



Leibniz-Institut
für Präventionsforschung
und Epidemiologie - BIPS

Leibniz ScienceCampus
Digital Public Health
Bremen



hkk
KRANKENKASSE

hkk GESUNDHEITSREPORT | 2023

DigitHEALTHCARE

Eine Online-Befragung von Versicherten
in Deutschland zur Digitalisierung des
Gesundheitswesens



Inhalt

1. Highlights	1
2. Hintergrund und Ziele der Studie	1
3. Methodik	3
4. Ergebnisse	5
4.1 Response und soziodemographische Merkmale	5
4.2 Digitale Gesundheitskompetenz	6
4.3 Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen	7
4.4 Nutzung und Akzeptanz der Videosprechstunde	9
4.5 Diskussion der Studienergebnisse im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Ärzt*innen	12
5. Zusammenfassung	14
6. Fazit	15
7. Danksagung	15
8. Literaturverzeichnis	16

Abkürzungen

Abkürzung	Erklärung
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung
eAU	Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
ePA	Elektronische Patientenakte
eRezept	Elektronisches Rezept
OSF	Open Science Framework

1. Highlights

- 1.839 Versicherte der hkk Krankenkasse wurden zu Beginn des Jahres 2023 zur Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen befragt.
- 96 % der Teilnehmenden haben bereits digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen, meist aus den Bereichen Kommunikation (Online-Terminvereinbarung 81 %, E-Mail-Kontakt mit einer Praxis oder Apotheke 62 %) und gesundheitsrelevante Information (Bewegungsmesser 59%, Gesundheits-Apps 52 %), genutzt.
- Digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen aus dem Bereich Versorgung wurden bisher nur von wenigen Teilnehmenden genutzt (z.B. ePA 7 % und DiGA 3 %).
- Unter den Teilnehmenden waren 712 Nutzende der Videosprechstunde. Die Videosprechstunde wurde vor allem auf ärztliche Empfehlung (71%) in der allgemeinmedizinischen Versorgung (49 %) im Rahmen einer Beratung/Sprechstunde oder Krankschreibung genutzt.
- Die Videosprechstunde hat eine hohe Akzeptanz bei den Teilnehmenden; über 90 % fühlten sich während der Videosprechstunde gut versorgt, würden diese erneut nutzen und weiterempfehlen.

2. Hintergrund und Ziele der Studie

Digitalisierung des Gesundheitswesens

Durch die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es möglich, medizinische Leistungen unter Nutzung digitaler Hilfsmittel (z.B. Apps, Videotechnologien) ohne direkten Kontakt von Arzt/Ärztin und Patient*in anzubieten. Seit April 2017 ist für Vertragsärzte die Abrechnung von Videosprechstunden im Rahmen der Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen im Anwendungsbereich der Verlaufskontrolle möglich^{1*}. Nach einigen Anpassungen der Anwendungsbereiche von Videosprechstunden zwischen 2018 und 2019 (z.B. Erstkontakt, Öffnung für alle Facharztgruppen und Psychotherapeut*innen)¹ können seit Frühjahr 2022 bis zu 30 % der ärztlichen Leistungen per Videosprechstunde abgerechnet werden². Zudem können Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen seit dem im Dezember 2019 in Kraft getretenen „Digitale-Versorgung-Gesetz“ u.a. digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) oder „Apps auf Rezept“ verordnen³. Durch die COVID-19 Pandemie hat die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter zugenommen. In der Corona-Warn-App konnten beispielsweise digitale Impfzertifikate auf dem Smartphone abgelegt werden. Außerdem wurde zum 1. Januar 2023 der zweite Schritt der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) umgesetzt, bei der nicht nur die Krankenkasse, sondern auch der Arbeitgeber die Informationen zu einer Krankschreibung elektronisch übermittelt bekommt. Des Weiteren ist geplant, dass bis 2025 80 % der gesetzlich Versicherten die elektronische Patientenakte (ePA) nutzen sollen⁴.

Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen bei Patient*innen und Ärzteschaft

Um die Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen zu untersuchen, wurden in den letzten Jahren sowohl Routinedaten der Krankenkassen ausgewertet als auch Patient*innen und die Ärzteschaft befragt.

Eine Untersuchung von Routinedaten der BARMER zu Nutzungsgrad und Nutzergruppen der Videosprechstunde in der ambulanten ärztlichen Versorgung kommt zu dem Ergebnis, dass im Beobachtungszeitraum von April 2017 bis Ende 2018 insgesamt nur 320 Videosprechstunden abgerechnet wurden. Trotz des insgesamt geringen Stellenwerts der Videosprechstunde in den ersten Monaten nach Erstattungsfähigkeit zeigt sich ein positiver Nutzungstrend, da die monatlichen Nutzungszahlen in 2018 doppelt so hoch lagen wie in 2017¹. Auch bei der hkk ist der Anteil der Versicherten, die die Videosprechstunde in Anspruch genommen haben, in den letzten Jahren von 1,37 % in 2020 auf 1,81 % in 2022 angestiegen (eigene Angaben hkk Krankenkasse).

In einer Befragung von 1.015 Erwachsenen ab 18 Jahren in Deutschland im November 2021 gaben 4 % an, die Videosprechstunde bereits genutzt zu haben⁵. Der Bekanntheitsgrad der Videosprechstunde lag mit 84 % deutlich höher und auch zukünftig könnten sich 59 % der Befragten vorstellen, die Videosprechstunde zu nutzen. Als Gründe für die Nutzung der Videosprechstunde wurden vor allem Zeitersparnis (84 %) und ein zielführendes Gespräch (82 %) genannt, wohingegen Gründe für die Nicht-Nutzung u.a. der Wunsch nach einem persönlichem Arztgespräch (37 %) oder ein fehlendes Angebot der Videosprechstunde durch die Ärztin bzw. den Arzt (30 %) darstellten⁵.

* Literaturverzeichnis s. S.16

Bei einer Befragung von 232 Patient*innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in Deutschland im Mai 2020 zeigte sich, dass 76 % über die Möglichkeit zur Nutzung der Videosprechstunde Bescheid wissen, jedoch nur 57 % grundsätzlich bereit wären diese zu nutzen, wobei die Bereitschaft zur Nutzung mit zunehmenden Alter abnimmt⁶. Eine weitere Studie schloss neben der Sichtweise von Patient*innen die Perspektive der Ärzteschaft ein⁷. In der im Herbst 2020 in Deutschland durchgeführten Befragung zeigte sich sowohl bei Patient*innen mit rheumatisch entzündlichen Erkrankungen als auch bei Rheumatolog*innen eine positive Einstellung zur Videosprechstunde, insbesondere für die Nutzung der Videosprechstunde für Folgetermine.

Förderliche Faktoren und Barrieren für die Nutzung von Versorgungsangeboten zur ausschließlichen Fernbehandlung wurden in einer Studie mit Erwachsenen in Baden-Württemberg untersucht⁸. Als förderliche Faktoren wurden der schnelle ärztliche Kontakt per Videotelefonie, die Möglichkeit eine/n spezialisierte/n Arzt/Ärztin vermittelt zu bekommen und einen ersten Therapieversuch zu erhalten genannt. Als Barrieren wurden u.a. Datenschutz und die fehlende körperliche Untersuchung aufgeführt. Auch wenn die Mehrheit der Befragten Versorgungsangeboten zur ausschließlichen Fernbehandlung positiv gegenübergestellt war, schlossen insgesamt 35 % die Nutzung eines solchen Angebots für sich aus.

Das PraxisBarometer Digitalisierung gibt einen Überblick darüber, wie digitale Anwendungen in den vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen verbreitet sind, welche Erfahrungen die Praxen gemacht haben und wie sie den Digitalisierungsfortschritt einschätzen⁹. In der Befragung 2021 war ein Schwerpunkt das Angebot und die Akzeptanz der Videosprechstunde. Die Ergebnisse zeigen, dass sich infolge der COVID-19 Pandemie Videosprechstunden im Praxisalltag etabliert haben. Ein Fünftel der befragten hausärztlichen Praxen gaben an, Videosprechstunden anzubieten.

Als Hauptgründe für das Angebot wurden der Schutz des Personals vor COVID-19 und eine erhöhte Nachfrage durch Patient*innen genannt. Dabei wurden Videosprechstunden vor allem zur Besprechung von Untersuchungsergebnissen sowie zur Anamnese für langfristig betreute chronisch kranke Patient*innen genutzt und weniger für neue Patient*innen oder die Diagnosestellung.

Trotz einer höheren Nutzung von Videosprechstunden gaben zwei Drittel der hausärztlichen Praxen an, Videosprechstunden noch nie genutzt zu haben. Zudem zeigte sich, dass interdisziplinäre Arztpraxen, psychotherapeutische Praxen, große Praxen und jüngere Praxisbetreiber*innen (unter 50 Jahren) Videosprechstunden häufiger anboten. Ähnliche Ergebnisse werden im 3. Digitalisierungsreport 2021 der DAK berichtet, dessen Grundlage eine Befragung von 569 Ärzt*innen und 16 Psychotherapeut*innen zu ihren Erfahrungen und Einstellungen mit digitalen Anwendungen ist¹⁰.

Von den Befragten gaben 15 % an die Videosprechstunde mindestens einmal genutzt zu haben und 14 % berichteten diese regelmäßig zu nutzen. Andere digitale Anwendungen wie die ePA oder DiGA wurden von einem geringeren Anteil der Befragten genutzt (mindestens einmal genutzt ePA 6 % und DiGA 7 %). Gründe für die Nicht-Nutzung digitaler Anwendungen sind Unwissenheit über deren Existenz sowie mangelnde digitale Readiess („Bereitschaft“). Eine im Frühjahr 2020 durchgeführte Befragung von 51 Allgemeinmediziner*innen in Deutschland zur Akzeptanz von DiGA zeigt, dass die Verordnungsbereitschaft bei zwei Drittel der Befragten eher gering ist¹¹.

