiten, Settings, Modellprojekte (auf der Meta-Ebene, Evaluation einzelner Modellprojekte/Fallbeispiele wird nicht eingeschlossen), fördernde Faktoren, hemmende Faktoren, Präferenzen, Akzeptanz, Zufriedenheit, Erfahrungen, Einstellungen, Chancen, Risiken, Hürden, Hemmnissen, Bezug zum Regionstyp)
- **A9:** Nutzende der Videosprechstunde sind keine Patient:innen oder deren Vertreter:innen
- **A10:** Nutzende der Videosprechstunde sind keine ärztlich oder psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden bzw. kein medizinisches Personal, das deren Aufgaben übernimmt
- **A11:** Einsatz von Videosprechstunden in der stationären Versorgung.

- **A12:** Inhalte der Videosprechstunde beziehen sich auf nicht-ärztliche (z.B. pflegerische Maßnahmen) oder zahnärztliche Tätigkeiten
- **A13:** Inhalte sind nicht auf das deutsche Versorgungssetting/Gesundheitssystem übertragbar

2. Detaillierergebnisse

Tabelle 3: Übersicht der eingeschlossenen Studien

	Autoren	Titel	Jahr	Land	Studiendesign	Perspektive	Stichprobenumfang / Anzahl eingeschlossener Studien	Kontext	Ziele
1	Björndell, Cajsa; Premberg, Åsa	Physicians' experiences of video consultation with patients at a public virtual primary care clinic: a qualitative interview study	2021	Schweden	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	Leistungserbringende	10 Leistungserbringende	Ambulante Primärversorgung durch eine Einrichtung für virtuelle Versorgung	Erhebung der Erfahrungen einer virtuellen Praxis der Primärversorgung
2	Christensen, Lone Fisker; Moller, Anne Marie; Hansen, Jens Peter; Nielsen, Connie Thuroe; Alkier Gildberg, Frederik	Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review	2019	Dänemark	Literaturreview (Systematische Recherche)	beide/unklar	21 von 3.537 Artikel eingeschlossen	Ambulante Versorgung von älteren Patient:innen mit Depression	Erhebung der Erfahrungen von Patient:innen (> 60 Jahre) und Leistungserbringenden mit der VS-Nutzung bei der Behandlung von Patient:innen mit unipolarer Depression
3	Chudner, Irit; Drach-Zahavy, Anat; Karkabi, Khalid	Choosing Video Instead of In-Clinic Consultations in Primary Care in Israel: Discrete Choice Experiment Among Key Stakeholders—Patients, Primary Care Physicians, and Policy Makers	2019	Israel	Quantitative Studie (Discrete-Choice-Experiment)	beide/unklar	508 Patient:innen 311 Leistungserbringende 141 Politiker:innen	Ambulante Primärversorgung	Präferenzfassung relevanter Stakeholder in israelischer Primärversorgung
4	Cowan, Allison; Johnson, Racheal; Close, Henrik	Telepsychiatry in Psychotherapy Practice	2020	USA	Literaturreview (Strukturierte Recherche) Expertenmeinung	Leistungserbringende	unklar	Telepsychiatrie	Erörterung praktischer Lösungen für Herausforderungen, denen Leistungserbringende bei der Umstellung einer

									Psychotherapiepraxis auf Telemedizin begegnen können
5	Cowan, Kirsten; McKean, Alastair; Gentry, Melanie; Hilty, Donald	Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers	2019	USA	Literaturreview (strukturierte Recherche)	beide/unklar	unklar	Telepsychiatrie	Ermittlung von Hindernissen für die Einführung und Nutzung der Telepsychiatrie
6	Donaghy, Eddie; Atherton, Helen; Hammersley, Victoria; McNeilly, Hannah; Bicker, Annemieke; Robbins, Lucy; Campbell, John; McKinstry, Brian	Acceptability, benefits, and challenges of video consulting	2019	UK (Schottland)	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	beide/unklar	21 Patient:innen 13 Leistungserbringende	Ambulante Primärversorgung	Untersuchung der Erfahrungen von Patient:innen und Leistungserbringenden mit der Videosprechstunde
7	Frielitz, Fabian-Simon; Dördelmann, Jana; Lemke, Stella; Lange, Karin; Hiort, Olaf; Katalinic, Alexander; von Sengbusch, Simone	Assessing the benefits and challenges of video consultations for the treatment of children with type 1 diabetes – A qualitative study among diabetes professionals	2020	Deutschland	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	Leistungserbringende	16 Personen (9 Telemedizinexpert:innen (7 Kinderdiabetolog:innen und 2 Diabetes-Pfleger:innen) und 7 pädiatrische Diabetolog:innen)	Ambulante Versorgung von Kindern mit Typ 1-Diabetes	Bewertung der Vorteile und Herausforderungen von Videokonsultationen bei der Behandlung von Kindern mit Typ 1-Diabetes
8	Ghaneirad, Erfan; Groba, Stefanie; Bleich, Stefan; Szyck, Gregor R.	Nutzung der ambulanten Psychotherapie über die Videosprechstunde: Ein Drittel der Patient:innen wird nicht erreicht	2021	Deutschland	Quantitative Studie (Primärdatenerhebung durch strukturierte Befragung von angehenden Psychotherapeuten)	Patient:innen	338 Patient:innen basierend auf Angaben von Psychotherapeut:innen in der Ausbildung	Psychotherapeutische Versorgung in einer Ausbildungsambulanz	Untersuchung der Nutzung der Videosprechstunde während der Covid-19-Pandemie
9	Gold, Katherine J.; Laurie, Anna R.; Kinney, Devon R.; Harmes, Kathryn M.; Serlin, David C.	Video Visits: Family Physician Experiences With Uptake During the COVID-19 Pandemic	2021	USA	Quantitative Studie (Online-Befragung)	Leistungserbringende	102 Hausärzt:innen	Hausärztliche Versorgung während Covid-19-Pandemie	Untersuchung der Erfahrungen mit Videosprechstunden von Hausärzt:innen in der Covid-19-Pandemie

10	Gomez, Teresita; Anaya, Yohualli B.; Shih, Kevin J.; Tarn, Derjung M.	A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19	2021	USA	Qualitative Studie (Leitfadenterviews)	Leistungserbringende	15 (angehende) Hausärzt:innen	Hausärztliche Versorgung während Covid-19-Pandemie	Wahrnehmung von Hausärzt:innen in Bezug auf fördernde und hemmende Faktoren der Videosprechstunde
11	Gros, Daniel F.; Morland, Leslie A.; Greene, Carolyn J.; Acierno, Ron; Strachan, Martha; Egede, Leonard E.; Tuerk, Peter W.; Myrick, Hugh; Frueh, B. Christopher	Delivery of Evidence-Based Psychotherapy via Video Telehealth	2013	USA	Mixed-Methods-Ansatz (Literaturrecherche u. qualitative Befragung)	Leistungserbringende	26 Artikel eingeschlossen 8 Expert:innen aus dem Bereich Telehealth	Psychotherapie über Telemedizin	Überprüfung der Literatur zur Nutzung von Video-Telemedizin-Technologien für die Bereitstellung von evidenzbasierter Psychotherapie sowie Erörterung der Herausforderungen
12	Jiwa, Moyez; Meng, Xingqiong	Video Consultation Use by Australian General Practitioners: Video Vignette Study	2013	Australien	Qualitative Studie (Fallstudie)	Leistungserbringende	47 Hausärzt:innen	Hausärztliche Versorgung	Betrachtung der Einstellungen australischer Allgemeinmediziner zur Videosprechstunde anhand von beispielhafter Patientenszenarien
13	Johns, Gemma; Tan, Jacinta; Burhouse, Anna; Ogonovsky, Mike; Rees, Catrin; Ahuja, Alka	A visual step-by-step guide for clinicians to use video consultations in mental health services: NHS examples of real-time practice in times of normal and pandemic healthcare delivery	2020	UK	Expertenmeinung / Leitfaden für Praxis	Leistungserbringende	k.A.	Telepsychiatrie/ Telepsychotherapie	Anleitung für den erfolgreichen Einsatz der Videosprechstunde bei psychotherapeutischen/psychiatrischen Anliegen
14	Koch, Sabine; Guhres, Miwa	Physicians' Experiences of Patient-Initiated Online Consultations in Primary Care Using Direct-To-Consumer Technology	2020	Schweden	Quantitative Studie (Online-Befragung)	Leistungserbringende	32 Hausärzt:innen	Ambulante Primärversorgung	Erforschung der Ansichten der Patient:innen über Videosprechstunden, um patientenorientierte Fragen zu ermitteln, die bei der Planung einer solchen Initiative berücksichtigt werden müssen
15	Kocsis, Barbara J.; Yellowlees, Peter	Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples	2017	USA	Literaturreview (Strukturierte Recherche)	beide/unklar	k.A.	Hausärztliche Versorgung	Untersuchung der Erfahrungen von Hausärzt:innen zur Videosprechstunde im Vergleich zur

									konventionellen Behandlung
16	Kung, Kenny; Wong, Hoi-fung; Chen, Julie	An exploratory qualitative study of patients' views on medical e-consultation in a public primary care setting	2016	China	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	Patient:innen	30 Patient:innen	Telepsychotherapie	Untersuchung der Vorteile beim Aufbau einer psychotherapeutischen Behandler-Patienten-Beziehung und Erkundung von Patientengruppen, für die eine Psychotherapie von Vorteil sein kann
17	Mammen, Jennifer R.; Elson, Molly J.; Java, James J.; Beck, Christopher A.; Beran, Denise B.; Biglan, Kevin M.; Boyd, Cynthia M.; Schmidt, Peter N.; Simone, Richard; Willis, Allison W.; Dorsey, Ray E.	Patient and Physician Perceptions of Virtual Visits for Parkinson's Disease: A Qualitative Study	2018	USA	Qualitative Studie (Befragung) im Rahmen eines RCT	beide/unklar	149 Fälle (ein Fall = ein Arzt-Patienten-Paar)	ambulante Versorgung von Parkinsonerkrankten	Erhebung der Wahrnehmung gegenüber Videosprechstunden von Patient:innen und Ärzt:innen sowie Erörterung der Faktoren, die die Erfahrung positiv und negativ beeinflussen
18	Mittmann, Christian; Becker, Kurt; Hoffmann, Felix	Die Videosprechstunde im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung – Umsetzungs-, Verbreitungs- und Entwicklungsmöglichkeiten aus Patientensicht	2020	Deutschland	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	Versicherte/Patient:innen	16 Patient:innen	ambulante Versorgung	Beschreibung der Anforderungen an die Videosprechstunde aus Sicht der Patient:innen
19	Müller, Marius; Knop, Michael; Niehaves, Bjoern; A-darkwah, Charles C.	Investigating the Acceptance of Video Consultation by Patients in Rural Primary Care: Empirical Comparison of Preusers and Actual Users	2020	Deutschland	Qualitative Studie (Leitfadeninterviews)	Patient:innen	20 Patient:innen	ländliche ambulante Primärversorgung	Identifizierung von Faktoren, die die Bewertung, Akzeptanz und Nutzung von Videosprechstunden durch Patient:innen beeinflussen
20	Newbould, Louise; Ariss, Steven; Mountain, Gail; Hawley, Mark S.	Exploring factors that affect the uptake and sustainability of videoconferencing for healthcare provision for older adults in care homes: a realist evaluation	2021	UK (England)	Qualitative Studie (Realist-Interviews)	Patient:innen	27 Teilnehmende (21 Leistungserbringende, 6 Patient:innen/Angehörige)	Videokonferenzen zur Unterstützung von Pflegepersonal durch med.	Faktoren, die die erfolgreiche Implementierung eines Videokonferenzsystems in Pflegeheime kennzeichnen

								Fachpersonal im Pflegeheim	
21	Phillips, Elena A.; Himmler, Sebastian F.; Schreyögg, Jonas	Preferences for e-Mental Health Interventions in Germany: A Discrete Choice Experiment	2021	Deutschland	Quantitative Studie (Discrete-Choice-Experiment)	Patient:innen	1.984 Patient:innen	Psychotherapie über Telemedizin	Präferenzenerhebung bei Patient:innen mit und ohne VS-Erfahrung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
22	Powell, Rhea E.; Henstenburg, Jeffrey M.; Cooper, Grace; Hollander, Judd E.; Rising, Kristin L.	Patient Perceptions of Telehealth Primary Care Video Visits	2017	USA	Qualitative Studie (Leitfadenterview)	Patient:innen	19 Patient:innen	ambulante Primärversorgung	Erhebung der Erfahrungen und Präferenzen von Patient:innen im Kontext der Videosprechstunde
23	Randhawa, Ratan S.; Chandan, Joht S.; Thomas, Tom; Singh, Surinder	An exploration of the attitudes and views of general practitioners on the use of video consultations in a primary healthcare setting: a qualitative pilot study	2018	UK (England)	Qualitative Studie (Leitfadenterview)	Leistungserbringende	12 Hausärzt:innen	ambulante Primärversorgung	Erhebung der Ansichten und Einstellungen von Hausärzt:innen im Kontext der Videosprechstunde
24	Ray, Kristin N.; Ashcraft, Laura E.; Mehrotra, Ateev; Miller, Elizabeth; Kahn, Jeremy M.	Family Perspectives on Telemedicine for Pediatric Subspecialty Care	2017	USA	Qualitative Studie (Leitfadenterviews)	Patient:innen (vertreten durch Angehörige/ Betreuende)	21 Eltern/Betreuende von Kindern oder Jugendlichen	ambulante Versorgung, pädiatrische Pflege	Ermittlung von Präferenzen von Patient:innen und Angehörigen für Telemedizin im Kontext der pädiatrischen Versorgung
25	Shore, Jay H.; Yellowlees, Peter; Caudill, Robert; Johnston, Barbara; Turvey, Carolyn; Mishkind, Matthew; Krupinski, Elizabeth; Myers, Kathleen; Shore, Peter; Kaftarian, Edward; Hilty, Donald	Policy Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018	2018	USA	Literatur Review (Strukturierte Recherche) Expertenmeinung/ Leitfaden für Praxis	beide/unklar	k.A.	Telemedizin im Bereich Psychotherapie / Psychiatrie	Darstellung von Best Practice-Leitlinien für klinische Videokonferenzen im Bereich der mentalen Gesundheit
26	Thiyagarajan, Arun; Grant, Calum; Griffiths, Frances; Atherton, Helen	Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review	2020	UK	Literatur Review (Scoping Review)	beide/unklar	7 von 1.471 Artikeln eingeschlossen	ambulante Primärversorgung	Untersuchung von Erfahrungen von Patient:innen und Ärzt:innen mit Videosprechstunden in der Primärversorgung

Anlage 3: Details zu den Fokusgruppen

Inhaltsverzeichnis

- 1. Leitfäden.....2
 - 1.1 Krankenkassenvertreter:innen.....2
 - 1.2 Patient:innen3
 - 1.3 Leistungserbringende.....4
- 2. Kategoriensystem6
- 3. Detailsergebnisse11

1. Leitfäden

1.1 Krankenkassenvertreter:innen

0. Anmoderation

- a. Begrüßung
 - b. Vorstellung Moderator:innen und ggfs. weiterer Zuhörer/Protokollanten
 - c. Vorstellung des Projektes
 - d. Organisatorische Einführung (Online-Format, Aufzeichnung, Transkription, Pseudonymisierung, Vertraulichkeit etc.)
 - e. Inhaltliche Einführung / Fokussierung (Vorstellung Zielsetzung der Fokusgruppen, Agenda und Ablauf)
1. **Eingangsfrage und Vorstellungsrunde:** Wie ist Ihre Einschätzung zur Videosprechstunde – ist sie eine sinnvolle Ergänzung der Versorgungslandschaft?
 2. Wo sehen Sie **Vorteile** der Videosprechstunde für die ambulante Versorgung?
 3. Was könnten Ihrer Meinung nach **Nachteile oder Gefahren** der Videosprechstunde sein?
 4. Welche **Voraussetzungen** müssen erfüllt sein, damit die Videosprechstunde in der ambulanten Versorgung sinnvoll eingesetzt werden kann?
 5. Für welche **Anlässe** könnte Ihrer Meinung nach die Videosprechstunde sinnvoll eingesetzt werden?
 6. **Behandlungsqualität:**
 - a. Wie schätzen Sie die Behandlungsqualität bei der Videosprechstunde ein?
 - b. Was könnte zu einer guten Behandlungsqualität in Videosprechstunden beitragen?
 7. Was ist Ihre Einschätzung zur **Vergütung** der Videosprechstunde?
 8. **Datenschutz:**
 - a. Wie ist Ihre Einschätzung zum Datenschutz bei der Videosprechstunde?
 - b. Sind Anpassungen nötig und falls ja: Wie könnten diese ausgestaltet sein?
 9. Gibt es **offene Punkte**, die noch nicht angesprochen wurden?

1.2 Patient:innen

0. Anmoderation

- a. Begrüßung
 - b. Vorstellung Moderator:innen und ggfs. weiterer Zuhörer/Protokollanten
 - c. Vorstellung des Projektes
 - d. Organisatorische Einführung (Online-Format, Aufzeichnung, Transkription, Pseudonymisierung, Vertraulichkeit etc.)
 - e. Inhaltliche Einführung / Fokussierung (Vorstellung Zielsetzung der Fokusgruppen, Agenda und Ablauf)
1. **Eingangsfrage und Vorstellungsrunde:** Haben Sie schon Erfahrungen mit der Videosprechstunde und/oder Interesse an ihrer Nutzung?
 2. Sehen Sie mögliche **Vorteile** der Videosprechstunde für Ihren Alltag?
 3. Welche **Voraussetzungen** müssen Ihrer Ansicht nach erfüllt sein, damit Sie ...
 - a. die Videosprechstunde überhaupt nutzen (können)?
 - b. mit der Nutzung zufrieden sind?
 4. **Anlässe:**
 - a. Für welche Anlässe könnte Ihrer Meinung nach die Videosprechstunde sinnvoll eingesetzt werden?
 - b. Für welche Behandlungsanlässe sind Ihrer Meinung nach persönliche Arzt-Patienten-Kontakte notwendig?
 5. **Behandlungsqualität:**
 - a. Wie schätzen Sie die Behandlungsqualität bei der Videosprechstunde ein?
 - b. Was könnte zu einer guten Behandlungsqualität der Videosprechstunde beitragen? Worauf sollte man achten?
 6. **Arzt-Patienten-Beziehung:**
 - a. Könnte sich durch die Videosprechstunde die Beziehung zu Ihrem Arzt verändern?
 - b. Falls ja: Verändert sich die Beziehung eher positiv oder eher negativ?
 - c. Was könnte zu einer guten Arzt-Patienten-Beziehung in der Videosprechstunde beitragen?

7. Wie würden Sie Ihren **Termin** für die Videosprechstunde am liebsten vereinbaren?
8. **Datenschutz:**
 - a. Haben Sie Bedenken bezüglich des Datenschutzes bei Videosprechstunden?
 - b. Wie könnte Ihr Vertrauen in den Datenschutz bei Videosprechstunden erhöht werden?
9. Gibt es **offene Punkte**, die noch nicht angesprochen wurden?

1.3 Leistungserbringende

0. Anmoderation
 - a. Begrüßung
 - b. Vorstellung Moderator:innen und ggfs. weiterer Zuhörer/Protokollanten
 - c. Vorstellung des Projektes
 - d. Organisatorische Einführung (Online-Format, Aufzeichnung, Transkription, Pseudonymisierung, Vertraulichkeit etc.)
 - e. Inhaltliche Einführung / Fokussierung (Vorstellung Zielsetzung der Fokusgruppen, Agenda und Ablauf)
1. **Eingangsfrage und Vorstellungsrunde:** Haben Sie schon Erfahrungen mit der Videosprechstunde und/oder Interesse, diese in Ihrer Praxis anzubieten?
2. Wo sehen Sie **Vor- und Nachteile der Videosprechstunde** für Ihren Praxisbetrieb oder Ihre Patient:innen?
3. Welche **Voraussetzungen** müssen Ihrer Ansicht nach erfüllt sein, damit Sie ...
 - a. per Videosprechstunde Patient:innen angemessen versorgen können?
 - b. mit der Nutzung zufrieden sind?
4. Für welche **Anlässe** könnte Ihrer Meinung nach die Videosprechstunde sinnvoll eingesetzt werden?
5. Was ist Ihre Einschätzung zur **Vergütung** der Videosprechstunde?
6. **Diagnose- und Therapiequalität:**
 - a. Wie schätzen Sie die Diagnose- und Therapiequalität bei der Videosprechstunde ein?

- b. Was könnte zu einer guten Diagnose- und Therapiequalität der Videosprechstunde beitragen?

7. **Arzt-Patienten-Beziehung:**

- a. Könnte die Videosprechstunde einen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung haben?
- b. Was könnte zu einer guten Arzt-Patienten-Beziehung in der Videosprechstunde beitragen?

8. Welche Ausgestaltung der **Terminvereinbarung** wäre Ihnen bei der Videosprechstunde am liebsten?

9. **Datenschutz:**

- a. Wie ist Ihre Einschätzung zum Datenschutz bei der Videosprechstunde?
- b. Sind Anpassungen nötig und wenn ja: Wie könnten diese ausgestaltet sein?

10. Gibt es **offene Punkte**, die noch nicht angesprochen wurden?

2. Kategoriensystem

Überblick

1. Vorteile
2. Nachteile
3. Voraussetzungen
4. Einsatzmöglichkeiten
5. Behandlungsqualität
6. Arzt-Patienten-Beziehung
7. Terminvereinbarung
8. Vergütung
9. Datenschutz
10. Handlungsoptionen

Vorteile

1. verbesserter **Zugang**
 - a. Überwindung der geografischen Distanz
 - b. Überwindung von Mobilitätsbarrieren der Praxis
 - c. Überwindung von Sprachbarrieren
 - d. Überwindung emotionaler/krankheitsbedingter Barrieren
 - e. Erreichbarkeit von (Fach)-ärzten
2. verbesserte **Effizienz**
 - a. Patient:
 - i. eingesparte Reisekosten
 - ii. eingesparte Reise-/Wartezeit
 - b. Leistungserbringer
 - i. eingesparte Reisekosten
 - ii. optimierte Abläufe
3. **Kontinuität der Behandlung** bei
 - a. Umzug
 - b. Erkrankung
 - c. andere Gründe
4. **keine Infektionsgefahr**

Nachteile

1. **Reduzierte Untersuchungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten**
 - a. Körperliche Untersuchung (Fühlen/Tasten)
 - b. Wahrnehmung von Gerüchen

- c. Gang/Beweglichkeit
- d. Körpersprache
- 2. **Unterbrechungen**
 - a. technische Gründe
 - i. Internetstörungen
 - ii. Störungen der Software
 - iii. Störungen der Hardware
 - b. menschliche Gründe
 - i. falsche Bedienung von Technik
 - ii. Störungen/Ablenkung durch Umfeld/Situation
- 3. **Mangelnde Akzeptanz/Vorbehalte**
 - a. ungewohntes Behandlungssetting/Angst vor Neuem
 - b. fehlende Evidenz
 - c. mangelnde Technikaffinität
- 4. **Höhere Belastung**
 - a. Für Leistungserbringende
 - i. unnötige Inanspruchnahme durch gesunkene Hemmschwelle
 - ii. Verändertes Format
 - iii. Neue/unbekannte Aufgaben
 - b. Für Patient:in
 - i. Verändertes Format
 - ii. Neue/unbekannte Aufgaben

Voraussetzungen

- 1. **Technische Infrastruktur**
 - a. Stabile und ausreichende Internetverbindung
 - b. Ausstattung mit Hardware
 - c. Stabile Software
- 2. **Vorwissen**
 - a. Existenz VS
 - b. Technisches Vorwissen
- 3. **Räumlichkeit**
- 4. **Auskömmliche Vergütung**
- 5. **Akzeptanz/Angebot**
 - a. durch Leistungserbringende
 - b. durch Patient:in

Einsatzmöglichkeiten

- 1. **Indikationen**

- a. Somatische Erkrankungen
 - i. Chronische Erkrankungen
 - ii. Akute Erkrankungen
- b. Psychiatrische Erkrankungen

2. Anlässe

- a. Bekannte/r bzw. Unbekannte/r Patient:in
- b. Gespräch unter Ärzten
- c. Beratung
- d. Erstkontakt bzw. Folgekontakt im Krankheitsfalls
- e. Diagnosestellung
- f. Therapieeinleitung
- g. AU-Bescheinigungen
- h. Rezepte / Verordnungen
- i. Besprechung von Untersuchungsergebnissen (*Labor, MRT etc.*)
- j. Verlaufskontrolle

3. Umfang

- a. VS nur ergänzend
- b. VS vollständig ersetzend

Behandlungsqualität

1. Auswirkung

- a. unverändert
- b. positiv
- c. negativ

2. Positive Aspekte

- a. Kontinuität in der Behandlung
- b. Einbezug von Familienmitgliedern/Pflegekräfte
- c. Sicherheit ermöglicht Öffnung

3. Negative Aspekte

- a. Anwendung für ungeeignete Anlässe
- b. Reduzierte Untersuchungsmöglichkeiten
- c. Unterbrechungen/technische Störungen
- d. Verstärkung krankhafter Verhaltensweisen

Arzt-Patienten-Beziehung

1. Art der Wirkung

- a. unverändert
- b. positiv
- c. negativ

2. Positiv Aspekte

- a. Gewohnte Umgebung
- b. Einblick in das private Umfeld
- c. gesunkene Hemmschwelle durch Anonymität

3. Negativ Aspekte

- a. Persönliche Gespräche/Smalltalk werden/wird reduziert
- b. Wahrnehmung von Stimmungen/Gefühlen beeinträchtigt
- c. Übermittlung von Empathie beeinträchtigt
- d. Technikfrustration wird übertragen auf Gesprächspartner:in
- e. Unangemessener Einblick in das private Umfeld

Terminvereinbarung

1. Online

- a. Internetseite der Praxis
- b. Internetseite einer zentralen Stelle/Plattform

2. Telefonisch

- a. Anruf in der Praxis
- b. Anruf bei einer zentralen Stelle

Vergütung

1. Einschätzung Vergütungshöhe

- a. angemessen
- b. unangemessen

2. Vergütungsstruktur

- a. Quotierung
- b. Absenkung Versichertenpauschale
- c. Zuschläge
 - i. Technik/Software-Gebühren
 - ii. Anschubförderung
- d. Begrenzung der Volumina für Zuschläge

Datenschutz/-sicherheit

1. Regelungen

- a. Voraussetzungen für Zertifizierung
- b. Zertifizierungsstellen
- c. Haftungsregelungen

2. Missbrauch/Gefährdung von sensiblen Daten

- a. Zuhörer außerhalb des Sichtfeldes
- b. Aufnahme von Videosprechstunden

Handlungsoptionen

1. **Infrastruktur ausbauen**
2. **Innovative Gedanken**
3. **Standards definieren**
 - a. Anwendung nur für geeignete Anlässe
 - b. Adaption verwendeter Materialien
 - c. Implementierung in Telematik-Infrastruktur
 - d. Optimaler Ablauf einer Videosprechstunde (Leitfaden)
4. **Schulungen**
 - a. Umgang mit der Technik
 - b. Angepasste Kommunikation in VS
 - c. Angepasste Untersuchungsmethoden
 - d. Angepasste Therapiemethoden
 - e. Geeignete/ungeeignete Anlässe
 - f. Datenschutz/-sicherheit bei Videosprechstunden
5. **Aufklärung/Information/Werbung**
6. **Vergütungsstruktur/-höhe reformieren**
 - a. Vergütung anheben
 - b. Zuschläge anpassen/erweitern
 - c. analog persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
 - d. höher als persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
7. **(Vertrauen in den) Datenschutz ausbauen**
 - a. Serverstandort (Deutschland, EU)
 - b. Erhöhte Standards für Zertifizierung
 - c. Kontrolle von Standards
 - d. Regelmäßige Löschung von Daten

3. Detailsergebnisse

Überblick

1. Präferenzen für den Einsatz der Videosprechstunde
2. Hemmende Faktoren
3. Voraussetzungen und fördernde Faktoren für den Einsatz der Videosprechstunde

1. Präferenzen für den Einsatz der Videosprechstunde

	Versicherte	Leistungserbringende (LE)
Behandlungsanlässe		
(eher) geeignet bzw. gewünscht	<ul style="list-style-type: none"> - Verordnungen, z.B. Wiederholungsrezepte - AU-Bescheinigungen - Beratungstermine - Besprechung von Untersuchungsergebnissen - Verlaufskontrollen - Therapieeinleitung - Unklares Bild bei der Diagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlaufskontrollen (z.B. Wundheilung oder Medikation) - Supervisionen - Ergebnisbesprechungen - Beratungstermine - Rezepte /Verordnungen - AU-Bescheinigungen - Unklares Bild bei Gruppentherapien
unklare Präferenzen oder (eher) ungeeignet	<ul style="list-style-type: none"> - Erstkontakte zum LE - Unklares Bild bei der Diagnostik 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik - Erstkontakte in der hausärztl. oder psychotherap. Versorgung - Therapieeinleitungen - Unklares Bild bei Gruppentherapien
Indikationen/Facharztgruppen		
(eher) geeignet bzw. gewünscht	<ul style="list-style-type: none"> - Angsterkrankungen - Dermatologische Erkrankungen, z.B. Ausschläge - Grippaler Infekt - Fatigue-Syndrom - Multiple Sklerose - chronische Darmerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Zwangsstörungen - Akuter Migräneanfall - Magen-Darm-Infekte - Grippale Effekte - Dermatologische Erkrankungen
(eher) ungeeignet / nicht gewünscht	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrenie/ wahnhafte Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bipolaren Störungen - Schizophrenie - Patient:innen mit Psychosen
Patient:innengruppen		
Gruppen mit Mehrwert und/oder Interesse an der Nutzung	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegende Angehörige - Menschen mit seltenen Erkrankungen - Menschen aus ländlichen Regionen - Ältere Personen 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegende Angehörige - Pflegeheimbewohner / gebrechliche Menschen - Menschen aus ländlichen Regionen - Bekannte Patient:innen, bestehendes Vertrauensverhältnis - Eltern

Gruppen ohne Mehrwert und/oder fehlendem Interesse an der Nutzung	/	<ul style="list-style-type: none"> - Suizidale Patient:innen - Unbekannte Patient:innen, kein bestehendes Vertrauensverhältnis - Kinder und Jugendliche bei nicht bestehendem Vertrauensverhältnis
Grad der Einbindung in die Patient:innenbehandlung (ausschließlich, ergänzend)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausschließlicher Einsatz von VS wurde skeptisch gesehen; nur bei ausgewählten Anlässen (z.B. grippale Infekte) - Ergänzende Nutzung von VS sinnvoll - Warnung davor, dass Angebot der VS die Notwendigkeit der Barrierefreiheit in Praxen aushebelt 	<ul style="list-style-type: none"> - LE zeigten sich einer ausschließlichen Nutzung der VS zumeist kritisch gegenüber - Ergänzende Nutzung wurde oft als sinnvoll bewertet, allerdings nur für ausgewählte Anlässe - Manche LE waren der VS ggü. sehr skeptisch und sahen in dieser nur eine Notlösung für Situationen, in denen ein persönlicher Kontakt nicht umsetzbar ist (second best option)

2. Hemmende Faktoren

	Versicherte	Leistungserbringende (LE)
reduzierte Untersuchungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - reduzierte diagnostische Möglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzierte diagnostische Möglichkeiten - Nicht umsetzbare körperliche Untersuchungen - Erschwerte Interpretation nonverbaler Kommunikation / Wahrnehmung von Stimmungen und Gefühlen - Anteilnahme schwerer auszudrücken (z.B. Trösten)
Probleme mit der Technik (Hard-/Software)	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende technische Infrastruktur und fehlender Zugang für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen wurde thematisiert 	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende technische Infrastruktur - Unzureichende Leistungskapazität der Hardware - Fehlerhafte Software
Probleme mit der Bedienung	<ul style="list-style-type: none"> - Unzureichende Kompetenzen für technische Umsetzung wurden thematisiert 	<ul style="list-style-type: none"> - LE berichten von Patient:innen, die Probleme mit der Bedienung der VS haben; führt zu Störungen im Praxisalltag
Organisationsaufwand / Belastung	/	<ul style="list-style-type: none"> - Anstrengung durch Bildschirmarbeit - Frust durch technische Probleme - Stress durch erhöhte Taktung von Kontakten - Stress durch neue und unbekannte Aufgaben - geringere Hemmschwelle durch VS fördert unnötige Inanspruchnahme bestehender Kapazitäten - LE sehen die Vorteile ggü. Telefonat oft nicht; Telefonat hingegen deutlich weniger aufwändig

		<p>Quotierungsregelungen erfordern eine genaue Verfolgung bislang erbrachter VS-Leistungen bzw. bislang ausschließlich via VS behandelte Patient:innen in den Praxen</p>
Vergütung und Abrechnung	/	<p>Geteiltes Bild zur Angemessenheit der VS-Vergütung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einige Teilnehmende sehen keine Probleme in der Vergütung und stuften diese insofern nicht als Grund für den geringen VS-Einsatz ein. - Andere halten den Abschlag bei ausschließlich VS im BF für nicht angemessen, da VS in der Arztpraxis erbracht werden muss und damit Mietkosten etc. analog anfallen würden. - Auch Quotierungsregelungen (bezogen auf BF mit ausschließlich VS-Einsatz und leistungsbezogen) wurden von einigen Teilnehmenden als Hürde für den VS-Einsatz eingeschätzt. - Vor diesem Hintergrund wurde aber auch die Gefahr geäußert, dass sich insb. kommerzielle Anbieter bei gleicher Vergütung und ohne Quotierungsregelungen auf VS spezialisieren könnten, was zu einem nicht bedarfsgerechten VS-Einsatz führen würde. - VS dürfe nicht mit dem Ziel, Kosten für GKV-Leistungen zu reduzieren, eingesetzt werden; es darf nicht der Eindruck einer „Billig-Therapie“ entstehen. - Zudem bestanden bei LE Unklarheiten in Bezug auf bestehende Vergütungs-/Quotierungsregelungen.
Unterschiede in der Qualität der ärztlichen Versorgung	- Vereinzelt befürchten Teilnehmende Versorgungsnachteile	- Bei Anwendung für ungeeignete Anlässe waren LE vor negativen Auswirkungen auf die Qualität der ärztl. Versorgung, z.B. kann VS insb. bei psych. Erkrankungen zur Verstärkung krankhafter Verhaltensweisen führen
Datenschutz / Privatsphäre	- Einige Teilnehmende befürchten Missbrauch / Gefährdung sensibler Daten; Sorgen insb. auch bei Drittanbietern - Andere Teilnehmende empfinden den Datenschutz jedoch auch als „überbewertet“ und sind weniger kritisch;	- Teilnehmende LE hatten überwiegend Vertrauen in die zertifizierten VS-Softwares und sahen keinen Nachbesserungsbedarf.

	<p>bei einem analogen Besuch in der Arztpraxis gäbe es vergleichbare Risiken bei der Vertraulichkeit persönlicher Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskussion, dass Datenschutz eher ein vorgeschobenes Argument sei von Personen, die die Digitalisierung verhindern wollen 	
Fehlendes Angebot /Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte, dass noch keine VS angeboten wurde 	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende berichten von Patient:innen, die keine VS wünschen.

3. Voraussetzungen und fördernde Faktoren für den Einsatz der Videosprechstunde

Makroebene: Gesetzgeber/BMG		
Breitbandausbau	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähige Internetverbindung wurde sowohl von Versicherten als auch von LE als zentrale Voraussetzung herausgestellt. 	
Datenschutz/-sicherheit und Haftungsrecht	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmende LE hatten überwiegend Vertrauen in die zertifizierten VS-Software-Anbieter und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. - Teilnehmende Versicherte wünschten sich mehr Transparenz in Bezug auf Verwendung der Daten, mögliche Risiken. - Wunsch von teilnehmenden Versicherten nach einer externen Behörde, die auch nach der Zertifizierung von VS-Softwares, die Einhaltung der Vorgaben stichprobenartig prüft. 	
Breitbandausbau	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähige Internetverbindung wurde sowohl von Versicherten als auch von LE als zentrale Voraussetzung herausgestellt. 	
Mesoebene: Gemeinsame Selbstverwaltung / KVen / Ärztekammern / Patient:innenvertretungen etc.		
Vergütungsstruktur/-höhe (Fokus LE)	<ul style="list-style-type: none"> - Vergütung analog zum persönlichen Kontakt in der Arztpraxis, kein Abschlag, aber auch keine höhere Vergütung notwendig - Technikzuschlag und Zuschlag für Authentifizierung von Neupatient:innen sollen bestehen bleiben - Quotierungsregelungen aufheben / anpassen - Bei Änderungen der Vergütung zugunsten der LE müssen negative Effekte durch kommerzielle Anbieter, die sich ausschließlich auf VS konzentrieren könnten, stets bedacht werden 	
VS-Kampagnen auf der Mesoebene	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Informationskampagne zur Existenz der VS - Vorstellung von Pilotprojekten mit VS-Einsatz, um Akzeptanz zu steigern 	
Aus-/Weiterbildung / Schulungen	<ul style="list-style-type: none"> - Technischen Umsetzung der VS schulen; Angebot nicht nur für LE und Patient:innen, sondern auch für andere Berufsgruppen, die involviert werden könnten, z.B. Mitarbeitende in Pflegeheimen oder Pflegediensten, die ggf. bei VS anwesend sind - Umgang mit verändertem Setting / wegfallenden Informationen (z.B. Körpersprache) - Angepasste Kommunikation - Angepasste Untersuchungsmethoden - Angepasste Materialien (z.B. analoge Flipchart durch digitale Möglichkeiten ersetzen) 	

Benutzerfreundlichkeit/ Barrierefreiheit	<ul style="list-style-type: none"> - Für Blinde und sehbehinderte Menschen - Für Hörbehinderte, z.B. über Dolmetscher - Mögliche Nutzung von Screenreadern - Einsatz leichter Sprache - Aufzeichnung von Gesprächen damit Patient:innen hinterher nochmal Informationen aufrufen können - Bildschirmteilung, um gemeinsam Informationen durchzugehen
Funktionen / Verknüpfung mit anderen Systemen	<ul style="list-style-type: none"> - Zugriff auf Daten während der Sprechstunde, die in der ePA gespeichert sind - Verknüpfung mit eAU - Patient:in nutzt externe Hardware, um Vitalparameter zu messen, die dann an den LE geschickt werden - Daten aus anderen Devices (z.B. Smart Watches) in VS nutzen
Mikroebene: Patient:innen/Versicherte und ärztl./psychotherap. Leistungserbringende	
Infrastruktur (Technik/Räume)	<ul style="list-style-type: none"> - Bei einigen Patient:innen fehlen technische Voraussetzungen - ggf. externes Mikrofon verwenden - Stabile Software als zentrale Voraussetzung; nicht gut funktionierende Software wurde von LE oft als sehr frustrierend beschrieben - geschützter Raum / Privatsphäre bei Patient:innen (z.B. vermeiden, dass Eltern „lauschen“ können, keine öffentlichen Orte), aber auch der LE sollte ein gleichbleibendes Umfeld haben, um beim Patient:innen keine Ablenkung hervorzurufen und Vertrauen nicht zu stören; LE sollte allein im Raum sein
Optimierter Ablauf/ Organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Auswahl geeigneter Patient:innen/Anlässe für VS, z.B. Patient:innen schreiben dem Arzt vor der VS, was ihr Anliegen ist, damit effiziente Abhandlung ermöglicht wird (siehe auch Punkt Vermeidung unnötiger Inanspruchnahmen). - Einsatz von Leitfäden / standardisierten Prozessen - Bei einigen Patient:innengruppen könnte Unterstützung durch eine Person (Praxispersonal, Pflegedienst, „Gemeindeschwester“ in der Häuslichkeit, Pflegefachkraft im institutionellem Setting) am Ort des/der Patient:in sinnvoll sein; LE wird per VS zugeschaltet - Zuschaltung von Pflegekraft/MFA, um zu Beginn der VS und ggf. danach ohne den LE Organisatorisches zu erledigen - Definition von Zeiträumen für bestimmte Anliegen, um eine sinnvolle Zeitplanung zu ermöglichen.
Vermeidung unnötiger Inanspruchnahmen / Triage	<p>Teilnehmende Versicherte sehen die Gefahr, zu häufiger Inanspruchnahmen aufgrund geringerer Hemmschwelle durch VS und machen Vorschläge, dem zu begegnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triage durch vorgeschaltetes Praxispersonal, um abzuklären, ob tatsächlich ärztlicher Kontakt notwendig ist. - Bei der Terminbuchung die Patient:innen bereits auffordern, Anlass des Termins zu umreißen, sodass Notwendigkeit, Machbarkeit via VS und ggf. sogar benötigte Zeit vorab eingeschätzt werden kann

<p>Sicherstellung der Qualität / Patientensicherheit / Umgang mit eingeschränkten Möglichkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaption bestehender Materialien - Kommunikation anpassen / Kommunikation auf Augenhöhe - Untersuchungsmethoden anpassen - Kein Behandlungsabbruch in Krisenzeiten, bei Urlauben, Dienstreisen etc. - Einblick in das private Umfeld des/ der Patient:in kann dem LE zusätzliche Informationen liefern
<p>Nachfrage steigern → Fokus: Vorteile für den Versicherten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunikation und Anerkennung von Vorteilen / neuen Möglichkeiten für Versicherte: <ul style="list-style-type: none"> o Verbesserter Zugang zur Versorgung: Überbrückung von Anfahrtswegen, Mobilitätsbarrieren und emotionalen/ krankheitsbedingten Hürden; insb. für Personen in ländlichen Regionen, aber auch auf für auf Hilfe anderer angewiesene Menschen (z.B. ältere Personen, Mobilitätseingeschränkte Personen); leichter Zugang zu LE, die die eigene Muttersprache sprechen o Effizientere (Zeit und Kosten) und flexiblere Umsetzung von Arztterminen, VS in der Häuslichkeit, in der Mittagspause am Arbeitsplatz etc. o Kontinuierliche Behandlung möglich (trotz Dienstreisen, Umzug etc.) o Vermeidung von Infektionsquellen (öffentliche Verkehrsmittel, Wartezimmer) - Schambehaftete Themen ggf. in bekannter Umgebung leichter zu thematisieren; geringere Hemmschwelle bspw. bei erstem Kontakt zum Psychotherapeuten
<p>Angebot steigern → Fokus: Vorteile für den LE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis als zentrale Voraussetzung! - Kommunikation und Anerkennung von Vorteilen / neuen Möglichkeiten für LE: <ul style="list-style-type: none"> o Mehr Informationen als durch Telefonate o VS aus dem „Home-Office“ des LE ermöglichen → Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern o Hausbesuche (z.B. in Kooperation mit Pflegediensten oder „Gemeindeschwestern“) oder Besuche in Pflegeheimen zum Teil auch durch Einsatz der VS möglich → Zeitoptimierung durch wegfallende Fahrtzeiten beim LE o Flexiblere Leistungserbringung o Möglichkeit der Verlagerung von ärztlichen Kapazitäten/ Entlastung/ leichtere Kooperation mit anderen LE o Abrechenbarkeit im Gegensatz zu Telefonaten o Erwartungshaltung von digitalaffinen Patient:innen erfüllen

Anlage 4: Fragebögen

Inhaltsverzeichnis

1. Fragebogen Versicherte Block A	2
2. Fragebogen Versicherte Block B	17
3. Fragebogen Leistungserbringende Block A.....	32
4. Fragebogen Leistungserbringende Block B.....	46

1. Fragebogen Versicherte Block A

Befragung zur Videosprechstunde

Wir möchten Sie zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde befragen. Sie müssen die Videosprechstunde selbst noch nicht genutzt haben, um an der Befragung teilnehmen zu können. Wir möchten herausfinden, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie an Videosprechstunden denken.

Mit einer Videosprechstunde meinen wir ein Videotelefonat mit einem Arzt/einer Ärztin. Das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin läuft ähnlich ab wie in der Praxis; Sie befinden sich nur an getrennten Orten. Der Kontakt erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und lange Anfahrtswege. Sie benötigen dafür keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone mit einer Internetverbindung reichen aus.

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie circa 15 Minuten brauchen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:



→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich. Kreuzen Sie dann bitte nur ein Kästchen an.

Antwort A

Antwort B

Antwort C

→ Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, alle Möglichkeiten anzukreuzen, die auf Sie zutreffen. Dann steht hinter der Frage „*Mehrfachantworten sind möglich*“.

Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde

1. Haben Sie schon mal etwas von Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung gehört?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

2. Haben Sie die Videosprechstunde mit einem Arzt/einer Ärztin schon genutzt?

<input type="checkbox"/>	ja, bereits drei oder mehr Videosprechstunden	→ weiter mit Frage 4
<input type="checkbox"/>	ja, bereits zwei Videosprechstunden	
<input type="checkbox"/>	ja, aber erst eine Videosprechstunde	→ weiter mit Frage 3
<input type="checkbox"/>	nein, noch nie	

3. Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft zu	trifft voll zu	weiß nicht
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken beim Datenschutz .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem Arzt/einer Ärztin zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Grund: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					
→ weiter mit Frage 5					

4. Mit welchem Arzt/welcher Ärztin hatten Sie schon eine Videosprechstunde?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Frauenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Hautarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Orthopäde/-in
<input type="checkbox"/>	sonstiger Arzt/sonstige Ärztin: [Bitte im Feld rechts eintragen.]

5. Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?

[Hinweis: Bei dieser Frage geht es um Ihre Meinung und nicht um eine allgemeingültige Aussage, die auf jeden Einzelfall zutrifft.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	weiß nicht
Diagnose von Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung/ Einleitung einer Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeutische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Anlass: [Bitte im Feld rechts eintragen.]						

6. Bei welchem Arzt/welcher Ärztin würden Sie Leistungen auch per Videosprechstunde in Anspruch nehmen wollen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Frauenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Urologe/-in
<input type="checkbox"/>	Hautarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Orthopäde/-in
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Arzt/-Ärztin
<input type="checkbox"/>	Chirurg/-in (z. B. für Gespräche vor/nach Operationen, Kontrolltermine)
<input type="checkbox"/>	Augenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Lungenfacharzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Onkologe/-in (Krebserkrankungen)
<input type="checkbox"/>	Sonstiger Arzt/sonstige Ärztin: [Bitte im Feld rechts eintragen.]

7. Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	weiß nicht
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen durch meinen Arzt/meine Ärztin , worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms (bzw. Software)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoprogramm mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Anzeigen von Laborergebnissen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen („kein Ruckeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	weiß nicht
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung über den Datenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Falls Deutsch nicht die Muttersprache ist:</u> Unterstützung im Gespräch mit meinem Arzt/meiner Ärztin in meiner Muttersprache (z. B. Untertitel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

Erhebung Ihrer Wünsche und Anforderungen an Videosprechstunden – Ihre Entscheidung ist gefragt: Variante A oder B?

Stellen Sie sich vor, dass Sie einen **Ausschlag am linken Unterarm** haben. Übliche Hausmittel haben Sie versucht, die allerdings keine Besserung gebracht haben. Ihre Hausarztpraxis gibt Ihnen den Tipp, eine Videosprechstunde mit einem Hautarzt/einer Hautärztin zu vereinbaren.

Mit den folgenden **acht Tabellen** möchten wir herausfinden, was Ihnen bei der Nutzung von Videosprechstunden besonders wichtig ist (z.B. die Wartezeit bis zur Videosprechstunde oder die freie Arztwahl). Da man in Befragungen aber dazu neigt, alles als sehr wichtig einzuschätzen, müssen Sie sich **in jeder Tabelle immer für ein „Komplettpaket“ entscheiden: entweder Variante A oder B**. In jeder Tabelle müssen Sie sich erneut für eine der beiden Varianten entscheiden. Haben Sie dabei immer die oben beschriebene Situation im Hinterkopf (Ausschlag am Unterarm).

Beispiel: Wenn Sie **Variante B** bevorzugen, setzen Sie dort das Kreuz:

BEISPIEL	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	wenige feste Tage/Stunden
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	1 Minute
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	freie Auswahl (von Liste)
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hinweis: Praxisstandort vom zugewiesenen Arzt kann vom Wohnort abweichen

Hinweis: Liste mit allen Hautarzt/-innen, die Videosprechstunden anbieten

Hinweis: Bei den hellgrau hinterlegten und verbundenen Feldern unterscheiden sich Variante A und B nicht. → **Das macht die Entscheidung einfacher.**

Ihre 1. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	während der regulären Sprechstundenzeiten
Wartezeit bis zur VS	eine Woche	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	15 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	
maximale Gesprächsdauer der VS	zeitlich nicht begrenzt	bis 5 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 2. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)	
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	ein Monat
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	45 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Wahl zwischen wenigen Hautarzt/-innen	
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	bis 15 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 3. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	45 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	Wahl zwischen wenigen Hautärzt/-innen
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	bis 5 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 4. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	ein Tag
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	
maximale Gesprächsdauer der VS	zeitlich nicht begrenzt	bis 15 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 5. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	wenige feste Tage/Stunden
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Wahl zwischen wenigen Hautärzten/-innen	freie Auswahl (von Liste)
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 6. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	45 Minuten	1 Minute
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 7. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	Wahl zwischen wenigen Hautärzt/-innen
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	zeitlich nicht begrenzt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 8. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)	während der regulären Sprechstundenzeiten
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	45 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Gesundheitszustand

8. Welches Geschlecht haben Sie?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | männlich |
| <input type="checkbox"/> | weiblich |
| <input type="checkbox"/> | divers |

9. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 18 bis 29 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 30 bis 39 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 40 bis 49 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 50 bis 59 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 60 bis 69 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 70 bis 79 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 80 Jahre oder älter |

10. Wie ist Ihr Familienstand?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ledig |
| <input type="checkbox"/> | feste Partnerschaft (nicht verheiratet) |
| <input type="checkbox"/> | verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft |
| <input type="checkbox"/> | verwitwet oder geschieden |

11. Wurden Ihre Eltern in Deutschland oder einem anderen Land geboren?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | beide Eltern in Deutschland geboren |
| <input type="checkbox"/> | beide Eltern in einem anderen Land geboren |
| <input type="checkbox"/> | Ein Elternteil wurde in Deutschland geboren und der andere Elternteil in einem anderen Land. |

12. Was ist Ihre Muttersprache? [Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch
<input type="checkbox"/> Russisch	<input type="checkbox"/> Arabisch
<input type="checkbox"/> Türkisch	<input type="checkbox"/> Bulgarisch
<input type="checkbox"/> Polnisch	<input type="checkbox"/> Rumänisch
<input type="checkbox"/> Italienisch	<input type="checkbox"/> Ungarisch
<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Griechisch
<input type="checkbox"/> Spanisch	<input type="checkbox"/> andere: [Bitte rechts eintragen.]

13. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/> keinen Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/> Fachoberschulreife/Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/> Hochschulreife/Abitur

14. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/> keinen beruflichen Abschluss
<input type="checkbox"/> noch in beruflicher Ausbildung (Ausbildung, Studium)
<input type="checkbox"/> betriebliche oder schulische Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> berufliche Fortbildung (z.B. Meister, Techniker)
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (z.B. Bachelor, Master, Diplom)

15. Sind Sie derzeit berufstätig?

<input type="checkbox"/> ja, ganztags	<input type="checkbox"/> nein, Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> ja, in Teilzeit	<input type="checkbox"/> nein, Renten-/Pensionsbezug
<input type="checkbox"/> ja, Mini/Midi-Job	<input type="checkbox"/> nein, arbeitssuchend
	<input type="checkbox"/> nein, sonstiger Grund

16. In welchem Bundesland leben Sie?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Berlin |
| <input type="checkbox"/> | Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> | Schleswig-Holstein |

17. In welchem Bundesland gehen Sie in der Regel zum Arzt/zur Ärztin?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> | Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> | Bayern | <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> | Berlin | <input type="checkbox"/> | Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> | Brandenburg | <input type="checkbox"/> | Saarland |
| <input type="checkbox"/> | Bremen | <input type="checkbox"/> | Sachsen |
| <input type="checkbox"/> | Hamburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> | Hessen | <input type="checkbox"/> | Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> | Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> | Thüringen |

18. Wie würden Sie den Ort, an dem Sie wohnen, beschreiben?

[Hinweis: „In der Nähe“ meint, dass die Großstadt (mindestens 100.000 Einwohner) in ca. 30 Minuten mit dem Auto erreichbar ist.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) |

19. Leben bei Ihnen Kinder (jünger als 14 Jahre) im Haushalt?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja |
| <input type="checkbox"/> | nein |

20. Führen Sie die Pflege eines Angehörigen selbst durch?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja |
| <input type="checkbox"/> | nein |

21. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| <input type="checkbox"/> | gut |
| <input type="checkbox"/> | mittelmäßig |
| <input type="checkbox"/> | schlecht |
| <input type="checkbox"/> | sehr schlecht |

22. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

[Hinweis: Als chronische Erkrankungen werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können, z.B. Diabetes, Rheuma, Asthma.]

- | | | |
|--------------------------|------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ja | → weiter mit Frage 23 |
| <input type="checkbox"/> | nein | → weiter mit Frage 24 |

23. Unter welcher chronischen Erkrankung leiden Sie?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | rheumatoide Arthritis/Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> | Rückenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> | Herzkreislauferkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkranzgefäßverengung) | |
| <input type="checkbox"/> | Asthma/chronische Lungenerkrankungen (z. B. Emphysem, COPD) | |
| <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> | Depressionen, Angststörungen oder andere psychische Leiden | |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit) | |
| <input type="checkbox"/> | chronische Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> | andere:
[Bitte im Feld rechts eintragen.] | |

24. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu folgenden Ärzt/-innen? (egal, ob persönlich, per Telefon oder per Videosprechstunde)

[Hinweis: Falls Sie sich nicht an die genaue Anzahl erinnern, genügt eine Schätzung.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	gar nicht	1-mal	2 bis 3-mal	4 bis 5-mal	6-mal oder öfter	weiß nicht
Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzt/-innen* (z. B. Frauenarzt/-ärztin, Orthopäd/-in) <i>*ohne Zahnarzt/-ärztin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Sie haben nun einige Fragen zur Videosprechstunde beantwortet. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, die Videosprechstunde selbst zu nutzen?

- ja
- nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

2. Fragebogen Versicherte Block B

Befragung zur Videosprechstunde

Wir möchten Sie zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde befragen. Sie müssen die Videosprechstunde selbst noch nicht genutzt haben, um an der Befragung teilnehmen zu können. Wir möchten herausfinden, was Ihnen wichtig ist, wenn Sie an Videosprechstunden denken.

Mit einer Videosprechstunde meinen wir ein Videotelefonat mit einem Arzt/einer Ärztin. Das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin läuft ähnlich ab wie in der Praxis; Sie befinden sich nur an getrennten Orten. Der Kontakt erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und lange Anfahrtswege. Sie benötigen dafür keine besondere Technik: Computer, Tablet oder Smartphone mit einer Internetverbindung reichen aus.

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie circa 15 Minuten brauchen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:



→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich. Kreuzen Sie dann bitte nur ein Kästchen an.

Antwort A

Antwort B

Antwort C

→ Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, alle Möglichkeiten anzukreuzen, die auf Sie zutreffen. Dann steht hinter der Frage „*Mehrfachantworten sind möglich*“.

Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde

1. Haben Sie schon mal etwas von Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung gehört?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

2. Haben Sie die Videosprechstunde mit einem Arzt/einer Ärztin schon genutzt?

<input type="checkbox"/>	ja, bereits drei oder mehr Videosprechstunden	→ weiter mit Frage 4
<input type="checkbox"/>	ja, bereits zwei Videosprechstunden	
<input type="checkbox"/>	ja, aber erst eine Videosprechstunde	→ weiter mit Frage 3
<input type="checkbox"/>	nein, noch nie	

3. Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft zu	trifft voll zu	weiß nicht
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken beim Datenschutz .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem Arzt/einer Ärztin zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Grund: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					
→ weiter mit Frage 5					

4. Mit welchem Arzt/welcher Ärztin hatten Sie schon eine Videosprechstunde?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Frauenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Hautarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Orthopäde/-in
<input type="checkbox"/>	sonstiger Arzt/sonstige Ärztin: [Bitte im Feld rechts eintragen.]

5. Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?

[Hinweis: Bei dieser Frage geht es um Ihre Meinung und nicht um eine allgemeingültige Aussage, die auf jeden Einzelfall zutrifft.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	weiß nicht
Diagnose von Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planung/ Einleitung einer Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeutische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Anlass: [Bitte im Feld rechts eintragen.]						

6. Bei welchem Arzt/welcher Ärztin würden Sie Leistungen auch per Videosprechstunde in Anspruch nehmen wollen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Hausarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Frauenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Urologe/-in
<input type="checkbox"/>	Hautarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Orthopäde/-in
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Arzt/-Ärztin
<input type="checkbox"/>	Chirurg/-in (z. B. für Gespräche vor/nach Operationen, Kontrolltermine)
<input type="checkbox"/>	Augenarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Lungenfacharzt/-ärztin
<input type="checkbox"/>	Onkologe/-in (Krebserkrankungen)
<input type="checkbox"/>	Sonstiger Arzt/sonstige Ärztin: [Bitte im Feld rechts eintragen.]

7. Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	weiß nicht
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen durch meinen Arzt/meine Ärztin , worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms (bzw. Software)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoprogramm mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Anzeigen von Laborergebnissen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen („kein Ruckeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme zu	stimme voll zu	weiß nicht
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung über den Datenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Falls Deutsch nicht die Muttersprache ist:</u> Unterstützung im Gespräch mit meinem Arzt/meiner Ärztin in meiner Muttersprache (z. B. Untertitel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

Erhebung Ihrer Wünsche und Anforderungen an Videosprechstunden – Ihre Entscheidung ist gefragt: Variante A oder B?

Stellen Sie sich vor, dass Sie einen **Ausschlag am linken Unterarm** haben. Übliche Hausmittel haben Sie versucht, die allerdings keine Besserung gebracht haben. Ihre Hausarztpraxis gibt Ihnen den Tipp, eine Videosprechstunde mit einem Hautarzt/einer Hautärztin zu vereinbaren.

Mit den folgenden **acht Tabellen** möchten wir herausfinden, was Ihnen bei der Nutzung von Videosprechstunden besonders wichtig ist (z.B. die Wartezeit bis zur Videosprechstunde oder die freie Arztwahl). Da man in Befragungen aber dazu neigt, alles als sehr wichtig einzuschätzen, müssen Sie sich **in jeder Tabelle immer für ein „Komplettpaket“ entscheiden: entweder Variante A oder B**. In jeder Tabelle müssen Sie sich erneut für eine der beiden Varianten entscheiden. Haben Sie dabei immer die oben beschriebene Situation im Hinterkopf (Ausschlag am Unterarm).

Beispiel: Wenn Sie **Variante B** bevorzugen, setzen Sie dort das Kreuz:

BEISPIEL	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	wenige feste Tage/Stunden
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	1 Minute
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	freie Auswahl (von Liste)
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Hinweis: Praxisstandort vom zugewiesenen Arzt kann vom Wohnort abweichen

Hinweis: Liste mit allen Hautarzt/-innen, die Videosprechstunden anbieten

Hinweis: Bei den hellgrau hinterlegten und verbundenen Feldern unterscheiden sich Variante A und B nicht. → **Das macht die Entscheidung einfacher.**

Ihre 1. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)	
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	15 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	freie Auswahl (von Liste)
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	zeitlich nicht begrenzt
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 2. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	wenige feste Tage/ Stunden
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	ein Tag
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	45 Minuten	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	Wahl zwischen wenigen Hautärzten/-innen
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 3. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	
Wartezeit bis zur VS	ein Tag	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	
Wahlmöglichkeit (<u>H</u> autarzt/-ärztin)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben	Wahl zwischen wenigen Hautärztl/-innen
maximale Gesprächsdauer der VS	zeitlich nicht begrenzt	bis 15 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 4. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	45 Minuten
Wahlmöglichkeit (<u>H</u> autarzt/-ärztin)	Wahl zwischen wenigen Hautärztl/-innen	freie Auswahl (von Liste)
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 5. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)	während der regulären Sprechstundenzeiten
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	ein Tag
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	Wahl zwischen wenigen Hautarzt/-innen	
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 5 Minuten	bis 15 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 6. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	eine Woche
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	bis 5 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 7. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	während der regulären Sprechstundenzeiten	auch außerhalb typischer Sprechstundenzeiten (nach 17 Uhr, samstags)
Wartezeit bis zur VS	ein Monat	
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	1 Minute	45 Minuten
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	Hautarzt/-ärztin wird vorgegeben
maximale Gesprächsdauer der VS	bis 15 Minuten	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 8. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
möglicher Zeitraum für die Videosprechstunde (VS)	wenige feste Tage/Stunden	
Wartezeit bis zur VS	eine Woche	ein Monat
Wartezeit im „digitalen Wartezimmer“	15 Minuten	1 Minute
Wahlmöglichkeit (Hautarzt/-ärztin)	freie Auswahl (von Liste)	
maximale Gesprächsdauer der VS	zeitlich nicht begrenzt	bis 5 Minuten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Gesundheitszustand

8. Welches Geschlecht haben Sie?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | männlich |
| <input type="checkbox"/> | weiblich |
| <input type="checkbox"/> | divers |

9. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 18 bis 29 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 30 bis 39 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 40 bis 49 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 50 bis 59 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 60 bis 69 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 70 bis 79 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 80 Jahre oder älter |

10. Wie ist Ihr Familienstand?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ledig |
| <input type="checkbox"/> | feste Partnerschaft (nicht verheiratet) |
| <input type="checkbox"/> | verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft |
| <input type="checkbox"/> | verwitwet oder geschieden |

11. Wurden Ihre Eltern in Deutschland oder einem anderen Land geboren?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | beide Eltern in Deutschland geboren |
| <input type="checkbox"/> | beide Eltern in einem anderen Land geboren |
| <input type="checkbox"/> | Ein Elternteil wurde in Deutschland geboren und der andere Elternteil in einem anderen Land. |

12. Was ist Ihre Muttersprache? [Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch
<input type="checkbox"/> Russisch	<input type="checkbox"/> Arabisch
<input type="checkbox"/> Türkisch	<input type="checkbox"/> Bulgarisch
<input type="checkbox"/> Polnisch	<input type="checkbox"/> Rumänisch
<input type="checkbox"/> Italienisch	<input type="checkbox"/> Ungarisch
<input type="checkbox"/> Englisch	<input type="checkbox"/> Griechisch
<input type="checkbox"/> Spanisch	<input type="checkbox"/> andere: [Bitte rechts eintragen.]

13. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

<input type="checkbox"/> keinen Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss/Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/> Fachoberschulreife/Realschulabschluss
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife
<input type="checkbox"/> Hochschulreife/Abitur

14. Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/> keinen beruflichen Abschluss
<input type="checkbox"/> noch in beruflicher Ausbildung (Ausbildung, Studium)
<input type="checkbox"/> betriebliche oder schulische Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> berufliche Fortbildung (z. B. Meister, Techniker)
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (z. B. Bachelor, Master, Diplom)

15. Sind Sie derzeit berufstätig?

<input type="checkbox"/> ja, ganztags	<input type="checkbox"/> nein, Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> ja, in Teilzeit	<input type="checkbox"/> nein, Renten-/Pensionsbezug
<input type="checkbox"/> ja, Mini/Midi-Job	<input type="checkbox"/> nein, arbeitssuchend
	<input type="checkbox"/> nein, sonstiger Grund

16. In welchem Bundesland leben Sie?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Berlin |
| <input type="checkbox"/> | Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> | Schleswig-Holstein |

17. In welchem Bundesland gehen Sie in der Regel zum Arzt/zur Ärztin?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Baden-Württemberg | <input type="checkbox"/> | Niedersachsen |
| <input type="checkbox"/> | Bayern | <input type="checkbox"/> | Nordrhein-Westfalen |
| <input type="checkbox"/> | Berlin | <input type="checkbox"/> | Rheinland-Pfalz |
| <input type="checkbox"/> | Brandenburg | <input type="checkbox"/> | Saarland |
| <input type="checkbox"/> | Bremen | <input type="checkbox"/> | Sachsen |
| <input type="checkbox"/> | Hamburg | <input type="checkbox"/> | Sachsen-Anhalt |
| <input type="checkbox"/> | Hessen | <input type="checkbox"/> | Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> | Mecklenburg-Vorpommern | <input type="checkbox"/> | Thüringen |

18. Wie würden Sie den Ort, an dem Sie wohnen, beschreiben?

[Hinweis: „In der Nähe“ meint, dass die Großstadt (mindestens 100.000 Einwohner) in ca. 30 Minuten mit dem Auto erreichbar ist.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) |

19. Leben bei Ihnen Kinder (jünger als 14 Jahre) im Haushalt?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja |
| <input type="checkbox"/> | nein |

20. Führen Sie die Pflege eines Angehörigen selbst durch?

- | | |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ja |
| <input type="checkbox"/> | nein |

21. Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | sehr gut |
| <input type="checkbox"/> | gut |
| <input type="checkbox"/> | mittelmäßig |
| <input type="checkbox"/> | schlecht |
| <input type="checkbox"/> | sehr schlecht |

22. Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?

[Hinweis: Als chronische Erkrankungen werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können, z.B. Diabetes, Rheuma, Asthma.]

- | | | |
|--------------------------|------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ja | → weiter mit Frage 23 |
| <input type="checkbox"/> | nein | → weiter mit Frage 24 |

23. Unter welcher chronischen Erkrankung leiden Sie?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | rheumatoide Arthritis/Rheuma | |
| <input type="checkbox"/> | Rückenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> | Herzkreislauferkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzkranzgefäßverengung) | |
| <input type="checkbox"/> | Asthma/chronische Lungenerkrankungen (z. B. Emphysem, COPD) | |
| <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> | Depressionen, Angststörungen oder andere psychische Leiden | |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes (Zuckerkrankheit) | |
| <input type="checkbox"/> | chronische Nierenerkrankung | |
| <input type="checkbox"/> | andere:
[Bitte im Feld rechts eintragen.] | |

24. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu folgenden Ärzt/-innen? (egal, ob persönlich, per Telefon oder per Videosprechstunde)

[Hinweis: Falls Sie sich nicht an die genaue Anzahl erinnern, genügt eine Schätzung.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	gar nicht	1-mal	2 bis 3-mal	4 bis 5-mal	6-mal oder öfter	weiß nicht
Hausarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachärzt/-innen* (z. B. Frauenarzt/-ärztin, Orthopäd/-in) <i>*ohne Zahnarzt/-ärztin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Sie haben nun einige Fragen zur Videosprechstunde beantwortet. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, die Videosprechstunde selbst zu nutzen?

- ja
- nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

3. Fragebogen Leistungserbringende Block A

Befragung zur optimalen Ausgestaltung von Videosprechstunden

Seit April 2017 können ärztliche und psychotherapeutische Leistungen auch per Videosprechstunde erbracht werden. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung.

Wir möchten Sie nun zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde befragen. Sie müssen die Videosprechstunde selbst noch nicht genutzt haben, um an der Befragung teilnehmen zu können.

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie circa 15 Minuten brauchen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:



→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich. Kreuzen Sie dann bitte nur ein Kästchen an.

Antwort A

Antwort B

Antwort C

→ Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, alle Möglichkeiten anzukreuzen, die auf Sie zutreffen. Dann steht hinter der Frage „*Mehrfachantworten sind möglich*“.

Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde

1. Haben Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt, Videosprechstunden mit einem zertifizierten Videodienstanbieter nutzen zu wollen?

<input type="checkbox"/>	ja	→ weiter mit Frage 2
<input type="checkbox"/>	Das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich.	
<input type="checkbox"/>	nein	→ weiter mit Frage 4

2. Wie häufig setzen Sie Videosprechstunden ein?

<input type="checkbox"/>	mehrfach in der Woche	→ weiter mit Frage 3
<input type="checkbox"/>	mindestens einmal in der Woche	
<input type="checkbox"/>	mindestens einmal im Monat	
<input type="checkbox"/>	seltener als einmal im Monat	→ weiter mit Frage 4
<input type="checkbox"/>	noch nie	

3. Seit wann setzen Sie Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung ein?

<input type="checkbox"/>	bereits vor Beginn der COVID-19-Pandemie	→ weiter mit Frage 5
<input type="checkbox"/>	seit Beginn der COVID-19-Pandemie (ab 2020)	
<input type="checkbox"/>	erst im späteren Verlauf der COVID-19-Pandemie (ab 2021 oder später)	

4. Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu	keine Angabe
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Internetverbindung meiner Patient/-innen ist oft nicht gut genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient/-innen darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken beim Datenschutz .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Zeit , neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Patient/-innen wünschen keine Videosprechstunden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Grund: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

5. Wie gut ist die Videosprechstunde Ihrer Meinung nach für die folgenden Versorgungsanlässe geeignet?

[Hinweis: Bei dieser Frage geht es um Ihre Meinung und nicht um eine allgemeingültige Aussage, die auf jeden Einzelfall zutrifft.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(weitergehende) Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellung von Rezepten/ Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychothera- peutische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Anlass: [Bitte im Feld rechts eintragen.]						

6. Könnten Sie sich bei diesen Indikationen vorstellen, dass Teile der ärztlichen Versorgung auch in Videosprechstunden erbracht werden können?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
A) chronische bzw. intermittierend auftretende Erkrankungen						
Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. entz. Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen, z. B. Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) akute Erkrankungen						
Entzündungen am Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündungen am Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen der Harnorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
Schmerzen im Muskel-Skelett-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Psychische und Verhaltensstörungen						
Affektive Störungen (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (F40, F41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsstörungen (F42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Funktionsstörungen (F52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Halten Sie es für sinnvoll, Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen durchzuführen?

<input type="checkbox"/>	ja, mit Kindern (bis 13 Jahre) und mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)
<input type="checkbox"/>	ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)
<input type="checkbox"/>	nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen

8. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient/-innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich in Videosprechstunden zu behandeln?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

9. Was wäre Ihnen wichtig, um Videosprechstunden gut einsetzen zu können?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	keine Angabe
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsangebote für meine Patient/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z.B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohes Datenschutzniveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klare/transparente Haftungsregelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient/-innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

Erhebung zur optimalen Ausgestaltung von Videosprechstunden – Ihre Entscheidung ist gefragt: Variante A oder B?

Mit den folgenden **fünf Tabellen** möchten wir herausfinden, was Ihnen bei der Nutzung von Videosprechstunden besonders wichtig ist (z. B. eine vorab bestehende Beziehung zum Patienten oder Unterstützung bei Technik-Problemen).

Da man in Befragungen aber dazu neigt, alles als sehr wichtig einzuschätzen, müssen Sie sich **in jeder Tabelle immer für ein „Komplettpaket“ entscheiden: entweder Variante A oder B**. In jeder Tabelle müssen Sie sich neu für eine der beiden Varianten entscheiden.



Beispiel: Wenn Sie **Variante B** bevorzugen, setzen Sie dort das Kreuz:

BEISPIEL	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak- ten bekannter Patient	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	gleichwertig	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu- schaltung des Technikers)	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	auch nach 17 Uhr oder samstags	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ihre 1. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen unbekannter Patient	Ihnen nur aus Videokontak- ten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	gleichwertig	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	zeitverzögerte Hilfestellung	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu- schaltung des Technikers)
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten	auch nach 17 Uhr oder samstags
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 2. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient	Ihnen nur aus Videokontak- ten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	geringer	gleichwertig
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	zeitverzögerte Hilfestellung	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	auch nach 17 Uhr oder samstags	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 3. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak- ten bekannter Patient	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	gleichwertig	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu- schaltung des Technikers)	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	auch nach 17 Uhr oder samstags	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 4. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen unbekannter Patient	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	geringer	gleichwertig
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu- schaltung des Technikers)	zeitverzögerte Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume	auch nach 17 Uhr oder samstags
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 5. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient	Ihnen unbekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	gleichwertig	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare telefonische Hilfestellung	zeitverzögerte Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person

10. Welches Geschlecht haben Sie?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | männlich |
| <input type="checkbox"/> | weiblich |
| <input type="checkbox"/> | divers |

11. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | bis 40 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 41 bis 50 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 51 bis 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | über 60 Jahre |

12. Welcher Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | KV Berlin |
| <input type="checkbox"/> | KV Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> | KV Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> | KV Westfalen-Lippe |

13. Wie würden Sie den Standort Ihrer Praxis beschreiben?

[Hinweis: „In der Nähe“ meint, dass die Großstadt (mindestens 100.000 Einwohner) in ca. 30 Minuten mit dem Auto erreichbar ist.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) |

14. Ich arbeite ...

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Einzelpraxis. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Einzelpraxis. |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Praxisgemeinschaft. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Praxisgemeinschaft. |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einem MVZ. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einem MVZ. |

15. In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | hausärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> | fachärztliche Versorgung |

16. Welche (fachärztliche) Weiterbildung haben Sie abgeschlossen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> | Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> | Kinder-Hämatologie und -Onkologie |
| <input type="checkbox"/> | Angiologie | <input type="checkbox"/> | Kinder-Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | Kinder-Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie | <input type="checkbox"/> | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie/Rheumatologie | <input type="checkbox"/> | Nephrologie |
| <input type="checkbox"/> | Endokrinologie und Diabetologie | <input type="checkbox"/> | Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> | Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> | Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> | Neurologie |
| <input type="checkbox"/> | Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> | Neuropädiatrie |
| <input type="checkbox"/> | Geriatric | <input type="checkbox"/> | Neuropathologie |
| <input type="checkbox"/> | Geschlechtskrankheiten und Dermatologie | <input type="checkbox"/> | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> | Physikalische und Rehabilitative Medizin |

<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut
<input type="checkbox"/>	Infektiologie	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin/ Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kardiologie	<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Praktischer Arzt
<input type="checkbox"/>	Sonstige: [Bitte im Feld rechts eintragen.]		

17. Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig?

<input type="checkbox"/>	ja	→ weiter mit Frage 18
<input type="checkbox"/>	nein	→ weiter mit Frage 19

18. Bitte geben Sie an, für welche psychotherapeutische Verfahren Sie eine fachliche Befähigung haben.

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie

19. Sie haben nun einige Fragen zur Videosprechstunde beantwortet. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden anzubieten?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

4. Fragebogen Leistungserbringende Block B

Befragung zur optimalen Ausgestaltung von Videosprechstunden

Seit April 2017 können ärztliche und psychotherapeutische Leistungen auch per Videosprechstunde erbracht werden. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung.

Wir möchten Sie nun zu Ihren Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde befragen. Sie müssen die Videosprechstunde selbst noch nicht genutzt haben, um an der Befragung teilnehmen zu können.

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie circa 15 Minuten brauchen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:



→ Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.

Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich. Kreuzen Sie dann bitte nur ein Kästchen an.

Antwort A

Antwort B

Antwort C

→ Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, alle Möglichkeiten anzukreuzen, die auf Sie zutreffen. Dann steht hinter der Frage „*Mehrfachantworten sind möglich*“.

Erfahrungen und Einstellungen zur Videosprechstunde

1. Haben Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt, Videosprechstunden mit einem zertifizierten Videodienstanbieter nutzen zu wollen?

<input type="checkbox"/>	ja	→ weiter mit Frage 2
<input type="checkbox"/>	Das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich.	
<input type="checkbox"/>	nein	→ weiter mit Frage 4

2. Wie häufig setzen Sie Videosprechstunden ein?

<input type="checkbox"/>	mehrfach in der Woche	→ weiter mit Frage 3
<input type="checkbox"/>	mindestens einmal in der Woche	
<input type="checkbox"/>	mindestens einmal im Monat	
<input type="checkbox"/>	seltener als einmal im Monat	→ weiter mit Frage 4
<input type="checkbox"/>	noch nie	

3. Seit wann setzen Sie Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung ein?

<input type="checkbox"/>	bereits vor Beginn der COVID-19-Pandemie	→ weiter mit Frage 5
<input type="checkbox"/>	seit Beginn der COVID-19-Pandemie (ab 2020)	
<input type="checkbox"/>	erst im späteren Verlauf der COVID-19-Pandemie (ab 2021 oder später)	

4. Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll zu	keine Angabe
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Internetverbindung meiner Patient/-innen ist oft nicht gut genug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient/-innen darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Bedenken beim Datenschutz .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keine Zeit , neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Patient/-innen wünschen keine Videosprechstunden .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Grund: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

5. Wie gut ist die Videosprechstunde Ihrer Meinung nach für die folgenden Versorgungsanlässe geeignet?

[Hinweis: Bei dieser Frage geht es um Ihre Meinung und nicht um eine allgemeingültige Aussage, die auf jeden Einzelfall zutrifft.]

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
Anamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(weitergehende) Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellung von Rezepten/ Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychothera- peutische Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiger Anlass: [Bitte im Feld rechts eintragen.]						

6. Könnten Sie sich bei diesen Indikationen vorstellen, dass Teile der ärztlichen Versorgung auch in Videosprechstunden erbracht werden können?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
D) chronische bzw. intermittierend auftretende Erkrankungen						
Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. entz. Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen, z. B. Katarakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, z. B. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) akute Erkrankungen						
Entzündungen am Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündungen am Ohr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen des Magen-Darm-Traktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen der Harnorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet	keine Angabe
Schmerzen im Muskel-Skelett-System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechtserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) Psychische und Verhaltensstörungen						
Affektive Störungen (F30-F39)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörungen (F40, F41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwangsstörungen (F42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen (F50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Funktionsstörungen (F52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Halten Sie es für sinnvoll, Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen durchzuführen?

<input type="checkbox"/>	ja, mit Kindern (bis 13 Jahre) und mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)
<input type="checkbox"/>	ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)
<input type="checkbox"/>	nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen

8. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient/-innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich in Videosprechstunden zu behandeln?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

9. Was wäre Ihnen wichtig, um Videosprechstunden gut einsetzen zu können?

[Bitte setzen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz.]

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	keine Angabe
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsangebote für meine Patient/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hohes Datenschutzniveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klare/transparente Haftungsregelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient/-innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: [Bitte im Feld rechts eintragen.]					

Erhebung zur optimalen Ausgestaltung von Videosprechstunden – Ihre Entscheidung ist gefragt: Variante A oder B?

Mit den folgenden **vier Tabellen** möchten wir herausfinden, was Ihnen bei der Nutzung von Videosprechstunden besonders wichtig ist (z. B. eine vorab bestehende Beziehung zum Patienten oder Unterstützung bei Technik-Problemen).

Da man in Befragungen aber dazu neigt, alles als sehr wichtig einzuschätzen, müssen Sie sich **in jeder Tabelle immer für ein „Komplettpaket“ entscheiden: entweder Variante A oder B**. In jeder Tabelle müssen Sie sich neu für eine der beiden Varianten entscheiden.



Beispiel: Wenn Sie **Variante B** bevorzugen, setzen Sie dort das Kreuz:

BEISPIEL	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak- ten bekannter Patient	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	gleichwertig	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu- schaltung des Technikers)	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	auch nach 17 Uhr oder samstags	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ihre 1. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak-ten bekannter Patient	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	geringer	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	zeitverzögerte Hilfestellung	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu-schaltung des Technikers)
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 2. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak-ten bekannter Patient	Ihnen unbekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	höher	geringer
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	zeitverzögerte Hilfestellung	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume	auch nach 17 Uhr oder samstags
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 3. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen nur aus Videokontak-ten bekannter Patient	Ihnen unbekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	geringer	gleichwertig
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare telefonische Hilfestellung	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu-schaltung des Technikers)
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten	von Ihnen frei wählbare, begrenzte Zeiträume
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre 4. Entscheidung – bevorzugen Sie Variante A oder B?

	A	B
Beziehung zum Patienten	Ihnen aus persönlichen Kontakten bekannter Patient	Ihnen unbekannter Patient
Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt	geringer	höher
Unterstützung bei Technikproblemen (z. B. durch Software-Hersteller)	unmittelbare Lösung des Problems (z. B. virtuelle Zu-schaltung des Technikers)	unmittelbare telefonische Hilfestellung
angebotener Zeitraum für die Videosprechstunde	während Ihrer regulären Sprechstundenzeiten	auch nach 17 Uhr oder samstags
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person

10. Welches Geschlecht haben Sie?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | männlich |
| <input type="checkbox"/> | weiblich |
| <input type="checkbox"/> | divers |

11. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | bis 40 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 41 bis 50 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | 51 bis 60 Jahre |
| <input type="checkbox"/> | über 60 Jahre |

12. Welcher Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören Sie an?

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | KV Berlin |
| <input type="checkbox"/> | KV Mecklenburg-Vorpommern |
| <input type="checkbox"/> | KV Schleswig-Holstein |
| <input type="checkbox"/> | KV Westfalen-Lippe |

13. Wie würden Sie den Standort Ihrer Praxis beschreiben?

[Hinweis: „In der Nähe“ meint, dass die Großstadt (mindestens 100.000 Einwohner) in ca. 30 Minuten mit dem Auto erreichbar ist.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Landgemeinde (weniger als 5.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner mit Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Mittelstadt (über 20.000 bis 100.000 Einwohner ohne Großstadt in der Nähe) |
| <input type="checkbox"/> | Großstadt (mehr als 100.000 Einwohner) |

14. Ich arbeite ...

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Einzelpraxis. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Einzelpraxis. |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einer Praxisgemeinschaft. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einer Praxisgemeinschaft. |
| <input type="checkbox"/> | selbständig in einem MVZ. |
| <input type="checkbox"/> | angestellt in einem MVZ. |

15. In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | hausärztliche Versorgung |
| <input type="checkbox"/> | fachärztliche Versorgung |

16. Welche (fachärztliche) Weiterbildung haben Sie abgeschlossen?

[Mehrfachantworten sind möglich.]

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> | Kinderchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> | Kinder-Hämatologie und -Onkologie |
| <input type="checkbox"/> | Angiologie | <input type="checkbox"/> | Kinder-Kardiologie |
| <input type="checkbox"/> | Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> | Kinder-Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie | <input type="checkbox"/> | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Chirurgie/Rheumatologie | <input type="checkbox"/> | Nephrologie |
| <input type="checkbox"/> | Endokrinologie und Diabetologie | <input type="checkbox"/> | Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> | Frauenheilkunde | <input type="checkbox"/> | Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Gastroenterologie | <input type="checkbox"/> | Neurologie |
| <input type="checkbox"/> | Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> | Neuropädiatrie |
| <input type="checkbox"/> | Geriatric | <input type="checkbox"/> | Neuropathologie |
| <input type="checkbox"/> | Geschlechtskrankheiten und Dermatologie | <input type="checkbox"/> | Orthopädie und Unfallchirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | <input type="checkbox"/> | Physikalische und Rehabilitative Medizin |

<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Onkologie	<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Onkologie	<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Humangenetik	<input type="checkbox"/>	Psychologischer Psychotherapeut
<input type="checkbox"/>	Infektiologie	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin/ Rheumatologie	<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kardiologie	<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendmedizin	<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	<input type="checkbox"/>	Praktischer Arzt
<input type="checkbox"/>	Sonstige: [Bitte im Feld rechts eintragen.]		

17. Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig?

<input type="checkbox"/>	ja	→ weiter mit Frage 18
<input type="checkbox"/>	nein	→ weiter mit Frage 19

18. Bitte geben Sie an, für welche psychotherapeutische Verfahren Sie eine fachliche Befähigung haben.

[Mehrfachantworten sind möglich.]

<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Verhaltenstherapie
<input type="checkbox"/>	Systemische Therapie

19. Sie haben nun einige Fragen zur Videosprechstunde beantwortet. Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden anzubieten?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anlage 5: Details zur Befragung

Inhaltsverzeichnis

I	Tabellenverzeichnis.....	2
1.	Details zur Methodik.....	9
1.1	Bearbeitung der Variablen (Versichertenbefragung)	9
1.2	Bearbeitung der Variablen (Leistungserbringendenbefragung)	11
2.	Studienpopulation	17
2.1	Versicherte.....	17
2.2	Leistungserbringende	26
3.	Detaillergebnisse – Befragungen	34
3.1	Ergebnisse auf Basis der Versichertenbefragung	34
3.1.1	Erfahrungen und Einschätzungen zur Videosprechstunde	34
3.1.2	Hindernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung	41
3.1.3	Fördernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung.....	54
3.1.4	Geeignete Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde.....	71
3.2	Ergebnisse auf Basis der Leistungserbringendenbefragung.....	88
3.2.1	Erfahrungen und Einschätzungen zur Videosprechstunde	88
3.2.2	Einsatz der Videosprechstunde	88
3.2.3	Einsatz der Videosprechstunde (bei Kindern und Jugendlichen)	96
3.2.4	Einsatz der Videosprechstunde (ausschließlich)	99
3.2.5	Geeignete Indikationen für die Erbringung per Videosprechstunde	101
3.2.6	Geeignete Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde.....	107
3.2.7	Hindernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung	123
3.2.8	Fördernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung.....	141

I Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorienbildung (Versicherte)	9
Tabelle 2: Kategorienbildung (Leistungserbringende)	11
Tabelle 3: Geschlecht, Altersgruppen, Wohnort und Regionstyp.....	17
Tabelle 4: Familienstand, Migrationshintergrund, Schulabschluss, Berufsausbildung und - tätigkeit, Haushalt mit Kindern, pflegende Angehörige.....	18
Tabelle 5: Muttersprache der Teilnehmenden	19
Tabelle 6: Wohnort der Teilnehmenden nach Stadt- und Gemeindetyp (lang)	20
Tabelle 7: Wohnort der Teilnehmenden nach Stadt- und Gemeindetyp (aggregiert)	21
Tabelle 8: Teilnehmende versus Grundgesamtheit der beteiligten Krankenkassen in den relevanten KV-Regionen (Parameter: Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort).....	21
Tabelle 9: Teilnehmende versus Angeschriebene (Parameter: Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort)	22
Tabelle 10: Teilnehmende versus Gesamtbevölkerung in den relevanten Bundesländern (Parameter: Regionstyp)	22
Tabelle 11: Gesundheitszustand im Allgemeinen	23
Tabelle 12: Chronische Erkrankungen.....	23
Tabelle 13: Art der chronischen Erkrankung.....	23
Tabelle 14: Bundesland, in welchen die Teilnehmenden in der Regel zum Arzt/zur Ärztin gehen	24
Tabelle 15: Arztkontakte in den letzten 12 Monaten nach Facharztrichtung	24
Tabelle 16: Inanspruchnehmende (gesamt)	24
Tabelle 17: Inanspruchnehmende (psychotherapeutische Versorgung).....	25
Tabelle 18: Demografische Merkmale und Praxisstandort.....	26
Tabelle 19: Unternehmens- und Arbeitsform	27
Tabelle 20: Unternehmens- und Arbeitsform (selbstständig/angestellt).....	27
Tabelle 21: Unternehmens- und Arbeitsform (Praxisart)	28
Tabelle 22: Versorgungsbereich	28
Tabelle 23: Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig?	28
Tabelle 24: Psychotherapeutische Verfahren	28
Tabelle 25: Versorgungsbereich (differenziert)	29
Tabelle 26: Fachärztliche Weiterbildung (lang)	29
Tabelle 27: Aggregierte Arztgruppen	31
Tabelle 28: Vergleich der soziodemografischen Angaben sowie des Praxisstandorts zur Grundgesamtheit.....	32
Tabelle 29: Vergleich der aggregierten Arztgruppen zur Grundgesamtheit.....	33
Tabelle 30: Haben Sie schon einmal mal etwas von Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung gehört?.....	34
Tabelle 31: Assoziations-/ Korrelationsmaße (Wissen über die Videosprechstunde).....	34
Tabelle 32: Haben Sie die Videosprechstunde mit einem Arzt/einer Ärztin schon genutzt?..	34

Tabelle 33: Videosprechstundenvorerfahrung (dichotom)	34
Tabelle 34: Assoziations-/Korrelationsmaße zu Videosprechstundenvorerfahrung (dichotom)	35
Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Altersgruppen	35
Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Regionstyp	35
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	36
Tabelle 38: Mit welchem Arzt/welcher Ärztin hatten Sie schon eine Videosprechstunde? ...	36
Tabelle 39: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, die Videosprechstunde selbst zu nutzen?	36
Tabelle 40: Assoziations-/ Korrelationsmaße zu potenzielle Videosprechstundennutzung in der Zukunft	37
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung zur potenzielle Videosprechstundennutzung in der Zukunft nach Altersgruppen	37
Tabelle 42: Bei welchem Arzt/welcher Ärztin würden Sie Leistungen auch per Videosprechstunde in Anspruch nehmen wollen?	37
Tabelle 43: Assoziations-/ und Korrelationsmaße für Hausarzt/-ärztinnen	38
Tabelle 44: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Hausarzt/-ärztin nach Altersgruppe	38
Tabelle 45: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Hausarzt/-ärztin nach Berufstätigkeit	38
Tabelle 46: Assoziations-/ Korrelationsmaße für Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin	39
Tabelle 47: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Altersgruppe.....	39
Tabelle 48: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Videosprechstundenvorerfahrung...	39
Tabelle 49: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Berufstätigkeit.....	40
Tabelle 50: Wunsch des Angebots der Videosprechstunde von Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	40
Tabelle 51: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?	41
Tabelle 52: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen? (Häufigkeit)	42
Tabelle 53: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	43
Tabelle 54: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter I	44
Tabelle 55: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter II	44
Tabelle 56: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	45

Tabelle 57: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	46
Tabelle 58: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp.....	47
Tabelle 59: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp I.....	48
Tabelle 60: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp II.....	48
Tabelle 61: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Berufstätigkeit.....	49
Tabelle 62: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit.....	50
Tabelle 63: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung.....	51
Tabelle 64: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Vorliegen einer chronischen Erkrankung.....	52
Tabelle 65: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundennutzung.....	53
Tabelle 66: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?	54
Tabelle 67: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden? (Häufigkeit)	55
Tabelle 68: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	56
Tabelle 69: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter	58
Tabelle 70: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	59
Tabelle 71: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	60
Tabelle 72: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp.....	61
Tabelle 73: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp.....	62
Tabelle 74: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Berufstätigkeit.....	64
Tabelle 75: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit.....	65
Tabelle 76: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Vorhandensein einer chronischen Erkrankung	67
Tabelle 77: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer chronischen Erkrankung.....	68

Tabelle 78: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenvorerfahrung.....	69
Tabelle 79: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenvorerfahrung.....	70
Tabelle 80: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?	71
Tabelle 81: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (absolute Häufigkeit)	71
Tabelle 82: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (relative Häufigkeit)	72
Tabelle 83: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	73
Tabelle 84: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter	74
Tabelle 85: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	75
Tabelle 86: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht	76
Tabelle 87: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung Regionstyp	77
Tabelle 88: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung Abhängigkeit von den Regionstypen	79
Tabelle 89: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Berufstätigkeit.....	81
Tabelle 90: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung Abhängigkeit von Berufstätigkeit	82
Tabelle 91: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung	84
Tabelle 92: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung.....	84
Tabelle 93: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenvorerfahrung.....	86
Tabelle 94: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenvorerfahrung	86
Tabelle 95: Haben Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt, Videosprechstunden mit einem zertifizierten Videodienstleister nutzen zu wollen?	88
Tabelle 96: Wie häufig setzen Sie Videosprechstunden ein?	88
Tabelle 97: Videosprechstundenanbieter	88
Tabelle 98: Assoziations-/ und Korrelationsmaße (Videosprechstundenanbieter).....	89
Tabelle 99: Videosprechstundenanbieter nach Geschlecht	89

Tabelle 100: Videosprechstundenanbieter nach Altersgruppe	89
Tabelle 101: Videosprechstundenanbieter nach Regionstyp	89
Tabelle 102: Videosprechstundenanbieter nach Versorgungsbereich	90
Tabelle 103: Videosprechstundenanbieter nach aggregierten Arztgruppen	90
Tabelle 104: Seit wann setzen Sie Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung ein? ...	91
Tabelle 105: Assoziations-/ und Korrelationsmaße (Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde)	91
Tabelle 106: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach Geschlecht	91
Tabelle 107: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach Versorgungsbereich	92
Tabelle 108: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach aggregierten Arztgruppen.....	92
Tabelle 109: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden anzubieten? ...	93
Tabelle 110: Assoziations-/ und Korrelationsmaße (Potenzielles Angebot der Videosprechstunde)	93
Tabelle 111: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Geschlecht	93
Tabelle 112: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Altersgruppe	93
Tabelle 113: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Versorgungsbereich.....	94
Tabelle 114: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach aggregierten Arztgruppen ...	94
Tabelle 115: Halten Sie es für sinnvoll, Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen durchzuführen?	96
Tabelle 116: Assoziations-/ und Korrelationsmaße (VS mit Kindern und Jugendlichen).....	96
Tabelle 117: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht	96
Tabelle 118: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen.....	96
Tabelle 119: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Versorgungsbereich.....	97
Tabelle 120: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach aggregierten Arztgruppen.....	97
Tabelle 121: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient/-innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich in Videosprechstunden zu behandeln?	99
Tabelle 122: Assoziations-/ Korrelationsmaße zu ausschließliche Videosprechstundennutzung	99
Tabelle 123: Ausschließliche Videosprechstundennutzung nach Altersgruppe	99
Tabelle 124: Ausschließliche Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter	99
Tabelle 125: Ausschließliche Videosprechstundennutzung nach aggregierten Arztgruppen	100
Tabelle 126: Eignung ausgewählter Indikationen (chronische Erkrankungen) für die Videosprechstunde.....	101
Tabelle 127: Eignung ausgewählter Indikationen (akute Erkrankungen) für die Videosprechstunde.....	102

Tabelle 128: Eignung ausgewählter Indikationen (psychische Erkrankungen) für die Videosprechstunde.....	102
Tabelle 129: Geeignete Indikationen der LE mit VS-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung	103
Tabelle 130: Geeignete Indikationen der LE mit VS-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung	105
Tabelle 131: Geeignete Indikationen der LE mit VS-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung.....	106
Tabelle 132: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?	107
Tabelle 133: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (absolute Häufigkeit)	107
Tabelle 134: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (relative Häufigkeit)	108
Tabelle 135: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	109
Tabelle 136: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter	111
Tabelle 137: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	112
Tabelle 138: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht	112
Tabelle 139: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung Regionstyp	114
Tabelle 140: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung Abhängigkeit von den Regionstypen	115
Tabelle 141: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Versorgungsbereich	116
Tabelle 142: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung Abhängigkeit von Versorgungsbereich.....	117
Tabelle 143: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter	119
Tabelle 144: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenanbieter.....	119
Tabelle 145: Einschätzung zu Versorgungsanlässen nach Facharztgruppen mit Videosprechstundenerfahrung	121
Tabelle 146: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?	123
Tabelle 147: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen? (Häufigkeit)	124
Tabelle 148: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	125

Tabelle 149: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter	128
Tabelle 150: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	130
Tabelle 151: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	131
Tabelle 152: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp.....	133
Tabelle 153: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp.....	135
Tabelle 154: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Versorgungsbereich	136
Tabelle 155: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Versorgungsbereich	138
Tabelle 156: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?	141
Tabelle 157: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden? (Häufigkeit)	141
Tabelle 158: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen	143
Tabelle 159: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter	144
Tabelle 160: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht.....	146
Tabelle 161: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	146
Tabelle 162: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp.....	148
Tabelle 163: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp.....	149
Tabelle 164: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Versorgungsbereich	151
Tabelle 165: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Versorgungsbereich	152
Tabelle 166: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter	154
Tabelle 167: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenanbieter	154

1. Details zur Methodik

1.1 Bearbeitung der Variablen (Versichertenbefragung)

Tabelle 1: Kategorienbildung (Versicherte)

Inhalt der Frage	Antworten im Fragebogen	zusammengefasst/zugeordnet zu:
Videosprechstundenvorerfahrung	<ul style="list-style-type: none"> ja, bereits drei oder mehr Videosprechstunden ja, bereits zwei Videosprechstunden ja, aber erst eine Videosprechstunde nein, noch nie 	<ul style="list-style-type: none"> ja, bereits drei oder mehr Videosprechstunden, ja, bereits zwei Videosprechstunden, ja, aber erst eine Videosprechstunde = Ja nein, noch nie = Nein
Altersgruppe	<ul style="list-style-type: none"> 18 bis 29 Jahre 30 bis 39 Jahre 40 bis 49 Jahre 50 bis 59 Jahre 60 bis 69 Jahre 70 bis 79 Jahre 80 Jahre oder älter 	<ul style="list-style-type: none"> 18 bis 29 Jahre = 18 bis 29 Jahre 30 bis 39 Jahre, 40 bis 49 Jahre, 50 bis 59 Jahre = 30 bis 59 Jahre 60 bis 69 Jahre, 70 bis 79 Jahre, 80 Jahre oder älter = 60+ Jahre
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> männlich weiblich divers 	<ul style="list-style-type: none"> männlich= Männlich weiblich und divers = Weiblich
Geschlechtsmerkmal Divers wird aus Datenschutzgründen nicht gesondert ausgegeben.		
Regionstyp	<ul style="list-style-type: none"> Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen 	<ul style="list-style-type: none"> Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Landgemeinde Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Kleinstadt Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Mittelstadt

		<ul style="list-style-type: none"> • Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen = Großstadt
Berufstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • ja, ganztags • ja, in Teilzeit • ja, Mini/Midi-Job • nein, Hausfrau/Hausmann • nein, Renten-/Pensionsbezug • nein, arbeitssuchend • nein, sonstiger Grund 	<ul style="list-style-type: none"> • ja, ganztags = Vollzeitbeschäftigt • Mini/Midi-Job = Teilzeitbeschäftigt • nein, Hausfrau/Hausmann, nein, Renten-/Pensionsbezug, nein, arbeitssuchend, nein, sonstiger Grund = nicht berufstätig
Arztkontakte insgesamt (Inanspruchnahme)	<p>Hausarzt:in</p> <ul style="list-style-type: none"> • gar nicht • 1-mal • 2 bis 3-mal • 4 bis 5-mal • 6-mal oder öfter • weiß nicht <p>Facharzt:in</p> <ul style="list-style-type: none"> • gar nicht • 1-mal • 2 bis 3-mal • 4 bis 5-mal • 6-mal oder öfter • weiß nicht <p>Psychotherapeut:in</p> <ul style="list-style-type: none"> • gar nicht • 1-mal • 2 bis 3-mal • 4 bis 5-mal • 6-mal oder öfter • weiß nicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Hausarzt:in: gar nicht, Facharzt:in: gar nicht, Psychotherapeut:in: gar nicht = keine Arztkontakte in den letzten 12 Monaten • Hausarzt:in: 1-mal, 2 bis 3-mal, 4 bis 5-mal, 6-mal oder öfter, Facharzt:in: 1-mal, 2 bis 3-mal, 4 bis 5-mal, 6-mal oder öfter, Psychotherapeut:in: 1-mal, 2 bis 3-mal, 4 bis 5-mal, 6-mal oder öfter = mind. ein Arztkontakt in den letzten 12 Monaten • Hausarzt:in: weiß nicht, Facharzt:in: weiß nicht, Psychotherapeut:in: weiß nicht = benutzerdefiniert fehlender Wert
Arztkontakte in psychotherapeutischer Versorgung	<p>Psychotherapeut:in</p> <ul style="list-style-type: none"> • gar nicht • 1-mal • 2 bis 3-mal • 4 bis 5-mal • 6-mal oder öfter • weiß nicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeut:in: gar nicht = keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten • Psychotherapeut:in: 1-mal, 2 bis 3-mal, 4 bis 5-mal, 6-mal oder öfter = mind. einmal Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten

Filter: Muttersprache nicht Deutsch	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsch • Russisch • Türkisch • Polnisch • Italienisch • Englisch • Spanisch • Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch • Arabisch • Bulgarisch • Rumänisch • Ungarisch • Griechisch • Andere 	Deutsch = nicht ausgewählt UND (Russisch ODER Türkisch ODER Polnisch ODER Italienisch ODER Englisch ODER Spanisch ODER Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch ODER Arabisch ODER Bulgarisch ODER Rumänisch ODER Ungarisch ODER Griechisch ODER Andere Sprache = ausgewählt) = Muttersprache nicht Deutsch
-------------------------------------	---	--

1.2 Bearbeitung der Variablen (Leistungserbringendenbefragung)

Tabelle 2: Kategorienbildung (Leistungserbringende)

Inhalt der Frage	Antwort(en) im Fragebogen	Wurden zusammengefasst/zugeordnet zu:
Anbieter der Videosprechstunde	<p>1. Haben Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt, Videosprechstunden mit einem zertifizierten Videodienstanbieter nutzen zu wollen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ja • das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich. • nein • ich weiß nicht <p>2. Wie häufig setzen Sie Videosprechstunden ein?</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehrfach in der Woche • mindestens einmal in der Woche • mindestens einmal im Monat 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: F2_Häufigkeiten = „mehrfach in der Woche“, „mindestens einmal in der Woche“, „mindestens einmal im Monat“ UND F1_Anzeige ist nicht „nein“; • Nein: F2_Häufigkeiten = „seltener als einmal im Monat“ oder „noch nie“ ODER F1_Anzeige = „nein“

	<ul style="list-style-type: none"> • seltener als einmal im Monat • noch nie 	
Versorgungsbe- reich	<p>15. In welchem Versorgungsbereich sind Sie tätig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • hausärztliche Versorgung • fachärztliche Versorgung <p>17. Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein 	<p>Hausärztliche Versorgung Versorgungsbereich= 1: F15_Versorgungsbereich = hausärztliche Versorgung);</p> <p>Fachärztliche Versorgung Versorgungsbereich= 2: F15_Versorgungsbereich = fachärztliche Versorgung UND F17 = nein;</p> <p>Psychotherapeutische Versorgung Versorgungsbereich= 3: F17_Psych = Ja</p>
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • weiblich • divers 	<ul style="list-style-type: none"> • männlich = Männlich • weiblich und divers = Weiblich
	Geschlechtsmerkmal Divers wird aus Datenschutzgründen nicht gesondert ausgegeben.	
Regionstyp	<ul style="list-style-type: none"> • Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe • Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe • Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe • Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe • Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe 	<ul style="list-style-type: none"> • Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Landgemeinde weniger als 5.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Landgemeinde • Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Kleinstadt 5.000 bis 20.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Kleinstadt • Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe, Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe = Mittelstadt • Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen = Großstadt

	<ul style="list-style-type: none"> • Mittelstadt über 20.000 bis 100.000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe • Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen 	
Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinmedizin • Anästhesiologie • Angiologie • Augenheilkunde • Chirurgie • Chirurgie/Rheumatologie • Endokrinologie und Diabetologie • Frauenheilkunde • Gastroenterologie • Gefäßchirurgie • Geriatrie • Geschlechtskrankheiten und Dermatologie • Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin • Gynäkologische Onkologie • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde • Hämatologie und Onkologie • Humangenetik • Infektiologie • Innere Medizin/Rheumatologie • Kardiologie • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • Kinder- und Jugendmedizin • Kinder- und Jugendpsychiatrie 	<p>Hausärztlich tätige Ärzt:innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Hausärztlich Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. Psychologische Psychotherapeut:innen [PPT] und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen [KJP]) • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • Neurologie • Psychiatrie und Psychotherapie • Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen <p>PPT</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • PPT <p>KJP</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <p>Frauenheilkunde; Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Frauenheilkunde • Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin <p>Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Orthopädie und Unfallchirurgie

	<p>und -psychotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderchirurgie • Kinder-Hämatologie und -Onkologie • Kinder-Kardiologie • Kinder-Pneumologie • Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie • Nephrologie • Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie • Neurochirurgie • Neurologie • Neuropädiatrie • Neuropathologie • Orthopädie und Unfallchirurgie • Physikalische und Rehabilitative Medizin • Plastische Chirurgie • Pneumologie • Psychiatrie und Psychotherapie • Psychologische Psychotherapie (PPT) • Psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen • Thoraxchirurgie • Transfusionsmedizin • Urologie • Viszeralchirurgie • Praktische Ärzt:innen • Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Innere Medizin • Sonstige 	<p>Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Chirurgie • Chirurgie/Rheumatologie • Gefäßchirurgie • Neurochirurgie • Plastische Chirurgie • Thoraxchirurgie • Viszeralchirurgie <p>Geschlechtskrankheiten und Dermatologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Geschlechtskrankheiten und Dermatologie <p>Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <p>Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Hausärztlich • Kinder- und Jugendmedizin • Kinderchirurgie • Kinder-Hämatologie und -Onkologie • Kinder-Kardiologie • Kinder-Pneumologie • Neuropädiatrie <p>Kinderfachärzt:innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Kinder- und Jugendmedizin • Kinderchirurgie • Kinder-Hämatologie und -Onkologie • Kinder-Kardiologie • Kinder-Pneumologie • Neuropädiatrie <p>Sonstige</p> <ul style="list-style-type: none"> • F15_Versorgungsbereich= Nicht Hausärztlich UND • Anästhesiologie • Angiologie • Augenheilkunde • Endokrinologie und Diabetologie
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Gastroenterologie • Geriatrie • Gynäkologische Onkologie • Humangenetik • Infektiologie • Hämatologie und Onkologie • Innere Medizin/Rheumatologie • Kardiologie • Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie • Nephrologie • Neuropathologie • Physikalische und Rehabilitative Medizin • Pneumologie • Transfusionsmedizin • Urologie • Praktische Ärzt:innen • Sonstige • Innere Medizin
Unternehmens- und Arbeitsform (selbstständig/angestellt)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständig • Angestellt 	<p>Selbstständig</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbstständig in einer Einzelpraxis. • selbstständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). • selbstständig in einer Praxisgemeinschaft. • selbstständig in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). <p>Angestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> • angestellt in einer Einzelpraxis. • angestellt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). • angestellt in einer Praxisgemeinschaft. • angestellt in einem MVZ
Unternehmens- und Arbeitsform (Praxisart)	<ul style="list-style-type: none"> • in einer Einzelpraxis. • in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). • in einer Praxisgemeinschaft. • in einem MVZ. 	<p>in einer Einzelpraxis</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbstständig in einer Einzelpraxis. • angestellt in einer Einzelpraxis. <p>in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis)</p> <ul style="list-style-type: none"> • selbstständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis).