Als Chancen von DiGA werden eine bessere Vernetzung von Arzt/Ärztin und Patient*in sowie die Sensibilisierung für Präventionsthemen gesehen. Als Risiken hingegen Zeitmangel im Versorgungsalltag, Haftungsfragen, Mehraufwand und eine geringe digitale Affinität der Zielgruppe. Eine aktuellere Befragung von 3.829 Hausärzt*innen in Deutschland aus dem Frühjahr 2022 zeigt, dass der Großteil der Ärzt*innen DiGA als verlässlich (67 %) und sicher (62 %) bewertet, jedoch gaben nur 22 % der Befragten an, Patient*innen kompetent zu DiGA beraten zu können und lediglich 14 % haben bereits eine DiGA verschrieben¹². Aus Sicht der Ärzteschaft ist zudem von Bedeutung, dass Tätigkeiten in Zusammenhang mit DiGAs ausreichend honoriert und in die ärztliche Therapie integriert werden müssen¹³.

Somit liegen zwar erste Erkenntnisse zur Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen aus Sicht von Patient*innen und Ärzteschaft in Deutschland vor, jedoch lag der Fokus bisheriger Studien auf kleinen und spezifischen Gruppen von Patient*innen (z.B. Patient*innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen) und Ärzt*innen (z.B. Rheumatologie oder Allgemeinmedizin) oder es handelte sich um Studien mit regionalem Bezug (z.B. Erwachsene in Baden-Württemberg). Um die bisherigen Erkenntnisse zur Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen um die Perspektive einer großen bundesweiten Stichprobe der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung ab 18 Jahren zu ergänzen, wurde die Studie „DigitHEALTHCARE – Befragung von Versicherten zur Digitalisierung im Gesundheitswesen“ durchgeführt.

Ziel der DigitHEALTHCARE-Studie war es, die Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen zu untersuchen. Dazu wurden 1) Versicherte der hkk Krankenkasse aus Deutschland von Januar bis Februar 2023 mit einem Online-Fragebogen zur Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen befragt und 2) mit Ärzt*innen in einer Informationsveranstaltung im Juni 2023 die Ergebnisse der Online-Befragung diskutiert.

Die vorliegende Studie wurde als Gemeinschaftsprojekt vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS und der hkk Krankenkasse entwickelt und vom BIPS durchgeführt.

3. Methodik

Stichprobenziehung und Teilnehmende

Eine zufällige Auswahl von 20.000 Versicherten (jeweils 10.000 Nutzende* und Nicht-Nutzende der Videosprechstunde) wurde durch die hkk Krankenkasse vorgenommen.

Die Versicherten mussten zwischen 18 und 80 Jahren alt sein, am 1. Januar 2023 bei der hkk krankenversichert sein, über eine gültige E-Mailadresse verfügen und der Kontaktaufnahme via E-Mail zugestimmt haben. Ausgeschlossen wurden u.a. Mitarbeitende der hkk Krankenkasse, Versicherte mit Pflegegrad oder in stationärer Behandlung sowie Versicherte, die keine Erlaubnis zur Kontaktaufnahme via E-Mail gegeben haben.

Von den 20.000 eingeladenen Personen waren 9.665 weiblich (48%) und 8.988 zwischen 31 und 50 Jahren alt (45%).

Fragebogen

Der Fragebogen umfasste insgesamt 31 Fragen aus vier Themenbereichen:

1. Soziodemographische Merkmale (sechs Fragen)
2. Digitale Gesundheitskompetenz (neun Fragen)
3. Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen (sechs Fragen)
4. Nutzung und Akzeptanz der Videosprechstunde (zehn Fragen)

Die soziodemographischen Merkmale umfassten Informationen zum Geschlecht, Alter, Wohnort (Bundesland), Geburtsland, sozioökonomischen Status und Gesundheitszustand.

Die digitale Gesundheitskompetenz wurde mit neun Fragen des Digital Health Literacy Instrument (14) erfasst. Die Antwortmöglichkeiten für jede der neun Fragen liegen zwischen 1 = sehr schwierig und 4 = sehr einfach.

Bekanntheit und Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen wurde anhand einer Liste mit 13 verschiedenen digitalen Gesundheitsangeboten und Anwendungen aus den Bereichen Kommunikation (E-Mail-Kontakt, Online-Terminvereinbarung, Kommunikation über App), gesundheitsrelevante Information (Bewegungsmesser, Webseiten und Online-Foren, Gesundheits-Apps, Online-Kurse) und Versorgung (Videosprechstunde, eAU, ePA, elektronisches Rezept [eRezept] und DiGA) erfasst (**Abbildung 1**). Des Weiteren wurden die Teilnehmenden nach den Gründen für die Nutzung bzw. Nicht-Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen gefragt.

Um die Nutzung und Akzeptanz der Videosprechstunde zu erfassen, wurden die Teilnehmenden gefragt, wie viele Videosprechstunden sie bereits in Anspruch genommen haben, bei wem die Videosprechstunde stattfand, was der Anlass der Videosprechstunde war, welche Vor- und Nachteile die Videosprechstunde hat und ob sie diese wiedernutzen und weiterempfehlen würden.

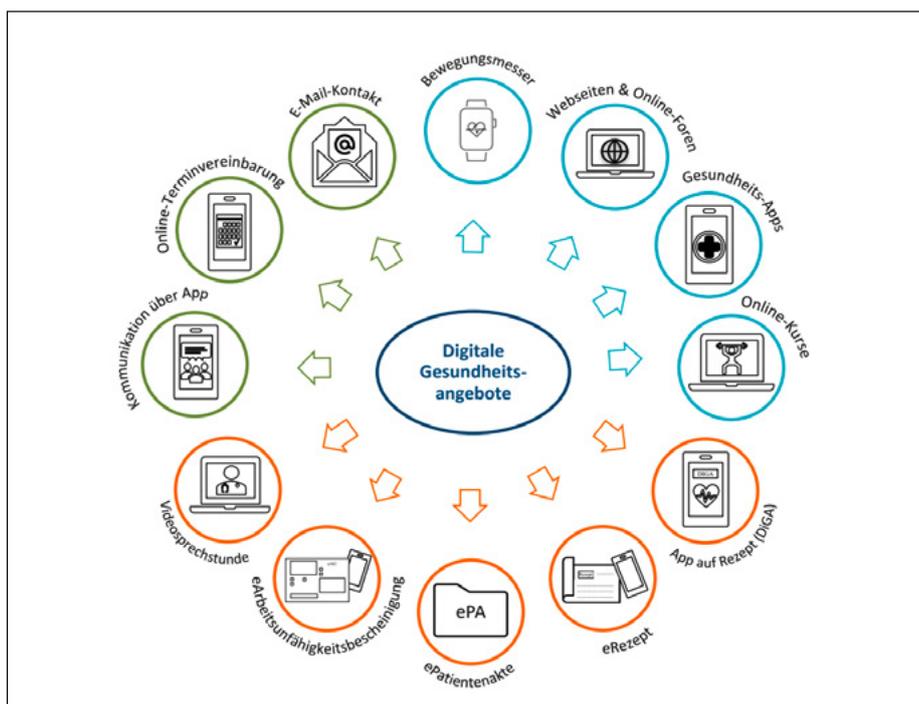


Abbildung 1
Digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen

* hkk-Versicherte, die seit 2021 mindestens einmal eine Videosprechstunde in Anspruch genommen haben (Gebührenordnungsposition (GOP) 01450)

Durchführung der Befragung

Alle zufällig ausgewählten Versicherten wurden am 19. Januar 2023 via E-Mail von der hkk Krankenkasse zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die E-Mail enthielt den Link zur Online-Befragung. Auf den ersten zwei Seiten der Online-Befragung befanden sich die Studieninformation und Einverständniserklärung. Der Online-Fragebogen konnte nur ausgefüllt werden, wenn das Einverständnis zur Studienteilnahme abgegeben wurde.

Eine einmalige Erinnerungs-E-Mail wurde am 1. Februar 2023 durch die hkk Krankenkasse versendet. Die Online-Befragung konnte zwischen dem 19. Januar und 20. Februar 2023 ausgefüllt werden. Die Teilnahme an der Online-Befragung war freiwillig und die Teilnehmenden erhielten keine Aufwandsentschädigung.

Auswertung

Die erhobenen anonymen Daten wurden von den beteiligten Forschenden des BIPS statistisch ausgewertet und interpretiert sowie in diesem Ergebnisbericht aufbereitet. Alle Fragen wurden deskriptiv statistisch analysiert. Mit statistischen Regressionsmodellen wurde untersucht, ob die Nutzung der Videosprechstunde mit den soziodemographischen Merkmalen Geschlecht, Alter, Wohnort, Geburtsland, sozioökonomischer Status und Gesundheitszustand sowie der digitalen Gesundheitskompetenz zusammenhängt.

Ethik und Studienprotokoll

Ein Ethikvotum für die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Bremen eingeholt (4. Januar 2023, Nr. 848). Die hkk Krankenkasse hatte zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die erhobenen Forschungsdaten und war nicht an der Auswertung der Studie beteiligt.