		<ul style="list-style-type: none">• angestellt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis). <p>in einer Praxisgemeinschaft</p> <ul style="list-style-type: none">• selbständig in einer Praxisgemeinschaft.• angestellt in einer Praxisgemeinschaft. <p>in einem MVZ</p> <ul style="list-style-type: none">• selbständig in einem MVZ.• angestellt in einem MVZ
--	--	--

2. Studienpopulation

2.1 Versicherte

Soziodemografische Angaben

Soziodemografische Angaben der teilnehmenden Versicherten

Tabelle 3: Geschlecht, Altersgruppen, Wohnort und Regionstyp

Merkmal	Ausprägung	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Geschlecht n = 4.239	Weiblich (inkl. divers)	2.370	55,9%
	Männlich	1.869	44,1%
Altersgruppen n = 4.240	18 bis 29 Jahre	562	13,3%
	30 bis 39 Jahre	728	17,2%
	40 bis 49 Jahre	588	13,9%
	50 bis 59 Jahre	889	21,0%
	60 bis 69 Jahre	879	20,7%
	70 bis 79 Jahre	413	9,7%
	80 + Jahre	181	4,3%
Altersgruppen (aggregiert) n = 4.240	18 bis 29 Jahre	562	13,3%
	30 bis 59 Jahre	2.205	52,0%
	60+ Jahre	1.473	34,7%
Wohnort n = 4.218	Berlin	1.173	27,8%
	Nordrhein-Westfalen*	1.661	39,4%
	Mecklenburg-Vorpommern	700	16,6%
	Schleswig-Holstein	684	16,2%
Regionstyp (lang) n = 4.186	Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	408	9,7%
	Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	370	8,8%
	Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	518	12,4%

	Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	243	5,8%
	Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	636	15,2%
	Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	224	5,4%
	Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen	1.787	42,7%
Regionstyp (aggregiert)** n = 4.186	Landgemeinde	778	18,6%
	Kleinstadt	761	18,2%
	Mittelstadt	860	20,5%
	Großstadt	1.787	42,7%

*Dies inkludiert nur die im PLZ Bereich der KV-Westfalen-Lippe lebenden Bevölkerung.

** Ausprägungen der aggregierten Variable Regionstyp vgl. Tabelle 1.

Tabelle 4: Familienstand, Migrationshintergrund, Schulabschluss, Berufsausbildung und -tätigkeit, Haushalt mit Kindern, pflegende Angehörige

Merkmal	Ausprägung	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Familienstand n = 4.230	Ledig	801	18,9%
	Feste Partnerschaft	630	14,9%
	Verheiratet / Lebenspartnerschaft	2.360	55,8%
	Verwitwet oder geschieden	439	10,4%
Geburtsland der Eltern n = 4.222	Beide Eltern in Deutschland geboren	3.294	78,0%
	Beide Eltern in einem anderen Land geboren	719	17,0%
	Nur ein Elternteil in Deutschland geboren	209	5,0%
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss n = 4.204	Kein Schulabschluss	91	2,2%
	Haupt-/Volksschulabschluss	646	15,4%
	Fachoberschulreife/ Realschulabschluss	1.135	27,0%
	Fachhochschulreife	567	13,5%

	Hochschulreife/Abitur	1.765	42,0%
Berufsausbildung* n = 4.170	Kein beruflicher Abschluss	284	6,8%
	Noch in beruflicher Ausbildung (Ausbildung, Studium)	234	5,6%
	Betriebliche oder schulische Berufsausbildung	2.004	48,1%
	Berufliche Fortbildung (u.a. Meister, Techniker)	589	14,1%
	Hochschulabschluss (u.a. Bachelor, Master, Diplom)	1.429	34,3%
Berufstätigkeit n=4.180	Ja, ganztags	1.842	44,1%
	Ja, in Teilzeit	682	16,3%
	Mini/Midi-Job	165	3,9%
	Nicht berufstätig, da Hausfrau/Hausmann	136	3,3%
	Renten-/Pensionsbezug	1.045	25,0%
	Arbeitssuchend	119	2,8%
	Nicht beschäftigt, sonstiger Grund	191	4,6%
Berufstätigkeit (aggregiert)** n=4.180	Vollzeitbeschäftigt	1842	44,1%
	Teilzeitbeschäftigt	847	20,3%
	Nicht berufstätig	1.491	35,7%
Kinder im Haushalt n=4.196	Ja	820	19,5%
	Nein	3.376	80,5%
Pflege eines/einer Angehörigen n=4.163	Ja	421	10,1%
	Nein	3.742	89,9%

*Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 4.540 Befragten mit gültiger Antwort

**Ausprägungen der aggregierten Variable Berufstätigkeit vgl. Tabelle 1.

Tabelle 5: Muttersprache der Teilnehmenden

Ausprägung	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle*
Deutsch	3.655	90,3%
Russisch	126	3,1%
Türkisch	77	1,9%

Polnisch	82	2,0%
Italienisch	26	0,6%
Englisch	45	1,1%
Spanisch	33	0,8%
Bosnisch/Kroatisch/Montenegrinisch/Serbisch	17	0,4%
Arabisch	65	1,6%
Bulgarisch	14	0,3%
Rumänisch	18	0,4%
Ungarisch	13	0,3%
Griechisch	12	0,3%
Gesamt	4.183	103,3%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 4.049 Befragten mit gültiger Antwort.

Tabelle 6: Wohnort der Teilnehmenden nach Stadt- und Gemeindetyp (lang)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	408	9,7%
Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	370	8,8%
Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	518	12,4%
Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	243	5,8%
Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	636	15,2%
Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	224	5,4%
Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen	1.787	42,7%
Gesamt	4.186	100%

Tabelle 7: Wohnort der Teilnehmenden nach Stadt- und Gemeindetyp (aggregiert)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Landgemeinde	778	18,6%
Kleinstadt	761	18,2%
Mittelstadt	860	20,5%
Großstadt	1.787	42,7%
Gesamt	4.186	100%

Abgleich mit der Grundgesamtheit sowie den Angeschriebenen

Tabelle 8: Teilnehmende versus Grundgesamtheit der beteiligten Krankenkassen in den relevanten KV-Regionen (Parameter: Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort)

		Grundgesamtheit		Teilnehmende	
		n = 4.940.741*		n = 4.600**	
Geschlecht n=4239	Weiblich	2.500.814	50,6%	2.370	55,9%
	Männlich	2.439.927	49,4%	1.869	44,1%
Altersgruppe n=4240	18 bis 29 Jahre	911.770	18,5%	562	13,3%
	30 bis 59 Jahre	2.629.478	53,2%	2.205	52,0%
	60 + Jahre	1.320.362	26,7%	1.473	34,7%
Wohnort n=4218	Berlin	1.289.577	26,1%	1.173	27,8%
	Nordrhein-Westfalen***	2.368.888	47,9%	1.661	39,4%
	Mecklenburg-Vorpommern	432.195	8,7%	700	16,6%
	Schleswig-Holstein	850.081	17,2%	684	16,2%

*Grundgesamtheit der Versicherten in Q4 2022, die bei den teilnehmenden Krankenkassen versichert sind und in den Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe oder Schleswig-Holstein wohnen. Quelle: von den beteiligten Krankenkassen übermittelte Daten.

** 4.600 Personen haben an der Befragung teilgenommen; das „n“ der Subgruppenanalysen variiert aufgrund fehlender Werte. Geschlecht: n = 4.239, Altersgruppe: n = 4.240, KV-Region: n = 4.218.

***Dies inkludiert nur die im PLZ Bereich der KV-Westfalen-Lippe lebenden Bevölkerung.

Tabelle 9: Teilnehmende versus Angeschriebene (Parameter: Geschlecht, Altersgruppe, Wohnort)

		Angeschriebene		Teilnehmende	
		n = 33.816*		n = 4.600**	
Geschlecht n=4239	Weiblich	16.749	49,5%	2.370	55,9%
	Männlich	17.067	50,5%	1.869	44,1%
Altersgruppe n=4240	18 bis 29 Jahre	6.842	20,2%	562	13,3%
	30 bis 59 Jahre	17.714	52,4%	2.205	52,0%
	60 + Jahre	9.260	27,4%	1.473	34,7%
Wohnort n=4218	Berlin	9412	27,8%	1.173	27,8%
	Westfalen-Lippe	13.298	39,3%	1.661	39,4%
	Nordrhein-Westfalen***	6.379	18,9%	700	16,6%
	Schleswig-Holstein	4.727	14,0%	684	16,2%

*Von den beteiligten Krankenkassen zufällig ausgewählte Stichprobe von Versicherten mit Wohnort in den KV-Regionen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein unter Anwendung der abgestimmten Ein- und Ausschlusskriterien. Quelle: von den beteiligten Krankenkassen übermittelte Daten.

** 4.600 Personen haben an der Befragung teilgenommen; das „n“ der Subgruppenanalysen variiert aufgrund fehlender Werte. Geschlecht: n = 4.239, Altersgruppe: n = 4.240, Wohnort: n = 4.218.

***Dies inkludiert nur die im PLZ Bereich der KV-Westfalen-Lippe lebenden Bevölkerung.

Tabelle 10: Teilnehmende versus Gesamtbevölkerung in den relevanten Bundesländern (Parameter: Regionstyp)

	Gesamtbevölkerung*		Teilnehmende	
	n = 26.111.307		n = 4.186	
Landgemeinde	1.240.189	4,7%	778	18,6%
Kleinstadt	3.836.876	14,7%	761	18,2%
Mittelstadt	8.343.697	32,0%	860	20,5%
Großstadt	12.690.545	48,6%	1.787	42,7%

*Gesamtbevölkerung (alle Altersgruppen) nach Stadt- und Gemeindetyp der eingeschlossenen Bundesländer (Fortschreibung des Bevölkerungsstandes des Bundes und der Länder), 2020; Quelle: Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung. INKAR. Ausgabe 2022. Hrsg.: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) - Bonn 2023. Limitationen: keine Differenzierung in KV-Regionen möglich (d.h. Nordrhein-Westfalen für Westfalen-Lippe verwendet), keine Differenzierung zwischen privat und gesetzlich Versicherten möglich.

Gesundheitsbezogene Angaben

Tabelle 11: Gesundheitszustand im Allgemeinen

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Sehr gut	851	20,3%
Gut	2.029	48,4%
Mittelmäßig	1.098	26,2%
Schlecht	190	4,5%
sehr schlecht	26	0,6%
Gesamt	4.194	100%

Tabelle 12: Chronische Erkrankungen

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Nein	2.439	59,1%
Ja	1.689	40,9%
Gesamt	4.128	100%

Tabelle 13: Art der chronischen Erkrankung

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle*
Rheumatoide Arthritis/Rheuma	200	11,8%
Rückenschmerzen	548	32,4%
Herzkreislauferkrankungen	676	40,0%
Asthma/chronische Lungenerkrankungen	355	21,0%
Krebserkrankung	111	6,6%
Depressionen, Angststörungen oder andere psychische Leiden	275	16,3%
Diabetes	310	18,4%
Chronische Nierenerkrankung	63	3,7%
Andere chronische Erkrankung	553	32,7%
Gesamt	3.091	183,0%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 1689 Befragten mit gültiger Antwort (Filter: Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? = Ja).

Tabelle 14: Bundesland, in welchem die Teilnehmenden in der Regel zum Arzt/zur Ärztin gehen

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Berlin	1.142	27,6%
Brandenburg	9	0,2%
Hamburg	37	0,9%
Mecklenburg-Vorpommern	675	16,3%
Niedersachsen	13	0,3%
Nordrhein-Westfalen	1.634	39,4%
Schleswig-Holstein	624	15,1%
Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen	jeweils <5	k.A.
Gesamt	4.143	100%

Tabelle 15: Arztkontakte in den letzten 12 Monaten nach Facharzttrichtung

Ausprägung	Hausärzt:in n=4.101		Fachärzt:in n=3.944		Psychotherapeut:in n=3.694	
	n	rel. Häufigkeit	n	rel. Häufigkeit	n	rel. Häufigkeit
Gar nicht	372	9,1%	686	17,4%	3.064	82,9%
1-mal	752	18,3%	1.037	26,3%	180	4,9%
2- bis 3-mal	1.474	35,9%	1.267	32,1%	115	3,1%
4- bis 5-mal	878	21,4%	507	12,9%	78	2,1%
6-mal oder öfter	625	15,2%	447	11,3%	257	7,0%

Tabelle 16: Inanspruchnehmende (gesamt)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Keine Arztkontakte in den letzten 12 Monaten	177	4,2%
Mind. ein Arztkontakt in den letzten 12 Monaten	3.992	95,8%
Gesamt	4.169	100%

Tabelle 17: Inanspruchnehmende (psychotherapeutische Versorgung)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	3064	82,9%
Min. 1-mal Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	630	17,1%
Gesamt	3.694	100%

2.2 Leistungserbringende

Soziodemografische und arztspezifische Angaben der teilnehmenden Leistungserbringenden

Tabelle 18: Demografische Merkmale und Praxisstandort

Merkmal	Ausprägung	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Geschlecht n=5.545	Weiblich	3.167	57,1%
	Männlich	2.378	42,9%
Altersgruppe n=5.539	bis 40 Jahre	749	13,5%
	41 bis 50 Jahre	1.478	26,7%
	51 bis 60 Jahre	1.952	35,2%
	60+ Jahre	1.359	24,5%
Niederlassung in KV-Region n = 5.539	KV Berlin	1.391	25,1%
	KV Westfalen-Lippe	2.608	47,1%
	KV Mecklenburg-Vorpommern	614	11,1%
	KV Schleswig-Holstein	926	16,7%
Praxisstandort* (aggregiert) n = 5.525	Landgemeinde	372	6,7%
	Kleinstadt	965	17,5%
	Mittelstadt	1.411	25,5%
	Großstadt	2.777	50,3%
Praxisstandort n = 5.525	Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	161	2,9%
	Landgemeinde weniger als 5000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	211	3,8%
	Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	566	10,2%
	Kleinstadt 5000 bis 20000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	399	7,2%
	Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen mit Großstadt in der Nähe	959	17,4%
	Mittelstadt über 20000 bis 100000 Einwohner:innen ohne Großstadt in der Nähe	452	8,2%

	Großstadt mehr als 100.000 Einwohner:innen	2.777	50,3%
--	---	-------	-------

* Ausprägungen der aggregierten Variable Praxisstandort vgl. Tabelle 2.

Tabelle 19: Unternehmens- und Arbeitsform

		abs. Häufigkeit*	rel. Häufigkeit der Fälle
Ich arbeite*;**	selbständig in einer Einzelpraxis.	2.461	44,4%
	angestellt in einer Einzelpraxis.	412	7,4%
	selbständig in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis).	1.314	23,7%
	angestellt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis).	216	3,9%
	selbständig in einer Praxisgemeinschaft.	694	12,5%
	angestellt in einer Praxisgemeinschaft.	117	2,1%
	selbständig in einem MVZ.	80	1,4%
	angestellt in einem MVZ.	449	8,1%
Gesamt		5.743	103,6%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 5.542 Befragten mit gültiger Antwort.

Tabelle 20: Unternehmens- und Arbeitsform (selbstständig/angestellt)

		abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle
Ich arbeite*; **	selbständig.	4.421	78,8%
	angestellt.	1.161	20,9%
Gesamt		5.582	100,7%

** Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 5.542 Befragten mit gültiger Antwort.

** Ausprägungen der aggregierten Variable Unternehmens- und Arbeitsform (selbstständig/angestellt) vgl. Tabelle 2.

Tabelle 21: Unternehmens- und Arbeitsform (Praxisart)

		abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle
Ich arbeite*;**	in einer Einzelpraxis.	2.864	50,1%
	in einer Berufsausübungsgemeinschaft (vormals Gemeinschaftspraxis).	1.526	26,7%
	in einer Praxisgemeinschaft.	807	14,1%
	in einem MVZ.	521	9,1%
Gesamt		5.718	103,2%

** Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 5.542 Befragten mit gültiger Antwort.

** Ausprägungen der aggregierten Variable Unternehmens- und Arbeitsform (Praxisart) vgl. Tabelle 2.

Tabelle 22: Versorgungsbereich

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle
Hausärztliche Versorgung	1.591	28,9%
Fachärztliche Versorgung (inkl. psychotherapeutische Versorgung)	3.921	71,1%
Gesamt	5.512	100%

Tabelle 23: Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Nein	3.127	57,2%
Ja	2.336	42,8%
Gesamt	5.463	100%

Tabelle 24: Psychotherapeutische Verfahren

	abs. Häufigkeit*	rel. Häufigkeit
Analytische Psychotherapie	260	11,3%
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	844	36,7%

Verhaltenstherapie	1.463	63,7%
Systemische Therapie	79	3,4%
Gesamt	2.646	115,1%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 2.298 Befragten mit gültiger Antwort (Filter: Sind Sie in der psychotherapeutischen Versorgung tätig? = „Ja“.).

Tabelle 25: Versorgungsbereich (differenziert)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Hausärztliche Versorgung*	1.591	28,8%
Fachärztliche Versorgung*	1.747	31,6%
Psychotherapeutische Versorgung*	2.193	39,6%
Gesamt	5.531	100,0%

* Ausprägungen der Variable Versorgungsbereich (differenziert) vgl. Tabelle 2.

Tabelle 26: Fachärztliche Weiterbildung (lang)

	abs. Häufigkeit*	rel. Häufigkeit der Fälle
Allgemeinmedizin	1.098	19,9%
Anästhesiologie	100	1,8%
Angiologie	12	0,2%
Augenheilkunde	141	2,6%
Chirurgie	123	2,2%
Chirurgie/Rheumatologie	7	0,1%
Endokrinologie und Diabetologie	53	1,0%
Frauenheilkunde	338	6,1%
Gastroenterologie	78	1,4%
Gefäßchirurgie	18	0,3%
Geriatric	35	0,6%
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	118	2,1%
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	23	0,4%
Gynäkologische Onkologie	17	0,3%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	136	2,5%

Hämatologie und Onkologie	40	0,7%
Humangenetik	11	0,2%
Infektiologie	16	0,3%
Innere Medizin/Rheumatologie	365	6,6%
Kardiologie	89	1,6%
KJP	374	6,8%
Kinder- und Jugendmedizin	194	3,5%
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	110	2,0%
Kinderchirurgie	7	0,1%
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	<5	k.A.
Kinder-Kardiologie	11	0,2%
Kinder-Pneumologie	12	0,2%
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	29	0,5%
Nephrologie	59	1,1%
Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie	100	1,8%
Neurochirurgie	30	0,5%
Neurologie	139	2,5%
Neuropädiatrie	17	0,3%
Neuropathologie	12	0,2%
Orthopädie und Unfallchirurgie	246	4,5%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	43	0,8%
Plastische Chirurgie	9	0,2%
Pneumologie	56	1,0%
Psychiatrie und Psychotherapie	209	3,8%
PPT	1.388	25,2%
Psychotherapeutisch tätige Ärzt:innen	245	4,4%
Thoraxchirurgie	<5	k.A.
Transfusionsmedizin	<5	k.A.
Urologie	84	1,5%
Viszeralchirurgie	11	0,2%
Praktische Ärzt:innen	19	0,3%

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**	24	0,4%
Innere Medizin**	84	1,5%
Sonstige	150	2,7%
Gesamt	6.487	117,7%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 5.513 Befragten mit gültiger Antwort.

** Gruppen wurden aus Freitextantworten zusätzlich gebildet.

Hervorgehobene Zeilen liegen über 5%.

Tabelle 27: Aggregierte Arztgruppen

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich)	1.438	26,2%
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	464	8,5%
PPT	1.293	23,6%
Frauenheilkunde; Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	315	5,7%
Orthopädie und Unfallchirurgie	182	3,3%
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	128	2,3%
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	113	2,1%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	130	2,4%
KJP	458	8,4%
Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	153	2,8%
Kinderfachärzt:innen	44	0,8%
Sonstige	766	14,0%
Gesamt	5.484	100,0%

* Ausprägungen der Variable aggregierte Arztgruppen vgl. Tabelle 2.

Abgleich mit der Grundgesamtheit

Tabelle 28: Vergleich der soziodemografischen Angaben sowie des Praxisstandorts zur Grundgesamtheit

		Grundgesamtheit*		Teilnehmende		
		abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	Anteil an Grundgesamtheit
		34.095	100%	5.930**	100%	17,4%
Geschlecht	Weiblich	17.452	51,2%	3.167	57,1%	18,1%
	Männlich	16.643	48,8%	2.378	42,9%	14,3%
Altersgruppe	bis 40 Jahre	3.538	10,4%	749	13,5%	21,2%
	41 bis 50 Jahre	8.317	24,4%	1.478	26,7%	17,8%
	51 bis 60 Jahre	11.979	35,1%	1.952	35,2%	16,3%
	60+ Jahre	10.261	30,1%	1.359	24,5%	13,2%
Niederlassung in KV-Region	KV Berlin	9.769	28,7%	1.391	25,1%	14,2%
	KV Westfalen-Lippe	15.000	44,0%	2.608	47,1%	17,4%
	KV Mecklenburg-Vorpommern	3.248	9,5%	614	11,1%	18,9%
	KV Schleswig-Holstein	6.078	17,8%	926	16,7%	15,2%

* Quelle: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Westfalen-Lippe, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein; Q4 2023. Alle Mitglieder der beteiligten KVen, die den Fachgruppen zugeordnet sind, die prinzipiell Videosprechstunden erbringen dürfen, wurden angeschrieben und stellen damit die Grundgesamtheit dar.

** 5.930 Personen haben an der Befragung teilgenommen; das „n“ der Subgruppenanalysen variiert aufgrund fehlender Werte. Geschlecht: n = 5.545, Altersgruppe: n = 5.539, Niederlassung in KV-Region: n = 5.539.

Tabelle 29: Vergleich der aggregierten Arztgruppen zur Grundgesamtheit

	Grundgesamtheit*		Teilnehmende		
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	Anteil an Grundgesamtheit
	34.104 **	100%	5.484	100%	16,1%
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich)	10.736	31,5%	1.438	26,1%	13,4%
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	2.389	7,0%	464	8,5%	19,4%
PPT	5.446	16,0%	1.293	23,6%	23,7%
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	2.394	7,0%	315	5,7%	13,2%
Orthopädie und Unfallchirurgie	1.702	5,0%	182	3,3%	10,7%
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	863	2,5%	128	2,3%	14,8%
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	793	2,3%	113	2,0%	14,2%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	898	2,6%	130	2,4%	14,5%
Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	1.350	4,0%	153	2,8%	11,3%
Kinderfachärzt:innen	144	0,4%	44	0,8%	30,6%
KJP	1.590	4,7%	458	8,4%	28,8%
Sonstige	5.799	17,0%	766	14,0%	13,2%

*Quelle: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Westfalen-Lippe, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein; Q4 2023.

**Da in einer KV in wenigen Fällen einem Mitglied auch mehr als eine Facharztgruppe zugeordnet wurde, weicht das n in dieser Tabelle (34.104) geringfügig von dem n der insgesamt Angeschriebenen (34.095) ab.

3. Detailergebnisse – Befragungen

3.1 Ergebnisse auf Basis der Versichertenbefragung

3.1.1 Erfahrungen und Einschätzungen zur Videosprechstunde

3.1.1.1 Wissen über die Videosprechstunde

Tabelle 30: Haben Sie schon einmal mal etwas von Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung gehört?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	3.375	74,7%
Nein	1.145	25,3%
Gesamt	4.520	100%

Tabelle 31: Assoziations-/Korrelationsmaße (Wissen über die Videosprechstunde)

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Altersgruppe	4.166	8,718	0,013	0,046
Geschlecht	4.168	15,493	<0,001	0,061
Regionstyp	4.117	26,933	<0,001	0,081

3.1.1.2 Videosprechstundenvorerfahrung/Nutzung der Videosprechstunde

Tabelle 32: Haben Sie die Videosprechstunde mit einem Arzt/einer Ärztin schon genutzt?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja, bereits drei oder mehr Videosprechstunden	97	2,2%
Ja, bereits zwei Videosprechstunden	51	1,1%
Ja, aber erst eine Videosprechstunde	154	3,4%
Nein, noch nie	4.209	93,3%
Gesamt	4.511	100%

Tabelle 33: Videosprechstundenvorerfahrung (dichotom)

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Nein	4.209	93,3%
Ja	302	6,7%
Gesamt	4.511	100%

Tabelle 34: Assoziations-/Korrelationsmaße zu Videosprechstundenvorerfahrung (dichotom)

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Altersgruppe	4.192	51,67	<0,001	0,111
Geschlecht	4.193	25,444	<0,001	0,078
Regionstyp	4.141	55,220	<0,001	0,115
Berufstätigkeit	4.135	29,541	<0,001	0,085
chronische Erkrankung	4.084	1,388	n.s.	
Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	3.662	83,455	<0,001	0,151

Tabelle 35: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Altersgruppen

Videosprechstunden-Vorerfahrung	Nein		Ja		Gesamt
	Häufigkeit	rel. Häufigkeit	Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
18 - 29 Jahre	505	90,2%	55	9,8%	560
30 – 59 Jahre	2.004	91,9%	177	8,1%	2.181
60+ Jahre	1.410	97,2%	41	2,8%	1.451
Gesamt	3.919	93,5%	273	6,5%	4.192

Tabelle 36: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Regionstyp

Videosprechstunden-Vorerfahrung	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Landgemeinde	745	96,8%	25	3,2%	770
Kleinstadt	716	95,3%	35	4,7%	751
Mittelstadt	814	95,7%	37	4,3%	851
Großstadt	1.596	90,2%	173	9,8%	1.769
Gesamt	3.871	93,5%	270	6,5%	4.141

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung Videosprechstundenvorerfahrung nach Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten

Videosprechstunden- Vorerfahrung	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	2.883	94,6%	164	5,4%	3.047
mind. 1-mal Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	518	84,2%	97	15,8%	615
Gesamt	3.401	92,9%	261	7,1%	3.662

Tabelle 38: Mit welchem Arzt/welcher Ärztin hatten Sie schon eine Videosprechstunde?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle*
Hausärzt:in	63	44,1%
Psychotherapeut:in, Psychiater:in, Nervenärzt:in	72	50,3%
Frauenärzt:in	3	2,1%
Hautärzt:in	5	3,5%
Orthopäd:in	8	5,6%
Gesamt	151	105,6%

* Mehrfachantworten möglich; * Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 143 Befragten mit gültiger Antwort.

Tabelle 39: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, die Videosprechstunde selbst zu nutzen?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	3.132	75,3%
Nein	1.030	24,7%
Gesamt	4.162	100%

Tabelle 40: Assoziations-/Korrelationsmaße zur potenziellen Videosprechstundennutzung in der Zukunft

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Altersgruppe	4.143	303,396	<0,001	0,271
Geschlecht	4.139	0,349	n.s.	
Regionstyp	4.121	24,093	<0,001	0,076

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung zur potenziellen Videosprechstundennutzung in der Zukunft nach Altersgruppen

Potenzielle Videosprechstundennutzung in der Zukunft	Ja		Nein		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
18 - 29 Jahre	485	88,5%	63	11,5%	548
30 – 59 Jahre	1.789	82,6%	377	17,4%	2166
60+ Jahre	852	59,6%	577	40,4%	1429
Gesamt	3.126	75,5%	1.017	24,5%	4.143

3.1.1.3 Wunsch nach Angebot von Videosprechstunden nach Arztgruppen

Tabelle 42: Bei welchem Arzt/welcher Ärztin würden Sie Leistungen auch per Videosprechstunde in Anspruch nehmen wollen?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit der Fälle*
Hausärzt:in	3.693	89,3%
Psychotherapeut:in, Psychiater:in, Nervenärzt:in	1.572	38,0%
Chirurg:in z. B. für Gespräche vor/nach Operationen, Kontrolltermine	1.432	34,6%
Hautärzt:in	1.339	32,4%
Orthopäd:in	815	19,7%
Hals-Nasen-Ohren-Ärzt:in	805	19,5%
Urolog:in	635	15,4%
Frauenärzt:in	634	15,3%
Augenärzt:in	583	14,1%
Onkolog:in	566	13,7%

Lungenfachärzt:in	515	12,5%
Sonstige:r Ärzt:in	232	5,6%
Gesamt	12.821	100%

* Mehrfachantworten möglich; Die Auswertung berücksichtigt die Angaben von 4.135 Befragten mit gültiger Antwort.

Tabelle 43: Assoziations-/Korrelationsmaße für Hausarzt/-ärztinnen

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Altersgruppe	4.240	94,388	<0,001	0,149
Geschlecht	4.239	0,230	n.s.	
Regionstyp	4.186	15,550	<0,001	0,061
Videosprechstundenvorerfahrung	4.511	8,665	0,003	0,044
Berufstätigkeit	4.180	133,773	<0,001	0,179
Chronische Erkrankung	4.128	24,118	<0,001	0,076

Tabelle 44: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Hausarzt/-ärztin nach Altersgruppe

	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
18 - 29 Jahre	501	89,1%	61	10,9%	562
30 - 59 Jahre	1.911	86,7%	294	13,3%	2.205
60+ Jahre	1.113	75,6%	360	24,4%	1.473
Gesamt	3.525	83,1%	715	16,9%	4.240

Tabelle 45: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Hausarzt/-ärztin nach Berufstätigkeit

VS mit Hausarzt/-ärztin nach Berufstätigkeit	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Vollzeitbeschäftigt	1.638	88,9%	204	11,1%	1.842
Teilzeitbeschäftigt	742	87,6%	105	12,4%	847
Nicht berufstätig	1.114	74,7%	377	25,3%	1.491
Gesamt	3.494	83,6%	686	16,4%	4.180

Tabelle 46: Assoziations-/Korrelationsmaße für Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Altersgruppe	4.240	273,412	<0,001	0,254
Geschlecht	4.239	39,768	<0,001	0,097
Regionstyp	4.186	38,379	<0,001	0,096
Videosprechstundenvorerfahrung	4.511	77,079	<0,001	0,131
Berufstätigkeit	4.180	134,075	<0,001	0,179
Chronische Erkrankung	4.128	3,128	n.s.	
Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	3.694	68,875	<0,001	0,137

Tabelle 47: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Altersgruppe

VS mit Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin nach Altersgruppen	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
18 - 29 Jahre	278	49,5%	284	50,5%	562
30 - 59 Jahre	950	43,1%	1255	56,9%	2205
60+ Jahre	283	19,2%	1190	80,8%	1473
Gesamt	1.511	35,6%	2.729	64,4%	4.240

Tabelle 48: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Videosprechstundenvorerfahrung

VS mit Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin nach VS-Vorerfahrung	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
VS-Erfahrung: ja	175	57,9%	127	42,1%	302
VS-Erfahrung: nein	1.391	33,0%	2.818	67,0%	4.209
Gesamt	1.566	34,7%	2.945	65,3%	4.511

Tabelle 49: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Berufstätigkeit

VS mit Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin nach Berufstätigkeit	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Vollzeitbeschäftigt	756	41,0%	1.086	59,0%	1.842
Teilzeitbeschäftigt	377	44,5%	470	55,5%	847
Nicht berufstätig	364	24,4%	1.127	75,6%	1.491
Gesamt	1.497	35,8%	2.683	64,2%	4.180

Tabelle 50: Wunsch nach Angebot der Videosprechstunde durch Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztinnen nach Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten

VS mit Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in, Nervenarzt/-ärztin nach Psych-Inanspruchnahme	Ausgewählt		Nicht ausgewählt		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
keine Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	1.079	35,2%	1.985	35,2%	3.064
mind. 1-mal Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung in den letzten 12 Monaten	333	52,9%	297	47,1%	630
Gesamt	1.412	38,2%	2.282	61,8%	3.694

3.1.2 Hindernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 51: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Mir wurde keine Videosprechstunde angeboten.*	3.129	/	/	1 - 2	/
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	3.908	1,54	1	1 - 4	0,865
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	4.052	1,45	1	1 - 4	0,900
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	4.064	1,57	1	1 - 4	0,923
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	3.589	2,33	2	1 - 4	0,993
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	3.861	1,93	2	1 - 4	0,971
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.**	489	2,05	2	1 - 4	1,173
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	3.279	1,68	1	1 - 4	0,906

*Da die Hürde „Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten“ (fehlendes Angebot) im Vergleich zu allen anderen abgefragten Hürden nicht ordinal (Likert-Skala), sondern nominal skaliert (dichotom, Ja/Nein) ist, erfolgt für diese Variable keine Berechnung bestimmter Lage- und Streuungsparameter sowie keine Analyse zu Unterschieden in den zentralen Tendenzen dieser Hürde in Subgruppen in 2.4.2. Aufgrund des abweichenden Skalenniveaus werden außerdem in 2.4.3 Chi²-Tests mit dem symmetrischen Maß Cramérs-V genutzt.

**Nur für Personen ausgewertet, die angeben haben, eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =trifft gar nicht zu; 2 =trifft eher nicht zu; 3=trifft zu; 4=trifft voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 52: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen? (Häufigkeit)

	trifft gar nicht zu		trifft eher nicht zu		trifft zu		trifft voll zu	
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Mir wurde keine Videosprechstunde angeboten.	366	11,7%	/	/	/	/	2.763	88,3%
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	2.564	65,6%	806	20,6%	319	8,2%	219	5,6%
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	3.081	76,0%	427	10,5%	247	6,1%	297	7,3%
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	2.724	67,0%	642	15,8%	431	10,6%	267	6,6%
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	871	24,3%	1.145	31,9%	1074	29,9%	499	13,9%
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1.602	41,5%	1.311	34,0%	578	15,0%	370	9,6%
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	234	47,9%	89	18,2%	75	15,3%	91	18,6%
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	1.842	56,2%	868	26,5%	360	11,0%	209	6,4%

*Nur für Personen ausgewertet, die angeben haben, eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =trifft gar nicht zu; 2=trifft eher nicht zu; 3=trifft zu; 4=trifft voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

3.1.2.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 53: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut	140,651; <0,001	30 -59 J. - 18 -29 J.	n.s.
		30 – 59 J. – 60+ J.	<0,001
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	386,428; <0,001	18 – 29 J. – 30 -59 J.	0,012
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001
		30 – 59 J. – 60+ J.	<0,001
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	551,705; <0,001	18 – 29 J. – 30 -59 J.	<0,001
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001
		30 – 59 J. – 60+ J.	<0,001
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	57,018; <0,001	30 -59 J. - 18 – 29 J.	n.s.
		30 – 59 J. – 60+ J.	<0,001
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	83,620; <0,001	18 – 29 J. – 30 -59 J.	0,013
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001
		30 – 59 J. – 60+ J.	<0,001
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	9,275; 0,010	18 – 29 J. – 30 -59 J.	0,008
		18 – 29 J. - 60+ J.	n.s.
		30 – 59 J. – 60+ J.	n.s.
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	114,377; <0,001	30 -59 J. - 18 – 29 J.	n.s.
		30 – 59 J. - 60+ J.	<0,001
		18 – 29 J. - 60+ J.	<0,001

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Anzahl Gruppen: 3 Altersgruppen

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 54: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter I

<i>nominal skalierte Variable</i>	n	Chi²-Test	p-Wert	Cramérs-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*	2.986	16,013	<0,001	0,073

*Nominal skaliert, daher Chi²-Test und Cramérs-V.

Skalenniveau „Altersgruppe“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

Tabelle 55: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter II

<i>ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)</i>		18 - 29 Jahre	30 - 59 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	Mittelwert	1,46	1,39	1,79	<0,001	0,122
	Median	1	1	1		
	StdAbw.	0,767	0,738	1,023		
Mir fehlt die technische Ausstattung (z.B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,15	1,25	1,84	<0,001	0,206
	Median	1	1	1		
	StdAbw.	0,531	0,660	1,147		
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	Mittelwert	1,13	1,36	2,03	<0,001	0,282
	Median	1	1	2		
	StdAbw.	0,438	0,731	1,103		
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	Mittelwert	2,27	2,23	2,52	<0,001	0,093
	Median	2	2	3		
	StdAbw.	0,923	0,975	1,024		
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	1,73	1,84	2,13	<0,001	0,128
	Median	1	2	2		
	StdAbw.	0,905	0,909	1,040		
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	Mittelwert	1,64	2,11	2,14	<0,015	0,086
	Median	1	2	2		
	StdAbw.	0,99	1,18	1,19		

Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,54	1,54	1,93	<0,001	0,136
	Median	1	1	2		
	StdAbw.	0,807	0,806	1,020		

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.*

3.1.2.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 56: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut	1.611.022	0,011
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	1.760.632	0,099
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	1.853.893,5	0,128
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	1.447.695	0,130
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1.643.647,5	0,916
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	28.612,5	0,820
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	1.194.911	0,524

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).*

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 57: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*				0,488	n.s.	
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	Mittelwert	1,51	1,56	8,608	0,035	0,048
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,86	0,871			
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,47	1,42	4,658	n.s.	
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,923	0,866			
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	Mittelwert	1,54	1,57	4,558	n.s.	
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,92	0,92			
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	Mittelwert	2,3	2,35	3,118	n.s.	
	Median	2	2			
	StdAbw.	0,999	0,987			
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	1,92	1,92	1,177	n.s.	
	Median	2	2			
	StdAbw.	0,975	0,958			
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.**	Mittelwert	2,06	2,01	2,944	n.s.	
	Median	2	1,5			
	StdAbw.	1,147	1,179			
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,66	1,67	5,810	n.s.	
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,908	0,887			

*Nominal skaliert; Rest ordinal (Likert-Skala).

** Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „Geschlecht“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)Korrelation.

3.1.2.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 58: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut	82,709; <0,001	Großstadt - Mittelstadt	n.s.
		Großstadt - Kleinstadt	<0,001
		Großstadt – Landg.	<0,001
		Mittelstadt- Kleinstadt	<0,001
		Mittelstadt – Landg.	<0,001
		Kleinstadt – Landg.	n.s.
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	32,574; <0,001	Großstadt - Mittelstadt	n.s.
		Großstadt - Kleinstadt	0,001
		Großstadt – Landg.	<0,001
		Mittelstadt- Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Landg.	0,024
		Kleinstadt – Landg.	n.s.
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	44,972; <0,001	Großstadt - Mittelstadt	n.s.
		Großstadt - Kleinstadt	<0,001
		Großstadt – Landg.	<0,001
		Mittelstadt- Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Landg.	0,013
		Kleinstadt – Landg.	n.s.
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	4,713; 0,194	/	
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1,538; 0,673	/	
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	0,974; 0,807	/	
	10,014; 0,018	Großstadt - Mittelstadt	n.s.

Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Großstadt - Kleinstadt	n.s
	Großstadt – Landg.	0,028
	Mittelstadt- Kleinstadt	n.s
	Mittelstadt – Landg.	n.s
	Kleinstadt – Landg.	n.s

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).*

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 59: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp I

<i>nominal skalierte Variable</i>	n	Chi²-Test	p-Wert	Cramérs-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*	2.959	0,162	n.s.	

**Nominal skaliert, daher Chi²-Test und Cramérs-V.*

Skalenniveau „Regionstyp“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

Tabelle 60: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp II

<i>ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)</i>		Landgemeinde	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	Mittelwert	1,76	1,66	1,45	1,42	<0,001	-0,100
	Median	1	1	1	1		
	StdAbw.	1,012	0,945	0,787	0,759		
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,58	1,51	1,41	1,36	<0,001	-0,058
	Median	1	1	0,849	0,811		
	StdAbw.	1,029	0,946				
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	Mittelwert	1,71	1,64	1,54	1,46	<0,001	-0,077
	Median	1	1	1	1		
	StdAbw.		0,969	0,885	0,849		

Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	Mittelwert	2,39	2,36	2,29	2,31	n.s.	
	Median	2	2	2	2		
	StdAbw.	1,021	0,988	1,005	0,977		
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	1,97	1,92	1,92	1,9	n.s.	
	Median	2	2	2	2		
	StdAbw.	1,005	0,968	0,968	0,944		
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	Mittelwert	2,18	1,83	2,09	2,01	n.s.	
	Median	2	2	1	2		
	StdAbw.	1,178	1,018	1,197	1,166		
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,74	1,71	1,66	1,61	0,002	-0,043
	Median	1	1	1	1		
	StdAbw.	0,941	0,924	0,906	0,865		

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

3.1.2.4 Analyse der Subgruppe Berufstätigkeit

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 61: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Berufstätigkeit

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	157,105; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	341,954; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	458,030; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	0,012
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen	48,562; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001

Versorgung darunter leidet.		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	50,847; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	20,979; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s.
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	142,230; <0,001	Vollzeit - Teilzeit	n.s
		Vollzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001
		Teilzeit – Nicht-Berufstätig	<0,001

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).

Anzahl Gruppen: 3 (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, nicht berufstätig)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 62: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

		Vollzeit- beschäftigt	Teilzeitbe- schäftigt	Nicht Be- schäftigt	Chi ² - Test	p-Wert	Cra- més-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*					17,374	<0,001	0,077
Meine Internetver- bindung ist nicht gut	Mittelwert	1,38	1,44	1,8	184,69 5	<0,001	0,159
	Median	1	1	1			
	StdAbw.	0,731	0,746	1,027			
Mir fehlt die techni- sche Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,24	1,24	1,82	369,65 9	<0,001	0,221
	Median	1	1	1			
	StdAbw.	0,65	0,634	1,138			
Mir fehlt die Erfah- rung in der Bedie- nung technischer Geräte.	Mittelwert	1,29	1,38	2	486,27 4	<0,001	0,253
	Median	1	1	2			
	StdAbw.	0,671	0,744	1,1			
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versor- gung darunter lei- det.	Mittelwert	2,24	2,24	2,5	65,547	<0,001	0,099
	Median	2	2	3			
	StdAbw.	0,963	0,957	1,033			

Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	1,81	1,88	2,1	67,855	<0,001	0,097
	Median	2	2	2			
	StdAbw.	0,903	0,932	2,043			
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.**	Mittelwert	1,88	1,76	2,37	27,280	<0,001	0,168
	Median	1	1	2			
	StdAbw.	1,107	1,023	1,227			
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,5	1,57	1,96	164,015	<0,001	0,164
	Median	1	1	2			
	StdAbw.	0,787	0,8	1,031			

*Nominal skaliert; Rest ordinal (Likert-Skala).

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „Berufstätigkeit“: nominal → → Chi2-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.2.5 Analyse der Subgruppe Vorliegen einer chronischen Erkrankung

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 63: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Vorliegen einer chronischen Erkrankung

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	1.381.428,5	<0,001
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	1.414.392,0	<0,001
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	1.360.806,5	<0,001
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	1.199.399,5	<0,001
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1.376.767,0	<0,001
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.*	21.005,00	0,049
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	980.421,000	<0,001

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).

Anzahl Gruppen: 2 (chronische Erkrankung vorhanden/nicht vorhanden)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 64: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Vorliegen einer chronischen Erkrankung

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*				0,272	n.s.	
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	Mittelwert	1,65	1,45	47,161	<0,001	0,114
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,938	0,794			
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,62	1,3	117,426	<0,001	0,178
	Median	1	1			
	StdAbw.	1,032	0,746			
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	Mittelwert	1,77	1,4	151,086	<0,001	0,201
	Median	1	1			
	StdAbw.	1,041	0,775			
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	Mittelwert	2,42	2,27	25,829	<0,001	0,088
	Median	2	2			
	StdAbw.	1,022	0,968			
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	2,02	1,85	28,974	<0,001	0,090
	Median	2	2			
	StdAbw.	1,010	0,927			
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.**	Mittelwert	2,2	1,97	5,116	n.s.	
	Median	2	1,5			
	StdAbw.	1,221	1,139			
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,77	1,59	30,209	<0,001	0,1
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,958	0,85			

*Nominal skaliert; Rest ordinal (Likert-Skala).

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „chronische Erkrankung“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 65: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundennutzung

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Mir wurde bisher keine Videosprechstunde angeboten.*				111,733	<0,001	0,189
Meine Internetverbindung ist nicht gut.	Mittelwert	1,39	1,54	11,303	0,010	0,054
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,774	0,868			
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Smartphone, Laptop mit Kamera).	Mittelwert	1,18	1,46	16,766	<0,001	0,064
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,605	0,907			
Mir fehlt die Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte.	Mittelwert	1,18	1,58	30,238	<0,001	0,086
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,513	0,931			
Ich befürchte, dass die Qualität der ärztlichen Versorgung darunter leidet.	Mittelwert	2,02	2,35	17,012	<0,001	0,069
	Median	2	2			
	StdAbw.	0,985	0,992			
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	1,56	1,94	20,086	<0,001	0,072
	Median	1	2			
	StdAbw.	0,743	0,976			
Es fällt mir schwer, in der deutschen Sprache per Video mit einem:einer Ärzt:in zu sprechen.**	Mittelwert	2,19	2,04	1,051	n.s	
	Median	2	2			
	StdAbw.	1,261	1,167			
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	1,38	1,69	15,132	0,002	0,068
	Median	1	1			
	StdAbw.	0,647	0,914			

*Nominal skaliert; Rest ordinal (Likert-Skala).