Das Studienprotokoll für die Durchführung der Studie ist im Open Science Framework (OSF) unter folgendem Link registriert: osf.io/mqk8f/

Informationsveranstaltung für Ärzt*innen

Im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Ärzt*innen am 7. Juni 2023 mit dem Titel „Wie akzeptiert sind digitale Anwendungen und Gesundheitsangebote bei Versicherten?“ wurden die Ergebnisse der Studie vorgestellt und die Erfahrungen, Vor- bzw. Nachteile der Videosprechstunde sowie Erwartungen an die Zukunft diskutiert.

4. Ergebnisse

4.1 Response und soziodemographische Merkmale

Von den 20.000 eingeladenen hkk-Versicherten nahmen 1.839 an der Online-Befragung teil. Dies entspricht einer Rückmeldungsquote (Response) von 9 %.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51 %) gab an, weiblich zu sein. Knapp die Hälfte der Befragten (47 %) war zwischen 30 und 49 Jahren alt. Der Großteil der Befragten lebt in Westdeutschland (85 %) und ist in Deutschland geboren worden (87 %).

41 % der Befragten schätzten ihren sozioökonomischen Status als „Mittel“ ein. 65 % der Befragten gaben an, einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand zu haben (**Tabelle 1**).

Ein Vergleich der eingeladenen und teilnehmenden Personen zeigt, dass unter den Teilnehmenden etwas mehr weibliche Personen waren (51 % vs. 48 %).

In Bezug auf das Alter haben mehr Personen ab 50 Jahren (34 % vs. 16 %) und weniger Personen unter 30 Jahren (13 % vs. 39 %) an der Online-Befragung teilgenommen.

		n=1.839	%	
Geschlecht	Männlich	783	42,6	
	Weiblich	942	51,2	
	Divers	14	0,8	
	Keine Antwort	100	5,4	
Alter	18-29 Jahre	247	13,4	
	30-49 Jahre	869	47,3	
	≥ 50 Jahre	623	33,9	
	Keine Antwort	100	5,4	
Wohnort (Bundesland)	Baden-Württemberg (West)	144	7,8	
	Bayern (West)	228	12,4	
	Berlin (West)	181	9,8	
	Brandenburg (Ost)	64	3,5	
	Bremen (West)	67	3,6	
	Hamburg (West)	80	4,4	
	Hessen (West)	163	8,9	
	Mecklenburg-Vorpommern (Ost)	36	2,0	
	Niedersachsen (West)	237	12,9	
	Nordrhein-Westfalen (West)	316	17,2	
	Rheinland-Pfalz (West)	8	0,4	
	Saarland (West)	59	3,2	
	Sachsen (Ost)	33	1,8	
	Sachsen-Anhalt (Ost)	23	1,3	
	Schleswig-Holstein (West)	85	4,6	
	Thüringen (Ost)	13	0,7	
	Keine Antwort	102	5,5	
	Geburtsland	Deutschland	1.598	86,9
		Anderes Land	139	7,6
		Keine Antwort	102	5,5
Sozioökonomischer Status	Niedrig	516	28,1	
	Mittel	752	40,9	
	Hoch	466	25,3	
	Keine Antwort	105	5,7	
Gesundheitszustand	Sehr gut	300	16,3	
	Gut	893	48,6	
	Mittelmäßig	445	24,2	
	Schlecht	96	5,2	
	Sehr schlecht	6	0,3	
	Keine Antwort	99	5,4	

Tabelle 1 Soziodemographische Merkmale der Teilnehmende (n=1.839)

4.2 Digitale Gesundheitskompetenz

Von den 1.839 Befragten haben 1.744 ihre digitale Gesundheitskompetenz anhand von neun Fragen eingeschätzt (**Abbildung 2**).

Durchschnittlich lag die digitale Gesundheitskompetenz für alle Befragten bei 2,6 von 4 Punkten.

Die Mehrheit der Befragten fand es einfach bis sehr einfach, genau die Informationen zu finden, die sie suchen (70%), und die richtigen Begriffe oder Suchanfragen zu verwenden (75%). Hingegen fand die Mehrheit der Befragten es schwierig oder sehr schwierig, zu entscheiden, ob eine Information zuverlässig ist (63%) und mit kommerziellem Interesse geschrieben wurde (61%).

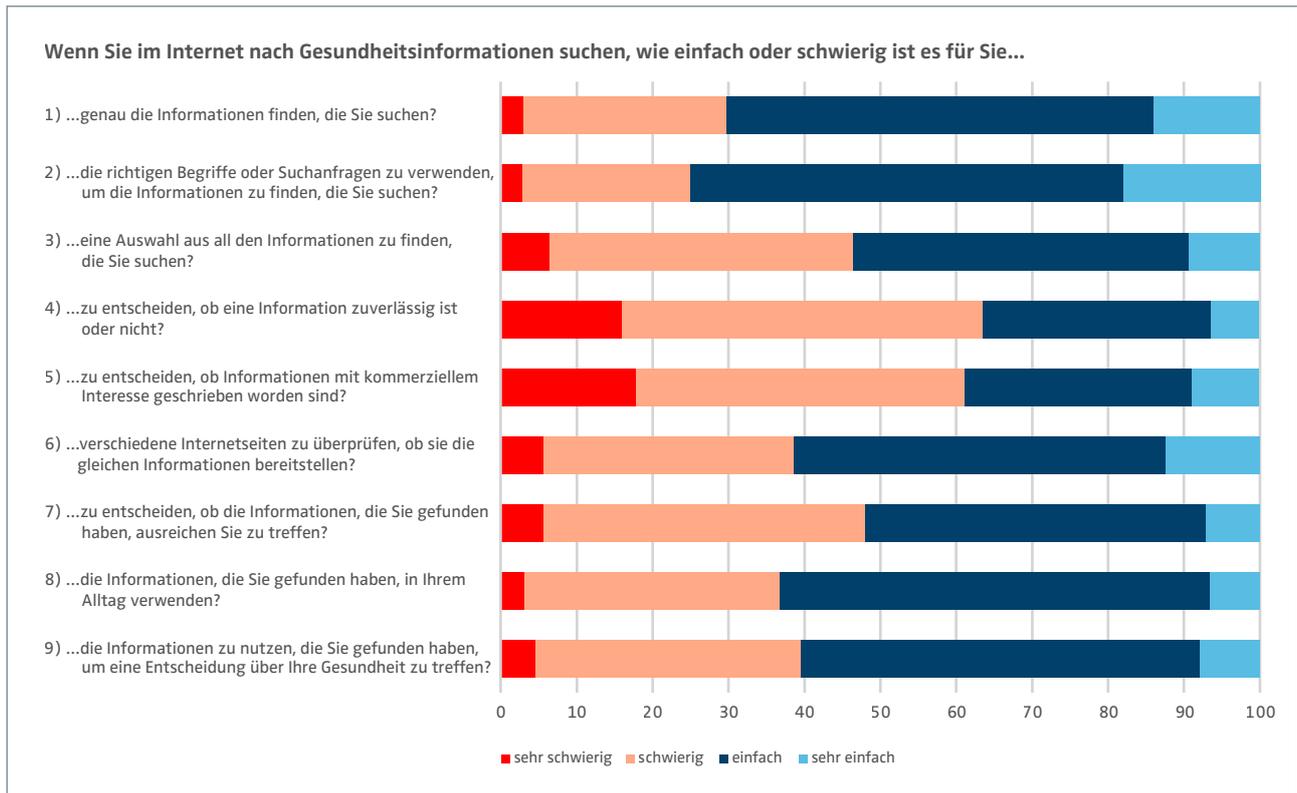


Abbildung 2 Digitale Gesundheitskompetenz in % (n=1744)

4.3 Nutzung und Akzeptanz digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen

Von 1.839 Befragten gaben 1.756 (96 %) an, mindestens ein digitales Gesundheitsangebot oder eine Anwendung zu kennen (**Abbildung 3**). Am bekanntesten waren digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen in den Bereichen Kommunikation (Online-Terminvereinbarung 86 %, E-Mail-Kontakt mit einer Praxis oder Apotheke 69 %) und gesundheitsrelevante Information (Bewegungsmesser 76 %). Hingegen kannten nur wenige Befragte digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen aus dem Bereich Versorgung wie die ePA (30 %), das eRezept (26 %) und DiGA (17 %).

1.678 Befragte (96 % von 1.756) haben bereits digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen genutzt. Dazu gehören digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen aus den Bereichen Kommunikation, wie Online-Terminvereinbarung (81 %) und E-Mail-Kontakt mit einer Praxis oder Apotheke (62 %) sowie gesundheitsrelevante Information, wie Bewegungsmesser (59 %) oder Gesundheits-Apps (52 %). Digitale Gesundheitsangebote aus dem Bereich Versorgung nutzten bisher nur wenige Versicherte (z.B. ePA 7 % und DiGA 3 %). Ausnahme bildet die Videosprechstunde, die bereits von knapp 40 % der Befragten genutzt wurde*.

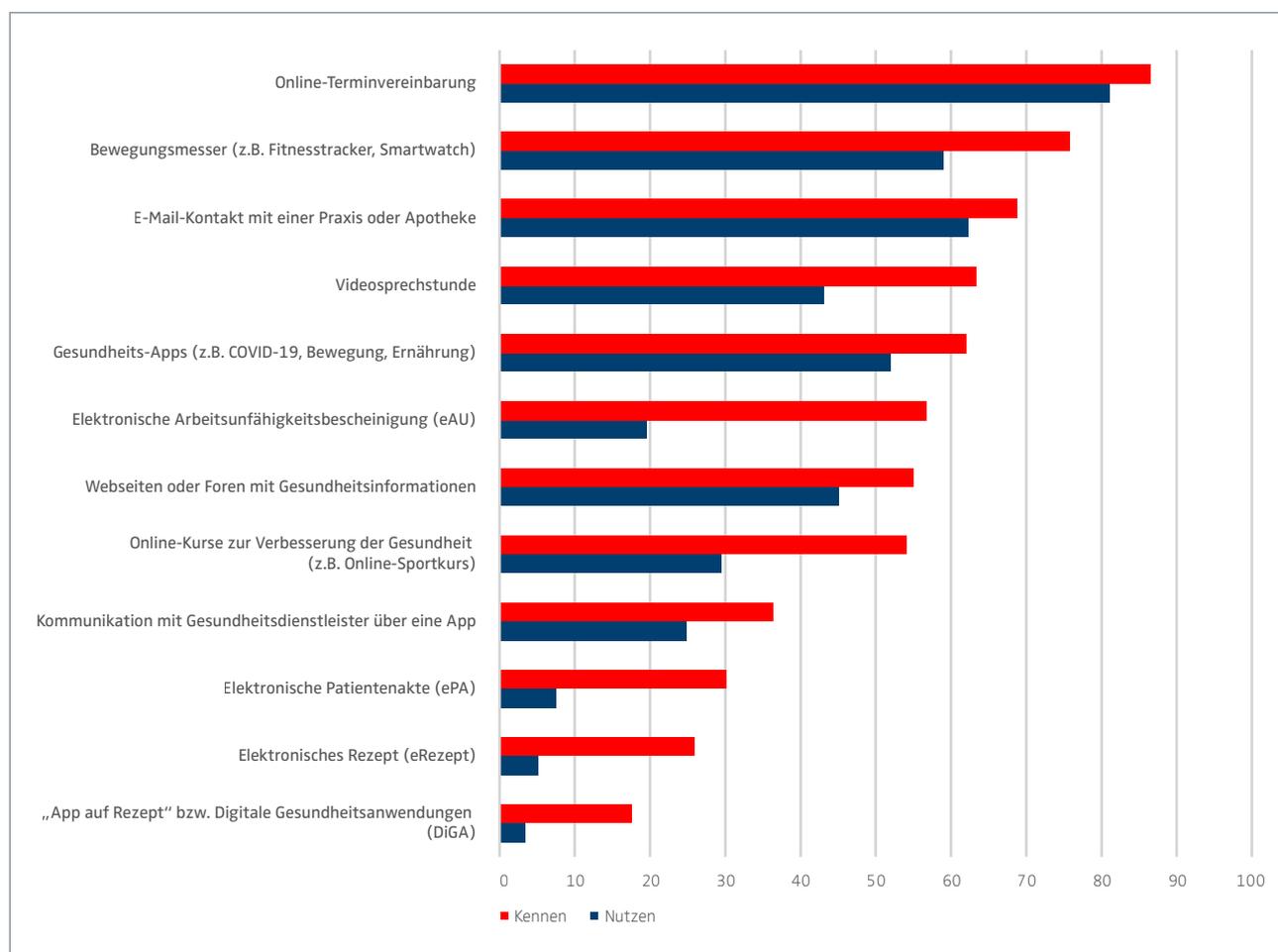


Abbildung 3 Bekannte und genutzte digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen in % (Kennen: n=1.756, Nutzen: n=1.678, Anmerkung: Durch die Stichprobenziehung ist der Anteil der Nutzenden der Videosprechstunde nicht repräsentativ)

* Der Anteil der Befragten, die die Videosprechstunde genutzt hat, ist durch die Stichprobenziehung von jeweils 10.000 Nutzenden und Nicht-Nutzenden der Videosprechstunde erhöht worden und entspricht nicht der realen Verteilung unter allen hkk-Versicherten. Insgesamt haben 4 % der hkk-Versicherten die Videosprechstunde jemals genutzt.

Gründe für die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen waren vor allem Zeitersparnis (84 %) und Flexibilität durch den Zugriff von überall und jederzeit (79 %) (**Abbildung 4**).

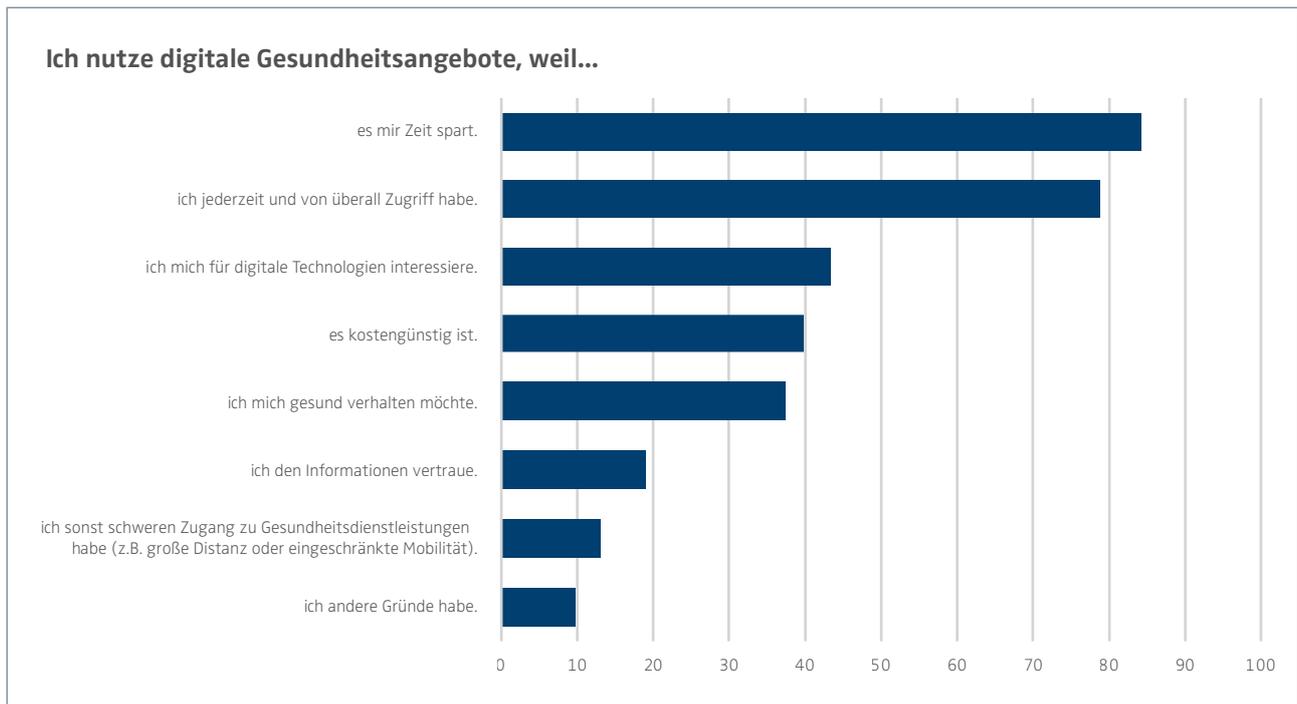


Abbildung 4 Gründe für die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen in % (n=1.664, Mehrfachantworten)

Nur wenige Teilnehmende (n=83) gaben an, keine digitalen Gesundheitsangebote und Anwendungen zu nutzen. Von diesen berichteten 55 Teilnehmende Gründe für die Nicht-Nutzung (**Abbildung 5**). Neben anderen Gründen (55 %) sagten die Befragten, dass sie eine persönliche Beratung bevorzugen (27 %), Bedenken

wegen Datenschutz haben (25 %) oder Informationen auf Papier bevorzugen (22 %). Von den Nicht-Nutzenden planen 65 % zukünftig wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen zu nutzen.

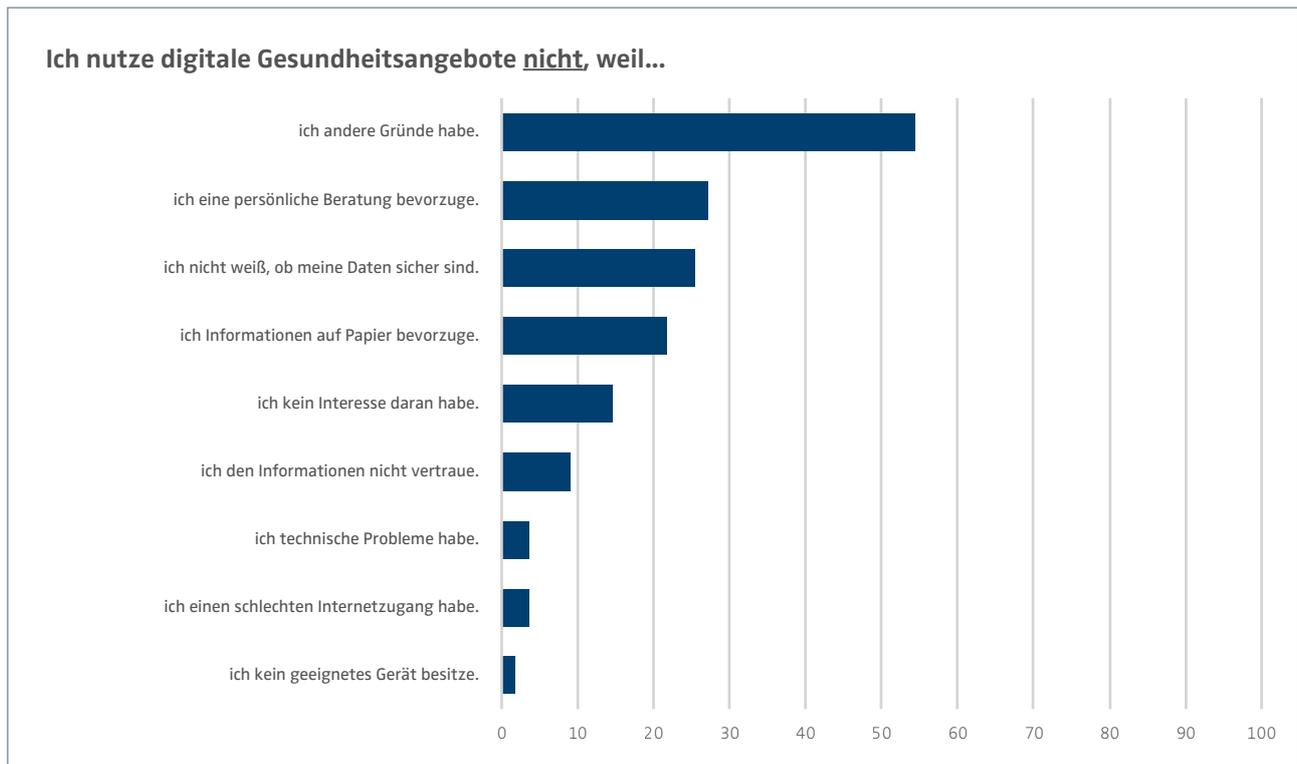


Abbildung 5 Gründe für die Nicht-Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen in % (n=55, Mehrfachantworten)