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „Videosprechstundenvorerfahrung“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.3 Fördernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 66: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	3.701	2,8	3	1 - 4	0,915
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	3.915	3,07	3	1 - 4	0,825
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms (bzw. Software)	3.978	3,44	4	1 - 4	0,764
Videoprogramm mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Anzeigen von Laborergebnissen)	3.898	3,06	3	1 - 4	0,892
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen („kein Ruckeln“)	3.911	3,47	4	1 - 4	0,752
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	3.574	3,22	3	1 - 4	0,888
Aufklärung über den Datenschutz	3.822	3,12	3	1 - 4	0,841
Falls Deutsch nicht die Muttersprache ist: Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache (z.B. Untertitel)*	499	3,17	3	1 - 4	0,923

*Nur für Personen ausgewertet, die angeben haben, eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =stimme nicht zu; 2 =stimme eher nicht zu; 3=stimme zu; 4=stimme voll zu; 5=weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 67: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden? (Häufigkeit)

	stimme nicht zu		Stimme eher nicht zu		Stimme zu		Stimme voll zu	
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Informationsangebote (z. B. Telefon-hotline bei Technikfragen, Broschüre)	465	12,6%	611	16,5%	1.841	49,7%	784	21,2%
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	277	7,1%	380	9,7%	2.062	52,7%	1.196	30,5%
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms (bzw. Software)	184	4,6%	120	3,0%	1.434	36,0%	2.240	56,3%
Videoprogramm mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Anzeigen von Laborergebnissen)	293	7,5%	562	14,4%	1.662	42,6%	1.381	35,4%
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen („kein Ruckeln“)	166	4,2%	121	3,1%	1.323	33,8%	2.301	58,8%
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	264	7,4%	312	8,7%	1.384	38,7%	1.614	45,2%
Aufklärung über den Datenschutz	264	6,9%	364	9,5%	1.861	48,7%	1.333	34,9%
Falls Deutsch nicht die Muttersprache ist: Unterstützung im Gespräch mit	41	8,2%	54	10,8%	183	36,7%	221	44,3%

meinem:meiner Ärzt:in in meiner Mut- tersprache (z.B. Un- tertitel)								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =stimme nicht zu; 2 =stimme eher nicht zu; 3=stimme zu; 4=stimme voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

3.1.3.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 68: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	3,544; 0,170	/	
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	7,015; 0,030	18 – 29 J. – 30 -59 J.	n.s.
		60+ J. - 18 – 29 J.	0,025
		60+ J.- 30 – 59 J.	n.s.
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	86,978; <0,001	18 – 29 J. – 30 -59 J.	n. s
		60+ J. - 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J.- 30 – 59 J.	<0,001
Videoprogramm mit vielen Funktionen	93,961; <0,001	30 -59 J.- 18 – 29 J.	0,022
		60+ J. - 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J.- 30 – 59 J.	<0,001
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	126,830; <0,001	30 -59 J.- 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J. - 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J.- 30 – 59 J.	<0,001
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	108,506; <0,001	30 -59 J.- 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J. - 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J.- 30 – 59 J.	<0,001

Aufklärung über den Datenschutz	1,068; 0,586	/	
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	22,601; <0,001	30 -59 J.- 18 – 29 J.	0,022
		60+ J. - 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J.- 30 – 59 J.	0,002

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument); Anzahl Gruppen: 3 Altersgruppen*

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 69: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter

<i>ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)</i>		18 - 29 Jahre	30 - 59 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,76	2,8	2,82	n.s	
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	0,906	0,904	0,36		
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	Mittelwert	3,16	3,08	3,04	0,019	-0,031
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	0,798	0,812	0,845		
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	Mittelwert	3,52	3,53	3,28	<0,001	-0,104
	Median	4	4	4		
	StdAbw.	0,687	0,707	0,843		
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	3,26	3,14	2,86	<0,001	-0,131
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	0,777	0,852	0,959		
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	Mittelwert	3,66	3,55	3,27	<0,001	-0,143
	Median	4	4	3		
	StdAbw.	0,624	0,666	0,878		
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Mittelwert	3,45	3,29	2,99	<0,001	-0,147
	Median	4	3	3		
	StdAbw.	0,763	0,825	0,988		
Aufklärung über den Datenschutz	Mittelwert	3,14	3,13	3,08	n.s	
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	0,838	0,814	0,886		
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	Mittelwert	3,46	3,18	2,78	<0,001	-0,170
	Median	4	3	3		
	StdAbw.	0,748	0,924	1,002		

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.*

Skalenniveau „Altersgruppe“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.1.3.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 70: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	1.491.272,5	0,006
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	1.707.979,0	0,137
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	1.682.565,0	<0,001
Videoprogramm mit vielen Funktionen	1.719.783,0	0,492
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	1.668.539,0	0,006
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	1.296.225,5	<0,001
Aufklärung über den Datenschutz	1.560.835,0	<0,001
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	26.701,5	0,019

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.*

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 71: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,75	2,84	8,329	0,040	0,048
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,926	0,902			
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	Mittelwert	3,05	3,09	2,292	n.s.	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,824	0,819			
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	Mittelwert	3,4	3,49	18,546	<0,001	0,070
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,774	0,744			
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	3,05	3,08	2,201	n.s.	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,903	0,878			
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	Mittelwert	3,44	3,52	10,948	0,012	0,054
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,787	0,711			
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Mittelwert	3,13	3,29	33,701	<0,001	0,099
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,906	0,865			
Aufklärung über den Datenschutz	Mittelwert	3,06	3,17	17,553	<0,001	0,069
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,876	0,809			
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in	Mittelwert	3,05	3,26	51,232	<0,001	0,111
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,977	0,876			

meiner Muttersprache *						
------------------------	--	--	--	--	--	--

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „Geschlecht“: nominal (dichotom) → Chi2-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.3.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 72: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	0,210; 0,976	/	
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	3,861; 0,277	/	
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	6,212; 0,102	/	
Videoprogramm mit vielen Funktionen	4,033; 0,258	/	
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	5,996; 0,112	/	
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	5,270; 0,153	/	
Aufklärung über den Datenschutz	5,012; 0,171	/	
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	3,808; 0,283	/	

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 73: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp

		Landgemeinde	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,78	2,8	2,82	2,8	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	0,933	0,903	0,873	0,932		
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprech- stunde achten muss	Mittelwert	3,04	3,04	3,12	3,08	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	0,818	0,838	0,781	0,838		
einfache/intuitive Bedie- nung des Videopro- gramms	Mittelwert	3,42	3,39	3,49	3,47	n.s	
	Median	4	4	4	4		
	StdAbw.	0,802	0,791	0,696	0,755		
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	3,02	3,06	3,12	3,07	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	0,899	0,897	0,867	0,895		
	Mittelwert	3,42	3,46	3,52	3,49	n.s	
	Median	4	4	4	4		

Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	StdAbw.	0,805	0,788	0,716	0,715		
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Mittelwert	3,22	3,2	3,18	3,25	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	0,851	0,892	0,904	0,883		
Aufklärung über den Datenschutz	Mittelwert	3,08	3,07	3,12	3,15	0,041	0,026
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	0,872	0,852	0,824	0,834		
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache *	Mittelwert	3,04	3,30	3,28	3,15	n.s	
	Median	3	4	3	3		
	StdAbw.	0,898	0,89	0,816	0,948		

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.*

Skalenniveau „Regionstyp“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.1.3.4 Analyse der Subgruppe Berufstätigkeit

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 74: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Berufstätigkeit

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	4,970; 0,083	/	
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	5,358; 0,069	/	
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	108,594; <0,001	Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Vollzeit - Teilzeit	n.s.
Videoprogramm mit vielen Funktionen	82,569; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	0,010
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	137,765; <0,001	Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Vollzeit - Teilzeit	n.s.
Bedienung des Videoprogramms auch für Personen mit Seh-, Hör- o. Bewegungseinschränkung gut möglich	80,653; <0,001	Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Vollzeit - Teilzeit	n.s.
Aufklärung über den Datenschutz	15,190; <0,001	Nicht-Berufstätig - Vollzeit	n.s.
		Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Vollzeit - Teilzeit	<0,001
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	5,382; 0,068	/	

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument)

Anzahl Gruppen: 3 (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, nicht berufstätig).

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 75: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Berufstätigkeit

		Vollzeitbeschäftigt	Teilzeitbeschäftigt	Nicht Beschäftigt	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,78	2,86	2,79	32,779	<0,001	0,068
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,906	0,778	0,94			
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	Mittelwert	3,08	3,14	3,03	24,612	<0,001	0,057
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,813	0,778	0,858			
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	Mittelwert	3,53	3,57	3,26	122,065	<0,001	0,127
	Median	4	4	3			
	StdAbw.	0,688	0,651	0,87			
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	3,19	3,10	2,88	106,685	<0,001	0,12
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,84	0,830	0,957			
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	Mittelwert	3,58	3,62	3,25	181,007	<0,001	0,156
	Median	4	4	3			
	StdAbw.	0,661	0,559	0,9			
	Mittelwert	3,3	3,37	3,01	100,166	<0,001	0,121

Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Median	3	4	3			
	StdAbw.	0,826	0,782	0,983			
Aufklärung über den Datenschutz	Mittelwert	3,12	3,23	3,05	42,58	<0,001	0,076
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,826	0,781	0,895			
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	Mittelwert	3,07	3,35	3,21	11,023	n.s.	
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,957	0,719	0,948			

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben
Skalenniveau „Berufstätigkeit“: nominal → Chi2-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.*

3.1.3.5 Analyse der Subgruppe Vorliegen einer chronischen Erkrankung

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 76: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Vorhandensein einer chronischen Erkrankung

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	1.463.344,5	0,867
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	1.614.710	0,442
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	1.633.093	0,048
Videoprogramm mit vielen Funktionen	1.498.225,5	<0,001
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	1.553.017	0,007
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	1.318.274	0,129
Aufklärung über den Datenschutz	1.554.937	0,852
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	24702	0,815

**Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).*

Anzahl Gruppen: 2 (chronische Erkrankung vorhanden/nicht vorhanden)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 77: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer chronischen Erkrankung

		Ja	Nein	Chi-Test	p-Wert	Cramér's-V
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,79	2,81	11,855	0,008	0,58
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,953	0,887			
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprech- stunde achten muss	Mittelwert	3,05	3,09	6,689	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,854	0,798			
einfache/intuitive Bedie- nung des Videopro- gramms	Mittelwert	3,41	3,48	13,031	0,005	0,059
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,806	0,719			
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	2,98	3,13	39,493	<0,001	0,104
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,948	0,843			
Videoprogramm funktio- niert ohne Unterbrechun- gen	Mittelwert	3,43	3,52	19,496	<0,001	0,073
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,809	0,694			
Bedienung des Videopro- gramms ist auch für Perso- nen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Mittelwert	3,18	3,26	17,542	<0,001	0,072
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,938	0,837			
Aufklärung über den Da- tenschutz	Mittelwert	3,11	3,13	5,368	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,867	0,822			

Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	Mittelwert	3,17	3,2	0,277	n.s
	Median	3	3		
	StdAbw.	0,923	0,903		

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).

Skalenniveau „chronische Erkrankung“: nominal (dichotom) → Chi2-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

Analyse der Subgruppe Videosprechstundenvorerfahrung

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 78: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenvorerfahrung

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	449.865	0,755
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	480.835,5	0,181
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	449.492,0	<0,001
Videoprogramm mit vielen Funktionen	453.222,0	0,011
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	427.276,5	<0,001
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	367.584,5	<0,001
Aufklärung über den Datenschutz	453.389,0	0,687
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	10.153,0	0,032

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben (im gesamten Dokument).

Anzahl Gruppen: 2 (Videosprechstundenvorerfahrung ja/nein)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 79: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenvorerfahrung

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Informationsangebote (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüre)	Mittelwert	2,79	2,8	2,544	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,906	0,915			
Informationen durch meine:n Ärzt:in, worauf ich in der Videosprechstunde achten muss	Mittelwert	3,13	3,06	3,823	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,809	0,825			
einfache/intuitive Bedienung des Videoprogramms	Mittelwert	3,61	3,43	19,162	<0,001	0,070
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,650	0,768			
Videoprogramm mit vielen Funktionen	Mittelwert	3,2	3,05	8,672	0,034	0,047
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,839	0,892			
Videoprogramm funktioniert ohne Unterbrechungen	Mittelwert	3,67	3,46	23,146	<0,001	0,077
	Median	4	4			
	StdAbw.	0,577	0,758			
Bedienung des Videoprogramms ist auch für Personen mit Seh-, Hör- oder Bewegungseinschränkung gut möglich	Mittelwert	3,43	3,21	16,439	<0,001	0,068
	Median	4	3			
	StdAbw.	0,748	0,893			
Aufklärung über den Datenschutz	Mittelwert	3,15	3,12	3,812	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,803	0,841			
Unterstützung im Gespräch mit meinem:meiner Ärzt:in in meiner Muttersprache*	Mittelwert	3,44	3,14	5,469	n.s	
	Median	4	3			
	StdAbw.	0,739	0,940			

*Nur für Personen, die angeben haben eine andere Sprache als Deutsch als Muttersprache zu haben und nicht Deutsch als Muttersprache angegeben haben.

Skalenniveau „Videosprechstundenvorerfahrung“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.4 Geeignete Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 80: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Diagnose von Erkrankungen	4.146	2,64	3	1 - 5	1,066
Planung/Einleitung einer Therapie	4.141	3,56	4	1 - 5	1,123
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	4.227	4,28	5	1 - 5	1,018
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	4.068	4,1	4	1 - 5	1,122
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	4.232	4,04	4	1 - 5	1,159
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	4.188	2,84	3	1 - 5	1,213
Psychotherapeutische Einzelgespräche	3.926	3,01	3	1 - 5	1,343
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	3.657	2,42	2	1 - 5	1,207

Ausprägungen der Likert-Skala: 1= absolut ungeeignet; 2= nicht gut geeignet; 3= teils, teils; 4= gut geeignet; 5= sehr gut geeignet; 6= weiß nicht (hier als fehlender Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 81: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (absolute Häufigkeit)

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet
	abs. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	abs. Häufigkeit
Diagnose von Erkrankungen	807	794	1.813	563	169
Planung/Einleitung einer Therapie	308	346	1.047	1.608	832
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	186	107	327	1.332	2.275

Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	227	159	533	1.197	1.952
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	259	225	533	1.287	1.928
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	696	947	1.326	778	441
Psychotherapeutische Einzelgespräche	721	719	944	896	646
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	1.003	1.079	868	452	255

Ausprägungen der Likert-Skala: 1= absolut ungeeignet; 2= nicht gut geeignet; 3= teils, teils; 4= gut geeignet; 5= sehr gut geeignet; 6= weiß nicht (hier als fehlender Wert kodiert)

Tabelle 82: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (relative Häufigkeit)

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet
	rel. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Diagnose von Erkrankungen	19,5%	19,2%	43,7%	13,6%	4,1%
Planung/Einleitung einer Therapie	7,4%	8,4%	25,3%	38,8%	20,1%
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	4,4%	2,5%	7,7%	31,5%	53,8%
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	5,6%	3,9%	13,1%	29,4%	48,0%
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	6,1%	5,3%	12,6%	30,4%	45,6%
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	16,6%	22,6%	31,7%	18,6%	10,5%
Psychotherapeutische Einzelgespräche	18,4%	18,3%	24,0%	22,8%	16,5%
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	27,4%	29,5%	23,7%	12,4%	7,0%

3.1.4.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 83: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Altersgruppen

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	41,219; <0,001	60+ J. – 18 – 29 J.	n.s
		60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		18 - 29 J. – 30 -59 J.	0,039
Planung/Einleitung einer Therapie	133,356; <0,001	60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		30 -59 J. - 18 - 29 J.	n.s
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen /Überweisungen	90,173; <0,001	60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		18 - 29 J. – 30 -59 J.	n.s
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	194,838; <0,001	60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		30 -59 J. - 18 - 29 J.	n.s
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	189,019; <0,001	60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		30 -59 J. - 18 - 29 J.	n.s
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	11,746; <0,001	18 - 29 J. – 30 -59 J.	0,005
		18 - 29 J. –60+ J.	0,003
		30 -59 J. – 60+ J.	n.s
Psychotherapeutische Einzelgespräche	130,535; <0,001	60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		30 -59 J. - 18 - 29 J.	n.s
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	110,226; <0,001	60+ J. – 30 – 59 J.	<0,001
		60+ J. – 18 – 29 J.	<0,001
		30 -59 J. - 18 - 29 J.	n.s

Anzahl Gruppen: 3 Altersgruppen

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 84: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter

		18 - 29 Jahre	30 - 59 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,62	2,74	2,49	<0,001	-0,058
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	1,044	1,051	1,087		
Planung/Einleitung einer Therapie	Mittelwert	3,76	3,71	3,28	<0,001	-0,149
	Median	3	4	3		
	StdAbw.	1,054	1,075	1,154		
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	Mittelwert	4,37	4,39	4,1	<0,001	-0,108
	Median	5	5	4		
	StdAbw.	0,945	0,939	1,106		
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	Mittelwert	4,36	4,27	3,74	<0,001	-0,177
	Median	5	5	4		
	StdAbw.	0,93	0,989	1,281		
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	4,27	4,21	3,72	<0,001	-0,171
	Median	5	5	4		
	StdAbw.	1,021	1,070	1,257		
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Mittelwert	2,69	2,87	2,88	0,01	0,037
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	1,217	1,19	1,247		
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,24	3,18	2,66	<0,001	-0,153
	Median	3	3	3		
	StdAbw.	1,305	1,329	1,317		

Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,64	2,55	2,13	<0,001	-0,149
	Median	3	2	2		
	StdAbw.	1,216	1,23	1,115		

Skalenniveau „Altersgruppe“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.1.4.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 85: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Geschlecht

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	1.694.307	<0,001
Planung/Einleitung einer Therapie	1.891.997,00	0,482
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	1.929.175,0	0,049
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	1.798.417,0	0,122
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	1.974.803,5	0,421
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	1.804.679,5	<0,001
Psychotherapeutische Einzelgespräche	1.583.951,0	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	1.402.674,0	0,002

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 86: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,76	2,54	62,96	<0,001	0,126
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,088	1,040			
Planung/Einleitung einer Therapie	Mittelwert	3,56	3,59	2,207	n.s	
	Median	4	4			
	StdAbw.	1,131	1,107			
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	Mittelwert	4,25	4,32	6,208	n.s	
	Median	5	5			
	StdAbw.	1,047	0,973			
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	Mittelwert	4,07	4,15	15,465	0,004	0,063
	Median	4	4			
	StdAbw.	1,167	1,065			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	4,07	4,03	3,338	n.s.	
	Median	4	4			
	StdAbw.	1,139	1,167			
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Mittelwert	2,95	2,77	29,261	<0,001	0,081
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,228	1,196			
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	2,91	3,1	24,378	<0,001	0,081
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,339	1,345			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,36	2,48	10,847	0,028	0,056
	Median	2	2			
	StdAbw.	1,205	1,212			

Skalenniveau „Geschlecht“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.4.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 87: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Regionstyp

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	3,931; 0,269	/	
Planung/Einleitung einer Therapie	2,602; 0,457	/	
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/ Überweisungen	11,240; 0,010	Landg - Kleinstadt	n.s
		Landg.- Mittelstadt	0 n.s
		Landg.- Großstadt	0,044
		Kleinstadt- Mittelstadt	n.s
		Kleinstadt Großstadt	n.s
		Mittelstadt- Großstadt	n.s
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbe- scheinigungen	36,729; <0,001	Kleinstadt – Landg.	n.s
		Landg. - Mittelstadt	n.s
		Kleinstadt - Großstadt	0,001
		Landg. - Mittelstadt	n.s
		Landg. - Großstadt	0,000
		Mittelstadt - Großstadt	0,001

Besprechung von Untersuchungsergebnissen	11,415; 0,010	Landg - Kleinstadt	n.s
		Landg.- Mittelstadt	n.s
		Landg.- Großstadt	0,016
		Kleinstadt- Mittelstadt	n.s
		Kleinstadt Großstadt	n.s
		Mittelstadt- Großstadt	n.s
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	4,173; 0,243	/	
Psychotherapeutische Einzelgespräche	2,971; 0,396	/	
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	0,410; 0,938	/	

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 88: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von den Regionstypen

		Landge- meinde	Kleinstadt	Mittelstadt	Großstadt	p-Wert	Korrelations- koeffizient (Kendall's-Tau- c)
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,58	2,61	2,65	2,67	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	1,113	1,056	1,088	1,044		
Planung/Einleitung einer Therapie	Mittelwert	3,5	3,57	3,6	3,59	n.s	
	Median	4	4	4	4		
	StdAbw.	1,168	1,081	1,092	1,127		
Ausstellen von Rezepten/Verord- nungen/Überweisungen	Mittelwert	4,18	4,24	4,33	4,35	0,002	0,038
	Median	5	5	5	5		
	StdAbw.	1,149	1,016	0,959	0,953		
Ausstellen von Arbeitsunfähig- keitsbescheinigungen	Mittelwert	3,99	4,01	4,08	4,22	<0,001	0,072
	Median	4	4	4	5		
	StdAbw.	1,212	1,117	1,095	1,068		
Besprechung von Untersuchungs- ergebnissen	Mittelwert	3,95	4,02	4,04	4,11	0,001	0,041
	Median	4	4	4	4		

	StdAbw.	1,222	1,151	1,123	1,140		
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Mittelwert	2,78	2,84	2,91	2,84	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	1,251	1,249	1,191	1,191		
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	2,95	3,01	3,02	3,06	n.s	
	Median	3	3	3	3		
	StdAbw.	1,382	1,319	1,332	1,342		
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,44	2,4	2,42	2,44	n.s	
	Median	2	2	2	2		
	StdAbw.	1,26	1,191	1,186	1,206		

Skalenniveau „Regionstyp“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.1.4.4 Analyse der Subgruppe Berufstätigkeit

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 89: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Berufstätigkeit

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	66,972; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	0,003
Planung/Einleitung einer Therapie	129,969; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	n.s
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	133,847; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	n.s
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	163,880; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	n.s
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	176,423; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	0,003
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	0,501; 0,778	/	
Psychotherapeutische Einzelgespräche	78,591; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	n.s
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	50,821; <0,001	Nicht-Berufstätig - Teilzeit	<0,001
		Nicht-Berufstätig - Vollzeit	<0,001
		Teilzeit - Vollzeit	n.s

Anzahl Gruppen: 3 (vollzeitbeschäftigt, teilzeitbeschäftigt, nicht berufstätig)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 90: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von Berufstätigkeit

		Vollzeitbe- schäftigt	Teilzeitbe- schäftigt	Nicht Be- schäftigt	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,78	2,64	2,46	100,436	<0,001	0,113
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	1,054	0,993	1,099			
Planung/Einleitung einer Therapie	Mittelwert	3,75	3,67	3,28	144,643	<0,001	0,136
	Median	4	4	3			
	StdAbw.	1,046	1,064	1,178			
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	Mittelwert	4,43	4,41	4,04	152,705	<0,001	0,139
	Median	5	5	4			
	StdAbw.	0,915	0,857	1,144			
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	Mittelwert	4,29	4,28	3,76	211,254	<0,001	0,166
	Median	5	5	4			
	StdAbw.	0,987	0,93	1,292			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	4,26	4,13	3,73	202,611	<0,001	0,159
	Median	5	4	4			
	StdAbw.	1,029	1,080	1,268			
	Mittelwert	2,86	2,84	2,83	34,510	<0,001	0,066

Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Median	3	3	3			
	StdAbw.	1,210	1,144	1,256			
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,16	3,17	2,74	100,892	<0,001	0,117
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	1,317	1,294	1,367			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,52	2,53	2,24	63,488	<0,001	0,096
	Median	2	2	2			
	StdAbw.	1,207	1,181	1,205			

Skalenniveau „Berufstätigkeit“: nominal → → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.4.5 Analyse der Subgruppe Vorliegen einer chronischen Erkrankung

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 91: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung bei Vorhandensein einer chronischen Erkrankung

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	1.676.327,5	<0,001
Planung/Einleitung einer Therapie	16.353.367	<0,001
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	1.795.545,5	0,024
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	1.598.392	<0,001
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	1.742.604	<0,001
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	187.684	0,309
Psychotherapeutische Einzelgespräche	1.536.446	0,005
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	1.300.282,5	<0,001

Anzahl Gruppen: 2 (chronische Erkrankung vorhanden/nicht vorhanden)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 92: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von dem Vorhandensein einer chronischen Erkrankung

		Ja	Nein	Chi-Test	p-Wert	Cramérs-V
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,57	2,7	25,096	<0,001	0,081
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,107	1,039			
Planung/Einleitung einer Therapie	Mittelwert	3,47	3,65	27,763	<0,001	0,085
	Median	4	4			
	StdAbw.	1,172	1,076			
	Mittelwert	4,24	4,33	12,443	0,014	0,056

Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	Median	5	5			
	StdAbw.	1,064	0,96			
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	Mittelwert	4,02	4,18	21,133	<0,001	0,075
	Median	4	5			
	StdAbw.	1,175	1,067			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	3,94	4,13	26,436	<0,001	0,082
	Median	4	4			
	StdAbw.	1,228	1,095			
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Mittelwert	2,87	2,83	6,819	n.s	
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,235	1,197			
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	2,95	3,07	11,1	0,025	0,055
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,367	1,331			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,35	2,49	15,789	0,003	0,068
	Median	2	2			
	StdAbw.	1,217	1,206			

Skalenniveau „chronische Erkrankung“: nominal (dichotom) → χ^2 -Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.1.4.6 Analyse der Subgruppe Videosprechstundenvorerfahrung

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 93: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenvorerfahrung

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Diagnose von Erkrankungen	493.115,5	0,005
Planung/Einleitung einer Therapie	474.413,5	<0,001
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	475.013,5	<0,001
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	449.894,0	<0,001
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	458.084,0	<0,001
Kontrolltermine (z. B. Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	540.665,5	0,656
Psychotherapeutische Einzelgespräche	372.309,5	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	364.653,5	<0,001

Anzahl Gruppen: 2 (Videosprechstundenvorerfahrung ja/nein)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 94: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Videosprechstundenvorerfahrung

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Diagnose von Erkrankungen	Mittelwert	2,82	2,63	13,541	0,009	0,057
	Median	3	3			
	StdAbw.	0,988	1,07			
	Mittelwert	3,81	3,54	15,937	0,003	0,062
	Median	4	4			

Planung/Einleitung einer Therapie	StdAbw.	1,012	1,127			
Ausstellen von Rezepten/Verordnungen/Überweisungen	Mittelwert	4,48	4,27	27,355	<0,001	0,081
	Median	5	5			
	StdAbw.	0,944	1,016			
Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	Mittelwert	4,37	4,09	23,951	<0,001	0,077
	Median	5	4			
	StdAbw.	0,943	1,127			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	4,39	4,02	30,573	<0,001	0,085
	Median	5	4			
	StdAbw.	0,901	1,166			
Kontrolltermine (Wundheilung, Überprüfung der Medikamente)	Mittelwert	2,88	2,84	22,279	<0,001	0,073
	Median	3	3			
	StdAbw.	1,125	1,219			
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,52	2,97	43,358	<0,001	0,106
	Median	4	3			
	StdAbw.	1,211	1,345			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,71	2,4	18,150	<0,001	0,071
	Median	3	2			
	StdAbw.	1,221	1,203			

Skalenniveau „Videosprechstundenvorerfahrung“: nominal (dichotom) → χ^2 -Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.2 Ergebnisse auf Basis der Leistungserbringendenbefragung

3.2.1 Erfahrungen und Einschätzungen zur Videosprechstunde

3.2.2 Einsatz der Videosprechstunde

Tabelle 95: Haben Sie bei Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt, Videosprechstunden mit einem zertifizierten Videodienstanbieter nutzen zu wollen?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	2.881	49,0%
Das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich.	116	2,0%
Nein	2.602	44,3%
Ich bin mir nicht sicher.	275	4,7%
Gesamt	5.874	100%

Tabelle 96: Wie häufig setzen Sie Videosprechstunden ein?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Mehrfach in der Woche	811	25,0%
Mind. einmal in der Woche	744	22,9%
Mind. einmal im Monat	655	20,2%
Seltener als einmal im Monat	699	21,5%
Noch nie	338	10,4%
Gesamt	3.247	100%

Filter Frage 1: Ausprägungen „Ja“, „Das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich.“ und „Ich bin mir nicht sicher.“; n=3.272

Tabelle 97: Videosprechstundenanbieter

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	2.216	37,8%
Nein	3.647	62,2%
Gesamt	5.863	100%

**Ausprägungen der aggregierten Variable Videosprechstundenanbieter vgl. Tabelle 2.

Tabelle 98: Assoziations- und Korrelationsmaße (Videosprechstundenanbieter)

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Geschlecht	5.498	233,222	<0,001	0,206
Altersgruppen	5.490	59,314	<0,001	0,104
Regionstyp	5.477	131,924	<0,001	0,155
Versorgungsbereich	5.482	1.840,293	<0,001	0,579
Aggregierte Arztgruppen	5.436	1.824,223	<0,001	0,579

Tabelle 99: Videosprechstundenanbieter nach Geschlecht

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Männlich	1.735	73,5%	627	26,5%	2.362
Weiblich	1.670	53,3%	1.466	46,7%	3.136
Gesamt	3.405	61,9%	2.093	38,1%	5.498

Tabelle 100: Videosprechstundenanbieter nach Altersgruppe

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
bis 40 Jahre	369	49,7%	374	50,3%	743
41 bis 50 Jahre	906	61,6%	564	38,4%	1.470
51 bis 60 Jahre	1.245	64,4%	687	35,6%	1.932
60+ Jahre	879	65,4%	466	34,6%	1.345
Gesamt	3.399	61,9%	2.091	38,1%	5.490

Tabelle 101: Videosprechstundenanbieter nach Regionstyp

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Landgemeinde	251	68,4%	116	31,6%	367
Kleinstadt	669	70,1%	285	29,9%	954
Mittelstadt	972	69,3%	430	30,7%	1.402
Großstadt	1.499	54,4%	1.255	45,6%	2.754

Gesamt	3.391	61,9%	2.086	38,1%	5.477

Tabelle 102: Videosprechstundenanbieter nach Versorgungsbereich

	Nein		Ja		Gesamt
	abs.	rel.	abs.	rel.	
	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit	
Hausärztliche Versorgung	1.264	80,4%	308	19,6%	1.572
Fachärztliche Versorgung	1.533	88,3%	203	11,7%	1.736
Psychotherapeutische Versorgung	595	27,4%	1.579	72,6%	2.174
Gesamt	3.392	61,9%	2.090	38,1%	5.482

Tabelle 103: Videosprechstundenanbieter nach aggregierten Arztgruppen

	Anbieter: Ja		Anbieter: Nein		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich))	285	20,0%	1.137	80,0%	1.422
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	245	53,6%	212	46,4%	457
PPT	985	76,8%	297	23,2%	1.282
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	30	9,5%	285	90,5%	315
Orthopädie und Unfallchirurgie	16	8,8%	166	91,2%	182
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	5	3,9%	122	96,1%	127
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	22	19,6%	90	80,4%	112
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	9,3%	117	90,7%	129
Kinder- und Jugendmedizin	23	15,3%	127	84,7%	150

(hausärztlich)					
Kinderfachärzt:innen	10	22,7%	34	77,3%	44
KJP	333	73,0%	123	27,0%	456
Sonstige	104	13,7%	656	86,3%	760
Gesamt	2.070	38,3%	3.327	61,7%	5.436

Ausprägungen über 50% farblich hervorgehoben.

Tabelle 104: Seit wann setzen Sie Videosprechstunden in der ärztlichen Versorgung ein?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Bereits vor Beginn der COVID-19-Pandemie	231	10,5%
Seit Beginn der COVID-19-Pandemie (ab 2020)	1.722	78,3%
Erst im späteren Verlauf der COVID-19-Pandemie (ab 2021 oder später)	246	11,2%
Gesamt	2.199	100%

Filter: (Frage 1: Ausprägungen „Ja“, „Das ist bei der KV Mecklenburg-Vorpommern nicht erforderlich.“ und „Ich bin mir nicht sicher.“) und (Frage 2: „mehrfach in der Woche“, „mind. einmal in der Woche“, „mind. einmal im Monat“); n=2.210

Tabelle 105: Assoziations- und Korrelationsmaße (Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde)

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Geschlecht	2.080	48,264	<0,001	0,152
Altersgruppen	2.079	36,002	<0,001	0,093
Regionstyp	2.073	5,764	n.s.	
Versorgungsbereich	2.077	109,442	<0,001	0,162
Aggregierte Ärzt:innengruppen	2.057	128,409	<0,001	0,177

Filter vgl. Tabelle 104

Tabelle 106: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach Geschlecht

	Bereits vorher		Seit Beginn		Erst im späteren Verlauf		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Männlich	105	16,8%	434	69,6%	85	13,6%	624
Weiblich	113	7,8%	1.197	82,2%	146	10,0%	1.456
Gesamt	218	10,5%	1.631	78,4%	231	11,1%	2.080

Filter vgl. Tabelle 104.

Tabelle 107: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach Versorgungsbereich

	Bereits vorher		Seit Beginn		Erst im späteren Verlauf		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztliche Versorgung	73	24,1%	185	61,1%	45	14,9%	303
Fachärztliche Versorgung	32	15,8%	135	66,8%	35	17,3%	202
Psychotherapeutische Versorgung	113	7,2%	1.309	83,3%	150	9,5%	1.572
Gesamt	218	10,5%	1.629	78,4%	230	11,1%	2.077

Filter vgl. Tabelle 104.

Tabelle 108: Startzeitpunkt des Einsatzes der Videosprechstunde nach aggregierten Arztgruppen

	Bereits vorher		Seit Beginn		Erst im späteren Verlauf		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich)	71	25,3%	170	60,5%	40	14,2%	281
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	22	9,1%	194	79,8%	27	11,1%	243
PPT	63	6,4%	826	84,1%	93	9,5%	982
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	7	23,3%	18	60,0%	5	16,7%	30
Orthopädie und Unfallchirurgie	2	12,5%	9	56,3%	5	31,3%	16
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	1	20,0%	3	60,0%	1	20,0%	5
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	2	9,1%	18	81,8%	2	9,1%	22
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1	8,3%	8	66,7%	3	25,0%	12

Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	2	9,1%	15	68,2%	5	22,7%	22
Kinderfachärzt:innen	0	0%	10	100%	0	0%	10
KJP	26	7,9%	271	82,1%	33	10,0%	330
Sonstige	19	18,3%	72	69,2%	13	12,5%	104
Gesamt	216	10,5%	1614	78,5%	227	11,0%	2.057

Filter vgl. Tabelle 104.

Tabelle 109: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden anzubieten?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	4.347	79,9%
Nein	1.095	20,1%
Gesamt	5.442	100,0%

Tabelle 110: Assoziations- und Korrelationsmaße (Potenzielles Angebot der Videosprechstunde)

Merkmal	N	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Geschlecht	5.426	99,851	<0,001	0,136
Altersgruppen	5.420	175,303	<0,001	0,180
Regionstyp	5.412	40,404	<0,001	0,086
Versorgungsbereich	5.423	313,466	<0,001	0,240
Aggregierte Ärzt:innengruppen	5.394	347,832	<0,001	0,254

Tabelle 111: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Geschlecht

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Männlich	615	26,4%	1.715	73,6%	2.330
Weiblich	477	15,4%	2.619	84,6%	3.096
Gesamt	1.092	79,9%	4.334	20,1%	5.426

Tabelle 112: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Altersgruppe

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
bis 40 Jahre	54	7,3%	689	92,7%	743

41 bis 50 Jahre	216	14,9%	1.229	85,1%	1.445
51 bis 60 Jahre	434	22,7%	1.476	77,3%	1.910
60+ Jahre	385	29,1%	937	70,9%	1.322
Gesamt	1.089	20,1%	4.331	79,9%	5.420

Tabelle 113: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach Versorgungsbereich

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztliche Versorgung	419	27,1%	1.128	72,9%	1.547
Fachärztliche Versorgung	492	28,6%	1.227	71,4%	1.719
Psychotherapeutische Versorgung	178	8,3%	1.979	91,7%	2.157
Gesamt	1.089	20,1%	4.334	79,9%	5.423

Tabelle 114: Potenzieller Einsatz der Videosprechstunde nach aggregierten Arztgruppen

	Nein		Ja		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich)	366	26,2%	1.029	73,8%	1.395
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	66	14,4%	392	85,6%	458
PPT	88	6,9%	1.193	93,1%	1.281
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	82	26,6%	226	73,4%	308
Orthopädie und Unfallchirurgie	57	31,3%	125	68,7%	182
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	53	42,1%	73	57,9%	126
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	23	20,7%	88	79,3%	111
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	51	39,2%	79	60,8%	130
Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	53	34,9%	99	65,1%	152

Kinderfachärzt:innen	7	16,3%	36	83,7%	43
KJP	39	8,6%	413	91,4%	452
Sonstige	199	26,3%	557	73,7%	756
Gesamt	1.084	20,1%	4.310	79,9%	5.394

3.2.3 Einsatz der Videosprechstunde (bei Kindern und Jugendlichen)

Tabelle 115: Halten Sie es für sinnvoll, Videosprechstunden mit Kindern und Jugendlichen durchzuführen?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja, mit Kindern (bis 13 Jahre) und mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)	963	17,4%
Ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)	2.413	43,7%
Nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen	2.146	38,9%
Gesamt	5.522	100,0%

Tabelle 116: Assoziations- und Korrelationsmaße (VS mit Kindern und Jugendlichen)

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Geschlecht	5.369	75,352	<0,001	0,118
Altersgruppen	5.363	131,464	<0,001	0,111
Regionstyp	5.350	12,086	<0,001	0,034
Versorgungsbereich	5.352	346,241	<0,001	0,180
Aggregierte Ärzt:innengruppen	5.352	346,241	<0,001	0,180

Tabelle 117: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Geschlecht

	Ja, mit Kindern und mit Jugendlichen		Ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)		Nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Männlich	401	17,4%	867	37,5%	1.041	45,1%	2.309
Weiblich	542	17,7%	1.475	48,2%	1.043	34,1%	3.060
Gesamt	943	17,6%	2.342	43,6%	2.084	38,8%	5.369

Tabelle 118: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Altersgruppen

	Ja, mit Kindern und mit Jugendlichen		Ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)		Nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
bis 40 Jahre	146	19,8%	415	56,2%	177	24,0%	738

41 bis 50 Jahre	290	20,1%	651	45,1%	502	34,8%	1.443
51 bis 60 Jahre	325	17,2%	777	41,1%	790	41,8%	1.892
60+ Jahre	182	14,1%	496	38,4%	612	47,4%	1.290
Gesamt	943	17,6%	2.339	43,6%	2.081	38,8%	5.363

Tabelle 119: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach Versorgungsbereich

	Ja, mit Kindern und mit Jugendlichen		Ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)		Nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztliche Versorgung	200	12,9%	574	37,0%	778	50,1%	1.552
Fachärztliche Versorgung	264	15,5%	632	37,1%	809	47,4%	1.705
Psychotherapeutische Versorgung	470	22,4%	1.132	54,0%	493	23,5%	2.095
Gesamt	934	17,5%	2.338	43,7%	2.080	38,9%	5.352

Tabelle 120: Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen nach aggregierten Arztgruppen

	Ja, mit Kindern und mit Jugendlichen		Ja, aber nur mit Jugendlichen (ab 14 Jahre)		Nein, weder mit Kindern noch mit Jugendlichen		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztlich tätige Ärzt:innen (exkl. Kinder- und Jugendmedizin, hausärztlich)	148	10,5%	536	38,2%	719	51,2%	1.403
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	66	14,9%	212	47,7%	166	37,4%	444
PPT	203	16,6%	714	58,3%	308	25,1%	1225
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	31	10,0%	131	42,3%	148	47,7%	310

Orthopädie und Unfallchirurgie	34	18,9%	59	32,8%	87	48,3%	180
Chirurgie (exkl. Orthopädie und Unfallchirurgie)	20	15,9%	41	32,5%	65	51,6%	126
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	18	16,2%	55	49,5%	38	34,2%	111
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11	8,5%	38	29,2%	81	62,3%	130
Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	52	34,9%	38	25,5%	59	39,6%	149
Kinderfachärzt:innen	20	46,5%	10	23,3%	13	30,2%	43
KJP	195	43,7%	209	46,9%	42	9,4%	446
Sonstige	127	17,1%	276	37,1%	340	45,8%	743
Gesamt	925	17,4%	2.319	43,7%	2.066	38,9%	5.310

3.2.4 Einsatz der Videosprechstunde (ausschließlich)

Tabelle 121: Können Sie sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient/-innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich in Videosprechstunden zu behandeln?

	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Ja	2.702	47,8%
Nein	2.949	52,2%
Gesamt	5.651	100,0%

Tabelle 122: Assoziations-/Korrelationsmaße zur ausschließlichen Videosprechstundennutzung

Merkmal	n	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Geschlecht	5.497	0,651	n.s.	
Altersgruppe	5.490	126,589	<0,001	0,152
Regionstyp	5.477	4,841	n.s.	
Videosprechstundenanbieter	5.603	320,997	<0,001	0,239
Versorgungsbereich	5.482	47,251	<0,001	0,093
Aggregierte Ärzt:innengruppen	5.435	146,092	<0,001	0,164

Tabelle 123: Ausschließliche Videosprechstundennutzung nach Altersgruppe

Ausschließliche Videosprechstundennutzung in der Zukunft	Ja		Nein		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
bis 40 Jahre	474	63,8%	269	36,2%	743
41 bis 50 Jahre	762	51,9%	707	48,1%	1.469
51 bis 60 Jahre	860	44,3%	1.081	55,7%	1.941
60+ Jahre	537	40,2%	800	59,8%	1.337
Gesamt	2.633	48,0%	2.857	52,0%	5.490

Tabelle 124: Ausschließlich Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter

Ausschließliche Videosprechstundennutzung in der Zukunft	Ja		Nein		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Nein	1.331	38,4%	2.137	61,6%	3.468
Ja	1.345	63,0%	790	37,0%	2.135
Gesamt	2.676	47,8%	2.927	52,2%	5.603

Tabelle 125: Ausschließliche Videosprechstundennutzung nach aggregierten Arztgruppen

Ausschließliche Videosprechstundennutzung in der Zukunft	Ja		Nein		Gesamt
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	
Hausärztlich tätige Ärzt:innen	720	50,6%	703	49,4%	1.423
Psychotherapie/Psychiatrie/Neurologie (exkl. PPT und KJP)	232	50,5%	227	49,5%	459
PPT	721	56,1%	564	43,9%	1.285
Frauenheilkunde, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	135	43,3%	177	56,7%	312
Orthopädie und Unfallchirurgie	68	37,6%	113	62,4%	181
Chirurgie	36	28,6%	90	71,4%	126
Geschlechtskrankheiten und Dermatologie	80	70,8%	33	29,2%	113
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	38	29,2%	92	70,8%	130
Kinder- und Jugendmedizin (hausärztlich)	65	43,6%	84	56,4%	149
Kinderfachärzt:innen	20	45,5%	24	54,5%	44
KJP	187	41,0%	269	59,0%	456
Sonstige	294	38,8%	463	61,2%	757
Gesamt	2.596	47,8%	2.839	52,2%	5.435

3.2.5 Geeignete Indikationen für die Erbringung per Videosprechstunde

Tabelle 126: Eignung ausgewählter Indikationen (chronische Erkrankungen) für die Videosprechstunde

chronische bzw. intermittierend auftretende Erkrankungen					
	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen	4.584	3,28	3	1 - 5	1,015
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK	3.763	2,63	3	1 - 5	0,999
Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK	3.628	2,33	2	1 - 5	0,924
Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD	3.705	2,38	2	1 - 5	0,952
Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. entz. Darmerkrankungen	3.771	2,77	3	1 - 5	1,005
Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus	3.765	3,1	3	1 - 5	1,001
Augenerkrankungen, z. B. Katarakt	3.082	2,1	2	1 - 5	0,903
HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis	3.356	2,41	2	1 - 5	0,943
Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall	3.758	2,44	2	1 - 5	0,988
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen	3.933	2,48	2	1 - 5	1,014
Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis	3.730	2,97	3	1 - 5	1,080
Allergien	3.806	2,99	3	1 - 5	1,017
Tumorerkrankungen	3.867	2,38	2	1 - 5	1,025

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =absolut ungeeignet; 2 =nicht gut geeignet; 3 =teils, teils; 4 =gut geeignet; 5 =sehr gut geeignet; 6 =keine Angabe (hier als fehlenden Wert kodiert)

Tabelle 127: Eignung ausgewählter Indikationen (akute Erkrankungen) für die Videosprechstunde

akute Erkrankungen					
	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Entzündungen am Auge	3.669	2,31	2	1 - 5	1,060
Entzündungen am Ohr	3.666	1,88	2	1 - 5	0,845
Infektionen der Atemwege	3.802	2,14	2	1 - 5	0,969
Infektionen des Magen-Darm-Traktes	3.761	2,43	2	1 - 5	1,039
Infektionen der Harnorgane	3.795	2,13	2	1 - 5	0,944
Kopfschmerzen	4.211	2,83	3	1 - 5	1,080
Schmerzen im Muskel-Skelett-System	3.978	2,45	2	1 - 5	0,971
Hautverletzungen	3.867	2,40	2	1 - 5	1,070
Dermatosen	3.706	2,71	3	1 - 5	1,075
Geschlechtserkrankungen	3.631	2,00	2	1 - 5	0,915

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =absolut ungeeignet; 2 =nicht gut geeignet; 3 =teils, teils; 4 =gut geeignet; 5 =sehr gut geeignet; 6 =keine Angabe (hier als fehlenden Wert kodiert)

Tabelle 128: Eignung ausgewählter Indikationen (psychische Erkrankungen) für die Videosprechstunde

Psychische und Verhaltensstörungen					
	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Affektive Störungen (F30-F39)	4.630	3,05	3	1 - 5	1,140
Angststörungen (F40, F41)	4.748	3,09	3	1 - 5	1,131
Zwangsstörungen (F42)	4.646	3,03	3	1 - 5	1,111
Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen)	4.666	2,84	3	1 - 5	1,106
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	4.796	2,95	3	1 - 5	1,153
Essstörungen (F50)	4.649	2,93	3	1 - 5	1,092
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	4.765	3,33	3	1 - 5	1,084
Sexuelle Funktionsstörungen (F52)	4.510	3,00	3	1 - 5	1,141
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	4.640	2,80	3	1 - 5	1,107

Verhaltens- u. emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit u. Jugend (F90-F98)	4.117	2,60	3	1 - 5	1,118
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29)	4.319	2,18	2	1 - 5	0,998
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)	4.442	2,39	2	1 - 5	1,061

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =absolut ungeeignet; 2 =nicht gut geeignet; 3 =teils, teils; 4 =gut geeignet; 5 =sehr gut geeignet; 6 =keine Angabe (hier als fehlenden Wert kodiert)

Tabelle 129: Geeignete Indikationen nach LE mit VS-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung

Ran- king	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 63% (inkl. teils/teils: 91%)
2	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 56% (inkl. teils/teils: 87%)
3	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 52% (inkl. teils/teils: 36%)
4	Angststörungen (F40, F41): 48% (inkl. teils/teils: 81%)
5	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 44% (inkl. teils/teils: 79%)
6	Allergien (chron.): 43,6% (inkl. teils/teils: 84,8%)
7	Kopfschmerzen (akut): 43% (inkl. teils/teils: 80%)
8	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 43% (inkl. teils/teils: 82%)
9	Affektive Störungen (F30-F39): 42% (inkl. teils/teils: 76%)
10	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 41% (inkl. teils/teils: 78%)
11	Zwangsstörungen (F42): 40% (inkl. teils/teils: 79%)
12	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 36% (inkl. teils/teils: 81%)
13	Dermatosen (akut): 36% (inkl. teils/teils: 75%)
14	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 34% (inkl. teils/teils: 74%)
15	Essstörungen (F50): 34% (inkl. teils/teils: 77%)
16	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 34% (inkl. teils/teils: 75%)

17	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen): 33% (inkl. teils/teils: 79%)
18	Entzündungen am Auge (akut): 32% (inkl. teils/teils: 64%)
19	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 32% (inkl. teils/teils: 78%)
20	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: 30% (inkl. teils/teils: 66%)
21	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 27% (inkl. teils/teils: 69%)
22	Infektionen der Atemwege (akut): 27% (inkl. teils/teils: 67%)
23	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 26% (inkl. teils/teils: 67%)
24	Tumorerkrankungen (chron.): 25% (inkl. teils/teils: 70%)
25	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 24% (inkl. teils/teils: 64%)
26	Hautverletzungen (akut): 23% (inkl. teils/teils: 55%)
27	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 22% (inkl. teils/teils: 71%)
28	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 21% (inkl. teils/teils: 55%)
29	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 20% (inkl. teils/teils: 64%)
30	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 19% (inkl. teils/teils: 47%)
31	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK chron.): 16% (inkl. teils/teils: 58%)
32	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 16% (inkl. teils/teils: 43%)
33	Infektionen der Harnorgane (akut): 15% (inkl. teils/teils: 49%)
34	Geschlechtserkrankungen (akut): 10% (inkl. teils/teils: 39%)
35	Entzündungen am Ohr (akut): 7% (inkl. teils/teils: 30%)

Betrachtet wurden hier chronische und akute Indikationen sowie Indikationen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen

Tabelle 130: Geeignete Indikationen nach LE mit VS-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung

Ran-king	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 68% (inkl. teils/teils: 95%)
2	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 52% (inkl. teils/teils: 84%)
3	Allergien (chron.): 52% (inkl. teils/teils: 82%)
4	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 50% (inkl. teils/teils: 83%)
5	Kopfschmerzen (akut): 47% (inkl. teils/teils: 83%)
6	Dermatosen (akut): 44% (inkl. teils/teils: 76%)
7	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 34% (inkl. teils/teils: 81%)
8	Hautverletzungen (akut): 33% (inkl. teils/teils: 60%)
9	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 33% (inkl. teils/teils: 74%)
10	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 27% (inkl. teils/teils: 72%)
11	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 27% (inkl. teils/teils: 76%)
12	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 24% (inkl. teils/teils: 66%)
13	Tumorerkrankungen (chron.): 22% (inkl. teils/teils: 69%)
14	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 22% (inkl. teils/teils: 64%)
15	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 19% (inkl. teils/teils: 58%)
16	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 19% (inkl. teils/teils: 59%)
17	Infektionen der Atemwege (akut): 19% (inkl. teils/teils: 49%)
18	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK (chron.): 19% (inkl. teils/teils: 53%)
19	Infektionen der Harnorgane (akut): 18% (inkl. teils/teils: 41%)
20	Entzündungen am Auge (akut): 17% (inkl. teils/teils: 51%)
21	Geschlechtserkrankungen (akut): 17% (inkl. teils/teils: 38%)

22	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 13% (inkl. teils/teils: 46%)
23	Entzündungen am Ohr (akut): 8% (inkl. teils/teils: 26%)

Betrachtet wurden hier nur chronische sowie akute Indikationen

Tabelle 131: Geeignete Indikationen nach LE mit VS-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung

Ran- king	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychothera- peutischen/ psychiatrischen Versorgung
1	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 66% (inkl. teils/teils: 95%)
2	Affektive Störungen (F30-F39): 60% (inkl. teils/teils: 92%)
3	Angststörungen (F40, F41): 56% (inkl. teils/teils: 91%)
4	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 53% (inkl. teils/teils: 88%)
5	Zwangsstörungen (F42): 49% (inkl. teils/teils: 88%)
6	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 45% (inkl. teils/teils: 81%)
7	Essstörungen (F50): 44% (inkl. teils/teils: 84%)
8	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversions- störungen): 40% (inkl. teils/teils: 78%)
9	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 35% (inkl. teils/teils: 76%)
10	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98): 31% (inkl. teils/teils: 69%)
11	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 20% (inkl. teils/teils: 55%)
12	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 10% (inkl. teils/teils: 39%)

Betrachtet wurden hier nur Indikationen aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen

3.2.6 Geeignete Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 132: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Anamnese	5.628	3,53	4	1 - 5	1,159
(weitergehende) Diagnostik	5.573	2,31	2	1 - 5	1,011
Therapieplanung	5.599	3,40	3	1 - 5	1,013
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	4.391	3,44	4	1 - 5	1,165
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	4.192	3,41	4	1 - 5	1,138
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	5.305	3,83	4	1 - 5	1,035
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	4.596	3,02	3	1 - 5	1,120
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	4.727	3,22	3	1 - 5	1,214
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	3.102	2,22	2	1 - 5	1,079

Ausprägungen der Likert-Skala: 1= absolut ungeeignet; 2= nicht gut geeignet; 3= teils, teils; 4= gut geeignet; 5= sehr gut geeignet; 6= weiß nicht (hier als fehlender Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 133: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (absolute Häufigkeit)

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	Gut geeignet	sehr gut geeignet
Anamnese	354	750	1.364	1.892	1.268
(weitergehende) Diagnostik	1.253	2.138	1.535	474	173
Therapieplanung	262	690	1.947	1.972	728
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	330	618	1.081	1.532	830
Ausstellung von	296	575	1.194	1.383	744

AU-Bescheinigungen					
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	181	389	1.124	2.080	1.531
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	480	938	1.641	1.080	457
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	488	819	1.347	1.288	785
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	895	1.153	661	267	126

Ausprägungen der Likert-Skala: 1= absolut ungeeignet; 2= nicht gut geeignet = nicht geeignet; 3= teils, teils = teils, teils; 4= gut geeignet; 5= sehr gut geeignet = geeignet; 6= weiß nicht ist hier als fehlender Wert kodiert

Tabelle 134: Für welche der folgenden Anlässe könnten Sie sich vorstellen, eine Videosprechstunde zu nutzen? (relative Häufigkeit)

	absolut ungeeignet	nicht gut geeignet	teils, teils	gut geeignet	sehr gut geeignet
Anamnese	6,3%	13,3%	24,2%	33,6%	22,5%
(weitergehende) Diagnostik	22,5%	38,4%	27,5%	8,5%	3,1%
Therapieplanung	4,7%	12,3%	34,8%	35,2%	13,0%
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	7,5%	14,1%	24,6%	34,9%	18,9%
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	7,1%	13,7%	28,5%	33,0%	17,7%
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	3,4%	7,3%	21,2%	39,2%	28,9%
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	10,4%	20,4%	35,7%	23,5%	9,9%
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	10,3%	17,3%	28,5%	27,2%	16,6%
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	28,9%	37,2%	21,3%	8,6%	4,1%

3.2.6.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 135: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Altersgruppen

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Anamnese	143,798; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	<0,001
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
(weitergehende) Diagnostik	117,527; <0,001	51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		60+ J. – 41 bis 50 J.	0,005
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	<0,001
Therapieplanung	139,718; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	0,048
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	<0,001
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	16,055; 0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	0,045
		60+ J. – bis 40 J.	0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	0,029
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.

Ausstellung von AU-Bescheinigungen	38,196; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	0,035
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	33,096; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	32,670; <0,001	60+ J. – 41 bis 50+ J.	n.s.
		60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	128,812; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	45,207; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	0,003
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.

Anzahl Gruppen: 4 Altersgruppen

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 136: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter

		bis 40 Jahre	41 bis 50 Jahre	41 bis 50 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Anamnese	Mittelwert	3,79	3,71	3,46	3,25	<0,001	-0,134
	Median	4,00	4,00	4,00	3,00		
	StdAbw.	1,03	1,11	1,167	1,212		
(weitergehende) Diagnostik	Mittelwert	2,65	2,36	2,18	2,23	<0,001	-0,098
	Median	3,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,04	1,00	0,977	0,996		
Therapieplanung	Mittelwert	3,71	3,51	3,31	3,22	<0,001	-0,128
	Median	4,00	4,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,88	0,98	1,021	1,061		
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	Mittelwert	3,60	3,47	3,41	3,33	<0,001	-0,050
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	1,08	1,18	1,161	1,204		
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	Mittelwert	3,66	3,47	3,38	3,25	<0,001	-0,077
	Median	4,00	4,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,03	1,14	1,131	1,187		
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	3,99	3,89	3,80	3,70	<0,001	-0,065
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,93	1,01	1,029	1,109		
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	Mittelwert	3,28	3,00	3,00	2,93	<0,001	-0,054
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,05	1,11	1,129	1,141		
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,63	3,33	3,11	3,00	<0,001	-0,135
	Median	4,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,06	1,16	1,216	1,299		
Gruppensitzungen	Mittelwert	2,41	2,31	2,16	2,10	<0,001	-0,099

(z. B. in der Psychotherapie)	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,02	1,06	1,083	1,108		

3.2.6.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 137: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Geschlecht

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Anamnese	3.368.391	<0,001
(weitergehende) Diagnostik	4.004.119,5	<0,001
Therapieplanung	3.794.638	<0,001
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	2.324.022	0,003
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	2.132.389,5	0,002
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	3.097.247	n.s.
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	2.573.029	<0,001
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	2.870.800	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	1.147.583,5	0,007

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 138: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Anamnese	Mittelwert	3,59	3,47	19,185	<0,001	0,060
	Median	4,00	4,00			

	StdAbw.	1,139	1,176			
(weitergehende) Diagnostik	Mittelwert	2,15	2,42	95,990	<0,001	0,134
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	0,970	1,022			
Therapieplanung	Mittelwert	3,31	3,46	29,330	<0,001	0,074
	Median	3,00	4,00			
	StdAbw.	1,039	0,991			
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	Mittelwert	3,37	3,49	16,429	0,002	0,062
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	1,198	1,138			
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	Mittelwert	3,34	3,47	27,789	<0,001	0,082
	Median	3,00	4,00			
	StdAbw.	1,186	1,095			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	3,85	3,81	12,416	0,015	0,049
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	1,051	1,022			
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	Mittelwert	2,95	3,07	16,659	0,002	0,061
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,137	1,103			
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	2,98	3,37	140,133	<0,001	0,176
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,269	1,160			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,17	2,26	9,938	0,041	0,058
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,088	1,076			

3.2.6.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 139: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Regionstyp

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Anamnese	9,407; 0,024	Großstadt.– Landg.	n.s.
		Großstadt.– Kleinstadt	n.s.
		Großstadt.– Mittelstadt	0,02
		Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
(weitergehende) Diagnostik)	26,455; <0,001	Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Großstadt	0,013
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	<0,001
		Mittelstadt– Großstadt	0,004
Therapieplanung	4,907; n.s.		
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	7,468; n.s.		
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	4,503; n.s.		
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	1,049; n.s.		
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	2,858; n.s.		
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	39,350; <0,001	Kleinstadt – Landg.	n.s.
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	<0,001
		Landg. – Mittelstadt	n.s.

		Landg. – Großstadt	0,036
		Mittelstadt– Großstadt	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	8,307; 0,040	Mittelstadt.– Landg.	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Großstadt	n.s.
		Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	n.s.

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 140: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von den Regionstypen

		Land- gemei- nde	Klein- stadt	Mittel- stadt	Groß- stadt	p-Wert	Korrela- tionsko- effizient (Kendall' s-Tau-c)
Anamnese	Mittelwert	3,51	3,55	3,59	3,48	n.s.	
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	1,081	1,138	1,146	1,187		
(weitergehende) Di- agnostik	Mittelwert	2,18	2,21	2,26	2,38	<0,001	0,055
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	0,888	0,974	1,002	1,035		
Therapieplanung	Mittelwert	3,35	3,37	3,37	3,42	0,028	0,023
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,996	0,988	1,033	1,016		
Ausstellung von Re- zepten/Verordnun- gen	Mittelwert	3,43	3,37	3,39	3,48	0,022	0,029
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	1,183	1,182	1,149	1,169		
Ausstellung von AU-Bescheinigun- gen	Mittelwert	3,50	3,36	3,37	3,42	n.s.	
	Median	4,00	3,00	3,00	4,00		
	StdAbw.	1,078	1,145	1,128	1,156		

Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	3,82	3,80	3,83	3,83	n.s.	
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	1,055	1,018	1,029	1,040		
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	Mittelwert	2,98	3,00	2,99	3,05	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,085	1,092	1,141	1,124		
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,13	3,06	3,13	3,33	<0,001	0,071
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,218	1,233	1,236	1,195		
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,16	2,19	2,16	2,27	0,011	0,037
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,048	1,103	1,084	1,074		

3.2.6.4 Analyse der Subgruppe Versorgungsbereich

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 141: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstunden-nutzung nach Versorgungsbereich

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Anamnese	357,922; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	n.s.
weitergehende) Diagnostik	681,577; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
Therapieplanung	36,629; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	n.s.
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	0,001
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	36,147; <0,001	Haus. V. – Fach. V.	0,023
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	0,001

Ausstellung von AU-Bescheinigungen	34,660; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	n.s.
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	66,834; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	n.s.
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	346,2; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	0,003
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	331,711; <0,001	Haus. V. – Fach. V.	n.s.
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	8,250; 0,016	Haus. V. – Psych. V.	n.s.
		Haus. V. – Fach. V.	0,014
		Psych. V. – Fach. V.	n.s.

Anzahl Gruppen: 3 (Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung, Psychotherapeutische Versorgung)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 142: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von Versorgungsbereich

		Hausärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung	Psychotherapeutische Versorgung	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Anamnese	Mittelwert	3,74	3,80	3,15	433,820	<0,001	0,201
	Median	4,00	4,00	3,00			
	StdAbw.	1,038	1,067	1,219			
(weitergehende) Diagnostik	Mittelwert	2,12	1,91	2,75	779,905	<0,001	0,270
	Median	2,00	2,00	3,00			
	StdAbw.	0,850	0,842	1,063			
Therapieplanung	Mittelwert	3,38	3,30	3,48	86,201	<0,001	0,090
	Median	3,00	3,00	4,00			
	StdAbw.	0,963	1,005	1,052			

Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	Mittelwert	3,33	3,42	3,59	55,200	<0,001	0,081
	Median	3,00	4,00	4,00			
	StdAbw.	1,145	1,175	1,170			
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	Mittelwert	3,48	3,27	3,50	49,122	<0,001	0,078
	Median	4,00	3,00	4,00			
	StdAbw.	1,090	1,160	1,174			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	3,92	3,91	3,66	86,142	<0,001	0,092
	Median	4,00	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,974	1,019	1,084			
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	Mittelwert	2,90	2,77	3,51	417,396	<0,001	0,218
	Median	3,00	3,00	4,00			
	StdAbw.	1,013	1,138	1,076			
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	2,88	2,92	3,56	354,481	<0,001	0,198
	Median	3,00	3,00	4,00			
	StdAbw.	1,206	1,244	1,116			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,15	2,31	2,20	15,887	0,044	0,052
	Median	2,00	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,042	1,135	1,061			

3.2.6.5 Analyse der Subgruppe Videosprechstundenanbieter

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der geeigneten Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde in Subgruppen

Tabelle 143: Unterschied der zentralen Tendenzen der geeigneten Behandlungsanlässe zur Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Anamnese	3.569.099,5	0,033
(weitergehende) Diagnostik	1.908.368,5	<0,001
Therapieplanung	2.487.315,5	<0,001
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	1.225.429,5	<0,001
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	2.020.400,5	<0,001
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	2.613.547,5	<0,001
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	1.221.849,5	<0,001
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	1.320.682,0	<0,001
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	819.370,5	<0,001

Anzahl Gruppen: 2 (Videosprechstundenanbieter ja/nein)

Zusammenhänge zwischen den geeigneten Versorgungsanlässen für die Videosprechstunde und Subgruppen

Tabelle 144: Einstellungen zu geeigneten Behandlungsanlässen zur Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit der Videosprechstundenanbieter

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Anamnese	Mittelwert	3,58	3,50	87,606	<0,001	0,125

	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	1,151	1,161			
(weitergehende) Diagnostik	Mittelwert	2,86	1,98	1013,117	<0,001	0,428
	Median	3,00	2,00			
	StdAbw.	1,017	0,843			
Therapieplanung	Mittelwert	3,75	3,18	459,236	<0,001	0,288
	Median	4,00	3,00			
	StdAbw.	0,938	0,994			
Ausstellung von Rezepten/Verordnungen	Mittelwert	3,77	3,31	169,372	<0,001	0,197
	Median	4,00	3,00			
	StdAbw.	1,120	1,156			
Ausstellung von AU-Bescheinigungen	Mittelwert	3,77	3,29	174,370	<0,001	0,205
	Median	4,00	3,00			
	StdAbw.	1,105	1,122			
Besprechung von Untersuchungsergebnissen	Mittelwert	4,04	3,71	144,335	<0,001	0,166
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,953	1,060			
Verlaufskontrollen (z. B. Wundheilung, Medikation)	Mittelwert	3,64	2,76	607,885	<0,001	0,365
	Median	4,00	3,00			
	StdAbw.	1,000	1,064			
Psychiatrische/psychotherapeutische Einzelgespräche	Mittelwert	3,86	2,75	962,944	<0,001	0,453
	Median	4,00	3,00			
	StdAbw.	0,949	1,176			
Gruppensitzungen (z. B. in der Psychotherapie)	Mittelwert	2,47	2,10	92,028	<0,001	0,173
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,086	1,058			

3.2.6.6 Einschätzung zu Versorgungsanlässen nach Facharztgruppen mit Videosprechstundenerfahrung

Tabelle 145: Einschätzung zu Versorgungsanlässen nach Facharztgruppen mit Videosprechstundenerfahrung

	Haus- ärzt:in- nen	FÄ Psy- chothe- rap., Psychi- atrie, Neurol.	PPT	FÄ für Gynäkol- ogie	FÄ für Or- thopädie und Un- fallchirur- gie	FÄ für Chirurgie	FÄ für Dermato- logie	FÄ für HNO	KJP	K. u. J. Ärzt:innen (hausärzt- lich)	K. u. J. Ärzt:in- nen (fach- ärztlich)
	n=285*	n=245	n=985	n=30	n=16	n=5	n=22	n=12	n=333	n=23	n=10
Anamnese	84%** (240)	53% (126)	46% (447)	86% (24)	87% (13)	100% (5)	82% (18)	100% (12)	49% (158)	83% (19)	60% (6)
(Weitergehende) Diagnostik	12% (34)	27% (63)	34% (321)	(<5)	(<5)	(<5)	(<5)	(<5)	(51)	(<5)	(<5)
Therapieplanung	70% (198)	67% (158)	64% (613)	79% (23)	67% (10)	(<5)	55% (12)	64% (7)	61% (196)	52% (12)	60% (6)
Ausstellen Rezep- ten/Verordnun- gen.	69% (195)	68% (124)	66% (218)	61% (17)	73% (11)	(<5)	67% (14)	58% (7)	61% (83)	50% (11)	70% (7)
Ausstellen AU-Be- scheinigungen	77% (216)	62% (117)	63% (135)	57% (16)	53% (8)	(<5)	41% (9)	58% (7)	57% (58)	41% (9)	60% (6)

Besprechung von Untersuchungsergebnissen	91% (258)	75% (165)	69% (539)	93% (27)	80% (12)	(<5)	100% (21)	83% (10)	64% (188)	100% (23)	80% (8)
Verlaufskontrollen	39% (108)	67% (130)	66% (290)	36% (9)	29% (4)	80% (4)	73% (16)	(<5)	65% (108)	35% (8)	60% (6)
Psychotherapeutische Einzelgespräche	51% (116)	71% (165)	70% (689)						63% (207)	40% (6)	
Gruppensitzungen	19% (21)	13% (16)	19% (87)						14% (23)	(<5)	

* Anzahl an Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung an allen Leistungserbringenden der Fachgruppe, die diese Frage beantwortet haben.

**Anteil an den Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung der Fachgruppe, die den jeweiligen Behandlungsanlass für sehr geeignet oder geeignet halten und an der jeweiligen Frage teilgenommen haben; daher ist das n der einzelnen Behandlungsanlässe oft kleiner als die Anzahl der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung insgesamt.

3.2.7 Hindernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 146: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	3.239	1,65	1	1 - 4	0,853
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	2.713	2,19	2	1 - 4	0,927
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	3.302	2,10	2	1 - 4	1,186
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	3.352	2,28	2	1 - 4	1,120
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	3.344	2,43	2	1 - 4	1,025
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	3.386	2,75	3	1 - 4	1,033
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	3.366	2,33	2	1 - 4	1,041
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	3.361	2,62	3	1 - 4	1,028
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	3.378	3,00	3	1 - 4	1,007
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	2.223	2,82	3	1 - 4	1,026
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	2.225	2,84	3	1 - 4	1,021
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	3.108	3,02	3	1 - 4	0,920
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	2.930	2,42	2	1 - 4	0,942
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	2.463	2,74	3	1 - 4	0,862

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =trifft gar nicht zu; 2 =trifft eher nicht zu; 3=trifft zu; 4=trifft voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 147: Was hat Sie bisher daran gehindert, Videosprechstunden zu nutzen? (Häufigkeit)

	<u>trifft gar nicht zu</u>		<u>trifft eher nicht zu</u>		<u>trifft zu</u>		<u>trifft voll zu</u>	
	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit	abs. Häufigkeit	rel. Häufigkeit
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	1.774	54,8%	969	29,9%	338	10,4%	158	4,9%
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	730	26,9%	961	35,4%	796	29,3%	226	8,3%
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	1.540	46,6%	541	16,4%	583	17,7%	638	19,3%
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	1.146	34,2%	735	21,9%	855	25,5%	616	18,4%
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	704	21,1%	1145	34,2%	851	25,4%	644	19,3%
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	505	14,9%	821	24,2%	1.079	31,9%	981	29,0%
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	827	24,6%	1.206	35,8%	713	21,2%	620	18,4%
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	569	16,9%	961	28,6%	1.021	30,4%	810	24,1%
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	376	11,1%	593	17,6%	1.079	31,9%	1.330	39,4%
Ich bin mit der Vergütung von	295	13,3%	525	23,6%	694	31,2%	709	31,9%

Videosprechstunden nicht zufrieden.								
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	305	13,7%	447	20,1%	765	34,4%	708	31,8%
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	252	8,1%	522	16,8%	1.234	39,7%	1.100	35,4%
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	489	16,7%	1.180	40,3%	807	27,5%	454	15,5%
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	206	8,4%	696	28,3%	1.087	44,1%	474	19,2%

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =trifft gar nicht zu; 2 =trifft eher nicht zu; 3=trifft zu; 4=trifft voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

3.2.7.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 148: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen

ordinal skalierte Variablen (Likert-Skala)	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	2,006; n.s.		
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	19,440; <0,001	41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 51 bis 60+ J.	0,001
		51 bis 60 J. – 51- bis 40 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 60+ J.	0,008
		Bis 40 J. – 60+ J.	n.s.
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	12,777; 0,005	51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40+ J.	n.s.

		51 bis 60 J. – 60+ J.	0,002
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	n.s.
		Bis 40 J. – 60+ J.	n.s.
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	42,669; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 60+ J.	0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	0,001
		51 bis 60 J. – 60+ J.	0,001
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	34,868; <0,001	41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	0,001
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 60+ J.	0,004
		51 bis 60 J. – 60+ J.	0,001
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	40,666; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	<0,001
		Bis 40 J. – 60+ J.	<0,001
		41 bis 50 J. – 51 -60 J.	0,002
		41 bis 50 J. – 60+ J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	42,300; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 - 60 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 60+ J.	<0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	0,033
		41 bis 50 J. – 60+ J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 60+ J.	0,001
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	47,326; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	<0,001
		Bis 40 J. – 60+ J.	<0,001

		41 bis 50 J. – 51 -60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	40,330; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	<0,001
		Bis 40 J. – 60+ J.	<0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	14,973; 0,002	Bis 40 J. – 60+ J.	n.s.
		Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	0,006
		60+ J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		60+ J. – 51 bis 60 J.	0,040
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	6,952; n.s.		
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	15,977; 0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	0,035
		Bis 40 J. – 60+ J.	0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	34,859; <0,001	Bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		Bis 40 J. – 51 bis 60 J.	0,002
		Bis 40 J. – 60+ J.	<0,001
		41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – 60+ J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.
	21,435; <0,001	41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.

Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	41 bis 50 J. – 51 bis 60 J.	0,032
	41 bis 50 J. – 60+ J.	<0,001
	bis 40 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
	Bis 40 J. – 60+ J.	n.s.
	51 bis 60 J. – 60+ J.	n.s.

Anzahl Gruppen: 4 Altersgruppen

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 149: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter

		bis 40 Jahre	41 bis 50 Jahre	41 bis 50 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	Mittelwert	1,66	1,66	1,62	1,70	n.s.	
	Median	1,00	1,00	1,00	1,00		
	StdAbw.	0,821	0,846	0,824	0,919		
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	Mittelwert	2,19	2,11	2,18	2,34	<0,001	0,056
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	0,876	0,880	0,922	1,005		
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	Mittelwert	2,10	2,11	2,01	2,23	n.s.	
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,156	1,166	1,154	1,276		
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	Mittelwert	2,11	2,19	2,25	2,50	<0,001	0,089
	Median	2,00	2,00	2,00	3,00		
	StdAbw.	1,110	1,058	1,109	1,171		
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	Mittelwert	2,38	2,32	2,43	2,61	<0,001	0,077
	Median	2,00	2,00	2,00	3,00		
	StdAbw.	0,911	1,019	1,014	1,086		
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	Mittelwert	2,56	2,65	2,82	2,87	<0,001	0,089
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,954	1,035	1,017	1,068		
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	2,20	2,21	2,34	2,54	<0,001	0,091
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		

	StdAbw.	0,981	0,974	1,036	1,123		
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	Mittelwert	2,29	2,61	2,67	2,71	<0,001	0,081
	Median	2,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,964	1,005	1,017	1,068		
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	Mittelwert	2,72	2,99	3,07	3,05	<0,001	0,071
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,006	0,977	1,001	1,032		
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	Mittelwert	2,66	2,86	2,90	2,73	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,981	0,988	1,020	1,089		
Ich finde die Abrechnungsbeschränkungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	Mittelwert	2,74	2,93	2,82	2,81	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,998	0,959	1,049	1,070		
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	Mittelwert	2,90	3,01	3,05	3,10	<0,001	0,057
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,920	0,900	0,917	0,937		
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	2,22	2,34	2,45	2,57	<0,001	0,090
	Median	2,00	2,00	2,00	3,00		
	StdAbw.	0,859	0,887	0,954	1,012		
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	Mittelwert	2,69	2,64	2,76	2,84	<0,001	0,070
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,864	0,845	0,841	0,905		

Skalenniveau „Altersgruppe“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.2.7.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 150: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	1.063.785,5	<0,001
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	757.923,5	<0,001
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	1.175.150,0	0,010
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	1.090.458,0	<0,001
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	1.240.182,5	n.s.
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	1.253.075,0	n.s.
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1.150.111,0	<0,001
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	1.083.370,5	<0,001
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	1.144.424,0	<0,001
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	475.584,0	<0,001
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	517.205,5	0,002
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	1.072.392,5	n.s.
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	933.047,5	0,029
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	656.248,0	0,036

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 151: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	Mittelwert	1,59	1,73	36,656	<0,001	0,110
	Median	1,00	2,00			
	StdAbw.	0,840	0,863			
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	Mittelwert	2,12	2,28	18,749	<0,001	0,085
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	0,920	0,935			
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	Mittelwert	2,05	2,15	13,036	0,005	0,064
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,195	1,186			
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	Mittelwert	2,14	2,43	55,943	<0,001	0,131
	Median	2,00	3,00			
	StdAbw.	1,102	1,118			
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	Mittelwert	2,42	2,46	1,660	n.s.	
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,034	1,024			
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	Mittelwert	2,79	2,73	9,670	0,022	0,055
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,050	1,017			
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	2,25	2,44	38,572	<0,001	0,110
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,054	1,027			
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	Mittelwert	2,76	2,47	64,486	<0,001	0,142
	Median	3,00	2,00			
	StdAbw.	1,020	1,017			
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb	Mittelwert	3,11	2,89	38,944	<0,001	0,110
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	0,961	1,042			

Videosprechstunden anbieten.						
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	Mittelwert	2,95	2,68	40,721	<0,001	0,139
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,005	1,031			
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	Mittelwert	2,91	2,77	10,310	0,016	0,070
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,017	1,030			
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	Mittelwert	3,04	3,02	9,919	0,019	0,058
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	0,936	0,901			
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	2,39	2,46	18,823	<0,001	0,082
	Median	2,00	2,00			
	StdAbw.	0,959	0,931			
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	Mittelwert	2,70	2,78	5,607	n.s.	
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	0,858	0,869			

Skalenniveau „Geschlecht“: nominal (dichotom) → Chi²-Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.2.7.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 152: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	36,656; <0,001	Großstadt.– Mittelstadt	n.s.
		Großstadt.– Kleinstadt	0,001
		Großstadt.– Landg.	<0,001
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Landg.	<0,001
		Kleinstadt – Landg.	n.s.
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	58,259; <0,001	Großstadt.– Mittelstadt	0,013
		Großstadt.– Kleinstadt	<0,001
		Großstadt.– Landg.	<0,001
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Landg.	<0,001
		Kleinstadt – Landg.	0,005
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	17,734; <0,001	Großstadt.– Mittelstadt	n.s.
		Großstadt.– Kleinstadt	0,002
		Großstadt.– Landg.	0,043
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Landg.	n.s.
		Kleinstadt – Landg.	n.s.
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	5,085; n.s.		
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	4,805; n.s.		
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	11,627; 0,009	Landg. – Großstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Kleinstadt	0,011

		Großstadt – Mittelstadt	n.s.
		Großstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	1,228; n.s.		
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	1,700; n.s.		
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	2,140; n.s.		
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	12,059; 0,007	Landg. – Großstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	0,029
		Landg. – Kleinstadt	0,004
		Großstadt – Mittelstadt	n.s.
		Großstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	13,399; 0,004	Landg. – Großstadt	0,014
		Landg. – Mittelstadt	0,006
		Landg. – Kleinstadt	0,003
		Großstadt – Mittelstadt	n.s.
		Großstadt – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	5,647; n.s.		
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	5,890; n.s.		
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	17,691; <0,001	Mittelstadt – Großstadt	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	0,044
		Mittelstadt – Landg.	0,015
		Großstadt.– Kleinstadt	0,021
		Großstadt.– Landg.	0,010

		Kleinstadt – Landg.	n.s.
--	--	---------------------	------

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 153: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp

		Landge- meinde	Klein- stadt	Mittel- stadt	Groß- stadt	p-Wert	Korrelati- onskoeffi- zient (Kendall's- Tau-c)
Meine Internetverbin- dung ist nicht gut genug.	Mittelwert	1,94	1,75	1,63	1,58	<0,001	-0,075
	Median	2,00	1,00	1,00	1,00		
	StdAbw.	1,006	0,919	0,813	0,800		
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	Mittelwert	2,57	2,31	2,21	2,07	<0,001	-0,114
	Median	3,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	0,987	0,942	0,915	0,898		
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Ka- mera).	Mittelwert	2,24	2,21	2,14	2,01	<0,001	-0,059
	Median	2,00	2,00	2,00	1,00		
	StdAbw.	1,219	1,203	1,204	1,165		
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Um- setzung.	Mittelwert	2,31	2,33	2,32	2,24	0,040	-0,029
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,133	1,112	1,130	1,111		
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Pa- tient:innen darunter lei- det.	Mittelwert	2,46	2,51	2,40	2,43	n.s.	
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,029	1,037	1,017	1,032		
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität da- runter leidet.	Mittelwert	2,62	2,87	2,75	2,74	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,041	1,020	1,032	1,039		
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	2,36	2,38	2,34	2,32	n.s.	
	Median	2,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	1,057	1,074	1,040	1,034		
	Mittelwert	2,55	2,60	2,64	2,63	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		

Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	StdAbw.	1,039	1,043	1,017	1,029		
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	Mittelwert	3,02	3,06	3,00	2,98	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,944	0,968	1,001	1,041		
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	Mittelwert	2,57	2,91	2,85	2,81	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,111	1,004	1,010	1,025		
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	Mittelwert	2,56	2,90	2,88	2,84	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,066	1,037	1,006	1,021		
Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	Mittelwert	2,95	3,10	3,02	3,02	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,963	0,921	0,919	0,911		
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	2,56	2,41	2,42	2,40	n.s.	
	Median	3,00	2,00	2,00	2,00		
	StdAbw.	0,943	0,960	0,945	0,939		
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	Mittelwert	2,92	2,83	2,69	2,69	<0,001	-0,056
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,795	0,860	0,868	0,870		

Skalenniveau „Regionstyp“: ordinal → Rangkorrelation grundsätzlich möglich, wenn zweite Variable ebenfalls ordinal skaliert ist.

3.2.7.4 Analyse der Subgruppe Versorgungsbereich

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 154: Unterschied der zentralen Tendenzen der hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Versorgungsbereich

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	16,794; <0,001	Fach. V. – Psych. V.	n.s.
		Fach. V. – Haus. V.	<0,001

		Psych. V. – Haus. V.	0,032
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	52,374; <0,001	Fach. V. – Psych. V.	0,002
		Fach. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Haus. V.	0,047
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	143,202; <0,001	Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Haus. V.	n.s.
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	64,148; <0,001	Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Haus. V.	0,023
Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	122,766; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	n.s.
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	24,864; <0,001	Haus. V. – Fach. V.	n.s.
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	10,042; 0,007	Fach. V. – Haus. V.	n.s.
		Fach. V. – Psych. V.	0,005
		Haus. V. – Psych. V.	n.s.
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	254,162; <0,001	Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Haus. V.	n.s.
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	352,593; <0,001	Psych. V. – Fach. V.	<,001
		Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Haus. V.	0,010
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	234,944; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	<0,001
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	121,855; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	<0,001

Die organisatorischen und rechtlichen Aufwände sind mir zu hoch.	68,490; <0,001	Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Haus. V.	n.s.
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	35,018; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	n.s.
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	35,405; <0,001	Fach. V. – Haus. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
		Haus. V. – Psych. V.	n.s.

Anzahl Gruppen: 3 (Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung, Psychotherapeutische Versorgung)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 155: Einstellungen zu hindernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Versorgungsbereich

		Hausärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung	Psychotherapeutische Versorgung	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Meine Internetverbindung ist nicht gut genug.	Mittelwert	1,75	1,59	1,62	35,157	<0,001	0,076
	Median	2,00	1,00	1,00			
	StdAbw.	0,921	0,802	0,815			
Die Internetverbindung meiner Patient:innen ist oft nicht gut genug.	Mittelwert	2,36	2,06	2,23	60,079	<0,001	0,108
	Median	3,00	2,00	2,00			
	StdAbw.	0,961	0,886	0,912			
Mir fehlt die technische Ausstattung (z. B. Kamera).	Mittelwert	2,26	2,17	1,55	149,977	<0,001	0,155
	Median	2,00	2,00	1,00			
	StdAbw.	1,215	1,199	0,930			
Mir fehlt die Erfahrung mit der technischen Umsetzung.	Mittelwert	2,42	2,30	1,96	67,684	<0,001	0,103
	Median	2,00	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,132	1,111	1,048			
	Mittelwert	2,40	2,31	2,88	130,375	<0,001	0,143

Ich befürchte, dass die Beziehung zu meinen Patient:innen darunter leidet.	Median	2,00	2,00	3,00			
	StdAbw.	1,035	0,996	0,987			
Ich befürchte, dass die Versorgungsqualität darunter leidet.	Mittelwert	2,70	2,73	2,96	36,859	<0,001	0,076
	Median	3,00	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,053	1,028	0,978			
Ich habe Bedenken beim Datenschutz.	Mittelwert	2,34	2,30	2,46	11,888	n.s.	
	Median	2,00	2,00	2,00			
	StdAbw.	1,043	1,044	1,047			
Ich befürchte einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen.	Mittelwert	2,76	2,75	1,97	296,926	<0,001	0,216
	Median	3,00	3,00	2,00			
	StdAbw.	0,995	0,985	0,969			
Ich habe keine Zeit, neben meinem regulären Praxisbetrieb Videosprechstunden anzubieten.	Mittelwert	3,23	3,12	2,20	475,137	<0,001	0,272
	Median	3,00	3,00	2,00			
	StdAbw.	0,885	0,928	1,084			
Ich bin mit der Vergütung von Videosprechstunden nicht zufrieden.	Mittelwert	2,88	3,09	2,15	288,186	<0,001	0,261
	Median	3,00	3,00	2,00			
	StdAbw.	0,948	0,942	1,031			
Ich finde die Abrechnungsbegrenzungen für die Videosprechstunde durch die Quotierungsregelungen störend.	Mittelwert	2,86	3,06	2,37	146,809	<0,001	0,186
	Median	3,00	3,00	2,00			
	StdAbw.	0,985	0,949	1,092			
Die organisatorischen und rechtlichen	Mittelwert	3,14	3,07	2,72	79,602	<0,001	0,116
	Median	3,00	3,00	3,00			
	StdAbw.	0,872	0,894	1,002			

Aufwände sind mir zu hoch.							
Ich finde Videosprechstunden zu anstrengend.	Mittelwert	2,48	2,31	2,57	51,030	<0,001	0,096
	Median	2,00	2,00	3,00			
	StdAbw.	0,939	0,926	0,972			
Meine Patient:innen wünschen keine Videosprechstunden.	Mittelwert	2,80	2,62	2,87	37,070	<0,001	0,089
	Median	3,00	3,00	3,00			
	StdAbw.	0,843	0,870	0,853			

Skalenniveau „Versorgungsbereich“: nominal → χ^2 -Test / Cramérs-V möglich, keine (Rang-)korrelation.

3.2.8 Fördernde Faktoren für die Videosprechstundennutzung

Lage- und Streuungsparameter

Tabelle 156: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden?

	n	Mittelwert	Median	Min - Max	Std.-Abweichung
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	5.185	2,66	3	1 - 4	1,060
Schulungsangebote für meine Patient:innen	5.129	2,57	3	1 - 4	1,009
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	5.384	3,64	4	1 - 4	0,688
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	5.170	2,82	3	1 - 4	1,014
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	5.342	3,68	4	1 - 4	0,664
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	5.063	3,55	4	1 - 4	0,750
hohes Datenschutzniveau	5.362	3,60	4	1 - 4	0,713
klare/transparenente Haftungsregelungen	5.329	3,71	4	1 - 4	0,600
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z.B. Untertitel)	4.922	3,24	3	1 - 4	0,901

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =stimme nicht zu; 2 =stimme eher nicht zu; 3=stimme zu; 4=stimme voll zu; 5= weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

Verteilung nach absoluter und relativer Häufigkeit

Tabelle 157: Was wäre Ihnen wichtig, bei der Nutzung von Videosprechstunden? (abs. Häufigkeit)

	stimme nicht zu		stimme eher nicht zu		stimme zu		stimme voll zu	
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	994	19,2%	1.116	21,5%	1736	33,5%	1.339	25,8%

Schulungsangebote für meine Patient:innen	946	18,4%	1.324	25,8%	1.824	35,6%	1.035	20,2%
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	179	3,3%	119	2,2%	1.146	21,3%	3.940	73,2%
Video-Software mit vielen Funktionen	620	12,0%	1.348	26,1%	1.549	30,0%	1.653	32,0%
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	151	2,8%	140	2,6%	988	18,5%	4.063	76,1%
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe	196	3,9%	207	4,1%	1.293	25,5%	3.367	66,5%
hohes Datenschutzniveau	164	3,1%	228	4,3%	1.176	21,9%	3.794	70,8%
klare/transparente Haftungsregelungen	108	2,0%	89	1,7%	1.028	19,3%	4.104	77,0%
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache	349	7,1%	498	10,1%	1.688	34,3%	2.387	48,5%

Ausprägungen der Likert-Skala: 1 =stimme nicht zu; 2 =stimme eher nicht zu; 3=stimme zu; 4=stimme voll zu; 5=weiß nicht (hier als fehlenden Wert kodiert)

3.2.8.1 Analyse der Subgruppe Altersgruppe

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 158: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Altersgruppen

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	3,579; n.s.		
Schulungsangebote für meine Patient:innen	3,026; n.s.		
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	43,456; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	<0,001
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	0,011
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	90,154; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	0,011
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	70,101; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	0,026
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	0,004
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	<0,001
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	0,029
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei	22,426; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	0,002
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	<0,001
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.

ausschließlicher Nutzung, Quotierung)		51 bis 60 J. – bis 40 J.	n.s.
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
hohes Datenschutzniveau	23,749; <0,001	60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50+ J.	0,026
		60+ J. – bis 40 J.	<0,001
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – bis 40 J.	0,004
		41 bis 50 J. – bis 40 J.	n.s.
klare/transparente Haftungsregelungen	0,368; n.s.		
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z.B. Untertitel)	12,569; 0,006	60+ J. – bis 40 J.	n.s.
		60+ J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		60+ J. – 41 bis 50 J.	0,003
		bis 40 J. – 51 bis 60 J.	n.s.
		bis 40 J. – 41 bis 50 J.	n.s.
		51 bis 60 J. – 41 bis 50 J.	n.s.

Anzahl Gruppen: 4 Altersgruppen

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 159: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Alter

		bis 40 Jahre	41 bis 50 Jahre	41 bis 50 Jahre	60+ Jahre	p-Wert	Korrelationskoeffizient (Kendall's-Tau-c)
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	Mittelwert	2,65	2,70	2,63	2,68	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,017	1,056	1,071	1,074		
Schulungsangebote für meine Patient:innen	Mittelwert	2,56	2,60	2,59	2,54	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,934	1,000	1,016	1,040		
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	Mittelwert	3,76	3,68	3,65	3,53	<0,001	-0,057
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,524	0,627	0,680	0,811		

Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	Mittelwert	3,05	2,94	2,76	2,64	<0,001	-0,109
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,905	0,965	1,042	1,041		
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	Mittelwert	3,81	3,74	3,66	3,57	<0,001	-0,073
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,496	0,588	0,671	0,785		
angepasste Vergütungs-struktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	Mittelwert	3,61	3,58	3,56	3,45	<0,001	-0,043
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,682	0,722	0,739	0,827		
hohes Datenschutzniveau	Mittelwert	3,71	3,63	3,60	3,52	<0,001	-0,044
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,565	0,681	0,708	0,814		
klare/transparente Haftungsregelungen	Mittelwert	3,73	3,72	3,72	3,69	n.s.	
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,526	0,573	0,590	0,675		
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	Mittelwert	3,24	3,31	3,24	3,16	0,019	-0,027
	Median	3,00	4,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,861	0,870	0,895	0,967		

3.2.8.2 Analyse der Subgruppe Geschlecht

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 160: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Geschlecht

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	2.989.742,5	0,003
Schulungsangebote für meine Patient:innen	2.748.596,5	<0,001
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	3.338.624,0	n.s.
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	2.957.377,0	<0,001
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	3.155.339,0	<0,001
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	2.970.786,0	n.s.
hohes Datenschutzniveau	2.796.372,5	<0,001
klare/transparenente Haftungsregelungen	3.148.157,5	<0,001
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	2.555.676,0	<0,001

Anzahl Gruppen: 2 (männlich/weiblich)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 161: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Geschlecht

		Männlich	Weiblich	Chi ² -Test	p-Wert	Cramér's-V
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	Mittelwert	2,71	2,63	8,805	0,032	0,042
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,056	1,063			
	Mittelwert	2,68	2,50	47,628	<0,001	0,098

Schulungsangebote für meine Patient:innen	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,004	1,001			
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	Mittelwert	3,63	3,65	2,943	n.s.	
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,704	0,670			
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	Mittelwert	2,87	2,78	10,666	0,014	0,046
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,007	1,015			
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	Mittelwert	3,64	3,71	16,068	0,001	0,056
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,697	0,633			
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	Mittelwert	3,54	3,56	5,517	n.s.	
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,772	0,733			
hohes Datenschutzniveau	Mittelwert	3,46	3,71	167,543	<0,001	0,179
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,807	0,613			
klare/transparenente Haftungsregelungen	Mittelwert	3,68	3,74	23,608	<0,001	0,066
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,633	0,571			
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	Mittelwert	3,15	3,31	40,364	<0,001	0,092
	Median	3,00	4,00			
	StdAbw.	0,932	0,872			

3.2.8.3 Analyse der Subgruppe Regionstyp

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 162: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Regionstyp

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	36,107; <0,001	Großstadt – Landg.	n.s.
		Großstadt – Mittelstadt	<0,001
		Großstadt – Kleinstadt	<0,001
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Mittelstadt – Kleinstadt	n.s.
Schulungsangebote für meine Patient:innen	44,933; <0,001	Großstadt – Landg.	0,014
		Großstadt – Mittelstadt	<0,001
		Großstadt – Kleinstadt	<0,001
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	5,120; n.s.		
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	8,688; 0,034	Kleinstadt – Landg.	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	n.s.
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Großstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Großstadt – Mittelstadt	0,042
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	15,972; <0,001	Landg. – Kleinstadt	n.s.
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Großstadt	0,003
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	n.s.

		Mittelstadt– Großstadt	n.s.
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	4,760; n.s		
hohes Datenschutzniveau	12,190; 0,007	Kleinstadt – Landg.	n.s.
		Kleinstadt – Mittelstadt	n.s.
		Kleinstadt – Großstadt	0,009
		Landg. – Mittelstadt	n.s.
		Landg. – Großstadt	n.s.
		Mittelstadt– Großstadt	n.s.
klare/transparenente Haftungsregelungen	3,328; n.s.		
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	3,195; n.s.		

Anzahl Gruppen: 4 (Landgemeinde, Kleinstadt, Mittelstadt, Großstadt)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu hindernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 163: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Regionstyp

		Land- gemein- de	Klein- stadt	Mittel- stadt	Groß- stadt	p-Wert	Korrela- tionsko- effizient (Kendall' s-Tau-c)
Schulungsange- bote zur Einfüh- rung für mich und mein Praxisteam	Mittelwert	2,66	2,78	2,75	2,58	<0,001	-0,058
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	1,041	1,040	1,043	1,073		
Schulungsange- bote für meine Pa- tient:innen	Mittelwert	2,66	2,67	2,68	2,48	<0,001	-0,069
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,940	0,997	0,993	1,016		
einfache/intuitive Bedienung	Mittelwert	3,60	3,60	3,65	3,66	0,035	0,019
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		

der Video-Software	StdAbw.	0,713	0,750	0,671	0,665		
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	Mittelwert	2,81	2,79	2,90	2,80	n.s.	
	Median	3,00	3,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,966	1,023	0,989	1,025		
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	Mittelwert	3,60	3,64	3,67	3,71	<0,001	0,032
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,696	0,720	0,659	0,637		
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z.B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	Mittelwert	3,51	3,51	3,56	3,56	0,064	0,018
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,741	0,788	0,738	0,742		
Hohes Datenschutzniveau	Mittelwert	3,58	3,53	3,60	3,63	<0,001	0,031
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,705	0,788	0,699	0,691		
klare/transparen-te Haftungsregelungen	Mittelwert	3,70	3,68	3,74	3,72	n.s.	
	Median	4,00	4,00	4,00	4,00		
	StdAbw.	0,594	0,652	0,574	0,593		
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	Mittelwert	3,26	3,27	3,25	3,22	n.s.	
	Median	3,00	4,00	3,00	3,00		
	StdAbw.	0,881	0,907	0,901	0,904		

3.2.8.4 Analyse der Subgruppe Versorgungsbereich

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 164: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Versorgungsbereich

	Kruskal-Wallis-Test	Post-hoc-Tests: Dunn-Bonferroni-Tests	
	H-Wert; p-Wert	Gruppen	p-Wert
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	582,460; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	0,001
Schulungsangebote für meine Patient:innen	696,158; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	n.s.
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	3,886; n.s.		
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	130,706; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	<0,001
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	<0,001
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	64,616; <0,001	Haus. V. – Fach. V.	n.s.
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	29,978; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	n.s.
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001
		Haus. V. – Fach. V.	0,006
hohes Datenschutzniveau	161,951; <0,001	Haus. V. – Fach. V.	n.s.
		Haus. V. – Psych. V.	<0,001
		Fach. V. – Psych. V.	<0,001
klare/transparente Haftungsregelungen	2,002; n.s.		
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer	16,846; <0,001	Psych. V. – Haus. V.	n.s.
		Psych. V. – Fach. V.	<0,001

Muttersprache (z. B. Untertitel)		Haus. V. – Fach. V.	n.s.
----------------------------------	--	---------------------	------

Anzahl Gruppen: 3 (Hausärztliche Versorgung, Fachärztliche Versorgung, Psychotherapeutische Versorgung)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 165: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit von der Versorgungsbereich

		Hausärztliche Versorgung	Fachärztliche Versorgung	Psychotherapeutische Versorgung	Chi ² -Test	p-Wert	Cramér's-V
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	Mittelwert	2,88	3,01	2,22	590,993	<0,001	0,242
	Median	3	3	2			
	StdAbw.	1,002	0,981	1,011			
Schulungsangebote für meine Patient:innen	Mittelwert	2,85	2,9	2,12	722,680	<0,001	0,269
	Median	3	3	2			
	StdAbw.	0,937	0,95	0,925			
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	Mittelwert	3,63	3,64	3,66	5,215	n.s.	
	Median	4	4	4			
	StdAbw.	0,691	0,685	0,682			
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	Mittelwert	2,87	3,02	2,63	136,193	<0,001	0,116
	Median	3	3	3			
	StdAbw.	0,985	0,966	1,033			
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	Mittelwert	3,63	3,64	3,74	80,342	<0,001	0,088
	Median	4	4	4			
	StdAbw.	0,677	0,674	0,633			
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/ angepasste Abschlüsse bei	Mittelwert	3,56	3,63	3,48	46,394	<0,001	0,069
	Median	4	4	4			
	StdAbw.	0,713	0,664	0,822			

ausschließlicher Nutzung, Quotierung)							
hohes Datenschutzniveau	Mittelwert	3,51	3,52	3,74	172,203	<0,001	0,128
	Median	4	4	4			
	StdAbw.	0,758	0,753	0,617			
klare/transparenente Haftungsregelungen	Mittelwert	3,71	3,71	3,73	11,171	n.s.	
	Median	4	4	4			
	StdAbw.	0,586	0,619	0,589			
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	Mittelwert	3,25	3,29	3,19	25,309	<0,001	0,051
	Median	3	4	3			
	StdAbw.	0,893	0,905	0,906			

3.2.8.5 Analyse der Subgruppe Videosprechstundenanbieter

Unterschiede in den zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren in Subgruppen

Tabelle 166: Unterschied der zentralen Tendenzen der fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung nach Videosprechstundenanbieter

	Mann-Whitney-U-Test	
	U-Wert	p-Wert
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	1.899.923,0	<0,001
Schulungsangebote für meine Patient:innen	2.085.813,5	<0,001
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	2.936.474,5	<0,001
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	3.007.107,0	0,006
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	2.791.123,5	<0,001
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z.B. keine/angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	2.837.589,5	<0,001
hohes Datenschutzniveau	2.773.324,5	<0,001
klare/transparente Haftungsregelungen	3.176.617,5	<0,001
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	2.735.987,0	n.s.

Anzahl Gruppen: 2 (Videosprechstundenanbieter ja/nein)

Zusammenhänge zwischen der Einstellung zu fördernden Faktoren und Subgruppen

Tabelle 167: Einstellungen zu fördernden Faktoren für die Videosprechstundennutzung in Abhängigkeit vom Videosprechstundenanbieter

		Ja	Nein	Chi ² -Test	p-Wert	Cramérs-V
Schulungsangebote zur Einführung für mich und mein Praxisteam	Mittelwert	2,20	2,94	613,947	<0,001	0,345
	Median	2,00	3,00			
	StdAbw.	0,991	1,00			

Schulungsangebote für meine Patient:innen	Mittelwert	2,22	2,80	440,961	<0,001	0,294
	Median	2,00	3,00			
	StdAbw.	0,957	0,97			
einfache/intuitive Bedienung der Video-Software	Mittelwert	3,77	3,57	123,224	<0,001	0,152
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,557	0,75			
Video-Software mit vielen Funktionen (z. B. Chat, Einbindung der ePA)	Mittelwert	2,77	2,85	8,928	0,030	0,042
	Median	3,00	3,00			
	StdAbw.	1,02	1,01			
Video-Software funktioniert stabil (ohne „Ruckeln“)	Mittelwert	3,82	3,58	202,053	<0,001	0,195
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,495	0,73			
angepasste Vergütungsstruktur und -höhe (z. B. keine/ angepasste Abschläge bei ausschließlicher Nutzung, Quotierung)	Mittelwert	3,60	3,51	24,891	<0,001	0,070
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,712	0,77			
hohes Datenschutzniveau	Mittelwert	3,76	3,50	196,081	<0,001	0,192
	Median	4,00	4,00			
	StdAbw.	0,558	0,78			
klare/transparente Haftungsregelungen	Mittelwert	3,77	3,68	34,764	<0,001	0,081
	Median	4	4,00			
	StdAbw.	0,502	0,65			
Unterstützung in der Kommunikation mit Patient:innen anderer Muttersprache (z. B. Untertitel)	Mittelwert	3,28	3,22	28,879	<0,001	0,077
	Median	3	3,00			
	StdAbw.	0,848	0,93			

Anlage 7: Blueprint mit Handlungsempfehlungen für Gesetzgeber und Selbstverwaltung im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen“ (01VSF20011)

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	3
III.	Tabellenverzeichnis	3
	Executive Summary	4
1.	Hintergrund	8
2.	Rahmenbedingungen	13
2.1	Bewusstsein und Bedarf.....	13
2.1.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	13
2.1.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	13
2.2	Videosprechstunden-Software	25
2.2.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	25
2.2.1	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	26
2.3	Vergütung.....	28
2.3.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	28
2.3.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	30
2.4	Vermittlung von Kompetenzen	36
2.4.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	36
2.4.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	37
3.	Handlungsfelder in der Praxis	41
3.1	Individuelle Infrastruktur	41
3.1.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	41
3.1.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	42
3.2	Organisation und Durchführung	43
3.2.1	Hintergrund und Problembeschreibung.....	43
3.2.2	Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen	44
4.	Zusammenfassende Empfehlungen	47
IV.	Referenzen	49

I. Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen
BA-Beschluss	Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition/-en
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung/-en
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
SmED	Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektablauf und Methodik.....	9
Abbildung 2: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden	11
Abbildung 3: Einschätzung zu Versorgungsanlässen aus Perspektive von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung.....	17
Abbildung 4: Zustimmung zur Möglichkeit der ausschließlichen Nutzung von Videosprechstunden im Behandlungsfall nach (aggregierten) Fachgruppen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung).....	24
Abbildung 5: Bundesärztekammer-Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde....	38
Abbildung 6: Exemplarischer Workflow zur Implementierung von Videosprechstunden	45
Abbildung 7: Exemplarischer Workflow zur Durchführung von Videosprechstunden in der Praxis.....	46

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teilnehmende am Abschluss-Symposium im Projekt PräVi.....	12
Tabelle 2: Einschätzung zu Versorgungsanlässen von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen.....	19
Tabelle 3: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung.....	21
Tabelle 4: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung	22
Tabelle 5: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung.....	23
Tabelle 6: Einschätzung von Kinder- und Jugend-Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und/oder Jugendlichen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung)	25

Executive Summary

Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile mit dem Einsatz der Videosprechstunde (VS-Einsatz) in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, finden diese nur zögerlich Einzug in die Versorgung. Erst mit Beginn der Covid-19-Pandemie stieg die absolute Anzahl durchgeführter Videosprechstunden deutlich, wobei selbst zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens nur ein extrem geringer Anteil aller Behandlungsfälle Videosprechstunden umfasste. Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens ging auch die VS-Nutzung zurück, verblieb jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie (Hüer et al., 2025). Ziel dieses Blueprints, der im Rahmen des PräVi-Projektes (01VSF20011) entstanden ist, ist es daher, praxisorientierte und versorgungsnahе Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Partner der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung, die einzelnen medizinischen Leistungserbringenden sowie die Patient:innen aufzuzeigen, um den präferenzgerechten VS-Einsatz zu fördern.

Methodischer Hintergrund dieser Handlungsempfehlungen ist ein Mixed-Methods-Ansatz, der qualitative und quantitative Methoden verbindet. Ausgangspunkt bildete eine systematische Recherche zu Einsatzmöglichkeiten von Videosprechstunden sowie Hürden bei deren Implementierung. Anhand von GKV-Abrechnungsdaten (2017-2023) wurde der Ist-Stand der VS-Nutzung erhoben. In Diskussionsrunden mit Leistungserbringenden und Versicherten wurden Erfahrungen mit der Videosprechstunde diskutiert. Kern der Studie bildete eine Befragung von Leistungserbringenden und Versicherten. Die Ergebnisse wurden in Workshops sowie in einem Abschluss-Symposium diskutiert und in Handlungsempfehlungen überführt.

Sechs Handlungsfelder für die Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden wurden identifiziert, die sich zwei Ebenen zuordnen lassen: So umfassen die Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf", "Videosprechstunden-Software", "Vergütung" sowie "Vermittlung von Kompetenzen" übergeordnete Rahmenbedingungen. Die zweite Ebene umfasst Handlungsfelder in der Praxis, zu denen die "Individuelle Infrastruktur" sowie die "Organisation und Durchführung" gehören.

Bewusstsein und Bedarf

In der PräVi-Studie wurde eine Diskrepanz zwischen dem Interesse der Versicherten an Videosprechstunden und der verbreiteten Auffassung von Leistungserbringenden, ihre Versicherten wünschten keine Videosprechstunden deutlich. Zudem war einem relevanten Anteil der Versicherten nicht bewusst, dass Videosprechstunden als Alternative zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Anspruch genommen werden können. Das fehlende Wissen zur Existenz der Videosprechstunde ist jedoch kein isoliertes Problem einzelner Versichertengruppen (z. B. älterer Menschen), sodass für Aufklärungskampagnen eine breit angelegte Vorgehensweise

über soziale Medien und postalische Informationen zu empfehlen ist. Dabei könnten zum einen die Vorteile der VS-Nutzung für Versicherte betont werden, um den Bedarf bei diesen zu wecken, der dann an Leistungserbringende herangetragen werden kann (Pull-Strategie). Außerdem könnte es hilfreich sein, auf geeignete Einsatzmöglichkeiten für die Videosprechstunde hinzuweisen, um Versicherte bereits im Vorfeld zu befähigen, besser abschätzen zu können, ob ihre Anliegen für eine Videosprechstunde geeignet sind, sodass eine gewisse Selbstselektion erfolgt. Da Leistungserbringende die zentralen Gate-Keeper zum VS-Einsatz zu sein scheinen, ist es zudem wichtig, diesen ein positives Aufwand-Nutzen-Verhältnis aufzuzeigen. Insbesondere auf die neu geschaffene Möglichkeit der Arbeit aus dem Home-Office, das flexiblere Füllen von Lücken im Terminkalender sowie auf die Bedeutung im Wettbewerb um die Gewinnung bzw. das Halten von Praxispersonal sollte hingewiesen werden. Leistungserbringende könnten zudem davon profitieren, zu erfahren, wofür Kolleg:innen (der gleichen Fachgruppe) mit VS-Erfahrung Videosprechstunden einsetzen. Daher sollte zu geeigneten Einsatzmöglichkeiten (u. a. Versorgungsanlässe, Indikationen, gezielte Einbindung in die Patientenbehandlung) aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Befragung könnten Anhaltspunkte dafür liefern. Ziel dabei ist es nicht, einen abschließenden Katalog vorzustellen, sondern ein "Meinungsbild" von Leistungserbringenden mit VS-Erfahrung zu vermitteln, welches die Entscheidungsfindung unterstützen soll.