Abschließend wurden die Nutzenden digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen (n=1.756) gefragt, ob sie sich auf sie zugeschnittene digitale Gesundheits-

angebote von der hkk Krankenkasse wünschen. Der Großteil der Befragten bejahte dies (78%), 20% verneinten es und 2% beantworteten die Frage nicht.

4.4 Nutzung und Akzeptanz der Videosprechstunde

Von den 1.839 Befragten berichteten 712 (39%), dass sie die Videosprechstunde bereits genutzt haben (**Abbildung 3**). Von diesen nutzten 51% die Videosprechstunde zwei- bis fünfmal (**Abbildung 6**).

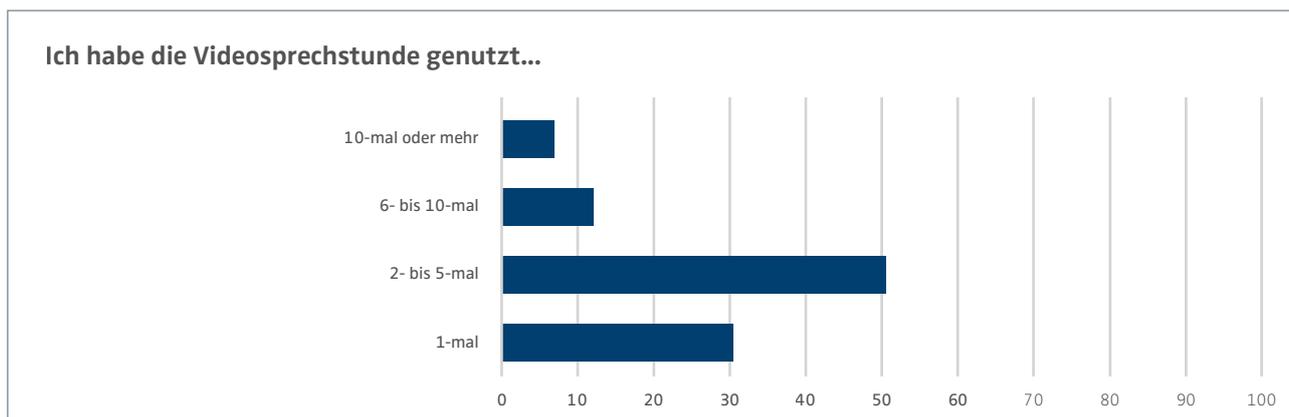


Abbildung 6 Häufigkeit der Nutzung der Videosprechstunde in % (n=712)

Die Mehrheit der Befragten (71%) gab an, dass ihnen ein Arzt oder eine Ärztin die Videosprechstunde angeboten hat. Nur wenige Befragte haben eigeninitiativ von der Videosprechstunde erfahren, z.B. durch eine

Online-Recherche (27%) oder von Bekannten und Familie (6%). 7% der Befragten sagten, dass sie ihren Arzt bzw. ihre Ärztin angesprochen haben, ob eine Videosprechstunde möglich sei (**Abbildung 7**).

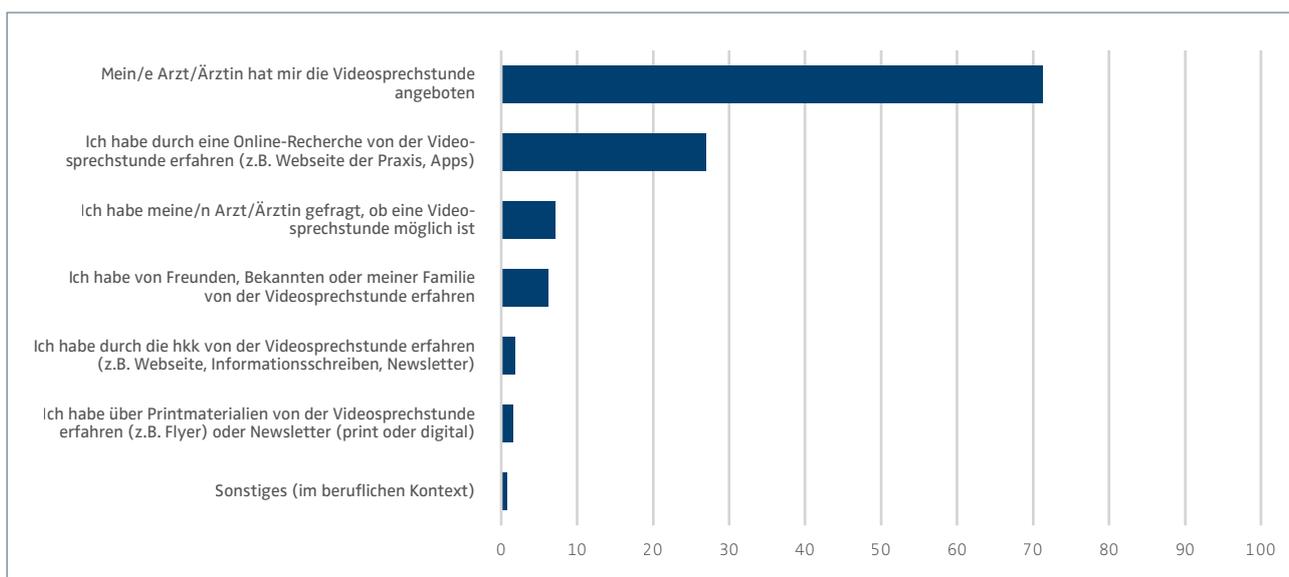


Abbildung 7 Informationsquelle für Nutzung der Videosprechstunde in % (n=709, Mehrfachantworten)

Knapp die Hälfte der Befragten (49%) gab an, dass die letzte Videosprechstunde im Rahmen der allgemeinmedizinischen Versorgung stattfand. 25% bzw. 24% nannten Fachmedizin (z.B. Gynäkologie) bzw. Psychotherapie als ärztliche Fachrichtung für die letzte Videosprechstunde und 1% Gesundheitsfachberufe (z.B. Logopädie). Als Anlass für die letzte Videosprechstunde

berichteten jeweils ein Drittel, dass die Videosprechstunde für eine Erstvorstellung, Sprechstunde, Behandlung bzw. Therapiesitzung sowie eine Krankschreibung genutzt wurde (**Abbildung 8**). Im Rahmen der Videosprechstunde wurden bei einem Großteil der Befragten (77%) nur Erkrankungen, die der Anlass der Videosprechstunde waren, berücksichtigt.

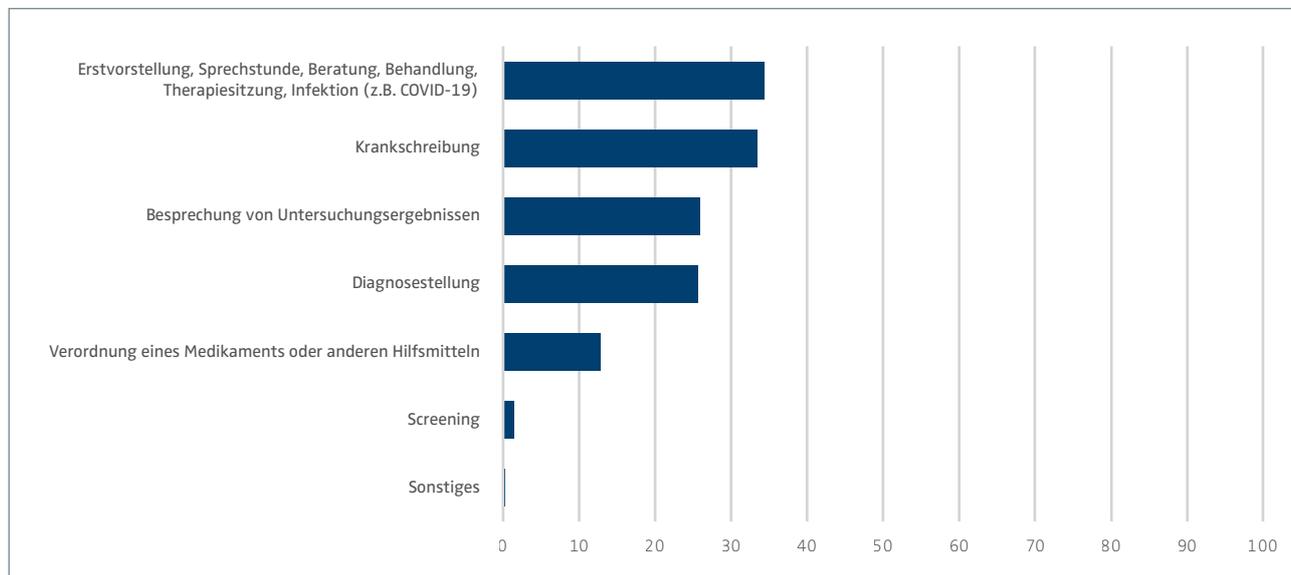


Abbildung 8 Anlass der letzten Videosprechstunde in % (n=702, Mehrfachantworten)

Als Vorteile für die Nutzung der Videosprechstunde nannten die Befragten, dass keine Anreise zur Praxis notwendig ist (92%), dass die Videosprechstunde von jedem beliebigen Ort durchgeführt werden kann (86%), keine Wartezeit in der Praxis anfällt (81%) und eine

gute Vereinbarkeit mit dem Alltag besteht (65%). Nur sehr wenige Teilnehmende (1%) gaben an, dass die Videosprechstunde keine Vorteile mit sich bringt (**Abbildung 9**).

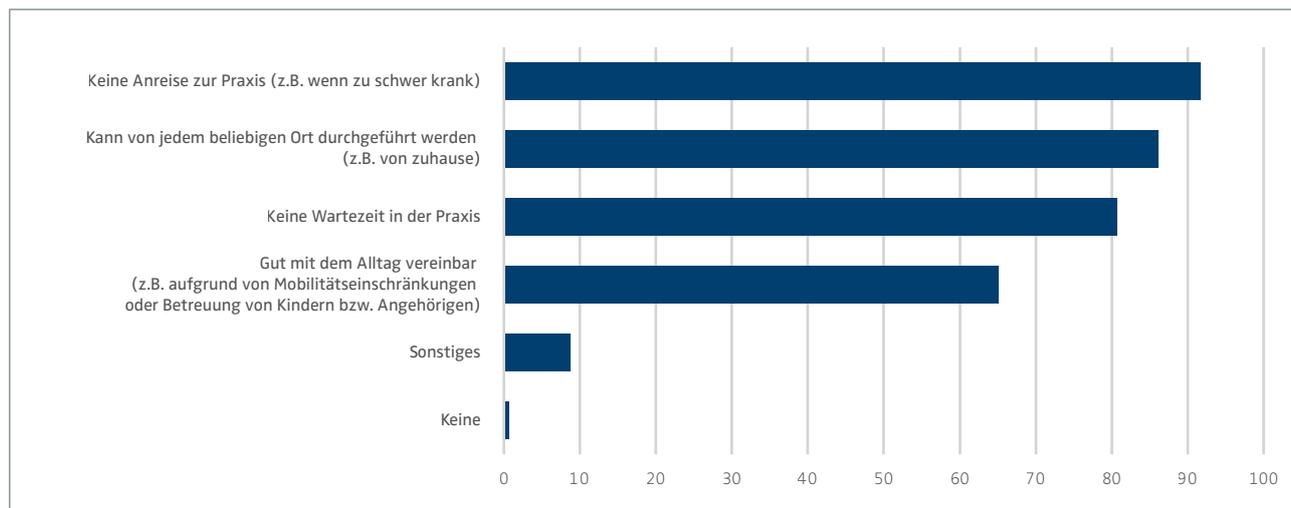


Abbildung 9 Vorteile für die Nutzung der Videosprechstunde in % (n=701, Mehrfachantworten)

Als Hindernisse für die Nutzung der Videosprechstunde sagten die Befragten, dass sich diese nicht für alle Anlässe eignet (76 %) und eine körperliche Untersuchung bzw. der persönliche Kontakt fehlt (53 %). Bedenken wegen unzureichendem Datenschutz (8 %) oder tech-

nische Schwierigkeiten (4 %) berichteten nur wenige Befragte. 15 % der Befragten gaben an, dass keinerlei Hindernisse für die Nutzung der Videosprechstunde bestehen (**Abbildung 10**).

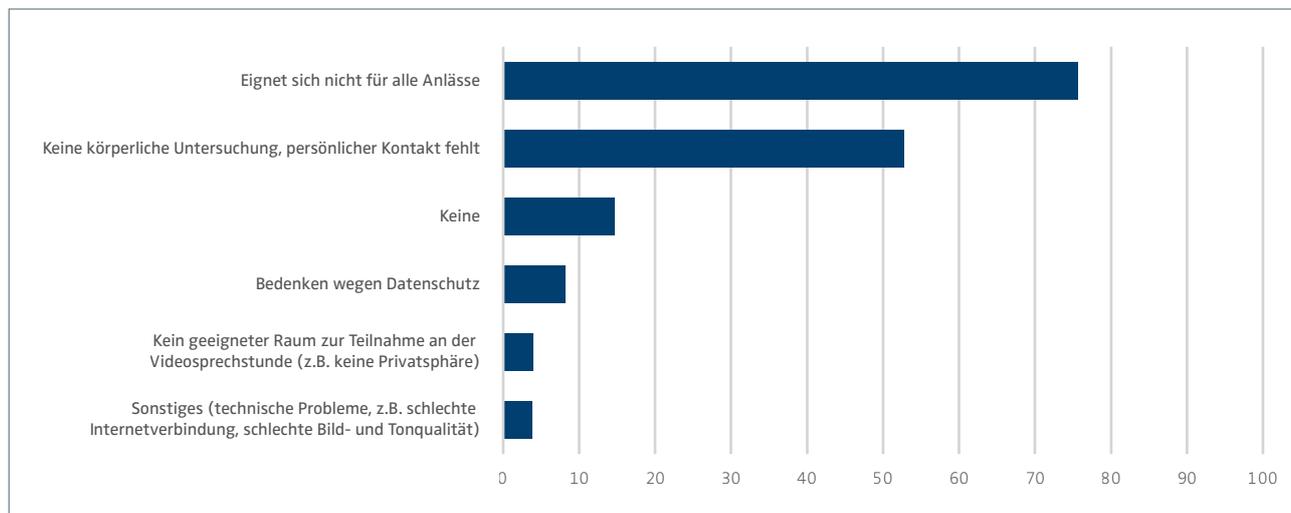


Abbildung 10 Hindernisse für die Nutzung der Videosprechstunde in % (n=699, Mehrfachantworten)

Die Akzeptanz der Videosprechstunde war unter den Teilnehmenden sehr hoch. Über 90 % fühlten sich während der letzten Videosprechstunde gut versorgt, würden diese wieder nutzen und weiterempfehlen (**Abbildung 11**).

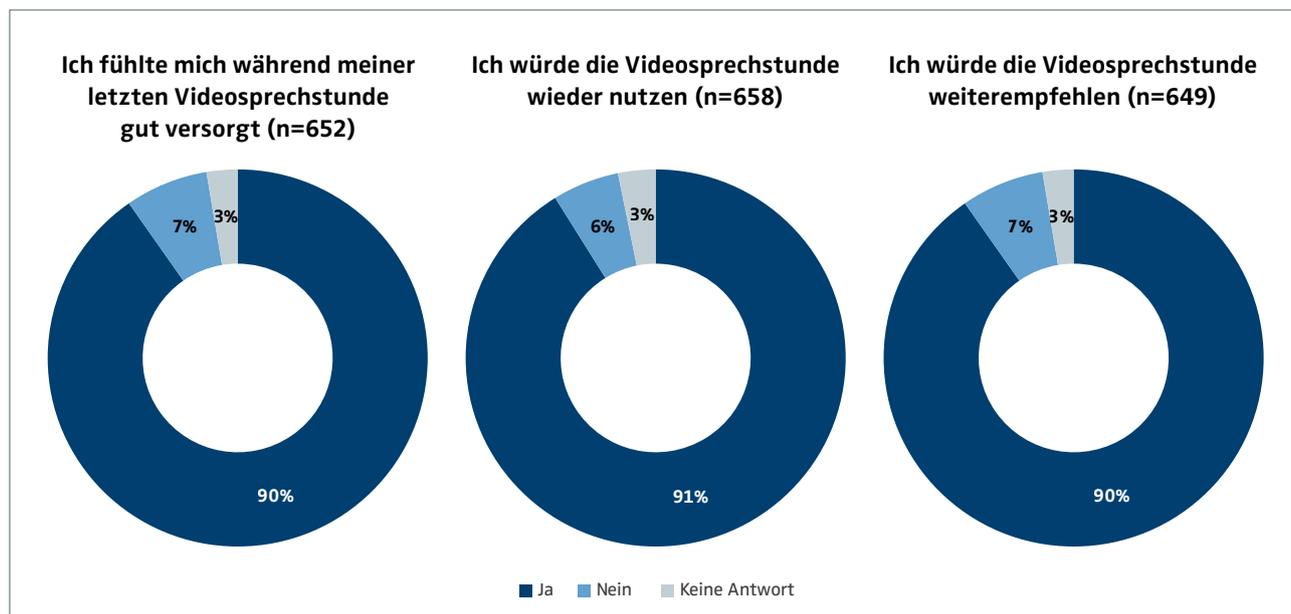


Abbildung 11 Akzeptanz der Videosprechstunde in %

Eine höhere Chance für die Nutzung der Videosprechstunde fand sich in den statistischen Regressionsmodellen bei Personen im mittleren Alter (30-49 Jahre), mit einem schlechten Gesundheitszustand und einem hohen sozioökonomischen Status (**Abbildung 12**).