Videosprechstunden-Software

Im Vergleich zu den anderen abgefragten Hürden waren Bedenken beim Datenschutz sowohl für Leistungserbringende als auch für Versicherte weniger relevant. Während einige Versicherte eine Gefährdung sensibler Daten befürchteten, empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. Die Leistungserbringenden äußerten mehrheitlich Vertrauen in die zertifizierten Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) definiert detaillierte Anforderungen an Videodienstanbieter. Diese Anforderungen umfassen sowohl Aspekte der Informationstechniksicherheit als auch des Datenschutzes. Betrachtet man die umfassenden Anforderungen genauer, scheint der Fokus notwendiger Maßnahmen insbesondere auf einer transparenten Einhaltung sowie Aufklärung über die bestehenden Regelungen zu liegen als in einer Erweiterung dieser (vgl. u. a. Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf" und "Vermittlung von Kompetenzen").

Vergütung

In der PräVi-Studie zeigte sich (auch unter Leistungserbringenden) ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe von Videosprechstunden. Die im Rahmen der Befragung durchgeführte Präferenzhebung ergab Anhaltspunkte darauf, dass eine reine Anhebung der Vergütung für Videosprechstunden ggf. kein angemessenes Instrument sein

könnte, um die Zielgruppen zu erreichen, die Videosprechstunden bislang nur zögerlich einsetzen (Leistungserbringende mit ländlichem Praxisstandort und Hausärzt:innen). Hier könnte durch eine höhere Vergütung eher ein Mitnahmeeffekt der Leistungserbringenden ausgelöst werden, die der Videosprechstunde gegenüber bereits überwiegend positiv eingestellt sind.

Vor dem Hintergrund des umfassenden gesetzlichen Auftrags durch das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz), den in der PräVi-Studie erhobenen hemmenden und fördernden Faktoren im Kontext der Vergütungssystematik und den verfügbaren Stellungnahmen relevanter Akteure der Selbstverwaltung wurden diverse Anpassungsansätze im Projekt diskutiert: Es wurde u. a. erörtert, wie eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung behandlungsfallbezogener Quoten erfolgen könnte. Diskutiert wurde(n): fachgruppenspezifische Quoten sowie eine Differenzierung nach dem Status "bekannte/r" / "unbekannte/r" Patient:in. Außerdem könnten Patient:innen mit einem Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in den Quoten berücksichtigt werden, um deren Zugang zur Versorgung via Videosprechstunde zu fördern. Qualitätszuschläge wurden u. a. für Leistungserbringende diskutiert, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen; hier wurde die Förderung einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung betont, während zusätzliche Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden. Auch die Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde könnte mit Zuschlägen einhergehen. Mit einem Beschluss in der 778. Sitzung des Bewertungsausschusses Ärzte wurden die gesetzlichen Aufträge durch das Digital-Gesetz umgesetzt. Gemeinsamkeiten und Abweichungen von den im Projekt erarbeiteten Ansätzen werden in Kapitel 2.3 dargestellt.

Vermittlung von Kompetenzen

Knapp die Hälfte der befragten Leistungserbringenden betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Im Gegensatz dazu sahen nur knapp ein Fünftel der Versicherten eine fehlende Erfahrung als hindernden Faktor an; bestimmte vulnerable Gruppen (insb. ältere Personen, Nicht-Berufstätige) waren jedoch stärker betroffen. Vor diesem Hintergrund wünschten sich etwa zwei Drittel der Leistungserbringenden Schulungsangebote für sich und ihr Praxisteam sowie für ihre Patient:innen. Auch ein Großteil der Versicherten wünschte sich Informationsangebote zur Videosprechstunde. In der ärztlichen Ausbildung gibt es bislang keine standardisierten Module zur Telemedizin. Jedoch gibt es diverse Initiativen, Digitalkompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu schulen und im Curriculum zu etablieren. Dazu gehört insbesondere der 2021 veröffentlichte Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0), der im Sinne eines Kerncurriculums bislang noch Empfehlungscharakter für die Fakultäten hat, jedoch in der zukünftigen Approbationsordnung verankert und damit zukünftig verbindlich werden soll (BT-Drucksache

20/10321). Die Bundesärztekammer hat 2023 ein Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde veröffentlicht, dessen Umsetzung jedoch nur sehr zögerlich erfolgt. Darüber hinaus gibt es Seminare von privaten Schulungsunternehmen sowie von Herstellern der Videodienste. In den bestehenden Angeboten scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag nicht berücksichtigt, obwohl diese eine zentrale Herausforderung darstellt (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung"). Außerdem werden weitere Angebote für medizinisches Praxispersonal sowie für Patient:innen benötigt.

Individuelle Infrastruktur

Eine fehlende technische Ausstattung zeigte sich eher bei Leistungserbringenden als bei Versicherten. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass einigen Leistungserbringenden das notwendige Wissen über die oft niedrigschwellige Ausstattung für den VS-Einsatz gemäß § 4 Anlage 31b BMV-Ä fehlt. Zur Finanzierung der notwendigen Software zur Durchführung von Videosprechstunden ist im EBM eine eigene GOP (01450) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für Leistungserbringende an dieser Stelle Maßnahmen notwendig sind. Patient:innen, denen eher die geeignete Technik fehlt und solche, die vermehrt ambulante Inanspruchnehmende sind, stimmen weitestgehend überein: chronisch kranke und ältere Personen. Speziell für diese Gruppen könnten unterstützende Maßnahmen bedacht werden. Eine durch das Digital-Gesetz initiierte Maßnahme in diesem Kontext ist der Anspruch auf die sogenannte "Assistierte Telemedizin in Apotheken". Eine ursprünglich bis zum 31. März 2025 gesetzlich vorgesehene Einigung zur konkreten Ausgestaltung und Vergütung dieser Leistungen wurde noch nicht erzielt (Stand Juni 2025).

Organisation und Durchführung

Videosprechstunden werden von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit assoziiert, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erheblich erschwert. Um eine angemessene Versorgungsqualität in Videosprechstunden zu gewährleisten und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren, könnten Leistungserbringende für ihre Praxis Ein- und Ausschlusskriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden definieren. Diese könnten auch dem Praxispersonal bei der Vergabe von VS-Terminen helfen oder die strukturierte Online-Terminvergabe unterstützen. Für die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien könnten die in der PräVi-Studie erhobenen Befragungsergebnisse genutzt werden (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf"). Um Mehrarbeit in Praxen zu vermeiden, sollten klare Abläufe und Verantwortlichkeiten in der individuellen Praxis entwickelt werden. Operationalisiert werden könnte dies in strukturierten Ablaufdiagrammen, sogenannten SOPs (Standard Operation Procedure), die bspw. gemeinsam im Team einer Praxis oder übergreifend bspw. für Praxisnetze entwickelt werden könnten.

1. Hintergrund

In Deutschland können Videosprechstunden seit April 2017 abgerechnet werden; zunächst jedoch nur von wenigen Facharztgruppen und nur für ausgewählte Indikationen sowie Folgetermine. Im zweiten Quartal 2019 wurden diese Einschränkungen weitgehend aufgehoben und die Beurteilung der Angemessenheit einer Diagnose oder Behandlung per Videosprechstunde wurde in die Entscheidungsverantwortung des Arztes/der Ärztin gestellt (Bundestags [BT]-Drucksachen 20/4982, 19/6020). Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile für Leistungserbringende und insbesondere Patient:innen mit dem Einsatz von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, spielten diese von 2017 bis zur Covid-19-Pandemie kaum eine Rolle in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (BT-Drucksache 19/6020).

An diese Thematik knüpfte das vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses geförderte Projekt mit dem Titel „Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen“ (Förderkennzeichen 01VSF20011), im Folgenden kurz PräVi genannt, an. PräVi wurde noch vor der Covid-19-Pandemie geplant, startete im April 2021 und endete nach dann insgesamt 45 Monaten am 31. Dezember 2024. Das Studienkonsortium wurde durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen geleitet; Konsortialpartner im Projekt waren die Techniker Krankenkasse, die AOK Nordost, die AOK NordWest sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe.

Ziel des Projektes war die Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz der Videosprechstunde in städtischen und ländlichen Regionen. Dafür sollte untersucht werden, wie die Videosprechstunde genutzt werden kann, um die ambulante Versorgung sinnvoll zu ergänzen. Folgende Kernfragestellungen wurden thematisiert:

- Wie wird die Videosprechstunde aktuell in der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingesetzt?
- Welche Präferenzen haben Versicherte/Patient:innen und Leistungserbringende für den Videosprechstunden-Einsatz?
- Worin könnte ein Auseinanderfallen von tatsächlicher Nutzung und Einsatzmöglichkeiten/Präferenzen begründet sein? Was hemmt derzeit die Nutzung der Videosprechstunde auf Seite der Versicherten und Leistungserbringenden?
- Welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen könnten den Videosprechstunden-Einsatz fördern? Wie sollten gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen ausgestaltet sein?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurde die PräVi-Studie in mehrere Phasen unterteilt durchgeführt, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

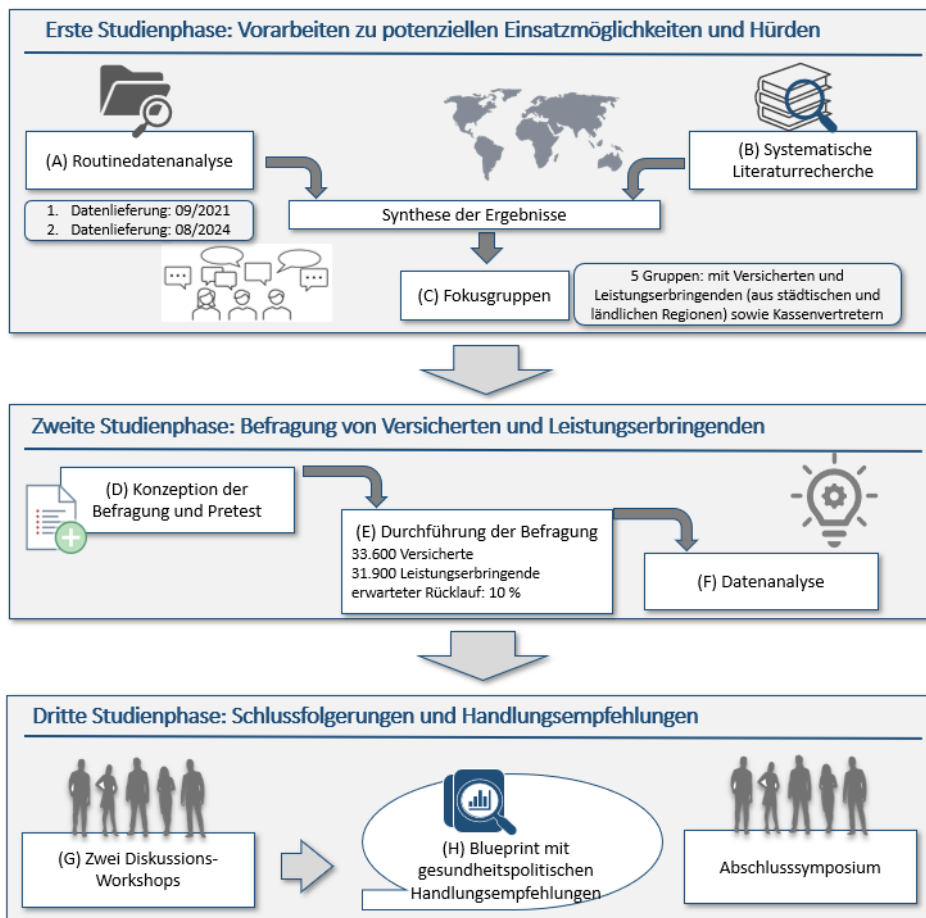


Abbildung 1: Projektablauf und Methodik

Ausgangspunkt bildete im Jahr 2021 eine systematische Recherche der nationalen und internationalen Studienlage zu den Einsatzmöglichkeiten von Videosprechstunden sowie möglichen Hürden bei der Implementierung. Parallel wurde anhand von Abrechnungsdaten der Jahre 2017 bis 2020 der beteiligten Krankenkassen und KVen der Status quo der Videosprechstunden-Nutzung in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung erhoben. Um die (insbesondere vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie) veränderte Inanspruchnahme von Videosprechstunden im Projektverlauf zu berücksichtigen, erfolgte zudem eine zweite (gekürzte) aggregierte Routinedatenlieferung, die die Jahre 2021 bis 2023 umfasste. Im Jahr 2022 wurden insgesamt fünf Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Hier waren medizinische Leistungserbringende und Versicherte aus städtischen und ländlichen Regionen sowie Vertreter:innen der beteiligten Krankenkassen involviert. In den Diskussionsrunden konnten die Versicherten und Ärzt:innen sowie psychologischen Psychotherapeut:innen einbringen, welche Erfahrungen sie bisher mit der Videosprechstunde gemacht haben und/oder welche Erwartungen sie an diese stellen. Kern der PräVi-Studie und dieser Handlungsempfeh-

lungen bildete eine Befragung zur Erhebung von Präferenzen für die Ausgestaltung von Videosprechstunden. Dabei wurden ca. 34.000 Mitglieder der beteiligten KVen kontaktiert; wenige Fachgruppen wie bspw. Labor- und Nuklearmediziner:innen waren von der Befragung ausgenommen. Außerdem wurden ca. 34.000 Versicherte der beteiligten Krankenkassen in den Regionen Westfalen-Lippe, Berlin, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern kontaktiert. Es antworteten ca. 18 % (5.930) der angeschriebenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sowie 14 % (4.600) der Versicherten.

Wie eingangs erwähnt, wurden Videosprechstunden vor der Covid-19-Pandemie in der ambulanten Versorgung nahezu nicht genutzt. Erst mit Beginn der Pandemie, die zum Zeitpunkt der Antragserstellung noch nicht absehbar war, fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte in Teilbereichen eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. In diesem Zusammenhang wird oft von einem regelrechten "Boom" der Videosprechstunde berichtet. Betrachtet man jedoch die tatsächliche Entwicklung abgerechneter Videosprechstunden fällt zwar auf, dass sie in der Pandemie um ein Vielfaches angestiegen ist; dies hängt jedoch mehr mit der initial kaum vorhandenen Nutzung als mit einem flächendeckenden Einsatz der Videosprechstunde zusammen. Selbst im zweiten Quartal 2020, also zu Hochzeiten des Infektionsgeschehens, umfassten lediglich 0,5 % aller in der Routinedatenanalyse betrachteten Behandlungsfälle mindestens eine Videosprechstunde. Betrachtet man zudem die Entwicklung der Inanspruchnahme, dann spiegelte diese weitestgehend die Entwicklung des Covid-19 Infektionsgeschehens wider: Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens zeigte sich auch ein deutlicher Rückgang der Videosprechstunden-Nutzung; diese verblieb jedoch auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie.

Es wird daher deutlich, dass die flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft nur gelingen kann, wenn Versicherte und insbesondere Ärzt:innen sowie psychologische Psychotherapeut:innen diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptieren, sie als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt ansehen und individuell Vorteile erkennen. Die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – ist daher die Berücksichtigung der Präferenzen der Beteiligten. Das initial und noch vor Beginn der Covid-19-Pandemie verfasste Ziel der Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden, bleibt damit nach wie vor relevant.

Ziel dieser Blaupause ist es daher, praxisorientierte und versorgungsnahe Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber, die Partner der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung, die einzelnen medizinischen Leistungserbringenden sowie die Patient:in-

nen aufzuzeigen, um den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden zu fördern. Abbildung 2 stellt die in der PräVi-Studie identifizierten Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden dar.

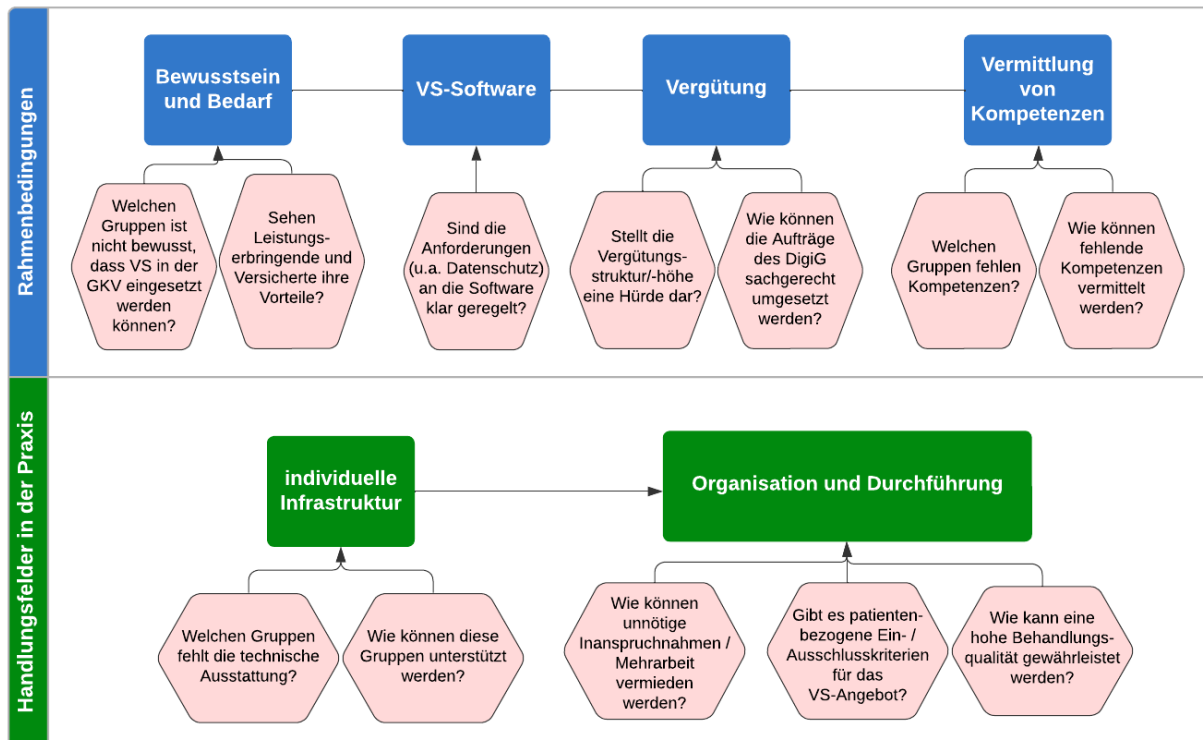


Abbildung 2: Handlungsfelder und Herausforderungen bei der Implementierung und Durchführung von Videosprechstunden

In den folgenden Kapiteln werden für jedes Handlungsfeld zunächst die grundsätzliche Problematik bzw. bestehende Herausforderungen erläutert und daran anknüpfend im Projekt erhobene Forderungen, Maßnahmen sowie aktuelle Initiativen als Lösungsansätze beschrieben. Dabei liegt der Fokus auf Handlungsfeldern bzw. Lösungsansätzen, die die Bereitschaft der medizinischen Leistungserbringenden, Videosprechstunden anzubieten, erhöhen sollen, da diese zurzeit der primäre Gate-Keeper zur flächendeckenden Implementierung von Videosprechstunden zu sein scheinen. So zeigte sich in der Analyse der hemmenden Faktoren für den Einsatz von Videosprechstunden aus der Befragung, dass derzeit nicht das fehlende Interesse der Mehrheit der Patient:innen, sondern eher das fehlende Angebot durch Leistungserbringende eine zentrale Hürde ist: 88 % der befragten Patient:innen gaben an, dass ihnen noch keine Videosprechstunde angeboten wurde, von diesen hätten jedoch 78 % Interesse daran, diese zu nutzen.

Die identifizierten Handlungsfelder lassen sich grob zwei Ebenen zuordnen. So umfassen die Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf", "Videosprechstunden-Software", "Vergütung" sowie "Vermittlung von Kompetenzen" übergeordnete Rahmenbedingungen für den Einsatz von Videosprechstunden. Als Adressaten dieser Handlungsfelder werden zentrale Interessenvertretungen auf Bundes- und Landesebene sowie politische Akteure gesehen.

Zu den Handlungsfeldern in der Praxis gehören "Individuelle Infrastruktur" sowie "Organisation und Durchführung". Die hier beschriebenen Forderungen bzw. Maßnahmen richten sich an die Individualakteure in der Praxis, also insbesondere die medizinischen Leistungserbringenden mit ihrem Praxispersonal, aber auch an Patient:innen.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen spiegeln die gemeinsame Position aller Konsortialpartner des PräVi-Projektes wider. Diese wurden im Rahmen eines Abschluss-Symposiums einem Fachpublikum vorgestellt, um das Verwertungspotenzial des Forschungsprojektes optimal auszuschöpfen. Das Feedback wurde nach gemeinsamem Ermessen des Konsortiums in die vorliegenden Handlungsempfehlungen eingearbeitet. Tabelle 1 stellt die am Symposium vertretenen Institutionen dar.

Tabelle 1: Teilnehmende am Abschluss-Symposium im Projekt PräVi

Berufs- oder Fachverbände/Vertreter:innen von Leistungserbringenden	
1	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
2	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
3	Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)
4	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)
5	Bundesärztekammer
6	KV Westfalen-Lippe
7	KV Berlin
8	KV Schleswig-Holstein
9	Berlin Institute of Health at Charité
10-14	Fünf weitere Vertretungen von Leistungserbringenden (auch auf Bundes- und Landesebene), ohne Einverständnis in Nennung der Institutsbezeichnung
Krankenkassen(-verbände)	
15	Techniker Krankenkasse
16	AOK Nordost
17	AOK NordWest
18	Kassenverband (Bund) ohne Einverständnis in Nennung der Institutsbezeichnung
Patienten-/Selbsthilfverbände	
19	SELBSTHILFE Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Weitere Institutionen	
20	gematik GmbH

2. Rahmenbedingungen

2.1 Bewusstsein und Bedarf

2.1.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Ein Viertel der befragten Versicherten hat noch nie etwas von der Videosprechstunde gehört. 88 % der Befragten, die noch keine Erfahrung mit Videosprechstunden haben, gaben an, dass ihnen noch keine Videosprechstunde angeboten wurde. Gleichzeitig können sich aber drei Viertel der Versicherten (78 %) grundsätzlich vorstellen, Videosprechstunden zu nutzen. In den Befragungsergebnissen stellt das fehlende Angebot aus Sicht der Versicherten die größte Hürde für die Nutzung von Videosprechstunden dar. Die Wahrnehmung unter den Leistungserbringenden ist allerdings konträr: 63 % der befragten Leistungserbringenden denken, dass ihre Patient:innen gar keine Videosprechstunden wünschen. Hier offenbart sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Versicherten, Videosprechstunden zu nutzen, und der Einschätzung der Leistungserbringenden. An dieser Stelle zeigt sich folglich auch, dass die Nicht-Nutzung von Videosprechstunden vermutlich häufig keine bewusste und freiwillige Entscheidung der Versicherten ist.

Vor diesem Hintergrund scheint es einerseits von besonderer Relevanz zu sein, die Personen zu erreichen, denen noch nicht bewusst ist, dass Videosprechstunden als Alternative zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt genutzt werden können (Bewusstsein schaffen) und andererseits Maßnahmen zu identifizieren, mit denen Versicherten und Leistungserbringenden ihre persönlichen Vorteile bzw. ihr Nutzen durch den Einsatz der Videosprechstunde aufgezeigt werden können (Bedarf wecken). In diesem Zuge ist es zudem wichtig, über Einsatzmöglichkeiten der Videosprechstunde aufzuklären.

2.1.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

Bewusstsein schaffen

Das fehlende Wissen zur Existenz der Videosprechstunde ist kein Problem einzelner Versichertengruppen (z. B. älterer Menschen). Dies zeigte sich in einer Subgruppenanalyse im Rahmen der Versichertenbefragung, die keine relevanten Unterschiede nach Altersgruppen, Geschlechtern oder dem Regionstyp des Wohnortes der Versicherten identifizieren konnte.

Insofern ist für Aufklärungskampagnen eine breite Vorgehensweise über soziale Medien und postalische Informationen zu empfehlen. Insbesondere Krankenkassen sind an dieser Stelle verstärkt in die Pflicht zu nehmen, da diese die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz ihrer Versicherten vorzusehen haben (§ 20k SGB V). Dabei könnten die Vorteile der Nutzung von Videosprechstunden für Versicherte betont werden, um den Bedarf bei diesen zu

wecken, sodass sie ihre Ärzt:innen verstärkt nach dem Angebot von Videosprechstunden fragen (Pull-Strategie). Zu den anzuführenden Vorteilen gehören u. a. ein verbesserter (geografischer) Zugang zur Versorgung (Überbrückung von Anfahrtswegen, Mobilitätsbarrieren, emotionalen/krankheitsbedingten Hürden), eine effizientere (in Bezug auf Zeit und Kosten) und flexiblere Umsetzung von Arztterminen (in der Häuslichkeit, in der Mittagspause), eine kontinuierliche Behandlung (trotz Dienstreisen, Umzug etc.), eine Vermeidung von Infektionsquellen (öffentliche Verkehrsmittel, Wartezimmer) sowie die leichtere Thematisierung schambehafteter Themen in der Häuslichkeit (z. B. geringere Hemmschwelle bei erstem Kontakt zur psychotherapeutischen Versorgung). Diese Pull-Strategie ist jedoch eher als Ergänzung zur Weckung des Bedarfs bei den Leistungserbringenden selbst zu sehen, da diese aktuell die primären Gate-Keeper für den Einsatz von Videosprechstunden zu sein scheinen. Neben der Information zu möglichen Vorteilen für Versicherte könnte es ergänzend hilfreich sein, auf grundsätzlich geeignete Einsatzmöglichkeiten (Versorgungsanlässe, Indikationen) hinzuweisen, um keine falsche Erwartungshaltung bei diesen zu wecken. Gleichzeitig könnte so auch Mehrarbeit für Leistungserbringende durch die Aufklärung von Patien:innen mit ungeeigneten Vorstellungen an die Behandlung per Videosprechstunde sowie unnötige Inanspruchnahmen verringert werden. Wenn Versicherte also bereits im Vorfeld befähigt werden, besser abschätzen zu können, ob ihre Anliegen für eine Videosprechstunde geeignet sind, könnte eine gewisse Selbstselektion erfolgen. Zu den eher geeigneten Einsatzmöglichkeiten wird im Folgenden ausgeführt.

Bedarf wecken

Da Leistungserbringende die zentralen Gate-Keeper zum Einsatz der Videosprechstunden zu sein scheinen, ist es wichtig, diesen ihre persönlichen Vorteile verbunden mit einem positiven Aufwand-Nutzen-Verhältnis, aufzuzeigen. Zu den möglichen Vorteilen für Leistungserbringende gehören:

- a. **Leistungserbringung aus dem "Home-Office" ermöglicht durch das Digital-Gesetz (DigiG)** vom 22.03.2024 bei Gewährleistung von Mindestsprechstundenzeiten und offenen Sprechstundenzeiten am Vertragsarztsitz: §24 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wurde dahingehend geändert, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in Form von Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes erbracht werden darf. Konkret ermöglicht dies die Ausführung von Videosprechstunden in Zweigpraxen, ausgelagerten Praxisräumen oder in der Häuslichkeit von Vertragsärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen.
- b. **Flexiblere Terminierung/einfaches Füllen von Lücken im Terminkalender:** Vor dem Hintergrund häufig abgesagter Termine (vgl. u. a. die Diskussion zur Ausfallgebühr bei nicht abgesagten Terminen (u. a. Halbe, 2023)) könnten Lücken im Terminkalender ggf. mit Vi-

deosprechstunden einfacher gefüllt werden. In der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Präferenzhebung unter Versicherten war diesen eine (möglichst kurze) Wartezeit auf eine Videosprechstunde am wichtigsten; gleichzeitig waren sie bereit, im digitalen Wartezimmer länger zu warten.

- c. **Instrument im Wettbewerb bei der Gewinnung bzw. dem Halten von Praxispersonal:** Die für Leistungserbringende neu geschaffene Möglichkeit der Arbeit aus dem Home-Office könnte auch für Praxispersonal bei ausgewählten Arbeiten (z. B. Vor-/Nachbereitung der Videosprechstunde, Terminierung) in Erwägung gezogen werden. Dies könnte ein relevantes Argument im Wettbewerb um Mitarbeitende sein; auch Eltern könnten so bspw. nach der Elternzeit schneller und familienfreundlicher wieder in die Arbeitswelt integriert werden.
- d. **Effizientere Organisation von Haus- oder Pflegeheimbesuchen:** Während bspw. Praxispersonal oder Pflegekräfte in der Häuslichkeit bei den Patient:innen notwendige Untersuchungen durchführen und/oder die Videosprechstunde anleiten könnten, könnten Leistungserbringende sich aus der Praxis zuschalten.
- e. **Mehrwert gegenüber Telefonaten:** Videosprechstunden liefern dem Leistungserbringenden über das Bild zusätzliche Informationen zum/zur Patient:in; dazu gehört bspw. die Mimik und Gestik sowie ein Eindruck von der häuslichen Umgebung.
- d. **Mögliche Vorteile für die Arzt-Patienten-Beziehung oder für die Versorgungsqualität:** Da in der Versichertenbefragung 75 % der Teilnehmenden angaben, grundsätzlich Videosprechstunden in Anspruch nehmen zu wollen, könnte durch das Angebot die Zufriedenheit von Patient:innen erhöht werden. Zudem mag es Situationen in der Patientenbehandlung geben (Umzug, Dienstreisen etc.), in denen die Nutzung von Videosprechstunden Behandlungsabbrüche vermeiden kann. Bei bestimmten Anlässen könnte die räumliche Distanz außerdem die Offenheit bei Patient:innen erleichtern.
- e. **Reduzierte Hygieneaufwände:** Falls infektiöse Patient:innen vorwiegend via Videosprechstunde behandelt werden könnten, können Hygieneaufwände reduziert werden.
- f. **Beitrag zur Nachhaltigkeit:** Die Nutzung der Videosprechstunde stellt eine Reduzierung des CO₂-Fußabdrucks dar, wenn dadurch An-/Abreisen von Patient:innen zum Leistungserbringenden wegfallen. Dies betonte bspw. die Bundesärztekammer (2022) in ihrem Bericht zum Thema "Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität" unter dem Handlungsfeld "Transport".

Aufklären über Einsatzmöglichkeiten

Die Entscheidung über die Durchführung einer Videosprechstunde mit dem/der individuellen Patient:in liegt in der Verantwortung des Leistungserbringenden. Leistungserbringende ohne Videosprechstunden-Erfahrung könnten davon profitieren, zu erfahren, wofür Kolleg:innen

(der gleichen Fachgruppe), die bereits Erfahrung in der Nutzung der Videosprechstunde haben, diese einsetzen. Es sollte daher zu geeigneten Versorgungsanlässen, Indikationen sowie zur Einbindung der Videosprechstunde in die Patientenbehandlung aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der im Rahmen der PräVi-Studie durchgeführten Leistungserbringenden-Befragung könnten Anhaltspunkte dafür liefern. Nachfolgend wird die Einschätzung der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zu geeigneten Versorgungsanlässen und Indikationen, zur angemessenen Einbindung von Videosprechstunden in die Patientenbehandlung sowie zum Einsatz bei Kindern und Jugendlichen dargestellt. Ziel der im Folgenden vorgestellten Einsatzmöglichkeiten ist es jedoch nicht, einen abschließenden Katalog vorzustellen, sondern ein "Meinungsbild" von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zu vermitteln, welches als Orientierungshilfe dienen und die Entscheidungsfindung unterstützen soll.

Versorgungsanlässe

Mögliche Anlässe zur Nutzung der Videosprechstunde sind u. a. Anamnesegespräche, die Besprechung von Untersuchungsergebnissen oder psychotherapeutische Sitzungen (siehe Abbildung 3). Außerdem können Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AU) im Nachgang einer Videosprechstunde ausgestellt werden. Derzeit kann per Videosprechstunde eine AU sowohl bei bekannten (bis zu 7 Tage) als auch bei zuvor unbekanntem (bis zu 3 Tage) Patient:innen ausgestellt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Symptomatik eine Abklärung per Videosprechstunde zulässt. Eine Folgekrankschreibung mittels Videosprechstunde ist nur dann möglich, wenn der/die Patient:in für die vorhergehende AU zu einer persönlichen Untersuchung in der Praxis war. Das Angebot von Videosprechstunden allein zur Ausstellung einer AU ist jedoch seit März 2025 nach Anlage 31c zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) § 9 ausdrücklich unzulässig. Auch die Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln (hier nur Folgeverordnungen), medizinischer Rehabilitation, Krankenförderung sowie häuslicher Krankenpflege (auch hier nur Folgeverordnungen) ist via Videosprechstunde möglich, falls die Erkrankung des/der Patient:in dies nicht ausschließt. Damit eine telemedizinische Verordnung zulässig ist, muss der/die Patient:in der behandelnden Praxis bekannt sein. Zudem setzt dies voraus, dass die für die Verordnung maßgebliche Diagnose sowie Einschränkungen der Funktionsfähigkeit oder Mobilität durch eine vorherige persönliche Untersuchung in der Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs festgestellt wurden. Die Ausstellung von Rezepten für unbekannte Patient:innen ist zwar grundsätzlich möglich, sollte aber auf medizinisch begründete Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Betäubungsmittel dürfen in solchen Fällen jedoch nicht verordnet werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], 2025b).

In der nachfolgenden Abbildung ist die Einschätzung der befragten Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung zur Eignung ausgewählter Versorgungsanlässe für die Videosprechstunde dargestellt.

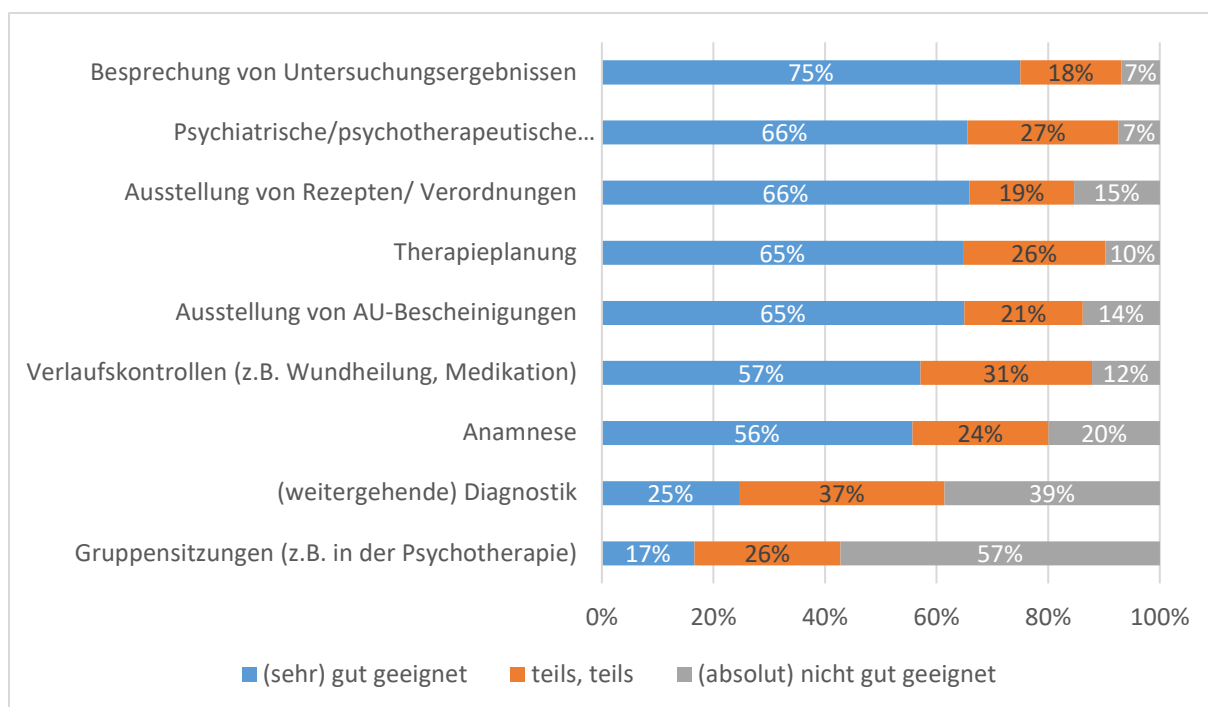


Abbildung 3: Einschätzung zu Versorgungsanlässen aus Perspektive von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung

Die in Abbildung 3 dargestellten Einschätzungen aller Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung variierten in Abhängigkeit vom ausgeübten Versorgungsbereich (hausärztlich, psychotherapeutisch, fachärztlich (im Folgenden immer exklusiv psychotherapeutisch gemeint)) sowie nach Altersgruppen der Leistungserbringenden.

Die Anamneseerhebung mittels Videosprechstunden wird von Leistungserbringenden in der hausärztlichen Versorgung (84 %) und in der fachärztlichen Versorgung (71 %) eher für geeignet gehalten, als von Leistungserbringenden in der psychotherapeutischen Versorgung (48 %). Ähnlich verhält es sich mit der Besprechung von Untersuchungsergebnissen: 91 % der Leistungserbringenden in der hausärztlichen und 90 % der Leistungserbringenden in der fachärztlichen Versorgung schätzen diesen Versorgungsanlass als sehr geeignet oder geeignet ein, während dies nur 69 % der Leistungserbringenden der psychotherapeutischen Versorgung taten. Umgekehrt sind die Einschätzungen zur Eignung der weitergehenden Diagnostik: Obwohl diese insgesamt eher als ungeeignet angesehen wird, wird sie von den in der psychotherapeutischen Versorgung tätigen Leistungserbringenden (29 %) häufiger als geeignet angesehen als von Hausärzt:innen (12 %) und Fachärzt:innen (10 %), was vor dem Hintergrund abweichender diagnostischer Verfahren zwischen diesen Bereichen naheliegend scheint. Verlaufskontrollen halten 65 % der Psychotherapeut:innen und gut die Hälfte der Fachärzt:innen (53 %) für geeignet, während nur 38 % der Hausärzt:innen dies so einschätzten. Psychotherapeutische Einzelgespräche halten 69 % der Psychotherapeut:innen und nur 50 % der Hausärzt:innen für die Erbringung via Videosprechstunde geeignet.

Tabelle 2 erlaubt eine differenzierte Betrachtung der Einschätzungen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen. Dabei zeigen die hellblau hinterlegten Felder Zustimmungswerte (sehr geeignet oder geeignet) > 50 %.

Tabelle 2: Einschätzung zu Versorgungsanlässen von Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach aggregierten Fachgruppen

	Haus- ärzt:in- nen	FÄ Psy- chothera- pie, Psy- chiatrie, Neurolo- gie	Psycholo- gische Psycho- thera- peut:in- nen	FÄ für Gynäko- logie	FÄ für Or- thopädie und Unfall- chirurgie	FÄ für Chirurgie	FÄ für Dermatolo- gie	FÄ für Hals-Na- sen-Oh- ren[HNO] -Heil- kunde	K. u. J. Psycho- thera- peut:in- nen	K. u. J. Ärzt:innen (hausärzt- lich)	K. u. J. Ärzt:in- nen (fachärzt- lich)
	n=285	n=245	n=985	n=30	n=16	n=5	n=22	n=12	n=333	n=23	n=10
Anamnese	84 %* (240)	53 % (126)	46 % (447)	86 % (24)	87 % (13)	100 % (5)	82 % (18)	100 % (12)	49 % (158)	83 % (19)	60 % (6)
(Weitergehende) Diagnostik	12 % (34)	27 % (63)	34 % (321)	11 % (3)	(n<3)	(n<3)	(n<3)	(n<3)	16 % (51)	13 % (3)	(n<3)
Therapieplanung	70 % (198)	67 % (158)	64 % (613)	79 % (23)	67 % (10)	80 % (4)	55 % (12)	64 % (7)	61 % (196)	52 % (12)	60 % (6)
Ausstellen von Rezep- ten/Verordnungen	69 % (195)	68 % (124)	66 % (218)	61 % (17)	73 % (11)	(n<3)	67 % (14)	58 % (7)	61 % (83)	50 % (11)	70 % (7)
Ausstellen von AU- Bescheinigungen	77 % (216)	62 % (117)	63 % (135)	57 % (16)	53 % (8)	(n<3)	41 % (9)	58 % (7)	57 % (58)	41 % (9)	60 % (6)
Besprechung von Untersuchungs- ergebnissen	91 % (258)	75 % (165)	69 % (539)	93 % (27)	80 % (12)	80 % (4)	100 % (21)	83 % (10)	64 % (188)	100 % (23)	80 % (8)
Verlaufskontrollen	39 % (108)	67 % (130)	66 % (290)	36 % (9)	29 % (4)	80 % (4)	73 % (16)	17 % (2)	65 % (108)	35 % (8)	60 % (6)
Psychotherapeuti- sche Einzelgespräche	51 % (116)	71 % (165)	70 % (689)						63 % (207)	40 % (6)	
Gruppensitzungen	19 % (21)	13 % (16)	19 % (87)						14 % (23)	(n<3)	

* Anzahl und Anteil der Leistungserbringenden einer Fachgruppe, die den jeweiligen Versorgungsanlass für (sehr) geeignet halten und die Frage beantwortet haben; daher ist das n der einzelnen Versorgungsanlässe oft kleiner als die Anzahl der Leistungserbringenden insgesamt. FÄ = Fachärzt:innen, K.u.J. = Kinder- und Jugend-...

Neben den untersuchten Unterschieden nach Versorgungsbereichen bzw. aggregierten Fachgruppen wurde ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der Einschätzung zur Eignung von Anamneseerhebungen via Videosprechstunden und den Altersgruppen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung sowie zwischen der Therapieplanung und den Altersgruppen festgestellt. So halten jüngere Leistungserbringende die Therapieplanung über Videosprechstunden eher für geeignet als ältere (<40 Jahre: 74 %; 41- 50 Jahre: 69 % vs. 51- 60 Jahre: 60 %; >60 Jahre: 59 %). Ebenso halten jüngere Leistungserbringende die Anamneseerhebung per Videosprechstunden eher für geeignet als ältere (<40 Jahre: 63 %; 41- 50 Jahre: 60 % vs. 51- 60 Jahre: 53 %; >60 Jahre: 49 %).

Die Einschätzungen der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung unterschieden sich nicht signifikant nach dem Stadt-/Gemeindetyp des Praxisstandortes.

Indikationen

Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung äußerten sich zur teilweisen Erbringung der ärztlichen Versorgung mittels einer Videosprechstunde wie folgt: Insbesondere die als "sehr geeignet" oder "geeignet" eingeschätzten Indikationen werden berichtet, aber auch die Antwort "teils/teils" ist relevant, da bei einigen Indikationen eine starke Tendenz zur Mitte erkennbar war, sodass bei diesen die Notwendigkeit der Prüfung des Einzelfalles durch den/die behandelnde:n Ärzt:in besonders wichtig zu sein scheint.

Die Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung gaben an, dass insbesondere im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen ein Potenzial für den Einsatz von Videosprechstunden besteht. Im Bereich der psychischen Störungen wurden am häufigsten nicht-organische Schlafstörungen (65 %, 1.296), affektive Störungen (56 %, 1.123), Angststörungen (55 %, 1.110), sexuelle Funktionsstörungen (51 %, 952) oder Zwangsstörungen (48 %, 952) als sehr geeignet oder geeignet zur medizinischen Versorgung via Videosprechstunde angesehen. Eine Ausnahme bildeten die Indikationen Schizophrenie (ungeeignet: 59 %, 1.047) sowie schizotype und wahnhaftige Störungen durch psychotrope Substanzen (ungeeignet: 45 %, 824), die eher als ungeeignet für Videosprechstunden eingestuft wurden. Bei den chronischen somatischen Erkrankungen wurden chronische Schmerzen (62 %, 936), Stoffwechselstörungen (46 %, 464), Allergien (41 %, 413) und dermatologische Erkrankungen (37 %, 368) als sehr geeignet oder geeignet für eine Versorgung via Videosprechstunden angesehen. Akute Erkrankungen wurden mehrheitlich als ungeeignet eingestuft.

Die nachfolgenden drei Tabellen erlauben eine differenziertere Betrachtung der Einschätzungen zur Eignung ausgewählter Indikationen nach dem Versorgungsbereich der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung (Tabelle 3: hausärztliche, Tabelle 4: fachärzt-

liche, Tabelle 5: psychotherapeutische Versorgung). Hellblau hinterlegt sind die Felder mit Zustimmungswerten (sehr geeignet oder geeignet) > 50 %. Hellgrau hinterlegt sind die Felder, die unter Berücksichtigung der Antwort "teils/teils" Werte > 50 % ergeben.

Tabelle 3: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der hausärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 63 % (inkl. teils/teils: 91 %)
2	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 56 % (inkl. teils/teils: 87 %)
3	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 36 %)
4	Angststörungen (F40, F41): 48 % (inkl. teils/teils: 81 %)
5	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 44 % (inkl. teils/teils: 79 %)
6	Allergien (chron.): 43,6 % (inkl. teils/teils: 84,8 %)
7	Kopfschmerzen (akut): 43 % (inkl. teils/teils: 80 %)
8	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 43 % (inkl. teils/teils: 82 %)
9	Affektive Störungen (F30-F39): 42 % (inkl. teils/teils: 76 %)
10	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 41 % (inkl. teils/teils: 78 %)
11	Zwangsstörungen (F42): 40 % (inkl. teils/teils: 79 %)
12	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 36 % (inkl. teils/teils: 81 %)
13	Dermatosen (akut): 36 % (inkl. teils/teils: 75 %)
14	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 34 % (inkl. teils/teils: 74 %)
15	Essstörungen (F50): 34 % (inkl. teils/teils: 77 %)
16	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 34 % (inkl. teils/teils: 75 %)
17	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen): 33 % (inkl. teils/teils: 79 %)
18	Entzündungen am Auge (akut): 32 % (inkl. teils/teils: 64 %)
19	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 32 % (inkl. teils/teils: 78 %)
20	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: 30 % (inkl. teils/teils: 66 %)
21	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 27 % (inkl. teils/teils: 69 %)
22	Infektionen der Atemwege (akut): 27 % (inkl. teils/teils: 67 %)
23	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 26 % (inkl. teils/teils: 67 %)
24	Tumorerkrankungen (chron.): 25 % (inkl. teils/teils: 70 %)
25	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 24 % (inkl. teils/teils: 64 %)
26	Hautverletzungen (akut): 23 % (inkl. teils/teils: 55 %)
27	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 22 % (inkl. teils/teils: 71 %)

28	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 21 % (inkl. teils/teils: 55 %)
29	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 20 % (inkl. teils/teils: 64 %)
30	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 19 % (inkl. teils/teils: 47 %)
31	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK chron.): 16 % (inkl. teils/teils: 58 %)
32	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 16 % (inkl. teils/teils: 43 %)
33	Infektionen der Harnorgane (akut): 15 % (inkl. teils/teils: 49 %)
34	Geschlechtserkrankungen (akut): 10 % (inkl. teils/teils: 39 %)
35	Entzündungen am Ohr (akut): 7 % (inkl. teils/teils: 30 %)

Tabelle 4: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der fachärztlichen Versorgung
1	Chronische Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen: 68 % (inkl. teils/teils: 95 %)
2	Dermatologische Erkrankungen, z. B. Psoriasis (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 84 %)
3	Allergien (chron.): 52 % (inkl. teils/teils: 82 %)
4	Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes mellitus (chron.): 50 % (inkl. teils/teils: 83 %)
5	Kopfschmerzen (akut): 47 % (inkl. teils/teils: 83 %)
6	Dermatosen (akut): 44 % (inkl. teils/teils: 76 %)
7	Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. chron. Entz. Darmerkrankungen: 34 % (inkl. teils/teils: 81 %)
8	Hautverletzungen (akut): 33 % (inkl. teils/teils: 60 %)
9	Neurologische Erkrankungen, z. B. Zustand nach Schlaganfall (chron.): 33 % (inkl. teils/teils: 74 %)
10	Schmerzen im Muskel-Skelett-System (akut): 27 % (inkl. teils/teils: 72 %)
11	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, z. B. Rückenschmerzen (chron.): 27 % (inkl. teils/teils: 76 %)
12	Herz-Kreislauf-Erkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, KHK (chron.): 24 % (inkl. teils/teils: 66 %)
13	Tumorerkrankungen (chron.): 22 % (inkl. teils/teils: 69 %)
14	Lungenerkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, COPD (chron.): 22 % (inkl. teils/teils: 64 %)
15	Infektionen des Magen-Darm-Traktes (akut): 19 % (inkl. teils/teils: 58 %)
16	HNO-Erkrankungen, z. B. chronische Rhinosinusitis: 19 % (inkl. teils/teils: 59 %)
17	Infektionen der Atemwege (akut): 19 % (inkl. teils/teils: 49 %)
18	Gefäßerkrankungen, z. B. pAVK (chron.): 19 % (inkl. teils/teils: 53 %)
19	Infektionen der Harnorgane (akut): 18 % (inkl. teils/teils: 41 %)
20	Entzündungen am Auge (akut): 17 % (inkl. teils/teils: 51 %)
21	Geschlechtserkrankungen (akut): 17 % (inkl. teils/teils: 38 %)
22	Augenerkrankungen, z. B. Katarakt (chron.): 13 % (inkl. teils/teils: 46 %)
23	Entzündungen am Ohr (akut): 8 % (inkl. teils/teils: 26 %)

Tabelle 5: Einschätzung zur Eignung ausgewählter Indikationen nach Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung

Ranking	Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung aus der psychotherapeutischen/psychiatrischen Versorgung
1	Nichtorganische Schlafstörungen (F51): 66 % (inkl. teils/teils: 95 %)
2	Affektive Störungen (F30-F39): 60 % (inkl. teils/teils: 92 %)
3	Angststörungen (F40, F41): 56 % (inkl. teils/teils: 91 %)
4	Sexuelle Funktionsstörungen (F52): 53 % (inkl. teils/teils: 88 %)
5	Zwangsstörungen (F42): 49 % (inkl. teils/teils: 88 %)
6	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43): 45 % (inkl. teils/teils: 81 %)
7	Essstörungen (F50): 44 % (inkl. teils/teils: 84 %)
8	Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) (Konversionsstörungen): 40 % (inkl. teils/teils: 78 %)
9	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69): 35 % (inkl. teils/teils: 76 %)
10	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98): 31 % (inkl. teils/teils: 69 %)
11	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19): 20 % (inkl. teils/teils: 55 %)
12	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29): 10 % (inkl. teils/teils: 39 %)

Grad der Einbindung in die Patientenbehandlung

63 % (1.345) der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung können sich grundsätzlich vorstellen, einzelne Patient:innen in einem Behandlungsfall auch ausschließlich mit Videosprechstunden zu behandeln. Bei den Leistungserbringenden, die noch nie oder selten Videosprechstunden angeboten haben, können sich dies nur 37 % vorstellen.