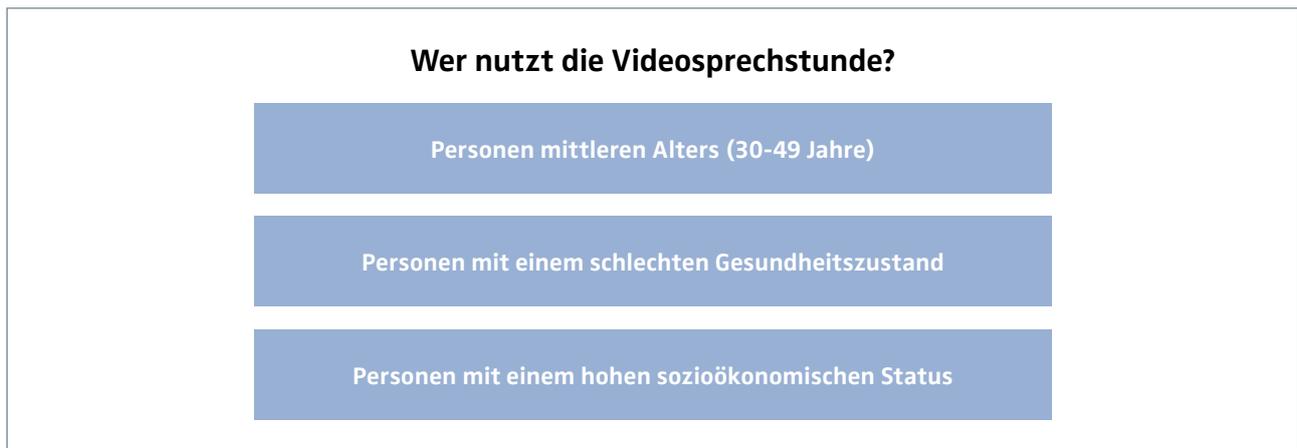


Abbildung 12 Wer nutzt die Videosprechstunde?

4.5 Diskussion der Studienergebnisse im Rahmen einer Informationsveranstaltung für Ärzt*innen

An der Informationsveranstaltung nahmen 19 Personen teil, darunter Ärzt*innen, Forschende und Mitarbeitende der hkk. Von den Ärzt*innen berichteten vereinzelte Teilnehmende, dass sie bereits Erfahrungen mit der Videosprechstunde gemacht haben. Im Praxisalltag wird jedoch eher eine telefonische Sprechstunde oder Beratung genutzt.

Als Vorteile der Videosprechstunde wurde genannt, dass sich diese anbietet, wenn Patient*innen in ländlichen Regionen wohnen oder eine spezialisierte Arztpraxis zu weit vom Wohnort entfernt ist. Beispielhaft wurden Videosprechstundenzentren in ländlichen Regionen Norwegens aufgeführt. Die Videosprechstundenzentren befinden sich meist in Räumlichkeiten der Gemeinde und bieten Einwohner*innen die Möglichkeit per Videosprechstunde Kontakt zu einer Ärztin bzw. einem Arzt oder anderem medizinischen Personal aufzunehmen ohne eine lange Anreise in die nächstgrößere Stadt.

Ein weiteres Beispiel – von einem Teilnehmenden in die Diskussion gebracht – stellt ein telemedizinisches Expertenkonsil von Kinder- und Jugendärzt*innen, dar.

Hier haben Kinder- und Jugendärzt*innen die Möglichkeit eine*n spezialisierten Kinder- und Jugendarzt/ärztin zu kontaktieren, um Patient*innen mit chronischen oder seltenen Erkrankungen schnell und niedrigschwellig helfen zu können. Aus Patientenperspektive bietet die Videosprechstunde eine Zeitersparnis, da die Anreise zur und Wartezeit in der Praxis entfallen.

Ebenso verringert sich für Patient*innen das Risiko sich selbst oder andere mit infektiösen Erkrankungen anzustecken. Die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in wird durch eine Videosprechstunde nicht negativ beeinflusst, wenn bereits eine Beziehung besteht, so ein Ergebnis der Diskussion. Der Erstkontakt zwischen Arzt/Ärztin und Patient*in sollte nach Möglichkeit persönlich sein, um ein umfassendes Bild von der Patientin bzw. dem Patienten zu erhalten.

Nachteile der Videosprechstunde aus ärztlicher Sicht sind bürokratischer Aufwand aufgrund der Datenschutz-Richtlinien und dass die Gespräche meist nicht so intensiv sind wie bei einem persönlichen Kontakt. Zudem bringt die Videosprechstunde keine Zeitersparnis und wird z.T. als zeitintensiver als eine reguläre Behandlung wahrgenommen, weil die Patientin oder der Patient nicht schon vorbereitet im Untersuchungsraum sitzt. Auch unterschiedliche technische Gegebenheiten (z.B. Ausstattung ländlicher Regionen mit Internet) stellen einen Nachteil für die Nutzung der Videosprechstunde dar.

Die beschriebenen Vor- und Nachteile sind in **Abbildung 13** dargestellt.

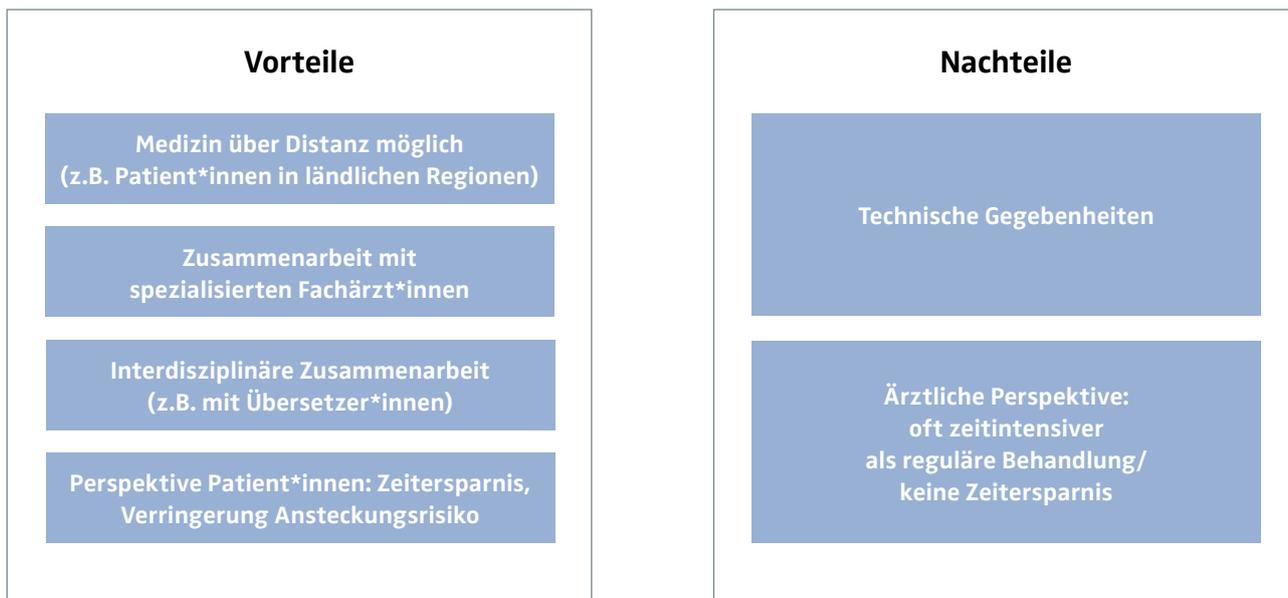


Abbildung 13 Erfahrungen mit und Vor- und Nachteile der Videosprechstunde

Die Teilnehmenden formulierten verschiedene Erwartungen, die sie zukünftig an digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen haben (**Abbildung 14**).

Digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen erlauben ein hohes Maß an Flexibilität. Ärzt*innen können mit Personen zusammenarbeiten, die nicht vor Ort sind (z.B. spezialisierte Fachärzt*innen, Übersetzer*innen) oder eine Konsultation von zuhause anbieten. Patient*innen haben die Möglichkeit, eine Ärztin bzw. einen Arzt aufzusuchen, der die Muttersprache spricht. Bessere Evaluationen (z.B. von DiGAs) sind notwendig und auch die Ausstattung der Praxen muss verbessert werden.

Für den Bereich Primärprävention sollten gute evaluierte DiGAs von Ärzt*innen verschrieben werden können bzw. Krankenkassen sollten im primärpräventiven Bereich Gesundheits-Apps anbieten. Aus ärztlicher Sicht ist eine Zusammenarbeit mit Jurist*innen erforderlich, um die Wahrung des Datenschutzes zu gewährleisten. Auch in der Ausbildung von angehenden Ärzt*innen sollte das Thema Digitalisierung eine Rolle spielen.

Insgesamt sind digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen von den Teilnehmenden der Veranstaltung als klimafreundlich eingeschätzt worden und stärken die (digitale) Gesundheitskompetenz von Patient*innen.



Abbildung 14 Erwartungen für die Zukunft an digitale Anwendungen und Gesundheitsangebote

5. Zusammenfassung

Die Online-Befragung hat gezeigt, dass hkk-Versicherte eine Vielzahl von digitalen Gesundheitsangeboten und Anwendungen kennen und nutzen. Dabei werden vor allem digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen aus den Bereichen Kommunikation (z.B. Online-Terminvereinbarung) und gesundheitsrelevante Information (z.B. Bewegungsmesser) genutzt.

Versorgungsbezogene Gesundheitsangebote und Anwendungen wie ePA oder DiGA sind bei hkk-Versicherten kaum bekannt und werden nur selten genutzt. Gründe für die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen sind vor allem Zeitersparnis und Flexibilität (z.B. Zugriff jederzeit und von überall möglich). Nicht-Nutzende digitaler Gesundheitsangebote und Anwendungen bevorzugen eher analoge Formate (z.B. eine persönliche Beratung oder Print-Informationen). Jedoch plant knapp die Hälfte der bisher als Nichtnutzende eingeordneten Personen zukünftig digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen zu nutzen.

Die Videosprechstunde wird derzeit meist in der allgemeinmedizinischen Versorgung im Rahmen einer Beratung/Sprechstunde oder Krankschreibung angeboten. Dabei wurden die befragten Nutzenden der Videosprechstunde meist durch ihre Ärztin bzw. ihren Arzt auf die Videosprechstunde aufmerksam gemacht.

Als Vorteile der Videosprechstunde nannten die Befragten die wegfallende Anreise zur und Wartezeit in der Praxis, die Durchführbarkeit von jedem beliebigen Ort und die gute Vereinbarkeit mit dem Alltag. Nachteile der Videosprechstunde stellten aus Sicht der Befragten die fehlende körperliche Untersuchung, der fehlende persönliche Kontakt und die Nicht-Eignung für jedwede (Krankheits-)Anlässe dar. Insgesamt bewerteten die Nutzenden die Videosprechstunde sehr positiv; die Befragten fühlten sich gut versorgt, würden die Videosprechstunde wieder nutzen und diese an Familie und Bekannte weiterempfehlen.

Die Ärzt*innen, die an der Informationsveranstaltung teilnahmen, nutzen bisher nur vereinzelt die Videosprechstunde, sind aber grundsätzlich positiv gegenüber dieser eingestellt. Konträr zu den von befragten Versicherten genannten Vorteilen stellt die Nutzung der Videosprechstunde für sie keine Zeitersparnis dar, da sie mit einem Mehraufwand verbunden ist (z.B. Datenschutz-Richtlinien, Patient*in sitzt nicht vorbereitet im Untersuchungszimmer). Aus ärztlicher Sicht eignet sich die Videosprechstunde vor allem für Patient*innen, die der Ärztin oder dem Arzt bereits persönlich bekannt sind. Zudem bietet die Videosprechstunde den Vorteil, dass Patient*innen, die in ländlichen Regionen leben besser erreicht werden können. Auch, wenn eine Fachärztin bzw. ein Facharzt weit vom Wohnort entfernt ist, bietet sich die Videosprechstunde an.

Videosprechstunden sind nicht nur für den Arzt-Patient-Kontakt von Bedeutung, auch für die Vernetzung von Ärzt*innen untereinander eignen sie sich (z.B. für den Austausch mit spezialisierten Ärzt*innen zu seltenen Erkrankungen).

Stärken und Limitationen

Mit der vorliegenden Befragungsstudie konnten die gesteckten Ziele weitgehend erreicht werden. Als Stärke der Studie ist die große Stichprobe von 1.839 Befragten, darunter 712 Nutzenden der Videosprechstunde, zu nennen.

Bei der Befragung handelt es sich nicht um eine repräsentative Studie und die Ergebnisse lassen sich somit nicht auf die allgemeine Bevölkerung in Deutschland generalisieren.

Dies liegt zum einen an der Versichertenstruktur der hkk Krankenkasse, die z.B. nur wenig in ostdeutschen Bundesländern vertreten ist und ein eher jüngeres Versicherungsklientel aufweist. Zum anderen wurde die Stichprobe der Nutzenden der Videosprechstunde genauso groß gewählt wie die Stichprobe der Nicht-Nutzenden, obwohl insgesamt nur 4 % der hkk-Versicherten die Videosprechstunde jemals in Anspruch genommen haben.

6. Fazit

hkk-Versicherte kennen viele digitale Gesundheitsangebote und Anwendungen aus dem Versorgungsbereich, nutzen diese bisher aber nur wenig. Zukünftig ist zu erwarten, dass durch die fortschreitende Digitalisierung im Gesundheitswesen die Nutzungszahlen steigen werden.

In Bezug auf die Nutzung der Videosprechstunde zeigt sich, dass Ärzt*innen eine Gatekeeper-Funktion haben, d.h. die Nutzung der Videosprechstunde hängt maßgeblich davon ab, ob eine Ärztin bzw. ein Arzt den Patient*innen ein Angebot zur Nutzung der Videosprechstunde macht.

Bei den Nutzenden der Videosprechstunde ist die Akzeptanz sehr hoch; die Befragten fühlten sich gut versorgt, würden die Videosprechstunde wieder nutzen sowie an Familie und Bekannte weiterempfehlen.

Wenn die Videosprechstunde zukünftig noch besser in den Praxisalltag integriert werden kann und Ärzt*innen diese vermehrt anbieten, ist mit steigenden Nutzungszahlen zu rechnen.

7. Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmenden der Online-Befragung und der Informationsveranstaltung. Zudem bedanken wir uns bei Stephanie Preyer-Reupsch für die Umsetzung der Befragung in LimeSurvey und Dr. Hermann Pohlabein für die Unterstützung bei der statistischen Datenauswertung.

Wir danken unseren studentischen Hilfskräften Sophia Brüssermann, Mathia Kirstein und Lisa Stiens für die Unterstützung bei der Erstellung des Berichts und der Informationsveranstaltung.

8. Literaturverzeichnis

1. **Gensorowsky D, Surmann B, Schmidt J, Greiner W.**
Nutzungsgrad und Nutzergruppen der Online-Videosprechstunde in der ambulanten ärztlichen Versorgung - Eine Routinedatenanalyse. Gesundheitswesen. 2022; 84(2), 110-6.
2. **Kassenärztliche Bundesvereinigung.**
Ausschließliche Behandlung per Video bei rund jedem dritten Patienten möglich - Begrenzung wird zum 1. April aufgehoben. 2022; verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_57682.php [11.07.2023].
3. **Lauer W, Lobker W, Sudhop T, Broich K.**
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) als innovativer Baustein in der digitalen Gesundheitsversorgung in Deutschland - Informationen, Erfahrungen und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2021; 64(10), 1195-7.
4. **Bundesministerium für Gesundheit.**
Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2023, 1. Auflage.
5. **Stiftung Gesundheitswissen.**
Befragung „Informationsstand und Nutzung von Videosprechstunden“ in Zusammenarbeit mit forsa. Berlin: Stiftung Gesundheitswissen; 2021.
6. **Baraliakos X, Alshakaki F, Buhning B, Andreica I, Kiltz U, Braun J.**
Wie viele Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen haben die technischen Voraussetzungen für Videosprechstunden und sind bereit, fachärztliche Visiten durchzuführen? Zeitschrift Rheumatologie 2021.
7. **Vossen D, Knitza J, Klemm P, Haase I, Mucke J, Kernder A, et al.**
Akzeptanz der Videosprechstunde unter Patienten/innen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ist geschlechts- und ortsabhängig - Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Patienten/innen und Ärzten/innen. Zeitschrift Rheumatologie. 2021.
8. **von Solodkoff M, Strumann C, Steinhauser J.**
Akzeptanz von Versorgungsangeboten zur ausschließlichen Fernbehandlung am Beispiel des telemedizinischen Modellprojekts „docdirekt“: ein Mixed-Methods Design. Gesundheitswesen. 2021; 83(3), 186-94.
9. **Albrecht A, Otten M, Sander M.**
PraxisBarometer Digitalisierung 2021. Stand und Perspektiven der Digitalisierung in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2022.
10. **DAK.**
3. Digitalisierungsreport 2021. 2022; verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/digitalisierung-im-gesundheitswesen-skepsis-von-aerztinnen-und-aerzten-ueberwinden-2524736.html#/> [27.06.2023].
11. **Radić M, Brinkmann C, Radić D, Waack M, Donner I, Stein L.**
Digitale Gesundheitsanwendungen auf Rezept: Wie steht es um die Akzeptanz in der Ärzteschaft? Leipzig; 2021.
12. **Wangler J, Jansky M.**
Welche Potentiale und Mehrwerte bieten DiGA für die hausärztliche Versorgung? - Ergebnisse einer Befragung von Hausärzt*innen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2022; 65(12), 1334-43.
13. **Haserück A, Lau T.**
Medizinische Apps in die Versorgung integrieren. Deutsches Ärzteblatt. 2023; 120(23), A1014-A1018.
14. **van der Vaart R, Drossaert C.**
Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. Journal of Medical Internet Research. 2017; 19(1), e27.

Impressum

Herausgeber:

hkk Krankenkasse
Martinstraße 26
28195 Bremen
Tel. 0421 - 36550
Fax 0421 - 3655 3700
info@hkk.de

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Saskia Müllmann
Leibniz-Institut für Präventionsforschung
und Epidemiologie - BIPS GmbH
Abteilung Prävention und Evaluation
Achterstraße 30, 28359 Bremen
muellmann@leibniz-bips.de
www.bips-institut.de

Projektleitung und Redaktion:

hkk Krankenkasse
Anna Nymbach, Tel. 0421 - 3655 3041
anna.nymbach@hkk.de
Holm Ay, Tel. 0421 - 3655 1000
holm.ay@hkk.de

Autorinnen und Autoren:

Dr. Saskia Müllmann
Dr. Karina De Santis
Prof. Dr. Hajo Zeeb

Zitierhinweis:

Müllmann S, De Santis KK, Zeeb H (2023).
DigitHEALTHCARE – Eine Online-Befragung von Versicherten
in Deutschland zur Digitalisierung des Gesundheitswesens im
Auftrag der hkk Krankenkasse Bremen. Deutschland: Bremen.

Veröffentlicht im August 2023