Betrachtet man die Einschätzung der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung nach (aggregierten) Fachgruppen, dann sind Dermatolog:innen, hausärztlich tätige Ärzt:innen und Gynäkolog:innen der ausschließlichen Nutzung gegenüber am positivsten eingestellt (vgl. Abbildung 4).

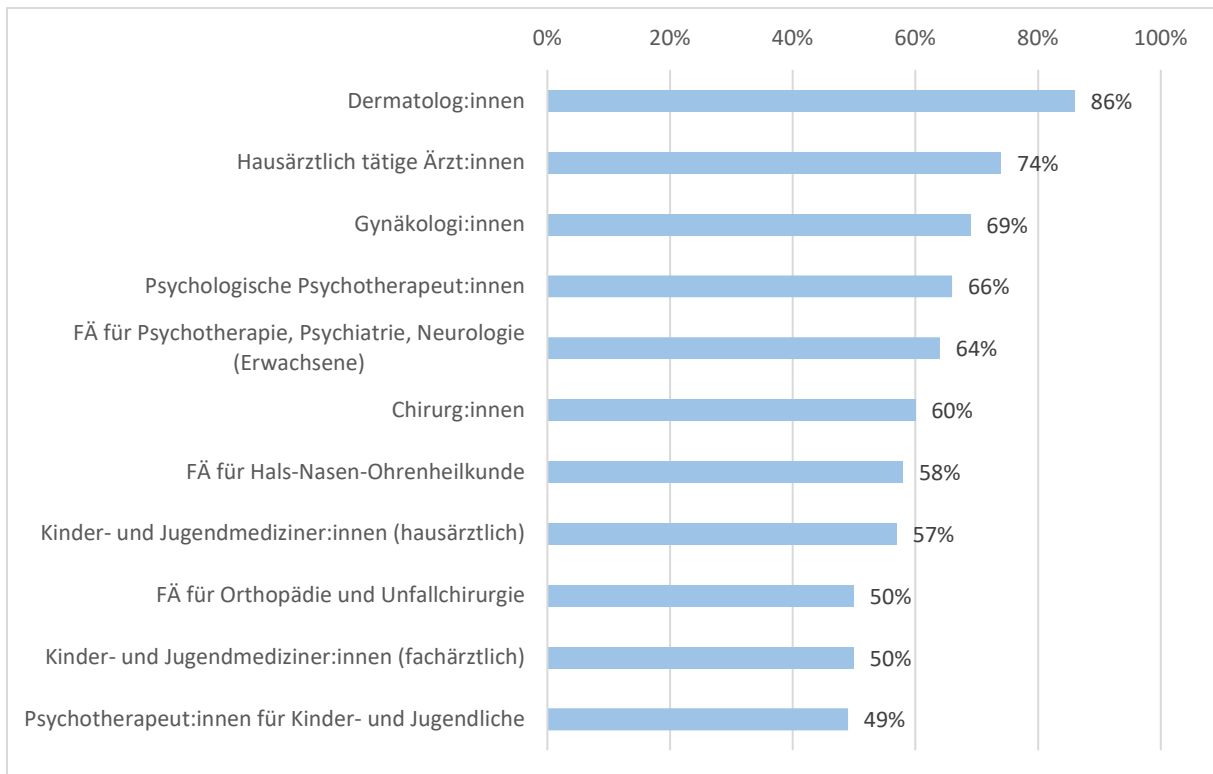


Abbildung 4: Zustimmung zur Möglichkeit der ausschließlichen Nutzung von Videosprechstunden im Behandlungsfall nach (aggregierten) Fachgruppen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung)

Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und Jugendlichen

Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung stufen Videosprechstunden mit Kindern und/oder Jugendlichen eher als sinnvoll ein als Leistungserbringende ohne Videosprechstunden-Erfahrung. Eine Mehrheit (58 %) der Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung hält Videosprechstunden jedoch erst bei Jugendlichen (ab 14 Jahren) für geeignet. Nur 26 % halten die Durchführung der Videosprechstunde sowohl mit Kindern als auch mit Jugendlichen für sinnvoll und rund 16 % halten Videosprechstunden weder für Kinder (bis 13 Jahren) noch für Jugendliche für geeignet.

Betrachtet man unter den Leistungserbringenden mit Videosprechstunden-Erfahrung ausschließlich die kinder- und jugendmedizinisch Tätigen, differenziert nach ihrem Versorgungsbereich (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch), zeigt sich folgendes Bild: (Fast) keine dieser Leistungserbringenden halten Videosprechstunden für grundsätzlich ungeeignet bei Kindern oder Jugendlichen. In der haus- und fachärztlichen Versorgung erachten ca. 20 % der Leistungserbringenden die Nutzung nur mit Jugendlichen für sinnvoll, in der psychotherapeutischen Versorgung sind es mit einem Anteil von 45 % deutlich mehr, die Videosprechstunden ausschließlich mit Jugendlichen, aber nicht mit Kindern, einsetzen würden. Demgegenüber hält die Mehrheit der Leistungserbringenden in der hausärztlichen (74 %) und in der fachärztlichen (80 %) Versorgung die Videosprechstunde sowohl für Jugendliche als auch für Kinder

für sinnvoll; die psychotherapeutisch Tätigen sind beim Einbezug von Kindern deutlich skeptischer (53 %) (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Einschätzung von Kinder- und Jugend-Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen zum Einsatz der Videosprechstunde bei Kindern und/oder Jugendlichen (Leistungserbringende mit Videosprechstunden-Erfahrung)

Kinder- und Jugendmediziner:innen (hausärztlich):	Kinder- und Jugendmediziner:innen (fachärztlich):	Psychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche
<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 4 %	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 0 %	<u>nicht</u> mit Kindern und Jugendlichen: 2 %
nur mit Jugendlichen: 22 %	nur mit Jugendlichen: 20 %	nur mit Jugendlichen: 45 %
mit Jugendlichen und Kindern: 74 %	mit Jugendlichen und Kindern: 80 %	mit Jugendlichen und Kindern: 53 %

2.2 Videosprechstunden-Software

2.2.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Ein wiederkehrendes Thema in den durchgeführten Fokusgruppendifkussionen mit Leistungserbringenden und Versicherten waren Probleme mit einer fehlerhaften oder störanfälligen Videosprechstunden-Software. Aufgrund dieser technischen Probleme war es für die anbietenden Leistungserbringenden teilweise notwendig, häufiger die verwendete Software zu wechseln.

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Videosprechstunden-Software war der damit einhergehende Datenschutz. In den Befragungen stuften 40 % der Leistungserbringenden und 25 % der Versicherten Datenschutz-Bedenken als Hürde für den Einsatz von Videosprechstunden ein. Die Fokusgruppendifkussionen zeigten ein geteiltes Bild in Bezug auf diese Hürde: Während einige Versicherte einen Missbrauch bzw. eine Gefährdung sensibler Daten, insbesondere bei Drittanbietern, befürchteten, empfanden andere den Datenschutz eher als überbewertet. Die Leistungserbringenden äußerten mehrheitlich Vertrauen in die zertifizierten Videosprechstunden-Software-Systeme und sahen keinen Nachbesserungsbedarf. In allen Fokusgruppen kam in diesem Zusammenhang die Diskussion auf, ob der Datenschutz eher eine empfundene als eine tatsächliche Hürde sein könnte, ggf. auch aus Angst vor technischen Innovationen.

In den Fokusgruppen gaben jedoch insbesondere psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende auch zu bedenken, dass der Datenschutz bzw. die Privatsphäre nicht allein von der verwendeten Videosprechstunden-Software abhängt, sondern auch von den Rahmenbedingun-

gen (u. a. der Wohnsituation), unter denen Videosprechstunden durchgeführt würden. Insbesondere in der Psychotherapie sei es herausfordernd, eine Situation herzustellen, in der Patient:innen allein seien, ohne dass Familienmitglieder Inhalte von Therapiegesprächen mithören können.

2.2.1 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

83 % der befragten Leistungserbringenden wünschten sich Aufklärung über den Datenschutz, wobei weiblichen Leistungserbringenden, Leistungserbringenden aus der psychotherapeutischen Versorgung und solchen mit Videosprechstunden-Erfahrung dies besonders wichtig war. Klare und transparente Haftungsregelungen wünschen sich zudem 96 % der Leistungserbringenden. In den Fokusgruppendifkussionen wurde darauf hingewiesen, dass sich vor allem Leistungserbringende der Sensibilität von Patientendaten (insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung) bewusst sein müssen.

84 % der befragten Versicherten wünschen sich Aufklärung zum Datenschutz. In den Fokusgruppen äußerten Versicherte in diesem Zusammenhang vor allem Transparenz in Bezug auf die Verwendung ihrer Daten und Aufklärung zu möglichen Risiken. Von Versicherten wurde zudem der Wunsch nach einer externen Behörde geäußert, die auch nach der Zertifizierung von Videosprechstunden-Software-Systemen, die Einhaltung der Vorgaben stichprobenartig prüft.

Exkurs zu den Vorgaben im Bundesmantelvertrag-Ärzte

Anlage 31b zum BMV-Ä definiert detaillierte Anforderungen an Videodienstanbieter, die im Rahmen von Videosprechstunden gemäß § 365 Absatz 1 SGB V zum Einsatz kommen. Diese Anforderungen umfassen sowohl Aspekte der Informationstechniksicherheit gemäß § 2 als auch des Datenschutzes gemäß § 2a der Anlage, welche in Verbindung mit § 5 der Anlage die konkreten Kriterien für die Auswahl und den Einsatz von Videodiensten festlegen.

Im Einzelnen schreibt § 5 Anlage 31b zum BMV-Ä vor, dass ein Videodienst die Anforderungen an die IT-Sicherheit (§ 2) und den Datenschutz (§ 2a) erfüllen muss. Zudem darf ein Zweitzugang für Praxispersonal existieren, der jedoch ausschließlich für organisatorische Zwecke und nicht für die Durchführung von Videosprechstunden durch das Personal bestimmt ist. Während der Videosprechstunde muss der Klurname des/der Patient:in beziehungsweise der Pflegekraft erkennbar sein. Die verwendete Software muss in der Lage sein, ihre Ton- und Bildqualität adaptiv an Schwankungen der Verbindungsqualität anzupassen. Die Nutzungsbedingungen des Videodiensteanbieters müssen vollständig in deutscher Sprache verfasst und ohne vorherige Anmeldung online abrufbar sein. Weiterhin ist das Schalten von Werbung im Kontext der Videosprechstunde untersagt. Der Videodiensteanbieter muss transparent darüber informieren, ob sein Dienst Videokonferenzen mit mehr als zwei Teilnehmenden ermöglicht. Ein

wesentlicher Punkt ist, dass die Nutzung des Dienstes für Versicherte ohne vorherige Registrierung möglich sein muss und ein niederschwelliger Zugang gewährleistet wird.

Die §§ 2 und 2a der Anlage 31b BMV-Ä konkretisieren die Anforderungen an die Informationstechniksicherheit und den Datenschutz. Hier wird hervorgehoben, dass sowohl der Videodiensteanbieter als auch der/die Vertragsärzt:in die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten beachten müssen, insbesondere die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie des SGB V und gegebenenfalls des SGB X. Die Verarbeitung dieser Daten, auch im Auftrag, darf grundsätzlich nur im Inland, in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem gleichgestellten Staat erfolgen. Eine Datenverarbeitung in Drittstaaten ist nur zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der EU-Kommission vorliegt.

Um die Einhaltung dieser Anforderungen zu belegen, sind verschiedene Nachweise und Zertifizierungen erforderlich. Die inhaltlichen Anforderungen gemäß § 5 müssen durch eine Eigenklärung des Videodiensteanbieters gegenüber dem GKV-Spitzenverband und der KBV nachgewiesen werden. Die Anforderungen an die IT-Sicherheit gemäß § 2 bedürfen eines Zertifikats einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle, deren Akkreditierung für den Bereich der technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V gilt. Ebenso müssen die Datenschutzerfordernisse gemäß § 2a durch ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DSGVO für die technische Bereitstellung von Videodiensten an Ärzt:innen zur Durchführung von Videosprechstunden nachgewiesen werden. Auch dieses Zertifikat muss von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle ausgestellt sein. Diese detaillierten Vorgaben sollen sicherstellen, dass der Einsatz von Videodiensten im Rahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sowohl technisch sicher als auch datenschutzkonform erfolgt.

Eine Auflistung zertifizierter Videodienste kann der Internetseite der KBV (2025c) entnommen werden.

Betrachtet man die umfassenden Anforderungen in Anlage 31b zum BMV-Ä an den Videodiensteanbieter zur Datensicherheit sowie zum Datenschutz (§ 5 i. V. m. §§ 2 und 2a), scheint der Fokus notwendiger Maßnahmen insbesondere auf einer transparenten Einhaltung sowie Aufklärung über die bestehenden Regelungen zu liegen als in einer Erweiterung dieser (vgl. u. a. Handlungsfelder "Bewusstsein und Bedarf" und "Vermittlung von Kompetenzen").

2.3 Vergütung

2.3.1 Hintergrund und Problembeschreibung

Im Folgenden soll zunächst die Systematik der Vergütung von Videosprechstunden während des Projektzeitraums dargestellt werden, um vor diesem Hintergrund die Ergebnisse der Befragung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen (2023) sowie der Fokusgruppendifkussionen (2022) einordnen zu können.

Grundsätzlich erfolgt die Vergütung von Videosprechstunden über die Grund- oder Versichertenpauschalen der jeweiligen Arztgruppe (ausgenommen sind die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03030, 04030, 12220, 12225) sowie die nuklearmedizinische Konsiliarpauschale (GOP 17210) oder die Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung (GOP 25214). Die Konsiliarpauschalen der Fachbereiche Laboratoriumsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie können nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Wie für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte besteht auch bei Videosprechstunden die Möglichkeit, Zuschläge für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040/04040), die fachärztliche Grundversorgung, die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060/03061) und für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzt:innen (GOP 06225) abzurechnen. Die Videosprechstunde kann zudem im organisierten Not(-fall)dienst sowie für Notfallkonsultationen im organisierten Not(-fall)dienst abgerechnet werden. Auch Zusatzpauschalen zur Verlaufskontrolle und Auswertung ausgewählter digitaler Gesundheitsanwendungen können per Videosprechstunde erbracht und abgerechnet werden (KBV, 2026).

Wird ein/eine Patient:in im Quartal ausschließlich per Videosprechstunde behandelt, nimmt die KV einen fachgruppenspezifischen prozentualen Abschlag (i. H. v. 20 % z. B. für Hausärzt:innen, 25 % z. B. für Gynäkolog:innen oder 30 % z. B. für HNO-Ärzt:innen) von der jeweiligen Pauschale und von ggf. abgerechneten Zuschlägen vor. Dafür ist der Behandlungsfall vom Leistungserbringenden mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen. Begründet wird dieser Abschlag mit der Tatsache, dass in diesen Pauschalen auch Leistungen abgebildet sind, die online nicht erbracht werden können (z. B. ein Elektrokardiogramm) (Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte (BA-Beschluss), 453. Sitzung). Die Anzahl dieser ausschließlichen Video-Behandlungsfälle war im Projektzeitraum grundsätzlich auf 30 % aller Behandlungsfälle des Arztes/der Ärzt:in oder des/der Psychotherapeut:in beschränkt. Grundsätzlich deshalb, weil es Leistungserbringenden während der Covid-19-Pandemie ermöglicht wurde, unbegrenzt Videosprechstunden anzubieten und abzurechnen, da die KBV und der GKV-SV entsprechende Beschränkungen aufgehoben hatten. Seit April 2022 nach Auslaufen dieser Beschlüsse wurden diese Begrenzungen jedoch wieder eingeführt und von 20 % vor der Pandemie auf 30 % der Behandlungsfälle des/der Ärzt:in angehoben (BT-Drucksache 20/4982).

Zusätzlich zur Videosprechstunde kann ein Technikzuschlag abgerechnet werden, der die Kosten für den Videodienst abdecken soll. Er wird über die GOP 01450 (Bewertung: 40 Punkte/2025: 4,96 Euro) zusätzlich zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet und ist bei allen Videosprechstunden bzw. Videofallkonferenzen anzugeben. Der Zuschlag war pro Quartal auf maximal 1.899 Punkte je abrechnendem/-er Vertragsarzt/-ärztin begrenzt (BA-Beschluss, 453. Sitzung).

Außerdem kann ein Zuschlag für den Aufwand der Authentifizierung eines/einer unbekanntem Patient:in im Rahmen einer Videosprechstunde durch das Praxispersonal abgerechnet werden, da die erforderlichen Daten nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden können. Die GOP 01444 (Bewertung: 10 Punkte/2025: 1,24 Euro) berücksichtigt den zusätzlichen Aufwand des Praxispersonals, um einen/eine der Praxis "unbekannte/n" Patient:in im Rahmen der Videosprechstunde zu authentifizieren. Die Details sind in Anlage 4b zum BMV-Ä ausgestaltet. Als "unbekannt" gelten im Rahmen dieser Regelungen Patient:innen, die noch nie oder nur noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurden. Die GOP 01444 wird extrabudgetär vergütet. Sie wurde zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2025 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen (BA-Beschluss, 453. Sitzung).

Per Videosprechstunde sind außerdem diverse Gesprächsleistungen, Leistungen zu Videofallkonferenzen und Videofallbesprechungen und Leistungen der Psychotherapie durchführbar und abrechenbar. Eine Auflistung dieser Leistungen ist der Übersicht der KBV zu entnehmen (2025b). Zur Abrechnung dieser Leistungen galten im Projektzeitraum (abgesehen von Ausnahmen während der Covid-19-Pandemie) jedoch leistungsbezogene Beschränkungen: Nur 30 % aller Leistungen des EBM-Kapitels 35 (Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie) im Quartal, die per Video möglich sind, konnten per Videosprechstunde durchgeführt werden. Die Obergrenze bezog sich nicht auf jede einzelne GOP, sondern auf die Gesamtpunktzahl der im Quartal abgerechneten GOP des Kapitels 35, die in der Videosprechstunde durchgeführt werden können. Für den Rest war ein persönlicher Kontakt erforderlich. Eine Ausnahme stellte die GOP 35152 für die psychotherapeutische Akutbehandlung dar, da diese Einzelleistung je Psychotherapeut:in patientenübergreifend nur zu 30 % per Video stattfinden durfte. Auch diese leistungsbezogenen Begrenzungen wurden während der Covid-19-Pandemie ausgesetzt und ab April 2022 wieder eingeführt und von 20 % vor der Pandemie auf 30 % angehoben (BT-Drucksache 20/4982).

Im Rahmen der PräVi-Studie wurden Einschätzungen zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe in den Fokusgruppendifkussionen mit Leistungserbringenden, in der Befragung dieser sowie im Abschluss-Symposium mit externen Stakeholdern thematisiert.

In den Fokusgruppen mit Leistungserbringenden zeigte sich ein geteiltes Bild zur Angemessenheit der Vergütungsstruktur und -höhe. Einige Teilnehmende stufen diese nicht als Grund für den geringen Videosprechstunden-Einsatz ein. Andere hielten den Abschlag bei der im Behandlungsfall ausschließlichen Durchführung von Videosprechstunden für nicht angemessen, da Videosprechstunden zu dem Zeitpunkt noch zwingend in der Arztpraxis erbracht werden mussten und damit bspw. Kosten für die Raummiete analog anfielen. Auch die behandlungsfall- und leistungsbezogenen Quotierungsregelungen wurden von einigen Teilnehmenden als Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz eingeschätzt. Vor diesem Hintergrund wurde aber auch die Gefahr geäußert, dass sich insbesondere kommerzielle Anbieter bei gleicher Vergütung und ohne Quotierungsregelungen auf Videosprechstunden spezialisieren könnten, was zu einem aus Einschätzung der Teilnehmenden nicht bedarfsgerechten Videosprechstunden-Einsatz führen würde. Videosprechstunden dürften zudem nicht mit dem Ziel, Kosten für GKV-Leistungen zu reduzieren, eingesetzt werden; es dürfe nicht der Eindruck einer "Billig-Therapie" entstehen. Zudem zeigten sich bei einigen Leistungserbringenden Unklarheiten in Bezug auf bestehende Vergütungs-/Quotierungsregelungen.

Die Ergebnisse der Befragung von Ärzt:innen und psychologischen Psychotherapeut:innen bestätigten dieses durchmischte Bild weitgehend: 63 % der Leistungserbringenden stufen die Vergütung der Videosprechstunde als Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz ein. Etwas stärker ausgeprägt war die Unzufriedenheit bei männlichen Leistungserbringenden (67 %) sowie Leistungserbringenden aus der fachärztlichen (76 %) und der hausärztlichen Versorgung (67 %) Versorgung; deutlich seltener wurde die Vergütung von psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringenden als Hürde wahrgenommen (33 %). 66 % der Leistungserbringenden empfanden zudem Abrechnungsbegrenzungen durch Quotierungsregelungen als hinderlich. Differenziert nach dem Versorgungsbereich stimmten diesem Punkt Fachärzt:innen deutlich häufiger zu als psychotherapeutisch tätige Leistungserbringende (hausärztliche: 67 %, fachärztliche: 75 %, psychotherapeutische Versorgung: 46 %).

2.3.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

In der Befragung der Leistungserbringenden sowie in den Fokusgruppendifkussionen wurden mögliche Ansätze zur Veränderung der Vergütungsstruktur im Zusammenhang mit der Erbringung von Videosprechstunden diskutiert.

In der Befragung gaben 92 % der Teilnehmenden an, sich Anpassungen der Vergütungsstruktur und -höhe für die Videosprechstunde zu wünschen. Das ergänzend durchgeführte Discrete-Choice-Experiment (eine Methode der Präferenzhebung), in dem verschiedene Merkmale zur Ausgestaltung der Videosprechstunde (u. a. Vergütung, Wartezeiten, Zeitraum) gebündelt abgefragt wurden, zeigte, dass die "Vergütung der Videosprechstunde im Vergleich zur Vergütung im persönlichen Kontakt" bei Leistungserbringenden mit dem Praxisstandort in

einer Großstadt das dominierende Merkmal war; die bessere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt verlor in Richtung Landgemeinde an Wichtigkeit. Dieses Ergebnis sollte keinesfalls als Indiz für eine nach Praxisstandort unterschiedlich festzulegende Vergütungshöhe interpretiert werden, sondern eher als Indikator dafür, dass Vergütungsanreize bei Leistungserbringenden in Abhängigkeit vom Praxisstandort unterschiedlich wirken könnten. Unterschiede zeigten sich auch nach dem Versorgungsbereich: Leistungserbringende der psychotherapeutischen Versorgung legten im Vergleich zu den anderen Versorgungsbereichen den größten Wert auf die höhere Vergütung im Vergleich zum persönlichen Kontakt, gefolgt von den Fachärzt:innen und den Hausärzt:innen. An dieser Stelle stellt sich daher die Frage, ob eine reine Anhebung der Vergütung für Videosprechstunden ein angemessenes Instrument darstellen könnte, um die Zielgruppen zu erreichen, die Videosprechstunden bislang nur zögerlich einsetzen (Leistungserbringende mit ländlichem Praxisstandort und Hausärzt:innen). Hier könnte eher ein Mitnahmeeffekt der Subgruppen ausgelöst werden, die der Videosprechstunde gegenüber bereits überwiegend positiv eingestellt sind.

In den Fokusgruppendifkussionen wurde mehrheitlich eine Vergütungshöhe gefordert, die analog zum persönlichen Kontakt in der Arztpraxis ausgestaltet ist ohne Abschlag; eine höhere Vergütung wurde jedoch nicht für notwendig erachtet. Anpassungen der Quotierungsregelungen wurden gefordert.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz — DigiG) vom 22.03.2024 wurden diverse Aufträge in diesem Zusammenhang an die Selbstverwaltungspartner formuliert. Durch das Gesetz wurden zunächst die gesetzlich festgelegten fall- und leistungsbezogenen Begrenzungen zur Erbringung von Videosprechstunden aufgehoben und die Verantwortung für deren Ausgestaltung in die Hände der Selbstverwaltungspartner gelegt. Der Bewertungsausschuss Ärzte hatte festzulegen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Leistungen per Videosprechstunde zukünftig erbracht werden können; dabei wurde ein "weiter Umfang" gefordert. Außerdem waren Qualitätszuschläge vorzusehen (§ 87 Abs. 2n SGB V). Bis Ende 2024 sollten die Bundesmantelvertragspartner zudem Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität bei Videosprechstunden vereinbaren. Dabei sollte unter anderem ein gleichberechtigter Zugang zur Videosprechstunde und eine strukturierte Anschlussversorgung berücksichtigt werden (§ 87 Abs. 2o SGB V).

Vor dem Hintergrund des umfassenden gesetzlichen Auftrags durch das Digital-Gesetz, den in der PräVi-Studie erhobenen hemmenden und fördernden Faktoren im Kontext der Vergütungssystematik von Videosprechstunden und den verfügbaren Stellungnahmen relevanter Akteure der Selbstverwaltung (AOK Bundesverband, 2023a,b; BÄK, 2023a,b; Bundespsychotherapeutenkammer, 2023a,b; KBV 2023a,b; Verband der Ersatzkassen, 2023a,b) wurden im Projekt Anpassungsansätze diskutiert, die schließlich im Abschluss-Symposium im November

2024 einem breiten Publikum vorgestellt und mit diesem erörtert wurden. Diese Ansätze sollen im Folgenden dargelegt werden, bevor im Anschluss daran die von den Selbstverwaltungspartnern tatsächlich beschlossenen Anpassungen vorgestellt und mit den Projektansätzen verglichen werden sollen.

Die Regelungsgegenstände wurden dafür in die Bereiche "Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden", "Umfang/Quotierungsregelungen", "Qualitätszuschläge" sowie ggf. notwendige "Anpassungen an der Bedarfsplanung" unterteilt. Folgende Ansätze wurden im Projekt erörtert:

1. Voraussetzungen für die Erbringung von Videosprechstunden:

- Ein zentraler Diskussionspunkt war die optimale Einbindung der Videosprechstunde in die Präsenz-Behandlung: Während die grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung von Videosprechstunden mit einem/einer individuellen Patient:in in der Verantwortung der behandelnden Ärzt:innen/Psychotherapeut:innen liegen sollte, wurde in bestimmten Konstellationen, z. B. in der Probatorik in der Psychotherapie, die Notwendigkeit eines initialen persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes gesehen. Auch die Umsetzbarkeit einer strukturierten Anschlussversorgung wurde thematisiert.
- Zudem wurde diskutiert, mit welchen Maßnahmen ein gleichberechtigter Zugang zur Videosprechstunde ermöglicht werden könnte. Ein Diskussionsansatz waren Zuschläge für die Versorgung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen via Videosprechstunde.

2. Umfang/Quotierungsregelungen:

- Grundsätzlich wurde die Flexibilisierung durch die Streichung der gesetzlich festgelegten Quoten begrüßt, da die bisherigen starren Grenzen den je nach Versorgungskontext unterschiedlichen Versorgungsanforderungen nicht angemessen Rechnung tragen konnten. Eine ersatzlose Freigabe wurde gleichzeitig kritisch gesehen. Dabei muss jedoch zwischen den leistungs- und den behandlungsfallbezogenen Quoten differenziert werden.
- In Bezug auf die leistungsbezogenen Quoten bestätigten sowohl die Projektergebnisse als auch die Positionen verfügbarer Stellungnahmen überwiegend einheitlich, diese Quotierungsregelung nicht fortzuführen.
- Bei der behandlungsfallbezogenen Quotierung waren die Einschätzungen weniger einheitlich:
 - o Eine ersatzlose Streichung wurde überwiegend abgelehnt, um die Etablierung ortsungebundener Digitalpraxen zu vermeiden und Präsenz- und videoge-

stützte Therapie aus einer Hand sicherzustellen. Außerdem wurde die Befürchtung vor Doppelstrukturen und -untersuchungen bei einer vollständigen Aufhebung dieser Grenzen geäußert.

- Daher wurde diskutiert, wie eine bedarfsgerechte Vorgehensweise bei der Festlegung solcher Quoten erfolgen könnte. Diskutiert wurde(n):
 - fachgruppenspezifische Quoten
 - Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen nicht in Quoten zu berücksichtigen
 - Differenzierung nach Status "bekannte/r"/"unbekannte/r" Patient:in
- Bei Beibehaltung (angepasster) behandlungsfallbezogener Quoten wurde zudem die Notwendigkeit der Anpassung der Abschlagsregelung bei ausschließlich Video-Behandlungsfällen diskutiert:
 - Abhängig von der Höhe der Abschläge und der Indikation könnten Abschläge zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen, um Abschläge zu vermeiden.
 - Abschläge könnten in solchen Fällen wegfallen, die äquivalent zur Vor-Ort-Behandlung durchgeführt werden können (z. B. in (Teilbereichen) der Psychotherapie).

3. Qualitätszuschläge bei/für:

- Integration von Videosprechstunden und Vorortbehandlung: Hier wurde die Förderung eines verlässlichen Behandlungspfades positiv hervorgehoben, während mögliche Anreize für unnötige Präsenztermine kritisch angemerkt wurden.
- Praxen, die Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden einsetzen: Hier wurde die Förderung einer strukturierten und qualitätsorientierten Versorgung betont, während zusätzliche Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen kritisch angemerkt wurden.
- Behandlung von Patient:innen aus schlecht versorgten Regionen per Videosprechstunde (unabhängig vom Praxisstandort, vgl. auch Hinweis zur Nicht-Berücksichtigung bei behandlungsfallbezogenen Quoten): Dafür sprach die Verbesserung des Zugang zur medizinischen Versorgung. Negativ angemerkt wurde jedoch, dass trotzdem eine strukturierte Anschlussversorgung in Präsenz nicht gewährleistet sei und ein Prüfaufwand mit dem Sachverhalt "schlecht versorgte Region" einhergehen würde.

4. Bedarfsplanung:

- Vor dem Hintergrund der ortsunabhängigen Erbringbarkeit von Videosprechstunden wurde diskutiert, ob Anpassungen an den Vorgaben der Bedarfsplanung notwendig sein könnten.
- Allerdings wurde einschränkend betont, dass bei Fällen, bei denen videogestützte und Präsenztherapie aus einer Hand erfolgen sollten, regionale Kapazitätsunterschiede nicht ausgeglichen würden.
- Falls der Zeitaufwand bei der Leistungserbringung via Video als nicht geringer eingeschätzt würde, entstünden durch die Videosprechstunde keine neuen Kapazitäten.

Nachfolgend soll die tatsächliche Umsetzung der Aufträge des Digital-Gesetzes durch die Selbstverwaltungspartner mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses Ärzte nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 778. Sitzung geschildert werden.

Die bisherige leistungsbezogene Quotierungsregelung in Höhe von 30 % wurde aufgehoben; diese Regelung trat rückwirkend zum 1. Januar 2025 in Kraft. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen können somit in Zukunft einzelne Leistungen öfter oder sogar komplett als Videosprechstunde anbieten.

Zudem können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen seit April 2025 mehr bekannte Patient:innen ausschließlich per Video versorgen, denn die vorab bestehende behandlungsfallbezogene Beschränkung in Höhe von 30 % aller Patient:innen wurde mit Wirkung zum 1. April 2025 erweitert und nach unbekanntem und bekannten Patient:innen differenziert. Seitdem können Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen bis zu 50 % ihrer bekannten Patient:innen ausschließlich via Videosprechstunde versorgen. Als "bekannt" gelten Patient:innen, mit denen im aktuellen Quartal oder in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Bei unbekanntem Patient:innen bleibt die bestehende Begrenzung in Höhe von 30 %, wobei sich diese nicht mehr auf alle Behandlungsfälle, sondern nur auf die Behandlungsfälle mit unbekanntem Patient:innen bezieht. Neu ist außerdem, dass diese Obergrenzen nun je Praxis (Betriebsstättennummer) angewendet werden, sodass einzelne Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen die Obergrenzen überschreiten können; vorab galt die behandlungsfallbezogene Begrenzung personenbezogen je Leistungserbringendem.

Seit dem 1. April 2025 wird für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen außerdem ein neuer Zuschlag von 30 Punkten auf die Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale gewährt, falls die Behandlung eines/einer bereits bekannten Patient:in in einem Quartal ausschließlich per Videosprechstunde erfolgt. Dieser Zuschlag wird von der zuständigen KV hinzugefügt und dient als Vergütung dafür, dass die Praxis bei Bedarf die Weiterversorgung des/der Patient:in sicherstellt, beispielsweise indem sie kurzfristig einen Termin in der Praxis anbietet. Die Vergütung erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Aufgrund gesunkener Marktpreise für Videodienste wird ab dem 1. Juli 2025 außerdem der Höchstwert für den Technikzuschlag auf 700 Punkte (vorher 1.899) begrenzt. Diese Summe wird fortan schon bei 18 Videosprechstunden pro Quartal erreicht.

Außerdem wurden die Partner der Bundesmantelverträge mit dem Digital-Gesetz aufgefordert, die Erbringung psychotherapeutischer Sprechstunden und probatorischer Sitzungen im Rahmen einer Videosprechstunde zu ermöglichen (§ 87 Abs. 2p SGB V). Ab dem 1. Januar 2025 können diese Leistungen als Videosprechstunde abgerechnet werden. Damit wurde eine frühere Einschränkung in der Psychotherapie-Vereinbarung aufgehoben, die eine Abrechnung dieser Leistungen per Video nicht vorsah. Die Vereinbarung sieht jedoch weiterhin vor, dass mindestens 50 Minuten der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde und der ersten probatorischen Sitzung im direkten persönlichen Kontakt stattfinden sollen. Zudem wird in der Psychotherapie generell empfohlen, Erstkontakte persönlich durchzuführen (Anlage 1 zum BMV-Ä).

Um sicherzustellen, dass Patient:innen in Videosprechstunden optimal versorgt werden, wurden im BMV-Ä zudem diverse Qualitätsstandards bzw. Anforderungen festgelegt. Für Patient:innen, die per Videosprechstunde behandelt werden, müssen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen eine Anschlussbehandlung sicherstellen. Dies kann durch einen zeitnahen Termin in der Praxis, eine Facharztüberweisung oder eine Krankenhauseinweisung erfolgen, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Ab September 2025 müssen Terminvermittlungsdienste Patient:innen zudem primär Videosprechstunden bei Ärzt:innen in ihrer räumlichen Nähe anbieten. Das Anbieten von Terminen allein zur Erbringung einer bestimmten Leistung, wie zum Beispiel einer AU-Bescheinigung, ist nicht mehr erlaubt (Anlage 31c zum BMV-Ä).

Vergleicht man die im Projekt diskutierten Lösungsansätze mit den tatsächlich von den Selbstverwaltungspartnern umgesetzten Anpassungen des EBM sowie BMV-Ä, werden auf der einen Seite große Überschneidungen deutlich, gleichzeitig bleibt jedoch Raum für ergänzende Regelungen.

In Bezug auf die behandlungsfallbezogenen Quotierungsregelungen deckt sich das Vorgehen (Differenzierung zwischen bekannten und unbekanntem Patient:innen) mit einem im Projekt diskutierten Ansatz. Ergänzend wurden im Projekt jedoch weitere Ansätze für eine differenzierte Vorgehensweise bei der Konzeption von behandlungsfallbezogenen Quoten angeführt: Dazu gehörten fachgruppenspezifische Quoten sowie die Nicht-Berücksichtigung von Patient:innen mit Wohnort in schlecht versorgten Regionen bei der Zählung für die Quoten. Der letztgenannte Vorschlag war aber nicht unumstritten, da dadurch bspw. eine einseitige Versorgung dieser Patientengruppe via Videosprechstunden und damit ggf. einhergehende Versorgungsunterschiede verstärkt werden könnten. Dies sollte jedoch auch vor dem möglichen

Potenzial des Zugangs zur (ansonsten ggf. gar nicht stattfindenden) Versorgung gesehen werden.

Die im Projekt adressierte Gefahr, dass Abschlüsse zu einer (sonst nicht notwendigen) zusätzlichen Einbestellung des/der Patient:in in die Praxis führen könnte, wurde durch die neuen Zuschläge bei der ausschließlichen Behandlung von bekannten Patient:innen via Videosprechstunde adressiert.

Das Thema der Qualitätszuschläge hätte zudem breiter verfolgt werden können. So hätte auch die Nutzung von qualitätsgesicherten Leitfäden zur strukturierten Durchführung von Videosprechstunden ein Ankerpunkt dafür sein können (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung"). Allerdings wurden auch hier die Schattenseiten einer solchen Regelung hervorgehoben (Nachweispflichten, Prüfaufwände und Qualitätssicherungsanforderungen).

Da das Erfordernis der räumlichen Nähe von Ärzt:innen und Patient:innen in den neuen Regelungen stark in den Fokus gerückt wurde (vgl. § 7 Anlage 31c zum BMV-Ä), scheinen zum jetzigen Zeitpunkt Anpassungen an der Bedarfsplanung vernachlässigbar, da insbesondere die Notwendigkeit der strukturierten Anschlussversorgung eine gänzlich ortsunabhängige Versorgung ausschließt.

2.4 Vermittlung von Kompetenzen

2.4.1 Hintergrund und Problembeschreibung

In der Befragung von Versicherten und Leistungserbringenden zeigten sich unterschiedlich stark ausgeprägte Herausforderungen in der Bedienung technischer Geräte bzw. Software-Systeme zur Nutzung von Videosprechstunden.

44 % der Leistungserbringenden betrachteten ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Dies wurde häufiger von weiblichen Leistungserbringenden (50 %) und von Leistungserbringenden aus der hausärztlichen Versorgung (49 %) berichtet. In den Fokusgruppen berichteten Leistungserbringende primär von Patient:innen, die Probleme mit der Bedienung der Videosprechstunde hätten, was zu erheblichen Störungen im Praxisalltag führe.

Im Gegensatz dazu sahen nur 17 % der befragten Versicherten ihre Erfahrung in der Bedienung technischer Geräte als hindernden Faktor an. Hierzu wurden jedoch für bestimmte vulnerable Gruppen Unterschiede festgestellt: Chronisch kranke Personen (24 %), Nicht-Erwerbstätige (33 %) sowie Personen über 60 Jahre (34 %) gaben häufiger an, dass die Erfahrung in der Bedienung der Technik eine Hürde darstellt. Die zum Teil fehlende Erfahrung wurde auch in den Fokusgruppen mit Versicherten thematisiert, dort aber auch eher als untergeordnete Hürde dargestellt.

2.4.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

In der Befragung wünschten sich 59 % der Leistungserbringenden Schulungsangebote für sich und ihr Praxisteam; dieser Wunsch war häufiger im fach- und hausärztlichen Bereich als in der psychotherapeutischen Versorgung zu verzeichnen. 56 % wünschten sich zudem Schulungsangebote für Patient:innen; dies war ebenfalls stärker in der fach- und hausärztlichen Versorgung ausgeprägt.

Auch in der Versichertenbefragung wurden ähnliche Themen abgefragt: 71 % der Versicherten wünschten sich Informationsangebote zur Videosprechstunde (z. B. Telefonhotline bei Technikfragen, Broschüren). 83 % wünschten sich Informationen durch ihren Arzt/ihre Ärztin.

Informationsangebote bzw. Handreichungen zur Nutzung der Videosprechstunde existieren bereits. So hat die KBV auf ihrer Informationsseite zur Videosprechstunde beispielsweise Informationen sowohl für Leistungserbringende (KBV 2025b) als auch für Patient:innen veröffentlicht. Dort wird bei den Patienteninformationen zudem zwischen einer Videosprechstunde mit Psychotherapeut:innen (KBV 2024b) und Ärzt:innen anderer Fachgruppen (KBV 2024a) differenziert. Auch die Bundesärztekammer hat im Oktober 2020 eine "Handreichung für Ärztinnen und Ärzte zur Umsetzung von Videosprechstunden in der Praxis" im Ärzteblatt veröffentlicht (BÄK 2022).

Bei den existierenden Informationsangeboten ist jedoch unklar, wie deren Bekanntheitsgrad unter Patient:innen und Leistungserbringenden ist, sodass an dieser Stelle wieder auf das Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf" verwiesen werden kann, welches besonders im Fokus dieser Handlungsempfehlungen steht.

Wie einleitend beschrieben, betrachten knapp die Hälfte der befragten Leistungserbringenden ihre Erfahrung in der technischen Umsetzung von Videosprechstunden als hinderlich. Vor diesem Hintergrund soll geprüft werden, ob und wie die Vermittlung von Digitalkompetenzen in der ärztlichen Aus- und Fortbildung eine Rolle spielt.

Ärztliche Ausbildung

In der ärztlichen Ausbildung gibt es bislang keine standardisierten Module zur Telemedizin. Jedoch gibt es diverse Initiativen, Digitalkompetenzen in der ärztlichen Ausbildung zu schulen und im Curriculum zu etablieren.

Am 31. März 2017 wurde der Masterplan Medizinstudium 2020 durch das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Kultusministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz sowie Vertreter:innen der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages verabschiedet. Dieser berücksichtigte keine Inhalte zur Digitalisierung. Eine Expertenkommission, die nach Beschluss des Masterplans eingesetzt wurde, sprach sich in ihrer Veröffentlichung 2018 explizit für die Aufnahme von Lerninhalten

zur Digitalkompetenz in das Curriculum aus, begründet mit neuen Möglichkeiten in der Telemedizin, Apps und der elektronischen Patientenakte.

Am 27. April 2021 veröffentlichte der Medizinische Fakultätentag die Neufassung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM 2.0). Dieser hat im Sinne eines Kerncurriculums Medizin/Zahnmedizin bislang noch Empfehlungscharakter für die Fakultäten, soll jedoch in der zukünftigen Approbationsordnung verankert und damit zukünftig (geplant zum 01. Oktober 2025) verbindlich werden (BT-Drucksache 20/10321). Telemedizin wurde als Punkt im Kapitel Digitalisierung des NKLM 2.0 aufgenommen. Hier soll insbesondere die Vermittlung von Einsatzszenarien für telemedizinische Anwendungen gefördert werden. Weitere Themen umfassen den Datenschutz sowie die technischen Voraussetzungen (Medizinischer Fakultätentag, 2021).

Zudem gibt es Initiativen und Forschungsprojekte, die sich mit der Entwicklung und Implementierung von digitalen Lehr- und Lernkonzepten im Medizinstudium beschäftigen. Ein Beispiel ist das Projekt "DigiWissMed" an der Medizinischen Hochschule Hannover (o. J.).

Außerdem hat die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung einen Ausschuss "Digitalisierung" etabliert, der sich mit der Integration digitaler Kompetenzen in die medizinische Ausbildung befasst. Die Arbeitsgruppe "Digitalisierung der Fachbereiche: Medizin" hat im November 2023 eine Handreichung zum Thema "Digitale Transformation in der medizinischen Ausbildung" veröffentlicht (Brandt et al., 2023).

Ärztliche Fortbildungen

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2023 ein Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde veröffentlicht. Dieses Curriculum besteht aus drei Modulen mit insgesamt 16 Unterrichtseinheiten (vgl. Abbildung 5).

BÄK-Curriculum „Videosprechstunde“		16 UE
Modul I	IT-Ausstattung und technische Verfahren sowie formale, verwaltungstechnische und rechtliche Rahmenbedingungen	3 UE
Modul II	Implementierung und strukturiertes Vorgehen bei der Durchführung der Videosprechstunde	5 UE
Modul III	Praktische Übungen anhand von Fallbeispielen	8 UE
Lernerfolgskontrolle		

UE (Unterrichtseinheit) = 45 Minuten

Abbildung 5: Bundesärztekammer-Curriculum für Fortbildungen zur Videosprechstunde

Die jeweiligen Ärztekammern können das BÄK-Curriculum übernehmen. Die Inhalte des Curriculums wurden bislang jedoch selten in eine Schulung umgesetzt: Eine Abfrage im August 2024 ergab, dass diese bislang in zwei Ärztekammern (Ärztekammer Niedersachsen, Ärztekammer Westfalen-Lippe) angeboten wird und in einer weiteren in Planung ist (Landesärztekammer Baden-Württemberg). Die Umsetzung des Curriculums scheint daher ausbaufähig. Auf Nachfrage bei einigen Ärztekammern ergaben sich Anhaltspunkte darauf, dass der Wunsch der Leistungserbringenden für ein solches Angebot nicht bestünde. Vor dem Hintergrund der Projektergebnisse (knapp 60 % der Leistungserbringenden wünschen sich Schulungsangebote) scheint der Wunsch zwar zu bestehen, dieser könnte jedoch nicht ausreichend an die Ärztekammern herangetragen worden sein.

Darüber hinaus gibt es Seminare von privaten Unternehmen zur Videosprechstunde, die unter anderem technische Inhalte, Hinweise zur Körpersprache sowie den digitalen Umgang mit Patient:innen vermitteln (u. a. EMMERICH Mediencoaching, o. J.).

Zudem bieten die Hersteller der Videodienste in der Regel auch strukturelle Unterweisungen für Leistungserbringende selbst, aber auch für Patient:innen an (u. a. RED Medical Systems GmbH, (o. J.a,b)).

Die bestehenden Angebote und erwartbaren Entwicklungen in der medizinischen Ausbildung zeigen, dass die Vermittlung von Digitalkompetenzen zukünftig stärker in den Fokus rücken werden. Allerdings fokussieren sich diese vermehrt auf die technische Umsetzung einer Videosprechstunde sowie ggf. auch auf die Arzt-Patienten-Interaktion in einer Videosprechstunde; nicht berücksichtigt scheint jedoch die Einbindung von Videosprechstunden in den Praxisalltag, also die Neuorganisation bestehender Prozesse, die eine zentrale Herausforderung zu sein scheint. Diese Thematik wird im Handlungsfeld "Organisation und Durchführung" separat beleuchtet.

Außerdem bedarf es neben Schulungsangeboten für Leistungserbringende, auch Informations- und Schulungsangebote für **medizinisches Praxispersonal**, das für digitale Prozesse befähigt werden muss. Ein Beispiel dafür ist die die Fortbildung zum/zur "Digi-Manager:in" für nicht-ärztliches Praxispersonal in der KV Westfalen-Lippe mit dem Ziel der Etablierung von Digitalisierungsbeauftragten in Arztpraxen und psychotherapeutischen Praxen. Bei dem vom BMG geförderten Modellprojekt wurden knapp 100 Digi-Manager:innen aus den Praxen in Westfalen-Lippe weitergebildet. Die Videosprechstunde wurde dabei sowohl im Wissensmodul im Themenkomplex Telemedizin angesprochen als auch bei den individuellen Dipraxisführungen (KV WL 2025).

Schließlich stellt sich die Frage, wie **Patient:innen**, denen die Erfahrung in der Nutzung von Videosprechstunden fehlt, sinnvoll unterstützt werden könnten.

Neben den genannten Informationsangeboten und Handreichungen könnten bspw. Praxen selbst Erklärvideos auf ihrer Praxishomepage verlinken. Diese könnten entweder von einer zentralen Stelle (z. B. der KBV) oder vom Videodienst-Hersteller bereitgestellt werden. Letzteres hätte den Vorteil, dass die unterschiedlichen Funktionsweisen der zahlreichen Videodienste direkt berücksichtigt werden könnten. Beispiele dafür existieren (u. a. samedi GmbH 2021). Bei der Nutzung zentral zur Verfügung gestellter Informationen sollte jede Praxis sorgfältig prüfen, ob Anpassungen in Bezug auf die individuelle Praxisstruktur sowie die Abläufe notwendig sind.

Außerdem könnten Patient:innen durch (gesondert qualifiziertes) nicht-ärztliches Praxispersonal bei der (erstmaligen) Durchführung von Videosprechstunden in der Häuslichkeit unterstützt werden, die im Rahmen eines delegierten Hausbesuches Patient:innen vor Ort unterstützen könnten. Dafür ist jedoch zu prüfen, ob solche Leistungen im EBM angemessen abgebildet sind. Eine entscheidende Frage wird dabei auch sein, ob die Unterstützungsleistung als medizinisch notwendig erachtet bzw. eingeordnet wird und damit als GKV-Leistung anzusehen ist. Im hausärztlichen Bereich kann bspw. die GOP 03062 (Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen) abgerechnet werden. Außerdem sind die Leistungen im EBM-Kapitel 38 (Delegationsfähige Leistungen) auf die Berücksichtigung solcher Leistungen sowie ggf. notwendige Anpassungen in den zugehörigen Anlagen des BMV-Ä (Anlage 8: Delegations-Vereinbarung, Anlage 24: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal, Anlage 31b: Videosprechstunde) zu prüfen.

Wie in Kapitel 2.1 (Bewusstsein und Bedarf) bereits angesprochen, könnte zudem eine breit angelegte öffentliche Ansprache von Patient:innen über im Alltag regulär verwendete Kommunikationsplattformen/-kanäle (wie bspw. über TV, Radio, Print, Social Media) sinnvoll sein, um die Hemmschwelle zur Nutzung von Videosprechstunden zu senken und Kompetenzen zu vermitteln. Außerdem könnte auf öffentliche Angebote zur Vermittlung von Kompetenzen hingewirkt werden. Ein möglicher Ansatz wäre die Einrichtung von „VS-Service-Points“ direkt in Rathäusern oder Gemeindehäusern. Solche Anlaufstellen könnten Patient:innen dabei unterstützen, die technischen Voraussetzungen zu verstehen und die Nutzung der Videosprechstunden zu erlernen.

3. Handlungsfelder in der Praxis

Als Handlungsfelder in der Praxis wurden sowohl die individuelle Infrastruktur (u. a. eine stabile Internetverbindung und technische Ausstattung), als auch die Organisation und Durchführung identifiziert.

3.1 Individuelle Infrastruktur

3.1.1 Hintergrund und Problembeschreibung

In den Befragungen wurde deutlich, dass eine fehlende technische Ausstattung eher von den Leistungserbringenden als von den Versicherten als Hürde wahrgenommen wurde. 38 % der befragten Leistungserbringenden sahen eine fehlende technische Ausstattung als hindernden Faktor an. Besonders betroffen zeigten sich Leistungserbringende aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (44 %); nur 17 % der Psychotherapeut:innen sahen hier Probleme.

Nur 13 % der Versicherten gaben eine fehlende technische Ausstattung als Hürde an. Allerdings scheint diese Hürde größer bei bestimmten Versichertengruppen, insbesondere bei chronisch kranken Personen (19 %), Nicht-Erwerbstätigen (26 %) und Personen über 60 Jahren (27 %). In den Fokusgruppen mit Versicherten wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass eine unzureichende technische Infrastruktur für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen eine Hürde darstellen könnte.

In der im Projekt durchgeführten Befragung konnte zudem festgestellt werden, dass nur 15 % der befragten Leistungserbringenden eine schlechte eigene Internetverbindung als hindernden Faktor empfanden. Leistungserbringende schätzten jedoch die Internetverbindung ihrer Patient:innen als schlechter ein, als die Versicherten selbst: 38 % der Leistungserbringenden gaben an, dass die Internetverbindung ihrer Patient:innen eine Hürde für den Videosprechstunden-Einsatz darstellt; dies gaben insbesondere Leistungserbringende, die ihre Praxis in ländlichen Regionen betreiben (56 %), sowie in der hausärztlichen Versorgung Tätige (46 %) häufiger an. In der Befragung der Versicherten, gaben jedoch nur 14 % an, dass sie ihre Internetverbindung als Hürde für die Nutzung der Videosprechstunde sehen; bestimmte Gruppen nahmen dies jedoch häufiger als Hürde wahr: ältere Personen (23 %), Nicht-Erwerbstätige (23 %), chronisch kranke Personen (18 %) sowie Personen aus ländlichen Regionen (22 %).

Insgesamt zeigt sich, dass eine fehlende technische Ausstattung eher bei den Leistungserbringenden als bei den Versicherten eine Hürde darstellt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass einigen Leistungserbringenden das notwendige Wissen über die oft niedrigschwellige Ausstattung für den Einsatz von Videosprechstunden fehlt. Bei den Versicherten kann die feh-

lende technische Ausstattung für einzelne Gruppen relevant sein. Eine schlechte Internetverbindung stellt für die Mehrheit der Versicherten und Leistungserbringenden zwar keine bedeutende Hürde dar, könnte jedoch auch in bestimmten Regionen und unter spezifischen Bedingungen relevant sein.

3.1.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

§ 4 Anlage 31b BMV-Ä definiert sehr niedrigschwellige technische Anforderungen an Vertragsärzt:innen zur Durchführung der Videosprechstunde: „Die apparative Ausstattung umfasst einen Bildschirm, eine Kamera, ein Mikrofon und einen Lautsprecher. Deren Funktionalitäten können auch vollständig oder teilweise in einem Gerät vereint sein“. Diese Anforderungen scheinen bereits beim Vorhandensein eines Laptops erfüllt zu sein. Zur Finanzierung der notwendigen Software zur Durchführung von Videosprechstunden ist im EBM eine eigene GOP (01450, Bewertung: 40 Punkte/2025: 4,96 Euro, ab 1. Juli wegen gesunkener Marktpreise Begrenzung auf max. 700 Punkte) vorgesehen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob für Leistungserbringende an dieser Stelle Maßnahmen notwendig sind.

Auf Versichertenseite wurde deutlich, dass die Mehrheit der Personen zwar keine Probleme bei der technischen Infrastruktur hatte, ausgewählte, insbesondere vulnerable Patientengruppen jedoch durchaus näher betrachtet werden sollten. Patient:innen, denen eher die geeignete Technik fehlt und solche, die vermehrt ambulante Inanspruchnehmende sind, stimmen weitestgehend überein: chronisch kranke und ältere Personen. Speziell für diese Gruppen könnten unterstützende Maßnahmen bedacht werden.

Ein Ansatzpunkt dafür wäre die Möglichkeit der Ausleihe von bereits am mobilen Telefonnetz angeschlossene Tablets. Allerdings wären solche Maßnahmen mit extremen Aufwänden verbunden (Definition Anspruchsberechtigter, unbegrenzter Zeitraum, Organisation und Logistik, Finanzierung, Instandhaltung der Geräte, Inhaberschaft, Hosting etc.), die die Umsetzbarkeit einer solchen Maßnahme erheblich in Frage stellen.

Durch das Digital-Gesetz vom 22.03.2024 wurde zudem ein Anspruch von Versicherten auf die sogenannte "Assistierte Telemedizin in Apotheken" gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, „die Inanspruchnahme der telemedizinischen Versorgungsangebote zu heben, die Chancengleichheit im Bereich der Versorgung zu stärken und die Potenziale der Telemedizin etwa bei der Entlastung von Praxen oder bei der Gewährleistung eines guten Zugangs zur Versorgung auch in strukturschwachen ländlichen Gegenden zu stärken“ (BMG, 2023b). Apotheken können den Versicherten hinsichtlich telemedizinischer Verfahren beratend und anleitend zur Seite stehen. Dazu zählt nach § 129 Abs. 5h SGB V die Beratung zu ambulanten telemedizinischen Leistungen, die Anleitung zu der Inanspruchnahme ambulan-

ter telemedizinischer Leistungen mittels einer in Apotheken in geeigneter Weise bereitgestellten technischen Ausstattung sowie die Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben zur Unterstützung anlässlich einer ärztlichen telemedizinischen Leistung. Der Deutsche Apothekerverband und der GKV-Spitzenverband verhandeln weiterhin über die konkrete Ausgestaltung und Vergütung dieser Leistungen. Eine ursprünglich bis zum 31. März 2025 gesetzlich vorgesehene Einigung wurde noch nicht erzielt (Stand Juni 2025).

3.2 Organisation und Durchführung

3.2.1 Hintergrund und Problembeschreibung

In der Befragung von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen gaben etwa drei Viertel derer, die Videosprechstunden bisher nicht oder nur selten eingesetzt haben, an, dass sie die organisatorischen Aufwände als zu hoch einschätzen (75 %); damit stellte dies die größte Hürde unter allen abgefragten Aspekten bei den Leistungserbringenden dar. Außerdem hätten sie keine Zeit, Videosprechstunden neben dem regulären Praxisbetrieb anzubieten (71 %). Beide Aspekte wurden stärker von Leistungserbringenden aus der hausärztlichen Versorgung empfunden. 43 % der Leistungserbringenden gaben zudem an, dass die Durchführung der Videosprechstunde als zu anstrengend eingeschätzt wird. Mehr als die Hälfte der Befragten befürchtete außerdem einen Anstieg unnötiger Inanspruchnahmen durch das Angebot von Videosprechstunden. Außerdem wurden Sorgen zu einer schlechteren Behandlungsqualität (61 %) sowie zu einer Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung (45 %) geäußert. Auch in den Fokusgruppen führten Leistungserbringende Anstrengungen durch Bildschirmarbeit sowie Stress durch eine erhöhte Taktung von Kontakten sowie durch neue und unbekannte Aufgaben als hemmende Faktoren an. Eine befürchtete geringere Hemmschwelle zur Inanspruchnahme von Leistungen wurde in den Fokusgruppen ebenfalls diskutiert.

Die befragten Versicherten teilten diese Sorgen nur bedingt: Hier gaben nur 17 % an, Videosprechstunden als zu anstrengend zu empfinden, wobei bestimmte Gruppen (z. B. chronische Kranke (21 %) und ältere Patient:innen (26 %)) die Belastungen etwas höher einstufen. Versicherte sahen eine Verschlechterung der Versorgungsqualität (44 %) außerdem seltener als Problem als Leistungserbringende (61 %).

Es zeigt sich, dass die Videosprechstunde von vielen Leistungserbringenden mit Mehrarbeit, zusätzlichen Aufwänden und Belastungen assoziiert wird, was ihre Akzeptanz und Verbreitung erheblich erschwert. Vor diesem Hintergrund werden zwei Handlungsbereiche deutlich: Zum einen sollte einer zusätzlichen Arbeitsbelastung der Praxen infolge der Nutzung von Videosprechstunden entgegengewirkt werden; zum anderen gilt es, einer potenziell erhöhten Inanspruchnahme dieser Versorgungsform aufgrund einer möglicherweise gesunkenen Hemmschwelle vorzubeugen.

3.2.2 Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

Grundsätzlich liegt die Entscheidung, mit wem eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann, in der individuellen Verantwortung der Leistungserbringenden; bundeseinheitliche Vorgaben gibt es dafür nicht.

Dennoch könnten Ein- und Ausschlusskriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden, die die Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen für ihre Praxis individuell definieren, helfen, um eine angemessene Versorgungsqualität in Videosprechstunden zu gewährleisten und unnötige Inanspruchnahmen zu reduzieren. Klare Kriterien für die Umsetzbarkeit von Videosprechstunden könnten auch dem Praxispersonal bei der Vergabe von Videosprechstunden-Terminen eine Orientierung bieten oder die strukturierte Online-Terminvergabe unterstützen. Ein denkbarer Ansatzpunkt für eine digitale, standardisierte Ersteinschätzung über den Versorgungsbedarf und die Versorgungsebene (z. B. Telemedizin vs. persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt) leistet die "Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland" (SmED), die derzeit u. a. von den Mitarbeitenden der Telefonzentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes genutzt wird sowie online für Patient:innen als "Patienten-Navi" zur Selbstselektion angeboten wird (KBV 2025a). Dieses Online-Angebot könnte bspw. verpflichtend der Online-Terminvergabe vorgeschaltet werden. Patient:innen, die danach einen Online-Termin buchen möchten, müssten dann bspw. vor der Buchung ein Häkchen zur Bestätigung setzen, dass die Videosprechstunde als Versorgungsebene als geeignet eingestuft wurde; alternativ könnte das Tool (ggf. angepasst) vom Praxispersonal bei telefonischen Videosprechstunden-Buchungen genutzt werden. Für die Definition von Ein- und Ausschlusskriterien könnten zudem die in der PräVi-Studie erhobenen Befragungsergebnisse genutzt werden (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf", Abschnitt Einsatzmöglichkeiten).

Um Mehrarbeit in Praxen zu vermeiden, sollten neben Kriterien für die Vergabe von Videosprechstunden-Terminen klare Abläufe und Verantwortlichkeiten in der individuellen Praxis entwickelt werden. Dabei ist zu prüfen, welche Arbeiten in der Vor- und Nachbereitung eines Termins via Videosprechstunde vom Praxispersonal durchgeführt werden können, um die Leistungserbringenden zu entlasten und eine reibungslose Durchführung von Videosprechstunden (vergleichbar zu persönlichen Kontakten) zu gewährleisten.

Operationalisiert werden könnte dies in strukturierten Ablaufdiagrammen, sogenannten SOPs (Standard Operation Procedure), die bspw. gemeinsam im Team einer Praxis oder übergreifend bspw. für Praxisnetze entwickelt werden könnten. Als Informationsgrundlage dafür liegen bspw. die Handreichungen der KBV (2025b) sowie der BÄK (2022) vor; außerdem sind die Anforderungen in Anlage 31b des BMV-Ä zu berücksichtigen: § 3 definiert Anforderungen an die teilnehmenden Patient:innen zur Durchführung der Videosprechstunde (u. a. Durchfüh-

rung in geschlossenen Räumen, alle Anwesenden im Raum zu Beginn vorstellen, Aufzeichnungen nicht erlaubt) und § 4 definiert die Anforderungen an die Leistungserbringenden. Zu diesen Anforderungen gehören neben der Sicherstellung der apparativen Ausstattung (vgl. Handlungsfeld "Individuelle Infrastruktur") die Aufklärung des/der Patient:in über die in § 3 genannten Anforderungen. Außerdem hat der Leistungserbringende zunächst eine Einwilligung des/der Patient:in in die Datenverarbeitung des genutzten Videodiensteanbieters einzuholen.

Abbildung 6 und Abbildung 7 stellen ein rudimentäres Beispiel für einen Workflow zur Implementierung sowie zur Durchführung von Videosprechstunden im Praxisalltag dar.

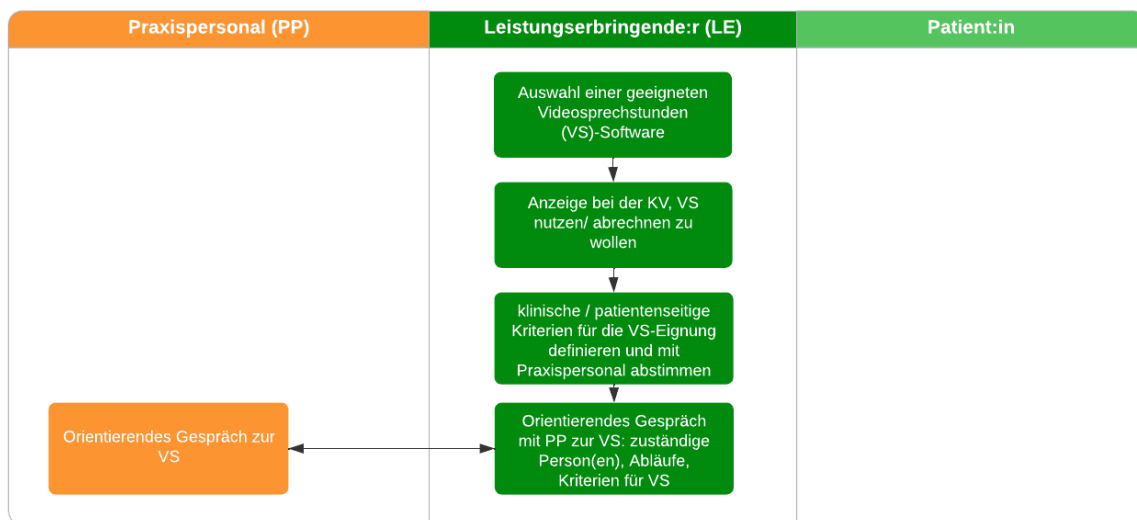


Abbildung 6: Exemplarischer Workflow zur Implementierung von Videosprechstunden

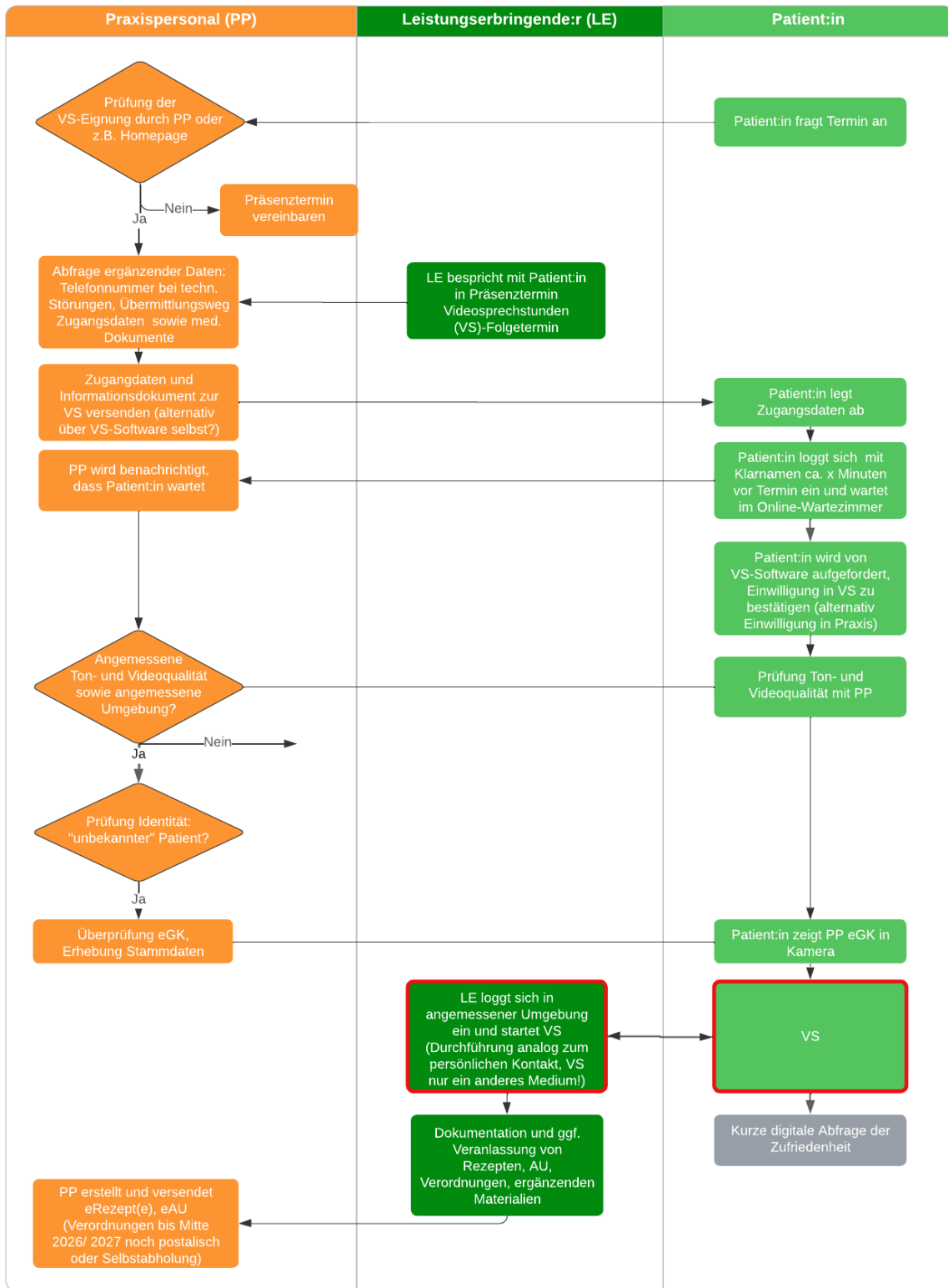


Abbildung 7: Exemplarischer Workflow zur Durchführung von Videosprechstunden in der Praxis

4. Zusammenfassende Empfehlungen

Im Jahr 2023 wurde die Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege vom Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit zahlreichen Akteuren mit dem Ziel der digitalen Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen erarbeitet. Die Videosprechstunde stellt eine Komponente der Digitalisierungsstrategie dar und sollte stets eingebettet in den Gesamtkontext der Elemente der Telematikinfrastruktur betrachtet werden. Als ein spezifisches Ziel in Bezug auf die Videosprechstunde wurde in der Digitalisierungsstrategie angeführt, dass in ländlichen Regionen durch Telemedizin ein besserer Zugang zu hochwertiger Versorgung geschaffen werden soll. Außerdem wurde beschrieben, dass die Inanspruchnahme und Durchführung telemedizinischer Leistungen durch nicht-ärztliches Gesundheitsfachpersonal, zum Beispiel in Apotheken und Gesundheitskiosken, unterstützt werden soll. Bis 2026 soll es in mindestens 60 % der hausärztlich unterversorgten Regionen eine Anlaufstelle für assistierte Telemedizin geben. Zudem wurde bereits in der 2023 veröffentlichten Strategie die Aufhebung der 30-Prozent-Limitierung für Videosprechstunden angesprochen (BMG, 2023a).

Betrachtet man insbesondere die Gesetzes-Initiativen durch das Digital-Gesetz (2024) stellt man fest, dass einige dieser Punkte bereits umgesetzt wurden. So wurden die Voraussetzungen zur Erbringung von Videosprechstunden sowie die damit verbundene Vergütungsstruktur inzwischen umfassend überarbeitet; ergänzende Überarbeitungsempfehlungen wurden in diesem Blueprint erläutert (vgl. Handlungsfeld "Vergütung"). Auch die assistierte Telemedizin in Apotheken wurde auf den Weg gebracht (vgl. Handlungsfeld "Vermittlung von Kompetenzen").

Abgesehen von der Notwendigkeit zur Überwindung bestehender Hürden zur Etablierung eines technisch einwandfrei funktionierenden Zusammenspiels der Elemente der Telematikinfrastruktur wurde in der PräVi-Studie jedoch deutlich, dass insbesondere Leistungserbringende als Gate-Keeper zum Einsatz der Videosprechstunde im Fokus der Handlungsempfehlungen stehen. Die flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft kann nur gelingen, wenn diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptiert und als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt angesehen wird (vgl. Handlungsfeld "Bewusstsein und Bedarf").

Schließlich scheint die nur schleppende digitale Transformation einer Arztpraxis eine große Hürde für den Einsatz von Videosprechstunden zu sein, da jede einzelne Arztpraxis die Vorteile erkennen, den digitalen Wandel durchlaufen und individuelle Lösungen finden muss. Hier könnte ein mit Best-Practice-Beispielen ausgearbeiteter Handlungsleitfaden (der nicht nur isoliert den Einsatz von Videosprechstunden betrachtet, sondern dessen Einsatz in den Kontext

mit Themen wie Terminbuchung, PVS-System, TI-Anbindung) eine weitere Hilfestellung liefern (vgl. Handlungsfeld "Organisation und Durchführung").

IV. Referenzen

Anlage 31b zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V. (2025). (Fassung vom: 19.12.2025).

https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31b-videosprechstunde/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf

Anlage 31c zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Anforderungen für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen gemäß § 87 Absatz 2o SGB V. (2025). (Fassung vom: 01.03.2025).

https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-31c-telemedizinische-leistungen/Anlage_31c_BMV-Vereinbarung_Versorgungsqualitaet_telemedizinischer_Leistungen.pdf

Anlage 4b zum BMV-Ä - Vereinbarung über die Authentifizierung von Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung. (2024). (Fassung vom: 04.09.2024).

https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-04b-authentifizierung-fernbehandlung/Anlage_4b_Authentifizierung_Fernbehandlung.pdf

AOK Bundesverband. (2023a). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 15.11.2023. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) (02.11.2023)*.

https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmenskommunikation/Gesundheitspolitik/Gesetze/231102_Stellungnahme_AOK-BV_DigiG.pdf

AOK Bundesverband. (2023b). *Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändeanhörung des BMG am 01.08.2023. Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG) (02.08.2024)*.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_aok.pdf

Bewertungsausschuss. (2025). *Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 778. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.

https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2025-04-04_ba778_1.pdf

Bewertungsausschuss. (2019). *Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 453. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)*.

https://institut-ba.de/ba/babschluesse/2019-10-09_ba453.pdf

Brandt, J., et al. (2023). *Digitale Transformation in der medizinischen Ausbildung. Eine Handreichung der Arbeitsgruppe „Digitalisierung der Fachbereiche: Medizin“*.

https://hochschulforumdigitalisierung.de/wp-content/uploads/2023/11/HFD_AP_74_Medizin.pdf

Bundesärztekammer. (2022). *Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität*.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Klimawandel/Handlungsfelder_in_Arztpraxen_zur_Klimaneutralitaet.pdf

Bundesärztekammer. (2023a). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) (BT-Drs. 20/9048) (09.11.2023)*. https://www.bundestag.de/resource/blob/976840/3bc331567a109193ec455a5840772251/20_14_0163-11-Bundesaerztekammer_DigitalG-data.pdf

Bundesärztekammer. (2023b). *Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) (vom 05.07.2023) (02.08.2023)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bundesaerztekammer.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a). *Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023b). *Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/DigiG_RefE.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023a). *Stellungnahme. Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Referentenentwurf des BMG (01.08.2023)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_bptk.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer. (2023b). *Stellungnahme. Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (DigiG). Gesetzentwurf der Bundesregierung (BR-Drs. 435/23) (10.10.2023)*. https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Digital_Gesetz_25cc4800c1.pdf

Deutscher Bundestag. (2024). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU. Stand der Verordnung zur Änderung der Ärztlichen Approbationsordnung (BT-Drucksache 20/10321)*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/103/2010321.pdf>

Deutscher Bundestag. (2022). *Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (BT-Drucksache 20/4982)*. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/049/2004982.pdf>

Deutscher Bundestag. (2018). *Unterrichtung durch die Bundesregierung - Bericht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes auf die Möglichkeit zur ambulanten telemedizinischen Leistungserbringung (BT-Drucksache 19/0620 vom 26.11.2018)*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/060/1906020.pdf>

EMMERICH Mediencoaching. (o. J.). *Die Videosprechstunde – Medientraining für Ärzte und Krankenkassen*. <https://mediencoaching.tv/webcam-training/medientraining-fuer-aerzte/>

Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium. (2018). *Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020*. <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7271-18.pdf? blob=publicationFile&v=4>

Halbe, B. (2023). Vergütung: Ausfallhonorar für nicht wahrgenommene Arzttermine. *Deutsches Ärzteblatt*, 47/2023. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/verguetung-ausfallhonorar-fuer-nicht-wahrgenommene-arzttermine-b7987f9e-c27e-4d9c-8ef0-dbf367957b78>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023a). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 8. September 2023, BR-DRCKS 435/23 (13. November 2023)*. https://www.bundestag.de/resource/blob/977572/20_14_0163-26-Kassenaerztliche-Bundesvereinigung_DigitalG_nicht-barrierefrei.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2023b). *Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG). Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 5. Juli 2023 (31. Juli 2023)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_kbv.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024a). *Online in die Arztpraxis. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024b). *Online-Psychotherapie. So funktioniert die Videosprechstunde*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/patienteninfo/videosprechstunde-psychotherapie-patienteninfo.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025a). *Patienten-Navi*. <https://www.116117.de/de/patienten-navi.php>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025b). *Videosprechstunde. Hinweise zur Durchführung und Abrechnung in der Praxis*. <https://www.kbv.de/documents/infotehok/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-videosprechstunde.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2025c). *Zertifizierte Videodienstleister. Stand: 30.04.2025*. https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2026). *Videosprechstunde. Diese Leistungen können Praxen abrechnen.* <https://www.kbv.de/documents/praxis/digitalisierung/videosprechstunde/videosprechstunde-verguetungsuebersicht.pdf>

KV Westfalen-Lippe. (2025). *Digi-ManagerIn. Ausgezeichnete Fortbildung für nicht-ärztliches Praxispersonal.* <https://www.kvwl.de/themen-a-z/digi-managerin>

Medizinische Hochschule Hannover. (o. J.). *Digitalisierung und Wissenschaftlichkeit im Medizinstudium.* <https://www.mhh.de/studiendekanat/digiwissmed>

Medizinischer Fakultätentag. (2021). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2.0.* <https://nklm.de/zend/menu/index>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.a). *Kurzanleitung Praxis.* <https://hilfe.redmedical.de/display/RH/Kurzanleitung+Praxis>

RED Medical Systems GmbH. (o. J.b). *Kurzanleitung für Patienten.* <https://hilfe.redmedical.de/pages/viewpage.action?pageId=1049263>

samedi GmbH. (2021). *So funktioniert die samedi Videosprechstunde - Tutorial für Patienten.* <https://www.youtube.com/watch?v=E7CB15YTvBU>

Verband der Ersatzkassen. (2023a). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Gesetzentwurf zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz –/DigiG) vom 02.08.2023.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/DigiG/stellungnahme_vdek.pdf

Verband der Ersatzkassen. (2023b). *Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) vom 25.10.2023.* https://www.vdek.com/politik/stellungnahmen/wahlperiode_20/digital-gesetz-digig-referentenentwurf/_jcr_content/par/download/file.res/231025_DigiG_Stellungnahme_vdek.pdf

Anlage 8: Materialien Abschluss-Workshop

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

10. August 2023

INFORMATIONEN UND TAGESORDNUNG

für einen

**Workshop zur Vorstellung der Ergebnisse und gemeinsamen
Diskussion von Ansatzmöglichkeiten für Handlungsempfehlungen**

im Rahmen des Innovationsfondsprojektes

„Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen (PräVi, Förderkennzeichen 01VSF20011)“

MONTAG, 28. AUGUST von 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr

am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Thea-Leymann-Straße 9, 45127 Essen

im Seminarraum

oder **digital** via Zoom: <https://uni-due.zoom.us/j/68385590798?pwd=emQzV0dwL1dUYUt-PMWVLTTE5REFSQT09>

Meeting-ID: 683 8559 0798

Kenncode: 644843

TOP 1 **Begrüßung** (Prof. Dr. Jürgen Wasem)TOP 2 **Vorstellung der Anwesenden** (alle Anwesenden)TOP 3 **Vorstellung der Projektergebnisse / Teil 1** (Theresa Hüer)

Pause mit kleinem Imbiss 13:15 Uhr – 13:45 Uhr

TOP 4 **Vorstellung der Projektergebnisse / Teil 2** (Lara Kleinschmidt)TOP 5 **Gemeinsame Diskussion von Ansatzmöglichkeiten für Handlungsempfehlungen** (alle Anwesenden)

Ausklang mit Kaffee und Kuchen ab 16:00 Uhr

AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

Information zu Ziel, Inhalt und Verwendung der Workshop-Ergebnisse

Vor allem in ländlichen Regionen erschweren Faktoren wie eine geringere Ärztedichte und lange Anfahrtswege eine angemessene ambulante Versorgung. Aber auch städtische Regionen können bspw. durch Wartezeiten von Versorgungsdefiziten betroffen sein. Vor diesem Hintergrund wird unter anderem der verstärkte Einsatz von Videosprechstunden als sinnvolle Ergänzung des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes in der ambulanten ärztlichen Versorgung diskutiert. Studien geben insbesondere für bestimmte Patientengruppen Hinweise auf den Nutzen von Videosprechstunden. Ein Projekt in einer primär ländlichen Region in Deutschland hat einen positiven Versorgungseffekt von Videosprechstunden für Pflegeheimbewohner gezeigt. Insbesondere Routineterminale konnten effizient aus der Ferne durchgeführt werden. Die Vorteile für alle Beteiligten zeigten sich in einem verbesserten Zugang zu Haus- und Fachärzt*innen, einer Verringerung der Krankenseinweisungen, dem Wegfall von Fahrten und zeitaufwändiger Hausbesuche (Zentrum für Telematik und Telemedizin 2020). Für Menschen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen hat sich die Telemedizin als ein vielversprechendes Instrument zur Verbesserung der Lebensqualität und des Zugangs zur Behandlung erwiesen (u.a. Shih et al. 2023, Berryhill et al. 2019, Milosevic et al. 2022). Auch im Bereich der Orthopädie konnten hohe Patientenzufriedenheitsraten mit Videosprechstunden nachgewiesen werden (Buvik et al. 2019, Haider et al. 2022).

In Deutschland können Videosprechstunden bereits seit April 2017, zunächst nur von wenigen Facharztgruppen und nur für ausgewählte Indikationen und Folgetermine, abgerechnet werden. Im zweiten Quartal 2019 wurden diese Einschränkungen weitgehend aufgehoben und die Beurteilung der Angemessenheit einer Diagnose oder Behandlung per Videosprechstunde wurde in die Entscheidungsverantwortung des Arztes/der Ärztin gestellt (BT-Drucksachen 20/4982, 19/6020).

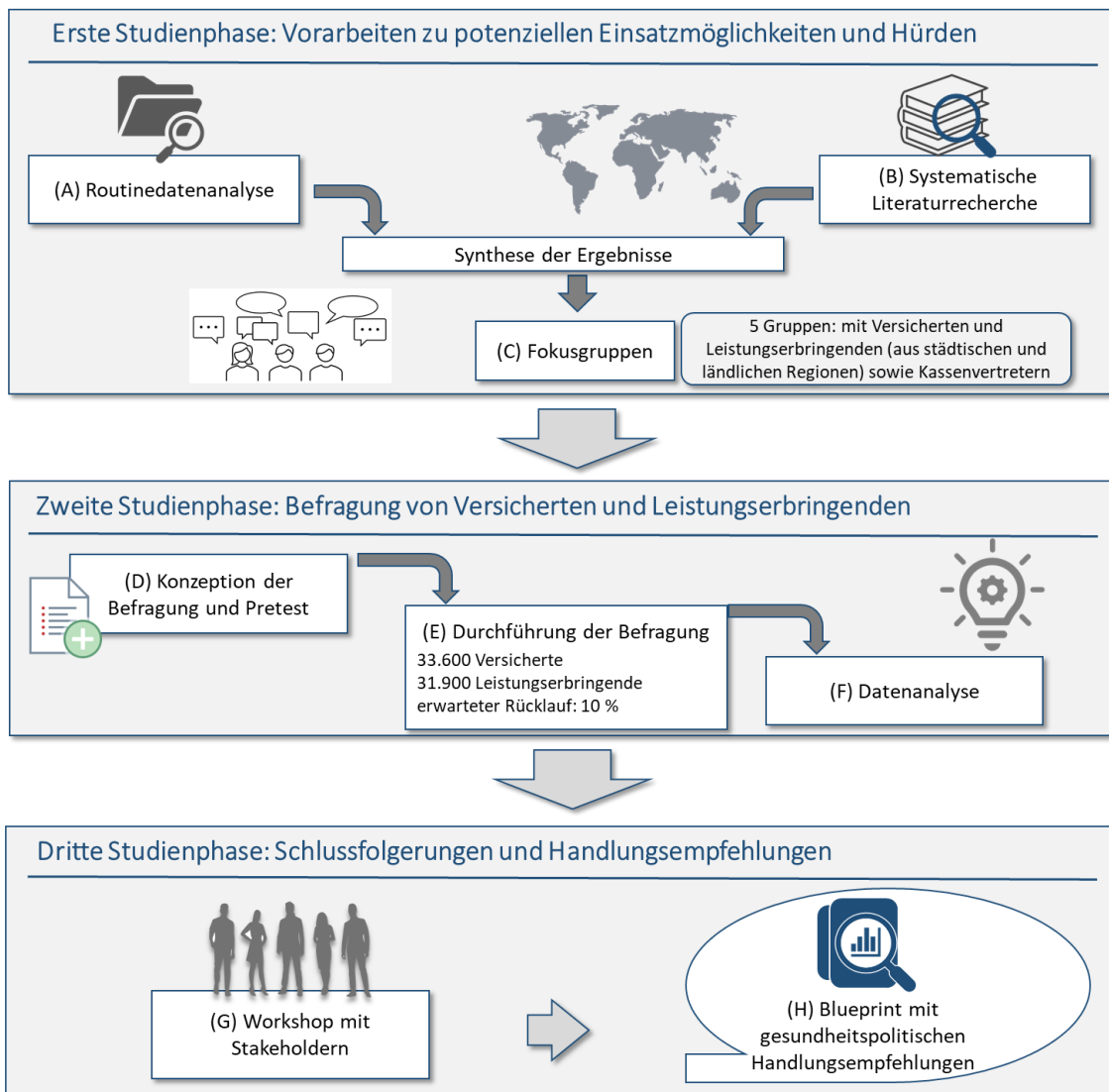


Seit 2017 und bis zum Beginn der Covid-19-Pandemie spielten Videosprechstunden in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland jedoch kaum eine Rolle (BT-Drucksache 19/6020). Viele Ärzt*innen befürchteten eine Entfremdung der Arzt-Patienten-Beziehung. Zudem wurde die These aufgestellt, dass die reduzierte Sinneswahrnehmung am Bildschirm und die fehlende ganzheitliche Perspektive leichter zu Behandlungsfehlern oder Fehldiagnosen führen könnten. Bedenken wurden auch hinsichtlich des Datenschutzes und der Datensicherheit geäußert (u.a. Hartmannbund 2018). Eine Studie von Noweski et al. (2019) zeigte zudem, dass der persönliche Kontakt zum Arzt/zur Ärztin für die Patient*innen einen hohen Stellenwert hat und dass diese virtuelle Arzt-Patienten-Kontakte nur teilweise oder unter bestimmten Bedingungen als Alternative akzeptieren würden.

Erst im Rahmen der COVID-19-Pandemie fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. Mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens zeigte sich jedoch auch ein deutlicher Rückgang der Videosprechstundennutzung.

Es wird deutlich, dass die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – die Berücksichtigung von Präferenzen der Beteiligten ist. Ziel des Projektes PräVi ist daher die Entwicklung von gesundheitspolitischen Handlungsempfehlungen für den präferenzgerechten Einsatz der Videosprechstunde in städtischen und ländlichen Regionen. Zur Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden wird ein Mixed-Methods-Ansatz genutzt, in dessen Fokus eine Online-Befragung von Patient*innen und Ärzt*innen steht. Betrachtet wurden sowohl der bisherige Einsatz der Videosprechstunde in Form einer Routinedatenanalyse als auch die Hürden für den Einsatz sowie Präferenzen von Versicherten bzw. Patient*innen und ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungserbringenden, die in Befragungen erhoben werden. Die nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über den Projektlauf und die methodische Vorgehensweise.





Die Projektarbeiten wurden im April 2021 aufgenommen und enden voraussichtlich Ende März 2024. Die Studie wird finanziert durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (Förderkennzeichen: 01VSF20011). Das Studienkonsortium wird geleitet durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen; Konsortialpartner im Projekt sind die Techniker Krankenkasse, die AOK Nordost, die AOK NordWest sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Weiterführende Informationen finden Sie auf der [Projekt-Homepage](https://www.uni-due.de/praevi/) (<https://www.uni-due.de/praevi/>).

Die bislang erarbeiteten Projektergebnisse sollen nun in einem Workshop mit allen Konsortial- und Kooperationspartnern vom Lehrstuhl für Medizinmanagement vorgestellt und im Nachgang gemeinsam diskutiert werden. Der [Workshop findet am 28. August 2023 von circa 12:00 bis 16:00 Uhr](#) am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen statt. Auf dieser Basis sollen schließlich Ideen für mögliche Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen gesammelt werden. Im Anschluss an diesen Workshop sollen anhand der gesammelten Ansatzpunkte schließlich zielgerichtete Handlungsempfehlungen für Gesetzgeber und Selbstverwaltung ausgearbeitet werden. In diesen Empfehlungen soll gezielt darauf eingegangen werden, unter welchen Voraussetzungen (Erwartungen an Form und Inhalt, hemmende und fördernde Faktoren) die Videosprechstunde akzeptiert wird und welche Anwendungsmöglichkeiten Patient*innen sowie Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für sinnvoll erachten. Diese Handlungsempfehlungen sollen schließlich in einem zweiten Workshop Ende des Jahres 2023 in der gleichen Runde diskutiert und bestenfalls konsentiert werden.

Verwendung der Workshop-Ergebnisse

Die Diskussion im Workshop wird von Mitarbeiter*innen des Forschungsprojektes protokolliert. Personenbezogene Daten werden von dem Protokoll getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden die Diskussionsrunden nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Falls Sie uns das Einverständnis dafür geben, werden wir in wissenschaftlichen Veröffentlichungen Ihre Institution (nicht aber Sie als Person) nennen. Die Teilnahme an dem Workshop ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Gespräch abubrechen, die weitere Teilnahme abzulehnen und Ihr Einverständnis und Niederschrift zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch jedwede Nachteile entstehen.

Die Kosten einer gegebenenfalls notwendigen Übernachtung (Maximum: 80 €) sowie Ihrer An- und Abreise tragen wir selbstverständlich (Maximum: 120 €). Außerdem ist für Kooperationspartner eine Aufwandsentschädigung vorgesehen.

Sollten Ihrerseits noch Fragen offengeblieben sein, wenden Sie sich gerne an uns (E-Mail: theresa.hueer@medman.uni-due.de, Tel.: 0201 183 2592).

Wir möchten Sie bitten, vor der Teilnahme die untenstehende Einwilligung zu unterschreiben und an den Lehrstuhl für Medizinmanagement per E-Mail oder per Post zurückzusenden. Alternativ können Sie diese natürlich auch am Tag des Workshops persönlich abgeben.

Per Post:

Universität Duisburg-Essen
Lehrstuhl für Medizinmanagement
z.H. Theresa Hüer
Thea-Leymann Straße 9
45127 Essen

Per E-Mail:

theresa.hueer@medman.uni-due.de
Tel.: 0201 183 2592



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Workshop im Rahmen des Forschungsprojektes PräVi (Förderkennzeichen: 01VSF20011)

Ich habe die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und bin damit **einverstanden**, im Rahmen des genannten Forschungsprojektes an einem Workshop **mitzuwirken**.

Ich bin außerdem damit **einverstanden**, dass meine **Institution** (nicht aber meine Person) in wissenschaftlichen Veröffentlichungen **genannt** wird.

[keine Voraussetzung für Workshop-Teilnahme!]

- Ja
- Nein

Vorname; Nachname in Druckschrift

Institution

Ort, Datum / Unterschrift

E-Mail-Adresse

Telefonnummer








Wegbeschreibung zum Lehrstuhl für Medizinmanagement



Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ab Hbf. Essen)

Am Hauptbahnhof Essen erreichen Sie die Straßen- und U-Stadtbahnen im Untergeschoss. Ihr Ziel ist die Station Berliner Platz. Sie haben folgende Wahlmöglichkeiten:

Straßenbahn-Linien (Gleis 1, Fahrtzeit 4 Min., Kurzstreckentarif) |  101 (Richtung Germaniaplatz) |  105 (Richtung Unterstr.)

U-Stadtbahn-Linien (Gleis 3, Fahrtzeit 3 Min., Kurzstreckentarif) |  U11 (Richtung GE Buerer Str.) |  U17 (Richtung Karlsplatz) |  U18 (Richtung Berliner Platz)

Der Eingang zum Lehrstuhl befindet sich in der **Altendorfer Straße 11**.

So kommen Sie zum Lehrstuhl: Benutzen Sie das Treppenhaus oder den Aufzug um in die 1. Etage zu kommen. Anschließend gehen Sie durch beide Glastüren. Zum Seminarraum geht es links herum, zum Sekretariat rechts herum.

Hinweise für die Anreise mit dem Auto

Eingabe Navigationsgerät: Paul-Klinger-Str. 12, 45127 Essen, Weststadt Carré

Die Schranke der Tiefgarage wird am Tag des Workshops geöffnet sein. Sollte sie wider Erwarten geschlossen sein, können Sie den Knopf am Schrankenbaum drücken, um die Haustechnik zu kontaktieren, die über den Workshop in Kenntnis gesetzt worden ist.



TAGESORDNUNG

zum 2. Workshop zur gemeinsamen Diskussion von Handlungsempfehlungen

im Rahmen des Innovationsfondsprojektes

„Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen (PräVi, Förderkennzeichen 01VSF20011)“

MONTAG, 22. APRIL von 11:00 Uhr bis 16:00 Uhr

Landesvertretung Niedersachsen

Schillerstraße 23

30159 Hannover

TOP 1 **Überblick über die identifizierten Handlungsfelder und den „Blueprint“**

TOP 2 **Diskussion der Handlungsfelder:** Relevanz sowie Forderungen, Maßnahmen und/oder aktuelle Initiativen

1. Bewusstsein und Bedarf
2. VS-Software Entwicklung
3. Vergütung
4. Vermittlung von Kompetenzen
5. Individuelle Infrastruktur
6. Organisation / Praxisabläufe
7. VS-Durchführung Vorstellung der Anwesenden

TOP 3 **Priorisierung zentraler Handlungsfelder und notwendiger Maßnahmen**

Ausklang mit Kaffee und Kuchen ab 16:00 Uhr



AOK Nordost
Die Gesundheitskasse.



AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.



Einladung zum Abschlusssymposium

im Rahmen des Innovationsfondsprojektes

Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen (PräVi, Förderkennzeichen 01VSF20011)

zur gemeinsamen Diskussion von Handlungsempfehlungen

Obwohl vielfältige Chancen und Vorteile für Leistungserbringende und insbesondere Patient:innen mit dem Einsatz von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung assoziiert werden, spielten diese von 2017 bis zur Covid-19-Pandemie kaum eine Rolle in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Erst mit Beginn der Pandemie fand die Videosprechstunde deutlichen Zuspruch und ermöglichte in Teilbereichen eine Fortsetzung der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung. In diesem Zusammenhang wird oft von einem regelrechten „Boom“ der Videosprechstunde berichtet. Betrachtet man jedoch die tatsächliche Entwicklung abgerechneter Videosprechstunden fällt auf, dass sie zwar in der Pandemie um ein Vielfaches angestiegen ist, was allerdings mehr mit der initial kaum vorhandenen Nutzung als mit einem flächendeckenden Einsatz der Videosprechstunde zusammenhängt. Außerdem zeigte sich eine mit dem Abflachen des Infektionsgeschehens nahezu parallel rückläufige Videosprechstundennutzung (u.a. BT-Drucksache 20/4982).

Es wird also deutlich, dass die flächendeckende und längerfristige Anwendung von Videosprechstunden in der Zukunft nur gelingen kann, wenn Versicherte und insbesondere Niedergelassene diese Form der Leistungserbringung auch außerhalb von Krisenzeiten und damit nicht nur als Notlösung akzeptieren, sie als eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Kontakt ansehen und individuelle Vorteile erkennen. Die zentrale Voraussetzung für die Schaffung von Akzeptanz – bezogen auf die Bereitschaft, Videosprechstunden anzubieten, aber auch auf die Bereitschaft, diese in Anspruch zu nehmen – ist daher die Berücksichtigung der Präferenzen der Beteiligten.

Ziel des PräVi-Projektes ist es daher, **praxisorientierte und versorgungsnahe Handlungsempfehlungen** für den Gesetzgeber, die Partner der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Selbstverwaltung, die einzelnen medizinischen Leistungserbringenden sowie die Patient:innen aufzuzeigen, **um den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden zu fördern**. Die Projektarbeiten wurden im April 2021 aufgenommen und enden im Dezember 2024. Das Studienkonsortium wird geleitet durch den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen; Konsortialpartner im Projekt sind die Techniker Krankenkasse, die AOK Nordost, die AOK NordWest sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer [Projekt-Homepage](#).

Zur Entwicklung einer Strategie für den präferenzgerechten Einsatz von Videosprechstunden wurden neben einer systematischen Literaturrecherche und einer Analyse von Routinedaten der beteiligten Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Fokusgruppendifkussionen sowie Befragungen zur Präferenzhebung von Versicherten und ärztlichen sowie psychotherapeutischen Leistungserbringenden durchgeführt. Dabei wurde unter anderem der aktuelle **Stand der Nutzung** (bis Ende 2023) sowie die **Einstellung zu (un)geeigneten Behandlungsanlässen und Indikationen** erhoben. Zudem wurden die **Hürden und fördernden Faktoren** zur Nutzung der Videosprechstunde unter Versicherten und aus der Perspektive der Leistungserbringenden identifiziert und mögliche Maßnahmen, diesen zu begegnen, erarbeitet.

Wir möchten Sie daher ganz herzlich **zum Online-Symposium am 20. November 2024 von 09:00 bis 12:00 Uhr** einladen, um Ihnen die im Projekt erarbeiteten Handlungsempfehlungen vorzustellen und diese gemeinsam mit Ihnen zu diskutieren.

Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen, da Sie aus der Perspektive Ihrer Organisation sicher wertvolle Aspekte für das Projektergebnis beisteuern können.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wie geht es jetzt weiter?

Zusage und Einwilligungserklärung

Falls Sie sich zur Teilnahme an dem Online-Symposium bereit erklären, möchten wir Sie bitten, Ihre Bereitschaft über [diesen Link](#) zu bestätigen.

Alternativ können Sie auch diesen QR-Code nutzen:



Hinweise zum Datenschutz und zur Verwendung der Ergebnisse aus dem Symposium

Die Diskussion im Online-Symposium wird von Mitarbeiter:innen des Forschungsprojektes protokolliert. Personenbezogene Daten werden von dem Protokoll getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden die Diskussionsinhalte nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Falls Sie uns (über den obenstehenden Link) das Einverständnis dafür geben, werden wir in wissenschaftlichen Veröffentlichungen Ihre Institution (nicht aber Sie als Person) nennen.

Die Teilnahme an dem Symposium ist kostenlos und freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, die Videokonferenz zu verlassen und Ihr Einverständnis in die Verwendung Ihrer Beiträge zurückzuziehen.

Sollten Ihrerseits noch Fragen offengeblieben sein, wenden Sie sich gerne an Dr. Theresa Hüer (E-Mail: theresa.hueer@medman.uni-due.de, Tel.: 0201/ 183-2592).

TAGESORDNUNG und INFORMATIONEN

zum

Abschluss Symposium

zur gemeinsamen Diskussion von Handlungsempfehlungen

im Rahmen des Innovationsfondsprojektes

Präferenzgerechter Einsatz von Videosprechstunden in ländlichen und städtischen Regionen (PräVi, Förderkennzeichen 01VSF20011)

Mittwoch, 20. November 2024 von 09:00 bis 12:00 Uhr (virtuell)

Online-Zugang:

<https://uni-due.zoom-x.de/j/68015582702?pwd=eDba8RXRNvDbwkEk9oVKmdqQNSi9Ry.1>

Meeting-ID: 680 1558 2702

Kenncode: 401804

Hinweis: Für die Veranstaltung soll die Plattform Zoom genutzt werden. Falls die Nutzung von Zoom in Ihrer Institution untersagt sein sollte, melden Sie sich bitte zeitnah bei uns.

Tagesordnung

Start der Veranstaltung: 09:00 Uhr

TOP 1 **Begrüßung der Anwesenden** (Prof. Dr. Jürgen Wasem, UDE)

TOP 2 **Vorstellung des PräVi-Projektes** (Dr. Theresa Hüer, UDE)

TOP 3 **Überblick über die zentralen Projektergebnisse** (UDE)

- Einsatz der Videosprechstunde im Zeitverlauf
- Zentrale Handlungsfelder: Herausforderungen und Lösungsansätze

Kurze Pause: 10:30 Uhr – 10:45 Uhr

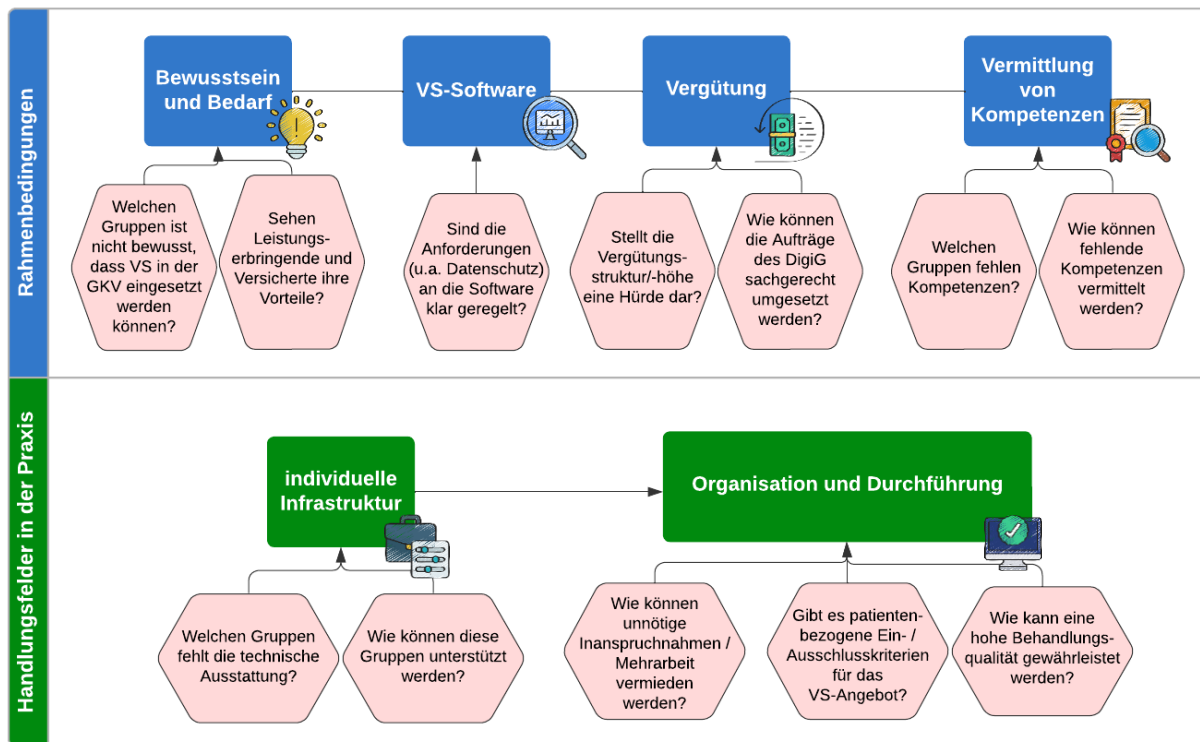
TOP 4 **Diskussion ausgewählter Handlungsfelder im virtuellen World-Café**

TOP 5 **Vorstellung der Diskussionsergebnisse / Reflexion**

Ende der Veranstaltung: 12:00 Uhr

Workshop-Inhalte

Nach einer einleitenden **Vorstellung des PräVi-Projektes (TOP 2)** präsentiert Ihnen das Team des Lehrstuhls für Medizinmanagement zunächst Ergebnisse zur Nutzung der Videosprechstunde im Zeitverlauf (2017 bis 2023) auf Basis von Routinedaten der beteiligten Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, AOK Nordost, AOK NordWest) und Kassenärztlichen Vereinigungen (Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe). Im Anschluss daran werden **sechs Handlungsfelder** vorgestellt, in denen **Herausforderungen** und mögliche **Lösungsansätze** identifiziert wurden (TOP 3). Diese können der nachfolgenden Abbildung entnommen werden.



Nach einer kurzen Pause möchten wir mit Ihnen die **Handlungsfelder** „Bewusstsein und Bedarf“, „Vergütung“ sowie „Organisation und Durchführung“ **diskutieren**. Dazu nutzen wir das World-Café-Format, in dem die Teilnehmenden die Themenfelder parallel in Kleingruppen diskutieren können (TOP 4). Abschließend erfolgt dann eine **Vorstellung der Diskussionsergebnisse im Plenum (TOP 5)**.

Wir freuen uns auf die gemeinsame Diskussion!

Ihr PräVi-Projektteam